



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019

N°111

**INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE EN STAGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE
DE NIVEAU 1 SUR LES REPRÉSENTATIONS DES INTERNES VIS-À-
VIS DES PATIENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ**

THÈSE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le mardi 25 juin 2019
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

ARNOU Louise née le 23 décembre 1990 à Cholet (49)
CHRISTIN Oriane née le 29 septembre 1989 à Ancenis (44)

Sous la direction des docteurs SUH TAFARO Nathalie et ZORZI Frédéric

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	Pr Pierre COCHAT
Directeur Général des services	M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directrice du département de Biologie Humaine	Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Directeur de l'UFR Sciences et Technologies	M. Fabien DE MARCHI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yanick VANPOULLE Ac-
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPé)	Pr Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2018/2019

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

BOILLOT	Olivier	Chirurgie digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie digestive
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HERZBERG	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MARTIN	Xavier	Urologie

MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MOREL	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers **Première classe**

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ANDRE-FOUET	Xavier	Cardiologie
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE	Caroline	Physiologie
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Éric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD	Annick
FARGE	Thierry
LAMBLIN	Gery
LAINÉ	Xavier

Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GOULLAT	Christian	Chirurgie digestive
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie

MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie
PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
GERMAIN	Michèle	Physiologie
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
LESCA	Gaëtan	Génétique
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

VENET	Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie Clinique Pharmacovigilance
ROLLAND	Benjamin	Psychiatrie d'adultes
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE	Christophe
DE FREMINVILLE	Humbert
ZORZI	Frédéric

Maître de Conférences

LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Professeur Mohamed Saoud,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions pour vos derniers conseils et votre bienveillance qui nous ont permis de parfaire ce travail.

Au Professeur Laurent Letrilliart,

Merci de nous faire l'honneur d'apporter votre expertise à ce travail. Votre engagement au sein du Collège Universitaire de Médecine Générale traduit l'intérêt que vous portez à la pédagogie et à la formation des étudiants.

Au Professeure Liliane Daligand,

Vous avez accepté de faire partie de notre jury de thèse et nous vous en remercions. Merci du temps et de la considération que vous avez apportés à notre travail.

Au Docteur Nathalie Suh Tafaro,

Merci d'avoir accepté de diriger pour la première fois un travail de thèse. Votre expérience auprès des populations en situation de précarité a permis d'enrichir nos discussions. Votre regard sur l'Humain est toujours empreint de bienveillance.

Mon expérience en stage auprès de toi m'a éclairé sur la manière de « prendre soin ».

Au Docteur Frédéric Zorzi,

Merci d'avoir accepté de co-diriger notre travail. Vos encouragements constants et votre bienveillance nous ont permis d'aboutir cette thèse. Votre ouverture d'esprit et votre sens de la pédagogie ont été source d'échanges constructifs.

Aux internes ayant contribué à ce travail :

Un grand MERCI à tous les internes ayant accepté de participer et de prendre du temps pour notre thèse. Merci pour vos témoignages et votre sincérité. Sans vous rien n'aurait été possible.

Merci aux internes du « cercle » pour votre honnêteté et vos remarques constructives, toujours dans la plus grande bienveillance.

Remerciements Louise

Merci à toute ma famille de m'avoir toujours soutenue :

Maman, pour ton amour si doux et si fort. Sans cesse à l'écoute et bienveillante. « Qui veut voyager loin ménage sa monture ». Merci pour « le petit ruisseau » avant de dormir.

Papa, pour ton soutien sans faille, ton énergie et ton amour. Merci pour les comptes des mille et une nuits.

Chaque choix est le bon auprès de vous. Merci pour toutes les belles valeurs que vous m'avez transmises.

Agnès, tu es et resteras mon modèle. Tu rayannes de beauté et d'optimisme. Tu m'as bichonnée depuis ma tendre enfance jusqu'à nos colocations. J'ai « goûté » tous les petits plats ! Promis, c'est la dernière fois que mes exams passent avant ton anniversaire ! Merci à Sylvain pour tes blagues, tes esquisses et ton regard d'artiste.

Augustin, ou Modjuguët ! Amour de petit frère. Bravo pour tout ce que tu fais et ce que tu vas faire. Tu es un exemple de courage. Je te souhaite tout le bonheur du monde. Merci pour les récitals de flûte à bec. À Emilie pour ton calme et ton goût pour les jeux de société.

Marthe, ma si belle petite soeur. Tu es la force tranquille. Tu resteras toujours notre plus beau cadeau de Noël.

Victor, mon Amour. Si l'on m'avait prédit tant de bonheur, je n'y aurais pas cru. Ta fougue, ton rire, ta beauté illuminent ma vie. Merci de rendre chaque moment magique. « Je te connais comme si je t'avais fait... ou presque ».

Sophie, Thierry, Gabrielle, Juliette et Axel, merci pour la magnifique force que vous transmettez.

Merci à mes grand-parents,

Mamie Thérèse pour ces bonheurs simples, pour les clafoutis ananas, pour toutes tes petites attentions, parce que tu marches plus vite que moi à 91 ans ! Je suis fière d'être ta petite fille.

Papy Louis pour nous avoir appris à pêcher sans toucher un hameçon, pour le siège préféré sur le tracteur. Pour tes discours enflammés, et pour ton franc parler. Tu me manques.

Mamie Marie, pour ne jamais nous laisser partir de chez toi sans rien, pour les stop'tout, pour vos taquineries à toute épreuve avec papy Joseph. Merci pour ces belles valeurs.

Merci à toute « LA FAMILLE ! », qui inspire de belles choses. À Catherine ma marraine, à Clémence, à toute la famille Pineau, à la famille Boudaud au complet, à Eve pour tes histoires qui font peur. À Patrick et Marie-Thérèse, à Colette pour le goût du voyage et les soirées diapo, À Jean-Pierre. Merci à Sophie, Marie, Thomas et Paul pour les bonnes vacances d'été !

Merci à tous mes Amours d'amis :

Claire, pour ton incroyable folie douce, pour ton côté roots, ta façon de danser si envoûtante. Il nous reste encore tant de blagues à faire.

Sophie pour cette petite chose en toi qui pétille toujours et qui transmet tant de bonheur.

Constance pour ton rire, pour les photos ratées dans le bus des voyages scolaires.

Hervé pour ces chouettes moments en Vendée. Pas un anniversaire sans un petit verre de jus de pomme.

Delphine/Hyppoline, pour la choré d'acrogym, pour m'avoir permis d'avoir un skyblog digne de ce nom. Pour ton âme créatrice.

Lise, à mes côtés depuis ce bel été à la Roche sur Yon. Puis Angers, les cakes betterave, le Midou, le Gala, les soirées rencontres avec Belmondo. Reviens !

Laure, mon Boun adoré. Merci de m'apprendre à poser. Merci pour les fast food en amoureux !

Mélissa, pour ta voix de feu et ton regard de Diva. À ton frère, le cowboy du quai Félix Faure.

Quentin, Mon fidèle Chat Noir. Nous étions dans la team qui a vu le requin Marteau, et ça nous a sauvé! Merci pour León, pour le Reggaeton, pour ton sens du rythme et ta tête dans les nuages.

Taoufik, merci de m'avoir fait oublier que j'étais en D4, merci pour la baignoire en Or.

Moka, merci pour ta présence aujourd'hui, merci pour ton élan musical, pour ton rap esthétique et puissant.

Merci à Théo pour ta soif de débattre, et ton humour caustique.

Merci pour la force positive que tu transmets Solène.

Marion, merci pour ta bienveillance et ton amour, pour Dooouré, pour la pêche aux palourdes trop petites.

Martin, animateur hors pair, chef de tribu et scout' dans l'âme. Merci pour ton énergie !

Merci à Valutin pour ton déhanché. À Rémi pour ta voix de Diva (oui comme Mélissa), à J.D., à Mathieu, et bravo pour tous vos beaux projets.

Merci à Clémentine, à Sarah, à Solène, à Céline et à Laura pour avoir peint en mille couleurs l'air du vent ! Merci à Aurore pour ces randos vivifiantes.

Merci à Léo, pour avoir (parfois) accepté de baisser la musique. Merci pour la coupe de cheveux. J'espère qu'on va daber tout l'été !

Merci à Chenal, Alexandra, Zaout pour tous ces week-ends à Nantes, quand j'y habitais ! Merci à Wallace pour la tisane pour les oreilles, sans cesse.

Merci Jules, pour m'avoir apaisé, pour avoir philosophé. J'espère de nouveau arpenter les sommets à tes côtés.

Merci Aurèle, pour faire vibrer en nous tant de notes. Tu es un merveilleux coup de vent dans cet appartement.

Martin, pour la puissance de ton rire, pour faire en sorte que la brigade des couleurs soit toujours parmi nous. Alice, tu resplendis de courage, merci d'être présente, tu mérites tout le bonheur du monde. Clarisse, merci d'être là parce que je fais toujours comme toi quand on sort !

Merci À Raphaëlle, à Roxane, à Amandine, à Yasmina, à Gwen, à Caro, à Pierre Cout', à Adèle, à Nicolas, à Adri pour les folies lyonnaises, pour votre soutien, pour votre amour.

Merci à Deyiş pour la dégustation de vin, et pour m'avoir soutenue pendant ces derniers moments.

Merci aux colocs de Bourg de Péage, Nicolas, Clémentine, Alexis, Simon et Déborah pour ces doux moments et ces repas de toute bonté. Merci à Sophie pour ton accueil auprès de la rivière, merci à Virginie !

Merci aux Montiliens, Queen Audrey et Louise pour vos chorés contemporaines, Ségolène pour avoir chiné tout l'hiver et pour m'avoir fait adorer le hors-pistes, Aurélie pour ta sincérité, Isaline, Jessica, Morgan et Mélia.

Puis un hiver à Monteli ne m'a pas suffi ... Maître Floquet et Baptiste et vos saltimbanqueries, merci les p'tites cailles ! Merci à Clara pour ta voix de velours, Cécile, Charlotte, Marine, Marion, Chloé, Amandine !

Merci à Roxane et Marie pour tous ces moments ensemble à Angers !

À notre Vanette, qui contribue à la réalisation de nos rêves.

Merci à toi Oriane, pour ton questionnement sans limites. Pour avoir fait de cette thèse un moment à part, un moment fort et une occasion de rire encore ! Tu es rock et engagée, merci !

Merci à toutes les équipes soignantes et non soignantes pour votre humanité.

Remerciements Oriane

Merci à ma famille, je n'en serai pas là sans votre soutien infaillible.

Merci à mes parents pour l'amour, les valeurs et tous les voyages.

Merci à ma mère, pour les deux bisous avant de dormir, le goût des livres et celui de Bashung et Cabrel. Merci pour tout ce que tu as pris le temps de m'apprendre, et tout ce que tu m'as appris sans t'en rendre compte. Bien sûr tu me manques.

Merci à mon père, pour les histoires du soir, le goût du vin et celui du Rock. Merci de répondre toujours présent pour m'aider dans ma vie d'adulte. À nos échanges « musclés » qui sont autant de preuves que les chiens ne font pas des chats.

Merci à chacune de mes sœurs, trois ce n'est pas une de trop. Merci pour les fous-rires et la folle ambiance qui régnait déjà à notre étage et règne encore partout où l'on se retrouve.

Merci à toi Violaine, ton instinct maternel et ton sens du devoir on fait de toi l'élue de la reprise du flambeau. Heureusement ton sens de l'humour et ton auto-dérision t'en ont sauvé ! À la place on a continué à bien rigoler et tout s'est bien passé : j'ai réussi à finir cette thèse et cette année encore mes impôts ont été fait dans les temps ! Merci pour Châtaigne.

Merci à toi Clémence tout à la fois littéraire, pédagogue, rêveuse et terre à terre. J'ai arrêté de faire la liste de tout ce que tu m'as appris depuis nos débuts lorsqu'on jouait à l'école : l'histoire de Rome, la grammaire, la crise économique grecque ... Merci encore et surtout d'avoir relu et corrigé cette thèse et tant d'autres pages.

Merci à toi Gégé, pour ton esprit « rebelle », pour tes conseils et avis qui me permettent de remettre en question et ma pratique et moi-même (je ne cours plus qu'avec l'a... qui regarde au sol). Je vais enfin pouvoir poser mes valises dans ma chambre, m'occuper de tes enfants, et faire tes travaux de couture !

Merci à mes beaux-frères à Tritri aka Tristanovitch pour les virées plus ou moins longues en voiture et maintenant à pied ; à Thibaud aka Thibald Cornec pour la musique qui déchire, qu'elle soit en live ou en vinyle.

Merci à mes nièces et neveu : Enaëlle, toujours le nez dans les livres, actuellement nain-nain neuneu et un jour avocate. Cyanne à l'imaginaire débordant, qui créé tout un tas de choses et notamment les surnoms. Luna, la gourmande, qui n'aime pas les blagues mais adore rigoler. Anouk et Pierrot, les dé-ménageurs belges qui ont toujours une bonne idée, ne sautent jamais un repas et sont les rois des câlins.

Merci à mes grands-parents : à mon pépé et ma mémé pour les Kinders, les bisous et la Compagnie créole : mes racines flamandes ; à GP et AM : pour tous les moments heureux avec en fond le bruit des bouchons qui sautent. Merci à mes oncles et tantes qui se sont déplacés drôlement nombreux aujourd'hui. Merci à mes cousins pour : les nuits dans les dortoirs, les Shillings et les spectacles de Noël. À Albane qui est ma doublette et à Chacha qui ne l'est pas mais c'est tout comme : pour nos heures passées à jouer aux Barbies.

Merci à mes ami.e.s qui sont FORMIDABLES, qui me font TOUS TANT RIRE et à qui je dois beaucoup. Et par ordre alphabétique, celui du bon vieux dictionnaire, puisqu'il n'y a pas d'ordre dans mon cœur :

À Adèle, pour le souvenir des nuits froides de Landmannalaugar et des journées à rigolbocher pour se réchauffer ; pour les gâteaux, tartes, ... et tous les autres moyens que tu as dans ta manche pour apporter le réconfort quand il faut. Et merci à Don Adelo pour les articles.

À Alex, parfois Sheitan parmi les humains, toujours Bastet parmi les chats, pour les nuits qui durent jusqu'au petit matin, et également les discussions qui font du bien.

À Caroline : à notre rencontre à la bibliothèque et à notre amitié scellée par une danse, à tout ce qu'on a vécu ensuite. À Yasmine à notre rencontre dans la cour du lycée et notre amitié scellée par une coupe de cheveux. Merci à vous deux pour les fous-rire et la folie, au fond rien n'a changé. Merci à Yoan et Vincent qui ne s'en plaignent jamais.

À Charly, à ces six mois dans le pays de Gex, ces deux semaines de pluie à la réunion et cette descente de ski-rando à manger la poudreuse, qui sont autant de supers souvenirs avec toi. Merci pour ta capacité à sortir le meilleur de chacun.

À Claire Cout', à nos nouvelles en pointillés de plus en plus serrés, et au plaisir de se retrouver. Merci pour cette journée combo parfaite sur la Côte d'Opale qui a participé à recharger mes batteries.

À Cloclo, à nos surnoms secrets, à nos poilades, nos rigolades, nos gondolades, nos gloussades, nos esclaffades ... et nos conversations sur l'oreiller, dans un train, un avion, un car, un bar, ... et souvent au téléphone. Merci car à toi je peux tout dire et sur toi je peux toujours compter et vice et versa (TMTM MAGGLE).

À Esther qui me fait rire et qui est aussi folle que moi.

À mon Gang, ma team de l'externat : Ariane, Diane, Élise, Jeanne, Marion, Popoff ... Au plaisir de danser encore sur Max Boublil et Casacada.

À Guillaume de ne jamais s'énerver quand je suis ronchon, et de continuer à essayer de m'expliquer calmement les choses. Merci à toi ainsi qu'à Pol, d'avoir égayé ce si long semestre dans la Drôme.

À Jean-Gui, pour les vidéos de Marina quand ça ne va pas et sans qui je n'aurais jamais connu les doudounes manches trois-quarts. À Raggy qui rigole dès que je parle, ça fait toujours plaisir.

À Kéké, pour cette folle année de colocation et à notre amitié qui ne s'effrite pas malgré la distance.

À Lélé, par ce qu'une fois qu'on a compris que tu parles avant de réfléchir et que cela ne te dérange pas de dire tout et son contraire alors on passe de vraiment chouettes moments.

À Louise, finalement si personne ne la lit jamais ce n'est pas grave, cette thèse nous aura quand même permis une foulditude de bons moments : de l'effusion dans la pensée, des blagues à gogo, et des fous-rires, souvent vrais, parfois nerveux. J'espère qu'on arrivera à en avoir d'autres, si ce n'est le cas je suis désolée ...

À Marie, pour ta ténacité et cet « esprit sportif » que tu m'as transmis. Merci aussi pour ton accueil impeccable dès que j'en ai besoin, et cette literie incroyable ! J'espère suffisamment compenser le souk que je mets par les recettes que je partage pour pouvoir continuer à venir.

À Mélo, de me laisser te piquer tout ton maquillage, j'adore ça. Et merci pour ce mois passé à FV, ça aurait été difficile sans toi. Je suis bien contente d'être passée de collègue à amie ... et d'avoir pu découvrir ce langage de charretier, l'habit ne fait définitivement pas le moine !

À mes amis d'Oudon pour leur goût prononcé du débat, ça change de la médecine. Merci à Matthieu, tu as quand même accepté de regarder High School Musical 1 & 2 et ça ne s'oublie pas. Merci à Sev

pour ces tisanes qui n'en sont pas, et toutes ces choses que tu dis, je ris en y repensant. À Marie pour ton franc parler et ton accueil toujours chaleureux ; à Rémi pour ta vision poétique

À Thibthib, pour tant de choses ... notamment l'initiation au longboard. Tu resteras mon ami même blessé. Merci à Pierre pour les trop bons plats. Merci à vous deux de m'avoir hébergée tant de fois. À Pablo votre plus belle réussite. Au reste de cette belle bande Nantaise : Cloé, Gauthier, Hugo, Maëva et Raphaël qui m'ont tous ouverts grand les bras à mon retour.

À tant d'autres que j'ai croisés ; bien connus ; perdus de vue ; revus ; que je continue à voir ; que j'espère revoir ; que j'ai oubliés peut-être. Notamment aux Bibis de pneumo qui sont tous devenus grands ; à mes co-internes de Pédiatrie, surtout à Tiftouf pour ton assiduité à la gym-su et Nath pour ton irrégularité ; à Jules, Victor et Aurèle qui ne voudront sûrement plus jamais m'entendre parler des représentations de la précarité ; à Ophélie, Noëlie et Camille pour les mojitos fraises ; à Pierre Cout' qui brûle de rencontrer Julien ... ; à Chenal et Climo pour cet hiver argentin, un des meilleurs de ma vie ; à Nikus toujours chaud pour un concert ; à Sophie goup qui m'a fait découvrir le monde joyeux des fanfares ; à Even qui a contribué à l'obtention de mon bac spé maths ; ...

À ceux qui m'ont marqué par leur humanité, ce sont pour moi de vrais modèles. Aux soignants, ou « non-soignants », la liste serait trop longue car ils et elles sont nombreux. À l'équipe de PALOMA Nantes salarié.e.s, bénévoles et usager.e.s qui croient en un monde plus juste et s'y attèlent.

« Le juste milieu. Quelque part entre s'en foutre et en crever. Entre s'enfermer à double tour et laisser entrer le monde entier. Ne pas se durcir mais ne pas se laisser détruire non plus. Très difficile. »

L'angoisse du roi Salomon, Émile Ajar (Romain Gary)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	10
TABLE DES MATIÈRES	19
GLOSSAIRE	22
INTRODUCTION	23
1. Santé – Précarité – Inégalité sociales de santé	23
1.1. Les déterminants sociaux de la santé	23
1.2. La précarité	24
1.3. Les inégalités sociales de santé	26
2. Les médecins généralistes face à la précarité	27
2.1. Le recours aux soins des populations précaires	27
2.2. Le rôle du médecin généraliste	31
2.3. Articulation entre pratique et représentations sociales	31
2.4. Les internes face à la précarité, une demande de formation	32
3. Problématiques et objectif	34
MÉTHODE	35
1. Choix de la méthode qualitative	35
2. Protocole de l'étude	35
2.1. Équipe de recherche	35
2.2. Élaboration des canevas d'entretien	36
2.3. Constitution de l'échantillon	36
2.4. Recueil des données, consentement et confidentialité	37
2.5. Analyse des entretiens	38

3.	Revue de la littérature _____	39
RÉSULTATS _____		41
1.	Caractéristiques de la population _____	41
2.	Influence de l'expérience en stage sur les représentations de la précarité _____	42
2.1.	Définition d'un concept _____	42
2.2.	Application du concept à la vie professionnelle _____	44
2.3.	Précarité et soins _____	48
3.	Influence de l'expérience en stage ambulatoire sur le regard et le vécu des internes face à la prise en charge des patients en situation de précarité _____	52
3.1.	Regards et vécus avant la prise en charge _____	52
3.2.	Évolution après le stage _____	56
3.3.	Spécificités liées à la prise en charge des patients migrants _____	61
4.	Construction des représentations et place de la formation _____	62
4.1.	Des représentations qui se forment dans le cercle familial et social _____	62
4.2.	Existence d'une sensibilité ou d'un intérêt pour la prise en charge des patients en situation de précarités. _____	63
4.3.	L'évolution au cours des études médicales : les enseignements magistraux, l'expérience et le modèle de rôle. _____	64
5.	Principaux résultats _____	65
DISCUSSION _____		67
1.	Discussion de la méthode _____	67
2.	Forces et limites de l'étude _____	68
3.	Comparaison avec les données de la littérature _____	68
3.1.	Représentation de la précarité _____	69
3.2.	Représentation de la prise en charge du patient en situation de précarité _____	76
3.3.	Élaboration et dynamique des représentations sociales _____	82

3.4. Quelle formation ? Perspectives	85
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	99

GLOSSAIRE

ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'état
AMO	Assurance maladie obligatoire
ASDES	Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé
CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CDS	Centre de santé
CES	Centre d'examens de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
COREQ	COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DES	Diplôme d'études spécialisées
DIU	Diplôme inter-universitaire
DMG	Département de médecine générale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EMPP	Equipe mobile psychiatrie-précarité
EPICES	Evaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES
ETIL	Enseignement transversal aux internes de Lyon 1
HCSP	Haut conseil de la santé publique
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISS	Inégalités sociales de santé
MSU	Maître de stage universitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PUMA	Protection universelle maladie
SDF	Sans domicile fixe
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

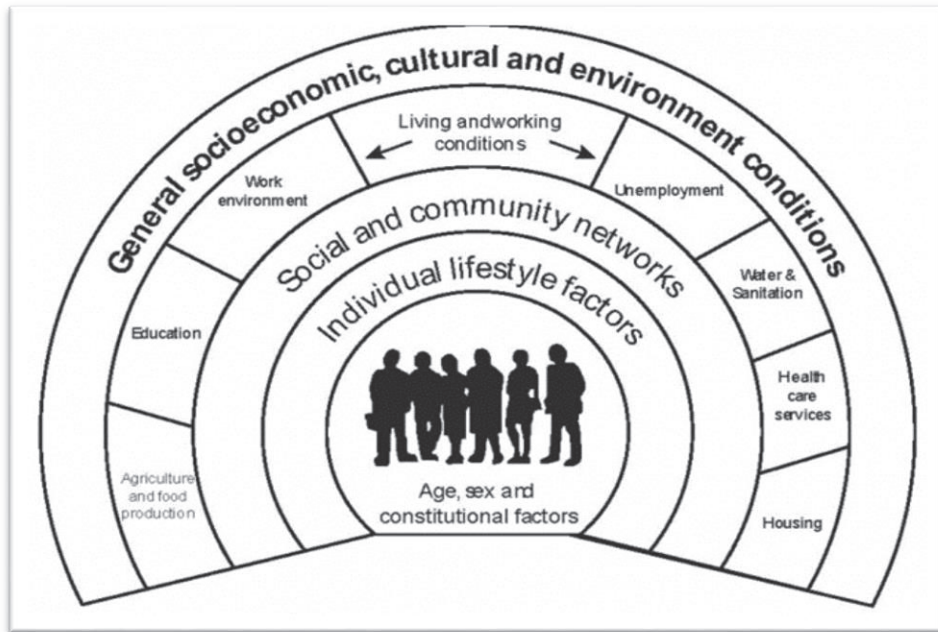
1. Santé – Précarité – Inégalité sociales de santé

1.1. Les déterminants sociaux de la santé

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

L'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qu'on appelle les « déterminants de la santé ». (1) Il existe plusieurs modèles de représentations de ces déterminants. Le modèle de Dahlgren & Whitehead (ci-dessous) présente les déterminants de la santé en quatre niveaux qui peuvent être considérés comme une série de couches superposées. Il existe un environnement structurel majeur (les politiques environnementales, culturelles et socio-économiques). Viennent ensuite les conditions matérielles et sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent, déterminées par divers secteurs tels que le logement, l'éducation, les soins de santé, l'agriculture, etc. Le soutien mutuel de la famille, des amis, des voisins et de la communauté locale vient ensuite. Enfin, il existe des choix « individuels » (tels que la nourriture et les habitudes de vie).

L'âge, le sexe et la constitution génétique de chaque individu jouent également un rôle, mais ce sont des facteurs fixes peu contrôlables.



Source : Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm : Institute for Futures Studies.

1.2. La précarité

Il existe de multiples définitions de la précarité. Cette notion est apparue à partir des années 1970 et faisait initialement référence au domaine de l'emploi. Progressivement, la notion s'étend à des catégories de populations (2) (3). Puis à partir des années 1980, elle va être employée pour évoquer les questions d'exclusion et d'accès aux soins. Il s'agit d'une notion complexe qui peut être vue sous différents angles.

Étymologiquement, le mot précaire vient du latin *precarius* « obtenu par prière ».

L'approche suivante de la notion de précarité est expliquée par Furtos dans *Les cliniques de la précarité* (4) :

« Sur le plan psychologique (il existe) une précarité normale constitutive, signifiant la vulnérabilité de chaque être humain, du fait que personne ne peut vivre seul [...] Lorsque la précarité normale fonctionne, elle produit des liens de solidarité et de reconnaissance et ouvre à une triple confiance : confiance en l'autre, confiance en soi et confiance en l'avenir. [...] Dans le

contexte social actuel, cette précarité normale et structurante se transforme volontiers en précarité exacerbée susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance. [...] On peut qualifier une société de précaire lorsque ses membres deviennent obnubilés par l'obsession de la perte possible ou avérée des objets sociaux. [...] L'objet social, c'est quelque chose de concret comme l'emploi, l'argent, le logement, la formation, les diplômes, les trousseaux (la liste n'est pas exhaustive). On en a ou en n'a pas. On peut aussi avoir peur de les perdre en les possédant encore ou de perdre les avantages qu'ils sont susceptibles de procurer. [...] Le rapport Wresinski, en 1987, avait insisté sur leur importance car ils donnent les sécurités de base dont la perte amorce la perte de confiance et donc une perte excessive dans une société où la pensée de la perte est omniprésente. »

Pour rappel, dans son rapport au Conseil économique et social, en février 1987, Joseph Wresinski, fondateur de l'association ATD (Agir Tous pour La Dignité) Quart Monde, donnait cette définition de la précarité (5) : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

Une approche plus pratique du concept de précarité est faite par Larcher via la métaphore du trampoline (6) : « l'individu est dorénavant soumis à des sollicitations permanentes de tous ses interlocuteurs sociaux auxquelles il doit sans cesse être en mesure de répondre sans délai et de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec un faible élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline. [...] Pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques qui le relient à son cadre soient présents et en bon état, sur chacun de ses côtés. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie sans même qu'il en ait conscience contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence. »

1.3. Les inégalités sociales de santé

Il existe, selon l’OMS, dans la population générale, un gradient social de santé : « les personnes qui jouissent d’un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu’aux plus démunis. »

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de mortalité et de santé sont les plus élevées en Europe occidentale et celles-ci n’ont eu aucune tendance à régresser ces dernières années, contrastant avec l’amélioration du niveau moyen de l’état de santé (7).

« Les inégalités sociales de santé font référence à la relation étroite entre la santé et l’appartenance à un groupe social. Elles renvoient aux écarts généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Pour l’anthropologue Didier Fassin, les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s’expriment dans les corps. Autrement dit, les ISS sont l’aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau »¹ .

L’écart entre l’espérance de vie des cadres et celle des ouvriers est de 6,4 ans pour les hommes et 3,2 ans pour les femmes (9). À 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 4 années de plus que la moyenne et 6 années de plus que les ouvriers. Ils vivront en moyenne 34 de ces 47 années (73 % de leur espérance de vie totale) indemnes d’incapacité de type I, soit 10 années de plus que les ouvriers qui ne disposent que de 24 années (60 % de leur espérance de vie) (10).

¹ D’après Guichard A et Potvin L « Pourquoi faut-il s’intéresser aux inégalités sociales de santé ? » (8)

2. Les médecins généralistes face à la précarité

2.1. Le recours aux soins des populations précaires

Il existe en France des dispositifs améliorant le recours aux soins de santé primaires des personnes en situation de précarité. Il s'agit soit de structures qui fournissent des soins gratuits pour l'utilisateur, soit de moyens financiers qui permettent à l'utilisateur de ne pas payer ou de bénéficier d'un remboursement des soins.

La PASS

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) a été créée par la loi en 1998 pour prendre en charge les personnes exclues du système de soin et les accompagner pour un retour au droit commun. Ses objectifs sont : faciliter accès, accompagnement, adaptation locale ; assurer la présence de médecins et de travailleurs sociaux ; mettre en place des consultations de médecine générale gratuites, fournir des médicaments et un accès à des interprètes ; mettre en réseau et protocoliser la prise en charge. Il existe en France 368 PASS généralistes, 18 dentaires et 44 psychiatriques.

Selon une étude de 2010 (11), réalisée dans une PASS Parisienne, on retrouve dans les PASS deux profils de patients :

- Des patients « précaires » qui sont majoritairement des hommes (65 %), jeunes (âge moyen 37 ans), étrangers (87 %), en situation irrégulière ou régularisés temporairement (75 %), 15 % n'ont aucune couverture sociale, 60 % sont couverts par l'AME ou la CMU-c ;
- Des patients « non précaires » plus âgés (49 ans), autant d'hommes que de femmes, de nationalité française (65 %), couverts par le régime de base de la sécurité sociale (74 %) ou pris en charge à 100 % (23 %).

Les EMPP

Les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) sont le dispositif spécifique pour la prise en charge de la santé mentale, en tout lieu. Elles interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles sont chargées :

- D'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés, afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire.
- D'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion. (12)

Les associations

Plusieurs associations nationales ou locales contribuent à faciliter l'accès au système de santé pour les personnes en situation de précarité.

Le rapport de 2017 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France, recensait 24 338 personnes accueillies dans les CASO. 98,5 % d'entre-elles vivent en dessous du seuil de pauvreté, et 41 % sont en situation irrégulière au regard du séjour (13).

En 2017, l'équipe du COMEDE a effectué 17228 consultations. Parmi les bénéficiaires on compte 2219 femmes (40%), 971 demandeurs d'asile (18%), 553 migrants âgés (10%) et 447 enfants mineurs (8%) (14).

Les centres de santé

Les CDS sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés dans l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale (15). Ils élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils facilitent l'accès économique aux soins.

Le projet Epidaure-CDS portait, en 2011, sur l'analyse d'un échantillon de 21 CDS (16). Caractéristiques sociodémographiques des patients consultant dans ces CDS (N = 14576) :

Statut socioprofessionnel : 6865 (47,1%) actifs occupés et 7711 (52,9%) inactifs

Catégories socioprofessionnelles :

Agriculteurs	Non renseigné
Artisans-commerçants	248 (1,7%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	656 (4,7%)
Professions intermédiaires	510 (3,5%)
Employés	4504 (30,9%)
Ouvriers	960 (6,5%)
Retraités	29763 (20,4%)
Autres personnes sans activité professionnelle	3177 (21,8%)
Chômeurs ayant déjà travaillé	1545 (10,6%)

Assurance maladie complémentaire : 77,2% bénéficiaires dont 15,8% CMU-c et 22,8 % non bénéficiaires.

Dispositifs financiers d'aide à la prise en charge

L'accès au système de santé est facilité par :

- L'AME destinée aux personnes étrangères en situation non régularisée,

- La PUM-a destinée à permettre l'accès à l'assurance maladie obligatoire (AMO) à l'ensemble de la population en situation stable et régulière.

Le niveau de prise en charge et de remboursement par l'AMO est variable selon le type de soins concernés. Une assurance complémentaire peut être acquise auprès d'organismes dédiés : mutuelles, organismes de prévoyance, assureurs privés. Des complémentaires existent pour les personnes les plus pauvres : la CMU-c et l'ACS.

Ces dispositifs permettent notamment aux bénéficiaires de consulter des médecins généralistes libéraux ou dans les services d'urgences (17) (18).

Les services d'urgences

L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état selon l'Article L6311-1 du code de la santé publique (19).

Le médecin généraliste en libéral

Le médecin généraliste peut être le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée (20).

Les caractéristiques des patients ayant participé à l'étude ECOGEN (21) qui s'intéresse aux motifs des consultations de médecine générale, donne un panel des consultants de médecine générale. Un total de 20 781 consultations a été étudié.

Le statut d'exonération était connu pour 20 770 d'entre-elles : on retrouvait 4,14% de CMU-c et 0,27 % d'AME.

Catégories socio-professionnelles :

Agriculteurs exploitants	0,38%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2,77%
Cadres et professions intellectuelles	5,06%
Professions intermédiaires	6%
Employés	19,32%
Ouvriers	3,95%
Retraités	32,73%
Autres personnes sans activités professionnelles	29,79%

2.2. Le rôle du médecin généraliste

En 2002 la WONCA Europe, a défini la discipline de la médecine générale. Onze caractéristiques ont été définies. L'application de ces caractéristiques par les médecins généralistes devrait concourir à la réduction des ISS, notamment par leur rôle de premier recours, dans la coordination des soins, dans la promotion et l'éducation de la santé. Tout en ayant « une approche centrée sur la personne », « en construisant une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée », « et en répondant aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » (20).

2.3. Articulation entre pratique et représentations sociales

Le terme de représentation fait intervenir inévitablement la notion de subjectivité. Une représentation sociale permet, entre autres, à un individu de « donner un sens à ses conduites », elle dépend des « circonstances » d'une situation, et « de facteurs plus généraux qui dépassent la situation elle-même : contexte social et idéologique, place de l'individu dans l'organisation sociale, histoire de l'individu et du groupe, enjeux sociaux. » (22) (23).

Toute pratique sociale, y compris professionnelle, est sous-tendue par un réseau représentationnel personnel, qui agit de manière « positive » ou « négative » sur la prise en charge des patients. Le lien entre pratiques sociales et représentations a été étudié notamment dans le domaine de la fonction infirmière. Certaines questions restent en suspens concernant le rôle des représentations sur les pratiques et vice versa. Comme l'exprime Abric « la compréhension des mécanismes d'intervention des représentations dans les pratiques sociales suppose que soit connue l'organisation interne de la représentation ». Lorsque les pratiques sociales sont étudiées, plusieurs autres facteurs sont à prendre en compte pour leur étude : les facteurs culturels, les facteurs liés au système de normes et de valeurs, les facteurs liés à l'activité du sujet. « On ne peut pas dissocier la représentation, le discours et la pratique. Ils forment un tout. ». Dès lors, « l'analyse de toute pratique sociale suppose que soient pris en compte au moins deux facteurs essentiels : les conditions sociales, historiques et matérielles dans lesquelles elle s'inscrit, d'une part et, d'autre part, son mode d'appropriation par les individus ou le groupe concerné, mode d'appropriation où les facteurs cognitifs, symboliques, représentationnels jouent également un rôle déterminant. » (22)

Il existe un socle de connaissances commun acquis lors des études médicales. À côté de ce savoir « scientifique », il semble important, pour un sujet complexe comme la précarité, de s'intéresser aux représentations des internes, et à leur vision de la prise en charge des patients en situation de précarité.

2.4. Les internes face à la précarité, une demande de formation

Les représentations des internes vis-à-vis de la précarité ont déjà été étudiées. Une étude menée en Ile de France en 2012 auprès de 200 internes s'intéressait aux perceptions des internes et aux facteurs les influençant. 41,8% des internes disaient avoir une perception « neutre », 40,8% « positive » et 17,4% négative. Il était retrouvé une perception plus positive pour les internes qui gardaient un souvenir positif de leur première rencontre avec un bénéficiaire de la CMU-c, ceux de sexe féminin, ceux qui désiraient travailler à l'hôpital ou en tant que salarié, et enfin les internes qui avaient une plus grande expérience avec des bénéficiaires

de la CMU-c. La validation d'un deuxième stage ambulatoire n'influait pas leur perception. Le stage ambulatoire de niveau 1 semblait être un moment clé : 60% des étudiants considéraient avoir acquis leurs connaissances sur la CMU-c lors de ce stage (24).

Une thèse réalisée à Marseille combinant deux études, une qualitative et une quantitative, s'est intéressée en 2014 aux besoins de formation des internes concernant les ISS. Il s'agissait d'une part d'évaluer leurs connaissances des ISS, des déterminants de la santé et des dispositifs d'accès aux soins. Et d'autre part de recueillir leurs représentations, en particulier leurs « représentations négatives » (25).

Les résultats de l'étude quantitative mettaient en avant que les étudiants avaient une conscience partielle des ISS se limitant souvent à une opposition entre pauvres et « non-pauvres ». L'étude révélait que les connaissances de la CMU-c influençaient positivement les opinions des internes vis-à-vis du tiers payant et que de meilleures connaissances des ISS pouvaient avoir un impact positif sur les représentations des internes.

L'étude qualitative mettait en avant que les internes avaient une image de grande précarité plutôt que de précarité : « Les pauvres sont chômeurs plutôt que travailleurs. Ils n'évoquent pas la notion de « travailleur pauvre » ou de contrats précaires (CDD, intérim,) comme des facteurs de précarité. Leur image de la précarité est plus proche de celle de l'exclusion ou de la grande précarité. [...] Les personnes pauvres sont perçues comme ayant des capacités cognitives limitées et sans éducation. Les personnes ayant immigré, et les personnes âgées isolées sont considérées comme des personnes en situation de précarité. [...] Les internes ressentent une distance sociale lors des soins aux personnes précaires. Cette distance ressentie varie d'un interne à l'autre et l'expérience professionnelle auprès de personnes en situation de précarité semble être un moyen de diminuer cette distance. »

Par ailleurs, selon cette étude, 92% des internes ne se sentaient pas assez formés sur la problématique de l'accès aux soins et de la précarité en santé et se disaient prêts à participer à un module sur le thème « médico-social ». L'analyse qualitative permettait d'affiner cette demande, les internes souhaitaient un cours au moment de l'internat ou durant leur pratique (Formation Médicale Continue). Ils souhaitaient une formation leur apportant des outils pratiques pour répondre aux problèmes médico-sociaux et questionner les représentations des

médecins ; de préférence une formation de terrain, comme un stage dans une structure accueillant des personnes vulnérables socialement. Ils observaient devoir effectuer une démarche active de formation.

3. Problématiques et objectif

La précarité est un facteur de risque de morbi-mortalité. Elle contribue à un gradient de santé dont les conséquences sont des inégalités qui « concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres ».

Le médecin généraliste, par sa participation à l'accès aux soins primaires et les caractéristiques de sa discipline, peut contribuer à la diminution des ISS.

Les représentations des soignants, positives ou négatives, vis-à-vis des populations en situation de précarité influencent leur pratique professionnelle.

Les représentations qu'ont les internes des patients en situation de précarité sont influencées par les connaissances qu'ils ont de ces situations.

Le stage de médecine ambulatoire de niveau 1, en participant à l'amélioration de leur connaissance, pourrait être un moment clé dans la construction de leurs représentations.

Question de recherche : comment le stage ambulatoire de niveau 1 influe-t-il sur les représentations que les internes ont des patients en situation de précarité ?

Objectif du travail : explorer l'influence du stage de médecine ambulatoire de niveau 1 sur les représentations que les internes ont vis-à-vis des patients en situation de précarité.

Hypothèse du travail : le stage ambulatoire de niveau 1 permet de modifier positivement les représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité, et donc de les sensibiliser à leur prise en charge.

MÉTHODE

1. Choix de la méthode qualitative

Afin de répondre à la question de recherche, il a été décidé de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale. Cette méthode était la plus adaptée pour comprendre les représentations et les expériences personnelles en stage.

L'apprentissage de cette méthodologie par les deux investigatrices et la directrice de thèse a été réalisé au cours d'ateliers de formations, spécifiques à la méthodologie qualitative, organisés à la faculté de médecine Lyon-Est.

2. Protocole de l'étude

2.1. Équipe de recherche

L'équipe de recherche était constituée de deux directeurs de thèse et de deux investigatrices ; respectivement les docteurs Nathalie Suh Tafaro (Maître de stage Universitaire) et Frédéric Zorzi (Maître de stage Universitaire et Maître de Conférence à la faculté Lyon Est), Louise Arnou (interne en troisième année) et Oriane Christin (médecin généraliste, ayant validé le DES en novembre 2017).

Il existait pour chacune des chercheuses des relations antérieures d'origine professionnelle avec quatre enquêtés. L'un des internes interrogés était en stage avec un des directeurs de thèse

2.2. Élaboration des canevas d'entretien

Premier guide d'entretien

Le premier canevas d'entretien a été élaboré par les deux chercheuses entre janvier et mars 2018, avec relecture par les deux directeurs de thèse.

Il a été testé par chacune des investigatrices au cours du mois de mars 2018. Puis modifié une fois durant l'étude.

Second guide d'entretien

Le deuxième canevas d'entretien a été réalisé entre septembre et octobre 2018 après une première analyse des données récoltées lors des entretiens d'avril.

Sachant qu'il était recherché une évolution des représentations des internes, celui-ci n'a pas été testé avant le début des entretiens.

2.3. Constitution de l'échantillon

Un premier contact oral a été établi avec les internes de médecine générale lors des choix de stage en avril 2018 auprès des internes ayant choisi un stage de niveau 1 chez le praticien. Les internes étaient à ce moment-là informés que le sujet de l'étude concernait la précarité.

Il a ensuite été décidé de réaliser un échantillonnage en recherche de variation maximale. Les critères étaient : sexe, nombre de semestres validés, terrain de stage choisi (rural, semi-urbain ou urbain).

Les internes ont ensuite été contactés par courrier électronique et/ou par téléphone.

L'un des internes ayant préalablement accepté de participer n'a pas pu réaliser l'entretien, faute de temps. Un interne a été interrompu lors de l'entretien pour une urgence médicale, et un entretien n'a pas été enregistré ; ces données n'ont pas été utilisées pour l'analyse.

Les seize internes dont les données ont été utilisées pour l'analyse ont accepté de participer au deuxième entretien.

L'équipe de recherche avait décidé de s'entretenir avec le même interne à six mois d'intervalle, pour comparer de manière plus précise les résultats, en s'affranchissant des variations de représentations propres à chaque interne.

2.4. Recueil des données, consentement et confidentialité

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique (*Olympus*[®]) et de dictaphones intégrés au téléphone mobile de chacune des chercheuses (*Samsung*[®], *Apple*[®]). Les enregistrements ont ensuite été sauvegardés sur les ordinateurs respectifs des chercheuses (*Lenovo*[®]) puis retranscrits et anonymisés à l'aide du logiciel *Microsoft*[®] Word. Un chiffre précédé de la lettre I a été attribué de manière aléatoire à l'ensemble des participants de l'étude.

Pour des raisons d'organisation, il a été décidé par avance de réaliser des entretiens auprès de seize internes (voir Discussion de la méthode). Cela a permis a posteriori, lors de l'analyse, de constater une redondance des occurrences.

Huit des premiers entretiens ont été menés par l'une des investigatrices, sept par l'autre, et un par l'un des directeurs de thèse. Quinze internes ont revu, pour le second entretien, le même intervieweur. Seul l'un des enquêtés n'a pas été vu par la même personne faute de disponibilités.

Les entretiens ont été réalisés dans des lieux calmes : aux domiciles des chercheuses (3), aux domiciles des enquêtés (15), sur leur lieu de stage (8), dans des lieux publics (4) ou sur le lieu

de travail d'un des investigateurs (2). Lors de deux entretiens, un tiers connu de l'enquête était présent.

Des notes de terrain ont été prises dans les suites des entretiens. Elles ont été uniquement partagées entre les deux chercheuses.

Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été communiquées aux internes.

Les consentements, écrit et oral, ont été recueillis auprès de chaque interne.

L'étude a été conduite conformément à la loi informatique et libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Elle a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) par laquelle les chercheurs s'engageaient à respecter la méthodologie de référence MR-001.

2.5. Analyse des entretiens

L'analyse a débuté par une lecture flottante des données permettant aux deux chercheuses de se faire une impression sur les entretiens. Les textes ont ensuite été lus plusieurs fois, de manière attentive, pour y repérer des unités minimales de sens. Les unités ont ensuite été regroupées en sous-thème. Les catégories obtenues ont été regroupées en thèmes principaux selon un processus de codage sélectif

Les deux investigatrices ont réalisé, de manière indépendante, l'analyse des données sur les seize premiers entretiens. Elles ont ensuite réalisé une triangulation de l'analyse des données à l'issue de laquelle ont été identifiés trois différents thèmes. L'organisation des sous thèmes au sein d'un thème a été réalisée de manière unique par une seule des deux investigatrices, puis rediscutée ensemble.

En ce qui concerne les seize deuxièmes entretiens, une lecture flottante a été réalisée par les deux investigatrices pour tous les entretiens, la triangulation des données a été réalisée sur six entretiens. Il a été décidé de rechercher les unités minimales de sens selon les trois thèmes auparavant identifiés. De la même manière que précédemment, l'organisation des sous-

thèmes au sein d'un thème a été réalisé de manière unique, puis rediscutée par les deux investigatrices.

L'analyse des entretiens a été réalisé avec le logiciel *Nvivo*[®].

3. Revue de la littérature

Une première revue de littérature a été réalisée par l'une des deux investigatrices dès le mois de septembre 2017. Celle-ci était sommaire et a permis de soulever la question de recherche et de débiter la constitution du protocole.

Une seconde revue de la littérature a été réalisée à partir de février 2019 lors de la phase de discussion des résultats.

Ces recherches bibliographiques ont été réalisées via le portail de recherche de l'université Lyon 1 par les moteurs de recherche mis à disposition.

Les bases de données CAIRN, SUDOC, EM Premium, PASCAL-FRANCIS, Banque de données de santé publique, Pubmed, Google et Google Scholar ont été utilisées.

Les termes MeSH utilisés étaient :

- « Médecine générale », « Étudiants », « Stage médical », « Pédagogie médicale », « Psychologie de l'éducation » / « General practice », « Students », « Clinical clerkship », « Education », « Psychology, educational »
- « Pauvreté », « Facteurs socioéconomiques » / « Poverty », « Socioeconomic factors »
- « Inégalités », « Disparités de l'état de santé » / « Inequity », « Health status disparities »
- « Refus du traitement », « Adhésion au traitement médicamenteux », « Médecine préventive », « Relation médecin patient » / « Treatment refusal », « Medication adherence », « Preventive medicine », « Physician-patient relations », « Health behaviour »

Les autres mots-clés utilisés dans les bases francophones étaient :

- « Précarité », « Situation complexe », « Difficultés sociales »

- « Inégalités sociales de santé »
- « Représentation » ; « Représentations sociales », « Pratiques sociales », « Théorie des représentations »
- « Compétences professionnelles », « Dépistage », « Travail en réseau », « Collaboration interprofessionnelle »
- « Non-observance », « Prévention », « Non-recours », « Comportement en soin »
- « Conscientisation », « Expérience »

Les bibliographies des différents articles et thèses ainsi trouvés ont également permis d'enrichir cette bibliographie.

Les articles, thèses et ouvrages ont pu être consultés soit sur Internet via le portail documentaire de la bibliothèque Lyon 1, soit en version papier à la bibliothèque universitaire santé Rockefeller.

Le logiciel de gestion de références *Zotero*[®] a permis de classer les références et de réaliser une bibliographie au format Vancouver.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Seize internes ont accepté de participer à l'étude. Il s'agissait de huit femmes et huit hommes. Ils étaient âgés de 26 à 29 ans.

Dix internes étaient en quatrième semestre lors du stage, un interne en cinquième semestre et cinq internes étaient en sixième semestre et avaient validé leur D.E.S. de médecine générale lors du deuxième entretien.

Les entretiens ont été réalisés en deux temps. Les premiers entretiens se sont déroulés au mois d'avril 2018, avant le début du stage en médecine ambulatoire. Ils ont duré de 10 minutes et 36 secondes à 26 minutes et 48 secondes, soit une durée moyenne d'entretien de 17 minutes et 16 secondes (médiane = 17 minutes et 19 secondes). Les seconds entretiens se sont déroulés en novembre 2018, après la fin du stage de médecine ambulatoire. Ils ont duré de 17 minutes et 19 secondes à 34 minutes et 53 secondes, soit une durée moyenne d'entretien de 24 minutes et 16 secondes (médiane = 24 minutes et 32 secondes).

	Sexe	Age	Semestre*	Stage	Projet professionnel	Bénévolat	CSP Mère/Père	Entretien 1	Entretien 2
I1	homme	29	4ème	Urbain	Médecine générale	non	41/23	00:20:19	00:24:14
I2	homme	29	4ème	Rural	MGA**- urgences	non	32/31	00:21:56	00:26:38
I3	femme	27	4ème	Rural	Urgentiste	Humanitaire en Inde e	41/32	00:13:04	00:24:50
I4	homme	29	6ème	Semi-rural	MGA	Activité de prévention	36/43	00:17:46	00:26:03
I5	femme	27	4ème	Urbain	MGA - DU de gynécologie	non	31/82	00:10:36	00:20:42
I6	femme	26	4ème	Semi-rural	MGA - PMI ou planning	MDM : mission SDF du	36/82	00:13:59	00:29:18
I7	homme	27	6ème	Rural	MGA	non	32/36	00:17:26	00:20:20
I8	femme	26	4ème	Semi-rural	Urgentiste	MDM : CADA + stages	41/73	00:26:48	00:18:56
I9	homme	29	6ème	Urbain	MGA - urgences	non	41/66	00:14:13	00:18:41
I10	homme	28	6ème	Rural	MGA	non	41/41	00:18:04	00:25:35
I11	femme	28	4ème	Semi-rural	MGA	Scout - 4L trophy	73/73	00:17:13	00:22:03
I12	femme	27	6ème	Urbain - Sem	Méd hospitalière : Service	non / thèse sur person	31/36	00:15:43	00:17:19
I13	homme	28	5ème	Semi-rural	MGA	resto du cœur	41/47	00:19:40	00:28:24
I14	femme	28	6ème	Urbain	MGA	resto du cœur - récolte	41/41	00:15:36	00:21:54
I15	femme	26	4ème	Semi-rural	MGA plutôt milieu rural	non - souhait	82/23	00:17:26	00:28:37
I16	femme	27	4ème	Urbain	Urgentiste	non	41/36	00:16:31	00:34:53

MGA = Médecine générale ambulatoire CSP = Catégorie socio-professionnelle selon tableau INSEE (Annexe) Sem = semestre

2. Influence de l'expérience en stage sur les représentations de la précarité

2.1. Définition d'un concept

L'analyse des entretiens a permis d'explorer ce que représentait pour les internes le concept **complexe et vaste** de « patient en situation de précarité ».

La fragilité

- La notion de fragilité était présente dès les premiers entretiens. En novembre on remarquait cependant que **leurs expériences enrichissaient leurs représentations** :

LA « Et ça évoquait pour toi une fragilité, c'était la grande idée euh qu'est-ce que tu penses de cette définition maintenant ? »

I2 « Bah pour moi ouais euh, j'trouve ça euh ... je trouve ça pas mal, ça s'est un peu conforté hein (...). Parce que quelqu'un qui est précaire c'est quelqu'un qui est à risque de perdre la santé quoi. Et pour moi la santé c'est si t'es pas malade t'es en bonne santé. (...) Et il m'a rappelé la définition de l'OMS tout simplement (...) de bien-être physique, mental, social, professionnel et-cetera ... Et ils précisent bien en toute lettre 'et ne correspond pas à une absence de maladie' ce qui est franchement impactant, parce que c'est un peu sur quoi on s'acharne. Et de ce point de vue-là bah ça conforte un peu la définition que j'avais dit de la précarité dans le sens où bah toute ces aspects-là sont fondamentaux pour avoir une bonne santé de manière globale. Et euh pour moi la précarité c'est quand y a un ou des aspects de la vie qui est en ... qui est, qui est, qui est pas stable quoi, qui est pas fiable ... »

- Il apparaissait que cette fragilité était le résultat de situations à risque chez des patients qui ne pourraient subvenir à leurs besoins vitaux. Elle conférait un **caractère d'insécurité, et d'instabilité**.

I6 « Du coup pour moi, qu'est-ce que ça évoque... Pour moi c'est une personne qui, du fait d'une situation sociale ou financière, elle ne peut pas subvenir à ses besoins heu fondamentaux de

sécurité, de se loger de manière décente heu, d'avoir un ...en fait les besoins primaires ils sont plus sécurisés pour elle... moi ça m'évoque ça. (...) De manger, heu ouais, déjà manger, dormir, et heu et avoir une certaine sécurité euh ... bah ça ils l'ont plus. »

Vivre « sur le fil »

- Il était exprimé en avril par certains internes que la « situation de précarité » était **évolutive**, qu'elle constituait un **facteur de risque** à prendre en compte. Cette notion se précisait après le stage ambulatoire.

I8 (avril) « Euh j'dirais aussi qu'c'est quelque chose d'évolutif. C'est un peu comme euh, « les patients en situation de handicap », c'est une chose, dans un contexte, qui est amené à évoluer selon le contexte et selon euh ... le patient euh... Voilà j'dirais qu'c'est ça. »

I12 (novembre) « pour moi précarité, c'est un peu cette idée de vivre sur le fil, où en gros tu... heu, comment dire, ouais de vivre heu sur le fil, où tu vis un peu au jour le jour, avec heu en gros des ressources, et t'as pas, c'est difficile de trouver une stabilité quoi, qu'elle soit financière, qu'elle soit sociale, heu, c'est des situations qui peuvent basculer d'un jour à l'autre et heu, et du coup ça t'empêche de t'insérer dans la société heu...voilà. »

Après l'expérience du stage en ambulatoire, il n'était pas noté d'évolution des représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité. La subtilité réside dans le fait que ce stage, via les expériences vécues, a permis d'enrichir le panel des représentations sociales des internes.

La précarité reste une notion complexe, dans laquelle se mêlent fragilité, manque et instabilité. En appliquant cette définition à leur profession de médecin, les internes mettent en avant que la situation de précarité peut être vue comme une comorbidité ou un facteur de risque.

2.2. Application du concept à la vie professionnelle

Dans la narration de leurs expériences avec des patients qu'ils considéraient en situation de précarité, les internes appliquaient les notions de fragilité et d'instabilité à leur pratique professionnelle. Ainsi, avant même le passage en stage en médecine ambulatoire les internes identifiaient **des causes de fragilité**, comme par exemple **le contexte de vie** ; et **les conséquences de cette précarité : des patients instables** auprès desquels il fallait adapter la prise en charge.

Prise en compte du contexte de vie : le modèle bio-psycho-social à dominante sociale

- Contexte biomédical et psychologique.

Les **âges extrêmes de la vie** étaient cités comme des périodes de fragilité.

I4 « Mais voilà la précarité en médecine là où je l'ai plus ressentie c'est peut-être en gériatrie : des personnes qui étaient seules au monde sans contact social, sans ami, sans famille, sans argent, sans rien... et... et dont on savait pas trop quoi faire quoi. »

Les internes décrivaient **des pathologies sources de fragilité** chez le patient. Étaient citées des pathologies pourvoyeuses d'un **handicap** et créant une dépendance, ainsi que des **pathologies psychiatriques**.

I15 « je pourrais même aller jusqu'à, enfin les maladies très, 'fin assez importantes heu qui handicapent tellement que ça en devient très compliqué quoi. Que le patient il est un peu précaire quoi. »

- Le milieu socioculturel, l'entourage personnel.

L'accès à l'éducation et le niveau d'instruction étaient cités comme critères évoquant une fragilité.

13 « ça va être aussi tout ceux qu'ont pas accès à, bah à des...(silence) par exemple certaines écoles, au niveau de l'éducation à certaines écoles qu'ils voudraient, ouais qui sont un peu reculés heu. »

Les différences culturelles et de modes de vie pouvaient être considérées comme pourvoyeuses de difficultés.

11 « Parfois pour ces personnes-là, j' parle pour les migrants, parfois il y a une culture différente. On n'a pas les mêmes attentes euh ... un mode de vie qui est justement qui pour... qui dans leur pays étaient bah complètement euh ... accepté et ... correct. Et qui en France bah ça se passe pas de la même manière euh c'est parfois difficile à faire intégrer. »

De même pour la **barrière de la langue** et **les problèmes de compréhension** qui en résultent.

110 « donc des gens déjà qui ne partageaient pas la même langue que nous, (...) ce qui était assez difficile parce que il y avait un hôpital de semaine donc qui était un peu plus à visée euh d'éducation thérapeutique, donc quand on parle pas l'arabe tout de suite c'est un peu plus dur de faire des ateliers. Et euh ... euh pour la compréhension du patient aussi. »

- Contexte socio-économique.

Il était dit que **le manque de moyen financier** et **l'isolement** engendraient des difficultés d'accès aux soins.

17 « Tu vas avoir bah ouais sur les attelles ou ce genre de choses heu j'en ai déjà vu (ndlr : des patients) qui revenaient quinze jours après pour la même entorse parce que bah ils ont pas de quoi s'acheter l'attelle hein. »

115 « j' pense que effectivement il y a pas mal de patients qui se soignent mal - de ceux qui sont en état de précarité - soit parce que ils peuvent pas se déplacer, ils sont malades ou heu ou heu seuls en fait, et qui viennent, enfin c'est trop difficile (...) de venir en fait en consultation. »

Les professions à revenus faibles ou **l'absence d'emploi** étaient considérées par les internes comme un autre facteur de risque de fragilité.

17 « des gens qui vont quand même avoir un travail, mais qui vont avoir une pauvreté heu, si ils ont un salaire qui est très faible »

- En novembre l'idée d'un contexte de fragilité selon le modèle bio-psycho-social restait de mise. On notait une démultiplication des situations décrites.

Les **souffrances psychologiques** étaient pour les internes un facteur de risque supplémentaire de précarité.

I14 « Nan la précarité à laquelle j'ai vraiment été euh confrontée euh en médecine générale c'est euh la souffrance psychologique, la souffrance psychologique au travail ... »

La **difficulté** à réaliser seul des tâches **administratives** également.

I13 « Je dirais que c'est un patient qui ... ouais qui a des difficultés à faire face au ... c'est dur ... Je dirais que c'est un patient qui a peu de revenus et qui a des difficultés à faire face aux demandes administratives aussi. »

Conséquences de la fragilité : des patients qui alertent.

Dans les entretiens on retrouvait des patients pour qui **les internes évoquaient d'emblée la précarité**.

- Des patients présentant des **signes extérieurs** de précarité.

À la question « Quels sont les éléments auxquels tu es attentif lors d'une consultation qui te permettent de penser que le patient est précaire ? » les internes citaient : **le manque d'hygiène**, pouvant aller jusqu'à l'**incurie**, et des **caractéristiques vestimentaires**.

I14 « Des éléments auxquels je suis attentive euh... bah hum une consultation ça commence toujours par le ressenti quand tu vois le physique de quelqu'un. Donc en général si la personne se porte mal euh c'est des signes plutôt euh ... (silence) d'incurie (...) on sent que vraiment euh hum il y a pas de moyen pour avoir un habit par exemple, euh correct euh (Silence) »

- Des patients n'ayant **pas de couverture sociale** ; ceux qui bénéficient de l'AME ou de la CMU.

I12 « c'est plutôt des gens qui sont pas intégrés dans le parcours de soins, ou alors qui sont euh, à l'AME, et heu ouais, qui bénéficient des aides minimales quoi, qui sont pris à 100% parce que (...) ils peuvent pas du tout payer de leur poche pour euh pour leur santé. »

- Certaines catégories de patients : les **personnes âgées**, les patients issus des **minorités** comme les transsexuels, les patients **toxicomanes**, les **SDF** et les **personnes étrangères** réfugiées politiques ou migrantes en situation régulière ou non.

I1 « bah très souvent euh on va dire ... bah à tort ou à raison j'associe quand même la précarité ... dans la majorité des cas à des personnes migrantes. »

- Après 6 mois de stage ambulatoire, il ressortait dans le discours l'idée nouvelle **d'échelons dans la précarité** avec d'une part une précarité extrême et d'autre part une « semi-précarité ».

I4 « Bah en fait soit, et ça dépend de quel type de précaires, parce que il y en a quand même plein et différents échelons de précarités 'fin ... »

La difficulté à voir une autre précarité.

- Dans les suites du stage ambulatoire, les internes décrivaient essentiellement des situations de **précarité visible**, certains internes **doutaient même d'avoir vu des patients en situation de précarité** durant leurs six mois de stage, ou **doutaient de la précarité du patient** dans l'expérience relatée.

I5 « Euh, autour de la précarité... euh bah comme je disais, moi j'pense que j'ai pas eu un stage où j'ai vu énormément de situations précaires. J'pense qu'il y en a où on est un peu plus exposé. »

- Il était remarqué que certains internes **se posaient la question d'une précarité moins nettement visible**. Une précarité qui pouvait s'exprimer par un comportement dans le soin.

LA « Et est-ce que tu penses qu'il y a des situations où tu ne savais pas mais il y avait peut-être un contexte de précarité, mais dont ... »

I16 « Bah peut-être hein, peut-être, après (silence), j'ai pas forcément eu de difficultés... (...) où j'me suis dit « Tiens là j'comprends pas ce qui se passe » et où mon prat' il me dit « bah voilà le contexte » et où j'me dit "ha beh oui d'accord". »

Pour les internes il existait des éléments évocateurs et qui les alertaient sur la précarité du patient. Ces éléments intriqués pouvaient être à la fois cause et conséquence de précarité.

Certains étaient liés au contexte de vie : la maladie et le handicap ; les souffrances psychologiques ; les difficultés financières, l'isolement et les difficultés de compréhension.

D'autres étaient liés aux patients : les personnes âgées, les SDF, les personnes étrangères et françaises issues de l'immigration, et celles bénéficiant de l'AME et de la CMU-c.

Ces idées, présentes dès avril, se retrouvaient après le stage. Les internes enrichissaient par leurs expériences les situations de précarité. L'idée nouvelle était celle d'échelon dans la précarité. Bien qu'il persiste l'idée d'une visibilité de la précarité, certains internes pensaient que ce n'était pas toujours le cas.

2.3. Précarité et soins

Les internes s'accordaient sur **l'existence de difficultés à se soigner** pour les patients en situation de précarité.

Des difficultés liées au patient

Deux profils dans le soin

Lors des deux séries d'entretiens, il était décrit une opposition entre un **profil de patients ayant tendance à consulter rarement**, et un **profil de patients consultant à répétition**.

12 (avril) « comme ça j'dirais qu'il y a un peu deux profils, j'dirais qu'il y a un profil qui a ... qui a diminué son exigence envers lui-même très franchement. Et du coup les normes pour nous ne sont absolument pas les leurs. Et euh pour lequel je ... je conçois qu'on ... que par ex parler d'un équilibre glycémique ou autre ce soit vraiment la dernière des priorités pour eux (...). Donc ils

ont ouais une normalité, qui est clairement plus notre norme, ça rend aussi les choses vachement plus complexes parce que pour arriver à faire comprendre que dans 10 ans ils peuvent avoir des problème si ils règlent pas euh ... c'est quasi impossible. »

I2 (novembre) « Il y en a plusieurs types pour moi. Y'en a qui sont très demandeurs et qui du coup vont avoir une surconsommation qui est juste le reflet de, de bah de leur mal-être ou de leur euh ... Et qu'il faut arriver à pas les envoyer bouler, parce que parfois ça peut être le seul lien qu'ils ont avant d'aller dans le mauvais sens. Y'en d'autres euh qui n'expriment rien qui sont ... ils sont silencieux, qui ne demandent quasiment rien. Et eux il faut être vigilant parce que ne pas repérer cette grande petite précarité parfois ça peut ça peut être un moment un peu charnière. »

L'inobservance médicamenteuse

Ce comportement a été plus précisément explicité après l'expérience en stage ambulatoire, notamment par le fait que les priorités du patient différaient de celles de l'interne.

I1 « Bah je me suis senti plus inquiet pour elle du fait que euh bah la précarité euh j'sais pas si on peut dire que c'est synonyme de mauvaise observance ou mauvais suivi ... Mais bon à mon avis quand on habite dans les bidonvilles et qu'on prescrit juste comme ça une (...) Voilà j'sais pas si ça va être euh si l'observance va être optimale. »

Le nomadisme médical

Certains internes évoquaient le nomadisme médical du patient précaire comme un frein à leur prise en charge.

I13 « c'est-à-dire qu'il a quand même cette habitude de suivi un peu euh ... un peu ... éparpillé. Et du coup moi j'ai fait le compromis de lui proposer des rendez-vous, si il venait, il venait, s'il venait pas, bah j'essayais de pas le prendre pour moi de relativiser ça. »

Ambivalence

Lorsque les patients avaient un suivi régulier les internes notaient une ambivalence qui compromettait les soins.

17 « C'est assez ambivalent, (...) y'en a qu'ont des discours un peu contradictoires, dans le sens "aidez-moi", mais qui... qui sont dans une ébauche de démarche, mais qui sont pas encore dans la réalisation, donc des fois c'est un peu compliqué de prendre en charge par rapport à ça. »

Des motifs cachés

Les motifs cachés pouvaient entraîner une prise en charge non adaptée au problème du patient.

114 « Euh qu'est ce qui a été difficile ... en fait avec elle, dès la première consultation elle m'a dit (...) qu'elle euh ... en fait elle venait pour autre chose et finalement elle m'a sorti une biologie où il y avait des Béta-HCG qui étaient élevés etcetera, etcetera. Et bah j'ai dit "Ah vous êtes enceinte" en fait dès le début on s'est pas comprises, moi j'étais hyper enthousiaste, je lui ai dit "Vous êtes enceinte" et elle en fait euh ... bah c'était juste la ... juste pas du tout ce qu'elle attendait ... euh et dès que j'ai commencé à lui parler d'avortement elle m'a dit "Nan mais c'est hors de question de tout façon j'avorterai pas". Donc ce qui était difficile c'est euh ... euh déjà la non-compréhension du début. »

D'autres difficultés semblaient indépendantes de la volonté du patient

La difficulté d'accès aux soins et le retard de recours au soin

- La plupart des internes avaient conscience des **difficultés d'accès aux soins** pour les patients. Ces difficultés sont parfois **rééquilibrées par le remboursement** des soins, ou par **l'accès à l'hôpital public**.

19 « euh, s'il me dit qu'il ne va pas pouvoir faire tel examen parce qu'il peut pas avancer les frais, ça va forcément mettre la puce à l'oreille... »

- Il était exprimé que les patients avaient tendance à **consulter tardivement**, pouvant favoriser des retards de prises en charge diagnostique et thérapeutique.

13 « Parce que, enfin cette histoire-là elle datait depuis heu, un bail, que il avait vu son chirurgien la dernière fois pour - j'sais plus il y'a un ou deux ans - et que c'est seulement maintenant qu'il venait consulter. »

Les difficultés de prévention

Les internes considéraient **la prévention plus difficilement réalisable** avec des patients en situation de précarité car il leur semblait que les patients n'avaient pas une vision à long terme de leur santé.

19 « notamment tout ce qui est prévention ou maladie chronique, c'est beaucoup plus compliqué parce que ... bah eux ils vivent sur le moment, donc heu, leur dire que leur hypertension, heu ça va poser problème dans 20 ans, ils s'en moquent un peu (rire) »

La situation de vie du patient

- Le **niveau de compréhension et d'éducation** du patient influait sur le soin.

18 « Le fait aussi que le patient ait été quand même euh un peu cortiqué si je puis dire, pour parce que je lui ai expliqué les démarches ... ça ... il a tout de suite euh compris j'étais pas euh dans la difficulté à cause d'une barrière de la langue ou ... quelque chose comme ça. Il ... 'fin ça avançait quoi. »

- Le **mode de vie** était un facteur influençant. Les internes exprimaient les difficultés qu'ils avaient à réaliser des soutiens psychologiques auprès de patients dans une situation de grande précarité.

19 « Bah aller chercher plus loin comment ça se passait dans la rue, heu si y avait des violences, si y avait des difficultés particulières, euh, dans sa vie quotidienne, c'est compliqué parce que pour le coup aller lui dire : « Comment ça se passe dans la rue, c'est compliqué ? », « Bah oui c'est compliqué » (Rires). D'ailleurs je lui ai posé la question, il m'a dit « Oui, c'est compliqué », et il s'est pas étendu, parce que, parce qu'on vit dans deux mondes différents quoi. Donc heu c'était, quand on fait heu, quand on veut en médecine générale, faire de l'entretien psy avec des patients ... pas forcément de même catégorie sociale mais voilà, qui vivent à peu près dans le même monde, c'est euh, on a tous traversé des épreuves, mais quand euh... y a un gouffre aussi énorme que un patient qu'est SDF, qui vit pas du tout dans le même monde, c'est compliqué je trouve, de cibler qu'est-ce qui est difficile pour lui quotidiennement, qu'est-ce qui peut impacter, qu'est-ce ce que c'est que sa vie en fait tout simplement. »

Les internes s'accordaient avant et après le stage, pour dire qu'il existait chez ces patients des difficultés à se soigner.

Cela était d'une part dépendant du patient : de son comportement dans le soin et de sa volonté à se soigner. Ils décrivaient deux profils de patients l'un ayant tendance à délaissé sa santé, l'autre au contraire très demandeur de soin.

Cela était d'autre part indépendant de sa volonté : difficultés d'accès aux soins, et soins plus difficilement réalisables (prévention et le soutien psychologique).

3. Influence de l'expérience en stage ambulatoire sur le regard et le vécu des internes face à la prise en charge des patients en situation de précarité

3.1. Regards et vécus avant la prise en charge

Une vision de la prise en charge très générale et peu explicitée

- Les internes avaient l'impression d'une **prise en charge correcte** et n'identifiaient **pas de discrimination** envers ces patients.

I4 « (Silence) euh, hum, bah d'expérience quand même (...) j'ai pas l'impression qu'il y ait euh, qu'il y ait de discrimination majeure, avec ces patients-là (...) les patients peu importe leur niveau financier, ou niveau duquel ils viennent, ils sont quand même ... bien pris en charge (...) j'ai pas l'impression qu'ils aient euh des..., des pertes de chances euh en tout cas euh à l'hôpital, à cause de leur précarité »

- On retrouvait la vision d'une **prise en charge non optimale**, qui ne s'adapte pas suffisamment au patient.

I2 « Donc il y a une espèce de euh de dissociation entre ce qu'ils attendraient vraiment et euh ce que nous on leur apporte. Qui là est flagrante et qui montre que y a ... que la prise en charge elle est pas optimale »

- Il ressortait des entretiens l'image d'une prise en charge **principalement sociale**.

I15 « Fin en fait le problème était plus social et précarité que... un problème d'ulcère. (...) Et qu'on allait plus devoir faire jouer le social, heu l'assistante sociale tout ça...que... et sûrement quelques aides à domicile, plutôt que, que ... du médical quoi... »

- Cette prise en charge sociale ne semblait **pas faire partie du rôle du médecin**.

I13 « Et je le ferais si euh ... si j'avais besoin de m'occuper du ... sur le ... du côté médical mais beaucoup moins du coté social quoi. »

- Certains internes mettaient en avant l'importance de la **mise en confiance du patient**.

I4 « enfin il faut les mettre en confiance quoi. Pour qu'ils aient envie de revenir, qu'ils aient envie de, de, de, de prendre soin d'eux quoi. Tout simplement. »

- D'autres l'**adaptation des objectifs** de soins

I8 « 'fin en général, il faut avoir pour ces patients des objectifs raisonnables. »

Un vécu principalement négatif de la prise en charge

- Ils trouvaient la prise en charge **compliquée** parce que **chronophage** et **pesante**.

I9 « ça prend souvent beaucoup plus longtemps, pour, pour toutes ces raisons-là (...) pour expliquer, pour faire comprendre, pour euh, ouais pour euh, toutes les démarches en fait, soit dans le diagnostic pour poser les bonnes questions, vérifier qu'ils ont bien compris la question, que nous on comprend bien ce qu'ils veulent dire dans leurs réponses. »

- Ils se sentaient **démunis**.

I14 « J'ai ... j'ai trouvé ... 'fin j'me suis sentie vraiment euh ... ouais vraiment démunie en fait. Euh pas trop savoir quoi faire, pas trop savoir quoi proposer euh voilà. »

- La prise en charge était rendue difficile par le **manque de proximité** avec le patient, ...

I16 « j'pense que c'est difficile pour les soignants et pour moi aussi parfois de prendre en charge des situations, des patients en situation de précarité, parce que et ben parfois on se sent pas forcément proche d'eux »

- ... par le **comportement** des patients et leurs **difficultés de compréhension** ...

I12 « Bah c'est...c'est toujours un peu frustrant les patients qui parlent pas français, parce que pour communiquer c'est compliqué, après c'est vrai qu'on se sent un peu démuni quoi, on sait pas quoi faire euh, fin... on sait que quoi qu'on fasse de toute façon, y aura pas d'impact sur le long terme quoi si y a pas de traitement de fond, et heu d'effort, en l'occurrence d'effort de règles hygiéno-diététiques, fin on peut pas aller dans le bon sens quoi... »

- ... et par l'**organisation** de la prise en charge elle-même.

I6 « y'avait toute la suite de la prise en charge, sachant que si il y avait une mauvaise observance notamment du traitement antibiotique, c'était dangereux pour elle, heu du coup j'ai essayé de joindre les gens du foyer (...) y'avait personne qui répondait. Elle (...) m'a donné le numéro de quelqu'un qui a priori parlait français et qui la comprenait bien, mais en fait il répondait pas non plus (...). Donc (...) j'ai hospitalisé cette dame en gynéco heu parce que je savais pas quoi faire avec elle, alors qu'elle nécessitait pas d'hospitalisation, c'était une salpingite qui était simple a priori, mais étant donné le contexte... »

- On retrouvait le sentiment de **gratification** ...

I16 « et que, enfin voilà tu aides, et où t'as vraiment l'impression d'être heu, enfin de pouvoir les aider, et c'est assez euh, enfin pas gratifiant, mais c'est euh, ouais tu te sens utile. »

- ... ou le sentiment de remplir une **mission**.

I12 « Et euh ouais et puis j'me dis, y a un p'tit côté « mère Theresa » ou j'me dis heu bah si c'est pas les autres qui le font, ce sera moi. Voilà, me sentir utile heu... »

Les ressentis face aux patients en situation de précarité étaient mitigés.

- On retrouvait un sentiment d'**empathie**, parfois de **pitié**, corrélé au **degré de précarité**.

I2 « Voilà bah après il y a forcément de l'empathie, en fonction de quelle précarité. Et euh et quelle profondeur de précarité. (...) Mais tout le monde n'a pas je pense ce degré de précarité, il y a ... il y en a c'est plutôt léger donc euh bon c'est plus complexe que ... (silence) que vraiment ce qui prend aux tripes quoi. J'sais pas ... »

- Il existait une **peur de ne pas réussir** à répondre aux demandes des patients.

I14 « J'en ... euh ... bah (Silence) j'ai un peu peur de euh (Silence) j'ai un peu peur de pas pouvoir leur apporter euh c'qu'ils demandent ... (...) Euh j'ai, j'ai peur de me lasser (Silence) et puis euh dans d'autres situations ou vraiment on est démuné j'ai peur euh ... de déprimer quoi ... »

Avant le passage en stage ambulatoire les internes déclaraient ne pas avoir assez de connaissances concernant la prise en charge des patients précaires. Cela se ressentait lors des entretiens, ils donnaient peu d'information sur la prise en charge elle-même. Il s'agissait pour eux d'une prise en charge essentiellement sociale pour laquelle il ne se sentaient pas compétents.

Ils étaient plus expansifs concernant leurs ressentis. La prise en charge des patients en situation de précarité leur paraissait compliquée, notamment car nécessitant beaucoup de temps, car impliquant des difficultés d'orientation des patients, et qu'ils avaient le sentiment de devoir tout expliciter davantage en raison de la barrière de la langue ou de difficultés de compréhension. Cette prise en charge était aussi vécue comme gratifiante.

Les internes disaient ressentir de l'empathie vis-à-vis des patients en situation de précarité et parfois même de la compassion ou de la pitié. Il est à noter que ce sentiment est corrélé à la profondeur de la précarité du patient.

3.2. Évolution après le stage

Une prise en charge...

... découverte par le prisme de la marguerite des compétences

Au cours de la deuxième série d'entretiens, les internes ont davantage évoqué la prise en charge des patients en situation de précarité. Leurs discours intégraient les six compétences du médecin généraliste.

- **Premier recours** : accès facilité et disponibilité

15 « j'me rends compte que le médecin traitant c'est quand même le premier rempart et il faut vraiment qu'on sache qu'on est là quand ils ont besoin quoi. Après si ils savent que le médecin traitant est là euh j'pense que l'accès au soin peut être un peu plus euh facile. »

- **Coordination des soins** : le médecin traitant était vu comme facilitant l'accès à d'autres professionnels de santé, organismes ou personnes réalisant la prise en charge sociale

16 « de professionnels qui sont différents du médecin, et qui peuvent être utiles pour une prise en charge (...) aussi sociale (...) après c'est valable pour presque plein de situations de médecine générale, mais j'pense que cette situation, enfin les gens (...) qui sont en situation de précarité, c'est valable encore plus pour eux, parce qu'ils en ont plus besoin, et ils ont moins d'opportunité de savoir et de pouvoir connaître ces gens sans toi... que d'autres personnes qui ont accès à plein de choses. »

- **Prévention** : éducation des patients et dépistage de la précarité

15 « ce que rembourse la CMU ce serait peut-être pas mal j'pense. Par ce que là ils viennent chez le médecin, (...) c'est quelque chose de gratuit pour eux. (...) Que c'est pas par ce que ils ... 'fin c'est pas des soins gratuits c'est quand même la sécu qui paye donc faut ... donc voilà l'éducation est à faire dans le sens il faut pas qu'ils viennent pour rien ... que ça a quand même un coup pour la société quoi. »

18 « Dans les services hospitaliers ou aux urgences on voit beaucoup de précarité dépassée en fait. Alors que bah finalement euh la ... 'fin j'trouve que vraiment la place euh de l'ambulatorie euh c'est le dépistage par ce qu'on les voit se fragiliser on les voit se ... rentrer progressivement

dans la précarité, et donc euh quand on agit à ce moment-là, bah mmh (...) Bah moi je dirais que c'est une comorbidité ... c'est euh ... comme on parle de la fragilité des personnes âgées ... »

- **Prise en charge globale** : intégrer le contexte de vie et la précarité dans le suivi

I13 « On va dire sa précarité faisait presque partie d'son suivi de sa pathologie de la prise en charge générale, et moi je devais accepter ça. Et que du coup je me suis adapté à ça. »

... où la pluriprofessionnalité apparaît nécessaire.

- **Notion de réseau** face au besoin de travailler avec des professionnels de différents milieux

I3 « Y'a tel réseau, (...) pour s'occuper de situations un peu compliquées heu, heu et et c'est propre à chaque heu, à chaque zone géographique quoi (...) j'ai découvert en tout cas qu'il existait des, des regroupements heu locaux, qui pouvaient aider heu, dans des situations difficiles, donc par exemple heu, quand j'étais en PMI à XXX, y'avait voilà la PASS à l'hôpital de XXX, heu, (...) pour les situations un peu de... où les personnes elle ont un... un état dépressif un peu mineur, quand elles peuvent pas aller voir la psychologue, et bah, j'ai appris à les adresser au CMP. »

- **Rôles multiples du réseau** :

Aider le patient : accompagnement des patients isolés, relais pour pallier l'entourage.

I15 « Avec mon prat' après on a dit qu'on allait essayer de contacter l'infirmière qui était à domicile (...) pour discuter un peu de la situation, et puis éventuellement la diététicienne, (...) Mais par contre oui essayer de faire du lien entre les professionnels, (...) pour qu'elle ait au moins des relais, ou des personnes un peu ressource... »

Aider le médecin : à réaliser ce qui dépasse ses compétences ou en ne restant pas isolé dans des prises en charge pouvant être difficiles.

I2 « Et que la seule vraie certitude c'est de savoir que tout seul tu peux pas répondre à tout, et donc euh la meilleure attitude c'est de savoir s'entourer, savoir être ... au maximum reposer sur les compétences d'autres professionnels. »

- Pour les internes ce réseau prenait sens surtout avec **les patients en situation de grande précarité** notamment les SDF et les patients migrants ou réfugiés.

I12 « Ils ont besoin de, de s'appuyer sur des organismes comme le CADA, (...) c'est vraiment (...) une prise en charge qui est globale, avec des associations (...) qui vont amener les patients au médecin généraliste, et j'ai trouvé qu'(...) ils arrivaient quand même à les faire rentrer dans un espèce de suivi, à essayer de leur faire comprendre comment fonctionnait le système de soins français, mais j pense que sans heu tout ce soutien social autour, ce serait beaucoup plus compliqué »

... et où il faut savoir s'adapter.

- Les internes proposaient des **consultations plus fréquentes** et relativisaient les retards ou absences aux rendez-vous, pour permettre une **meilleure adhésion** du patient au soin.

I13 « c'est-à-dire qu'il a quand même cette habitude de suivi un peu euh ... un peu ... éparpillé. Et du coup moi j'ai fait le compromis de lui proposer des rendez-vous, si il venait, il venait, s'il venait pas, bah j'essayais de pas le prendre pour moi de relativiser ça. »

- Revoir le patient plus fréquemment semblait rassurer l'interne.

I4 « Euh bah, ce que je faisais particulièrement avec cette patiente c'est que à chaque fois que je finissais une consultation (...) je lui donnais une date de rendez-vous. Et là moi ça me rassurait déjà de pas la lâcher ... de me dire que je la lâchais pas dans la nature »

- Ils mettaient en avant la nécessité de **rester vigilant** face aux problèmes de santé que pouvaient présenter ces patients fragiles.

I15 « J pense que c'est des patients aussi où il faut se méfier dans le sens où euh, ils viennent un peu toujours pour la même chose heu, (...) et en fait on finit par les connaître beaucoup parce qu'ils viennent souvent, et on peut (...) être semi-blasé, (...) se dire que c'est toujours la même chose, et le jour où en fait y'a un truc en plus on ne fait pas gaffe quoi... j'sais pas si tu vois ce que je veux dire... »

- L'objectif de soin devait être celui d'une stabilisation plutôt que d'une guérison.

I15 « et du coup, arriver à au moins une certaine stabilité sans pour autant des fois résoudre tous les problèmes »

- Certains internes avaient l'impression de **sortir du cadre** qu'ils s'étaient fixé dans le but d'améliorer l'alliance thérapeutique.

I8 « Je lui ai fait finalement un mois en tout d'arrêt de travail pfff donc euh théoriquement, c'était pas extrêmement justifié quoi euh médicalement parlant. Parce que il avait juste plus de dents mais euh ... mais à cause de l'aspect social et psychologie j'ai décidé de l'arrêter ... P'têtre c'était ça la justification euh vraiment euh (silence). »

Evolution des ressentis face à la prise en charge.

Vécus négatifs

- Il persistait un sentiment **d'impuissance** et de **frustration** face à des situations où les internes voyaient une solution possible mais qui se trouvait **mise en échec**.

I9 « Lui (ndlr le MSU) aussi était démuni, finalement, mais lui acceptait plus la situation quand même. »

LA « Toi tu avais plus de mal à l'accepter ? »

I9 « Ouais. Ben, il avait tout pour se sociabiliser, entre guillemets, ce patient, il était pas, il avait pas de gros trouble psychiatrique, il parlait la langue heu, il était jeune, y'avait encore des choses à faire quoi, mais heu ...bon. »

- Il apparaissait la notion de **non-valorisation** et le sentiment de faire du bénévolat.

I11 « on n'est pas du tout valorisé pour, pour ce travail- là, on le fait parce qu'on se doit de le faire (...) Mais en fait heu si tu fais que ça (...) tu gagnes pas ta vie quoi, parce que c'est pas valorisé. (...) Et du coup, c'est un peu du bénévolat quoi (...) c'est pas des actes gratuits mais c'est-à-dire que, la consultation, elle va te prendre facilement le double ou le triple, voire le quadruple du temps que tu consacres normalement à un patient, donc heu, beh du coup... Après tu prends le temps parce que c'est nécessaire, mais euh, mais... j'veux dire euh, c'est... enfin t'évite d'avoir ces situations-là parce que heu, parce que, toi après aussi t'as envie que ton métier soit rentable et que, et que, parce que si tu prends une heure et demie pour un patient, t'es payé 25 euros heu...enfin, beh c'est compliqué quoi pour euh, pour en vivre... »

- Il existait un **énervement** face aux demandes multiples des patients.

I11 « Et du coup, c'était pour un petit qui...(silence), qui était constipé. (...) Après heu à la fin de la consultation il fait « Ah oui, moi j'ai besoin de co-doliprane, j'en prends pour mes mal de dos », « Ah oui et moi j'ai besoin de mon viagra... ». Nan mais c'est une blague le viagra ! »

Savoir rester positif

- Après le stage ambulatoire, les internes étaient **plus positifs et se disaient à l'aise** lors de la consultation et de la prise en charge. Celle-ci leur apparaissait comme étant un bon défi.

I2 « Mais je me sens pas du tout sûr de moi, mais en tout cas je pense que c'est un challenge intéressant. Donc euh bon. »

- Cette prise en charge semblait plus simple car les internes notaient qu'il existait des **solutions**, pouvant venir du patient lui-même.

I3 « il va peut-être falloir donner un peu plus de son temps et de son investissement, mais que heu bah y'a toujours des solutions à apporter, et que ... en fait quand on est, quand on discute avec le patient, il nous aide, et voilà. »

- Cela nécessitait de ne pas prendre le comportement du patient contre soi, ...

I15 « J pense que c'est des patients où faut aussi heu savoir heu, pas tout prendre contre soi, dans le sens où c'est pas parce qu'ils mettent tout en échec ce qu'on fait, que c'est contre nous. »

- ... de ne pas toujours avoir une vision négative de la prise en charge, ...

I15 « et faut pas heu, et faut pas, enfin voir tout ça comme du négatif heu...comme un peu, si on retranscrit par exemple aux patients qui ont des addictions, où on a l'impression qu'on n'avance jamais, qu'ils restent à leur même dose, etcetera, mais faut des fois euh être content du peu qu'on fait et de la stabilité et du fait qu'ils continuent à venir nous voir etcetera quoi. »

- ... et d'accepter de **prendre son temps**.

I9 « j'trouve que c'est très intéressant, très médicalement enrichissant, de, de les aider parce qu'il y a vraiment des choses à faire, mais heu, faut prendre le temps, déjà. Ça c'est l'avantage de la médecine générale, c'est qu'on l'a. »

3.3. Spécificités liées à la prise en charge des patients migrants

La prise en charge des patients étrangers était très présente dans le discours des internes.

- On y retrouvait toutes les difficultés exprimées auparavant en lien avec la barrière de la langue et la distance entre les problématiques de vie de l'interne et du patient.

I12 « Et heu, et voilà c'est, c'est la spécificité de ce genre de consultation, c'était vraiment bah la barrière de la langue quoi, et puis la barrière du système au final, parce que quand tu leur dis « bon est-ce que vous êtes d'accord pour que je sois votre médecin traitant ? », eux un médecin traitant heu il savent pas du tout ce que c'est ! Voilà. »

- Pour certains internes ces prises en charges étaient sources de questionnements liés à leur manque de connaissance sur la situation des patients.

I2 « Bah de me rendre compte que ... on ... que j'ai été euh un maillon d'un ... de quelque chose d'énorme pour cette personne. Parce qu'on peut dire qu'il était euh dans une, dans une problématique de vie qui dépasse largement la mienne euh, avec des problématiques d'identité tout ça ... Que j'étais nécessaire dans son parcours, alors que je n'avais absolument aucune notion de ce qui pouvait se tramer derrière. »

- Il leur semblait nécessaire de **prendre en compte le parcours traumatisant** qu'avait pu vivre le patient.

I10 « mais c'est vrai qu'en ville ça doit vite aller venir, et c'est vrai que si ils ont un logement, si ils ont pas de logement si ... si ils ont de la famille, si ils doivent je sais pas rentrer dans leur pays pour faire un truc ou ... ou si voilà ils ont un enfant qui décède 'fin voilà des événements de vies qui peuvent être un peu tragiques. Alors c'est vrai que je pense qu'on peut ne pas les voir du jour au lendemain et ça peut être un petit peu un petit peu difficile pour le médecin d'accepter ça. »

- Mais ils se posaient la question de leur **légitimité** à le faire.

I12 « et puis voilà il a fallu discuter de toute l'attitude à avoir avec ces gens, est-ce que on leur demande de raconter un peu leur parcours de vie, ou est-ce qu'on se dit que au final, fin on leur a déjà demandé 14 fois, et qu'c'est pas forcément notre rôle en tant que médecin, bon voilà il a fallu prendre ce genre de décisions. »

Dans les suites du stage ambulatoire les internes se disaient plus à l'aise lors de la prise en charge des patients en situation de précarité. Celle-ci était facilitée par les connaissances acquises via l'expérience.

Ils intégraient les compétences attendues du médecin généraliste pour les adapter à la situation de précarité des patients. Il leur semblait important que cette prise en charge soit pluriprofessionnelle à la fois pour aider au mieux les patients mais également pour le bien être du médecin.

La prise en charge des patients en situation de précarité était toujours vécue comme compliquée et chronophage. Néanmoins ils étaient plus positifs et considéraient que des solutions étaient possibles pour les patients.

Des questionnements persistaient face à la prise en charge des patients réfugiés et immigrés clandestins qui restaient pour eux l'image principale de la précarité.

4. Construction des représentations et place de la formation

4.1. Des représentations qui se forment dans le cercle familial et social

- Les représentations étaient façonnées, selon les internes, par des **vécus personnels familiaux**, et par l'origine du milieu social :

OC « D'accord, tu m'en as pas forcément parlé là dans ta définition ? mais je remarque, que c'est souvent les personnes âgées qui reviennent sur la précarité. »

I14 « Oui, oui c'est vrai, par ce que finalement je pense que c'est ... bah je trouve que c'est un vrai problème en fait. C'est euh ... je trouve que c'est une catastrophe quoi. Vraiment c'est ... c'est compliqué. Et pour avoir des grands parents qui sont dans la même situation en fait, bah il y a pas de solutions quoi. »

- Par les **relations sociales** extérieures au cercle familial.

116 « enfin je pense que de par mon éducation, l'endroit d'où je viens et autre, précarité pour moi ça voulait plus dire financièrement. (...) j'ai pensé que mes études en médecine, et puis les gens que tu côtoies en grandissant, m'ont fait plus changer cette définition vers quelque chose de plus multifactoriel »

4.2. Existence d'une sensibilité ou d'un intérêt pour la prise en charge des patients en situation de précarités.

- Une sensibilité qui n'est **pas retrouvée chez tous**.

18 « Bah mmh peut être que lui il aurait été moins sensible que moi euh ... à ... il aurait j'ai pensé arrêté moins longtemps euh, 'fin il m'a pas dit de manière euh (...) tranchée. Mais j'ai pensé que lui euh p'têtre que ... fin ... p'têtre qu'il ... il ... il se serait moins investi p'têtre. Parce que par exemple l'histoire de l'assistante sociale tout ça lui il ... il m'a dit "bah c'est cool j'ai appris quelque chose aussi" ... »

16 « après peut-être que, ouais et puis y'en a qui y sont sensible oui j'ai pensé. Mais plus que d'autres. »

- En accord avec des **idéaux politiques**.

112 « ça correspondait bien j'ai pensé à leur penchant politique heu, si j'ai pu dire, enfin bon c'était ouvertement des gauchistes, et du coup heu quand on est venus les démarcher pour faire ça, ils ont tout de suite dit oui »

- Qui encourage à la **formation personnelle**.

11 « Oui il faut quand même mettre aussi du mien et pas que la pratique mais aussi p'têtre un peu, un peu d'apprentissage personnel quand même. Enfin je pense. »

4.3. L'évolution au cours des études médicales : les enseignements magistraux, l'expérience et le modèle de rôle.

- **Les enseignements magistraux** créaient parfois des **représentations** qui influençaient l'image qu'avaient les internes des patients en situation de précarité.

OC « D'accord. Et tu penses que cette image euh ... elle venait d'où au départ ? 'fin elle vient d'où ? »

I6 « Euh j'sais pas. Peut-être ... de ... mmh ... des cours qu'on a eu euh ... pendant l'externat. Euh c'est vrai qu'on nous parle beaucoup hein que c'est des populations à risque d'addiction etcetera mais ... »

- **L'expérience en stage** permettait aux internes d'acquérir une vision **plus multifactorielle et exhaustive** de la précarité.

LA « Qu'est-ce que tu penses maintenant de cette définition ? »

I7 « Heu, effectivement, j pense que c'était pas exhaustif, y a d'autres choses qu'on peut rajouter, donc effectivement l'isolement familial en fait partie »

- Les internes citaient **l'apprentissage auprès du MSU** comme un bon moyen de formation à la prise en charge des patients en situation de précarité.

OC « Et comment tu trouves que le stage il a répondu aux problématiques que tu pouvais avoir vis à vis de la prise en charge de ces patients, précaires ? »

I4 « Ah bah très bien finalement, par ce que ... bah encore une fois grâce à ma prat qui m'a aidé là-dessus. »

- Il était nécessaire que le **MSU** soit lui-même **à l'aise ou formé** à cette prise en charge.

LA « Et donc t'étais pas en supervision, il a pu ...comment a pu t'aider ton maître de stage ? »

I11 « Mon maître de stage, ben déjà lui il galère bien (rire), (...) enfin moi j'ai bien vu comment il a fait quoi, il m'a dit « Tu donnes de toute façon, on peut rien y faire donc heu... » Voilà. Donc j'ai fait comme lui et puis voilà. Mais heu (rires), c'est tout. »

Il était énoncé par des internes que leur rapport aux patients en situation de précarité était parfois influencé par leurs expériences personnelles.

Leur vision d'un patient en situation de précarité était également modelée par les cours dispensés lors de leurs études et par les expériences lors de l'externat et de l'internat.

Il était mis en évidence que les représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité avaient peu évolué, si ce n'est une ouverture à une précarité multifactorielle.

5. Principaux résultats

Après analyse des résultats il apparaît que :

Avant le stage de médecine ambulatoire de niveau 1, les internes avaient une image du patient en situation de précarité comme étant une personne avec d'importantes difficultés financières et de logement, ou encore des personnes isolées, notamment les personnes âgées. Il pouvait s'agir également d'une personne « migrante », ayant des difficultés à parler le français et donc à comprendre le système de soin.

D'après les internes, les patients en situation de précarité présentaient des comportements en santé communs qui pouvaient rendre difficile le suivi : l'ambivalence, le nomadisme médical, la mauvaise observance et des consultations aux motifs cachés. Cela rendait notamment difficile la possibilité de prévention auprès de ces patients. Par rapport à la fréquence des consultations il existait, d'après les internes, deux profils : l'un négligeant les soins, et l'autre « sur-consommateur ».

Ces représentations étaient en partie liées aux différents terrains de stages, le plus souvent hospitaliers, où les étudiants avaient pu avoir une expérience de pratique médicale durant leur parcours universitaire. Elles étaient également forgées par les milieux sociaux dont étaient issus les internes, et pour certains leur expérience associative.

L'expérience de six mois de stage ambulatoire ne semblait pas avoir d'effet sur ces représentations ancrées pour la plupart des internes interviewés bien qu'il existe une multiplication des situations de précarité citées. La notion de dépistage de la précarité émergeait avec une occurrence faible lors des entretiens effectués en fin de stage.

Le stage permettait aux internes de se sentir plus à l'aise dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Ceci par l'apport de l'expérience et la multiplicité des situations vécues au cours des six mois.

La prise en charge globale du patient et le travail en réseau étaient mis en avant. L'idée de « sortir du cadre » pour la prise en charge était également avancée. Le suivi restait néanmoins vécu comme chronophage et difficile avec notamment un sentiment de non-valorisation des prises en charge.

Les représentations sociales étaient façonnées au cours de la vie personnelle et professionnelle. Elles ne semblaient pas transformées par cette seule expérience en stage.

Les discours des internes mettaient en avant une sensibilité pour la prise en charge des patients en situation de précarité chez certains praticiens. Cette sensibilité pouvait être en lien avec des idéaux politiques, ou pouvait être à l'origine de formation personnelle dans le domaine.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés, en l'absence d'une tierce personne, était la plus appropriée pour favoriser la libre expression des participants au sujet de leur expérience et de leur vécu vis-à-vis de la précarité. La méthode qualitative par focus group aurait pu freiner l'expression du vécu intime des interviewés.

Pour améliorer la relation de confiance, les interviewés ont revu le même investigateur. Il a été décidé d'explorer une première expérience ou une expérience marquante puisque celle-ci influencerait le plus l'image que les étudiants gardent de la précarité (24). Les thèmes explorés par les canevas d'avril et novembre étaient proches, pour permettre une comparaison la plus fiable possible.

Les représentations de la précarité étant influencées par l'entourage social, et par la connaissance du sujet, le niveau socio-culturel des internes et les connaissances ont été évalués (26). Le niveau socio-culturel familial des internes a été exploré par les catégories socio-professionnelles de leurs parents (nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles niveau 2 (24 postes) INSEE (Annexe)). Leurs connaissances antérieures de la précarité ont été évaluées par leur adhésion à des activités associatives et les formations qu'ils pensaient avoir reçues sur le sujet.

Les entretiens ont été réalisés avant le stage ambulatoire pour explorer uniquement les représentations antérieures au stage.

La discussion de la méthode a été réalisée en tenant compte des critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (27).

2. Forces et limites de l'étude

La méthode de recueil des données avant et après l'expérience en stage est **originale**. En la couplant à la méthodologie qualitative, elle a permis d'explorer de manière approfondie le thème choisi.

L'équipe de recherche, composée de deux directeurs de thèse et de deux investigatrices, a favorisé l'**enrichissement des échanges** sur le sujet traité. La validité de l'étude a été renforcée par la **triangulation de l'analyse des données** des entretiens.

Le recrutement a permis d'interroger des internes aux **profils variés** et ayant eu des expériences sur **différents territoires** en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les investigatrices étaient **novices** dans le domaine de la recherche qualitative. Ceci a en partie été compensé par la **participation aux ateliers « Méthodologie de la recherche qualitative »** proposés par le Collège Universitaire de Médecine Générale de l'université Lyon1.

L'exploration du thème de la précarité faisant intervenir des représentations collectives et personnelles, un **biais de désirabilité sociale** a pu modérer le discours des internes.

Les premiers entretiens ont été réalisés rapidement entre les choix de stage et le début du stage ambulatoire, pour éviter que l'expérience en stage ambulatoire ait une influence sur ces résultats. Les seconds ont été réalisés rapidement dans les suites du stage ambulatoire, pour **limiter un biais de mémoire**. Ces choix ont pu créer un **biais méthodologique** de recueil des données.

L'absence de consensus autour du terme de précarité a pu créer un **biais de compréhension** entre les enquêtés et les investigatrices.

3. Comparaison avec les données de la littérature

Trois axes d'analyse seront explorés :

Les représentations de la précarité chez les internes de médecine générale après leur stage ambulatoire rapportées au concept même de précarité et aux images que les soignants ont des patients en situation de précarité. Les comportements en soins décrits, les causes qui permettent d'expliquer ces comportements et leurs réalités dans la pratique. L'étendue réelle de la précarité selon les définitions choisies.

Le regard des internes sur la prise en charge des patients rapportés à celui des médecins généralistes, et à ce qui est attendu d'une telle prise en charge dans la littérature.

La construction et la structure des représentations sociales. L'apport de la formation par l'expérience vécue et le modèle de rôle. L'intérêt d'une conscientisation critique de la précarité et des ISS à la formation.

3.1. Représentation de la précarité

Une définition floue mais qui se rapproche de celle de la précarité

Les définitions de la précarité par les internes se rapprochaient de celles déjà existantes. Ils renaient l'association de la fragilité, de l'instabilité dans le temps, et du manque. Le rapprochement est possible avec la définition énoncée par le père Wrezinski (5).

La notion de fragilité est renforcée en 1998 dans un rapport de l'HCSP qui définit la précarité comme « le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » (28).

En 1984, Villeneuve choisit d'opposer la précarité à la stabilité, et en particulier « aux formes stables de pauvreté » ; et également de voir la précarité comme une « probabilité supérieure à la normale de devenir pauvre » (29). Cette vision de la précarité est retrouvée dans l'étude :

I1 : « Je dirais que c'est un peu entre une situation normale entre guillemet et la pauvreté. J' pense que ce sont des personnes qui sont justement à risque de passer ce seuil. »

Le concept de précarité était acquis pour chaque interne interviewé, la définition leur semblait complexe mais force est de constater qu'elle l'est pour tous. Dans *Précarité analyse d'un concept*, Tudrej débute par ces mots : « Le thème de la Précarité est un thème sur lequel beaucoup d'auteurs d'horizons très divers et de formations différentes ont écrit. D'autant que ce thème paraît très lié et dépendant de l'époque et du lieu où il est évoqué. Cependant un point de convergence se profile, celui de la difficulté à qualifier ce terme et des personnes concernées. » (30). Il reprend les différentes définitions données au terme précarité selon les périodes, et en ressortent deux idées fortes. La première est que la précarité n'est pas statique. Elle est retrouvée dans les résultats de notre étude, exprimée par la notion de « vivre sur le fil ». La seconde, est que la précarité doit se concevoir dans la relation entre une personne et son environnement. Celle-ci n'est pas retrouvée dans notre étude, néanmoins on peut la rapprocher du croisement entre l'instabilité et la prise en compte du patient dans sa globalité.

Représentations des soignants vis-à-vis de la précarité

Représentation du patient en situation de précarité

L'adaptation des idées de fragilité et d'instabilité à la pratique médicale des internes passait par la prise en compte du contexte de vie du patient selon le modèle bio-psycho-social. Les internes identifiaient certaines situations sources de précarité pour le patient : difficultés financières, difficultés de logement ou en lien avec l'emploi, isolement, faible niveau d'instruction, barrière de la langue. Ces situations sont des facteurs de risque de précarité pour les médecins dans les différentes études qui traitent du sujet (31) (32) (33).

L'hypothèse que le stage ambulatoire de niveau 1 permettrait de modifier favorablement les représentations des internes vis à vis des patients en situation de précarité avait été formulée. Il n'a pas été retrouvé de représentations « négatives » vis-à-vis de ces patients. Lorsqu'ils parlaient des patients en situation de précarité, les internes évoquaient des patients dont la précarité était visible : des patients SDF, « migrants » ; des patients atteints de troubles psychiatriques ; d'un handicap physique ; de patient sans couverture sociale ou bénéficiant de la CMU-c ou de l'AME. Ces représentations ne sont pas modifiées dans les suites du stage. Les exemples de situations de précarité « visible » étaient plus variés. Ces représentations sont

proches de celles des internes ayant participé au travail de Ernst et Meriaux, « Leur image de la précarité est plus proche de celle de l'exclusion ou de la grande précarité » (25). Ces situations sont retrouvées dans la thèse de Philippe, L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais, lorsqu'elle traite des représentations qu'ont les médecins généralistes à propos des patients en grande précarité (34). Il est intéressant de noter que les représentations sont semblables chez les internes avec qui l'on traite de précarité et chez les médecins généralistes au sujet de la grande précarité. Il s'agit de situations où la fragilité et l'instabilité des patients sont visibles. Ces représentations peuvent s'expliquer par une plus fréquente exposition aux situations de précarité lors de la pratique hospitalière (35) (36) (37) (38) (39).

Bien que les consultations avec des patients en situation de grande précarité ne soient pas les plus représentatives de celles des médecins généralistes, ces représentations ont persisté et ne se sont pas modifiées. Les résultats montraient que les situations de grande précarité décrites, l'étaient aussi bien dans des terrains de stages « urbains » que « ruraux ». Cela peut s'expliquer soit par des représentations différentes de la précarité entre les chercheuses et les interviewés, soit par le fait que les situations de grande précarité, plus marquantes, semblaient plus intéressantes à raconter lors des entretiens. L'existence d'un grand nombre de structures d'accueil de demandeurs d'asile dans les régions Auvergne Rhône Alpes a aussi pu influencer certains résultats (40). Cependant il est probable que ces représentations reflètent celles des internes et des médecins généralistes. Les différentes thèses d'internes traitant du sujet convergent elles aussi vers cette image du patient en situation de pauvreté plus que de précarité. Toutefois les « médecins experts » de l'étude de Flye Sainte Marie « évoquaient en premier lieu les difficultés financières responsables de la précarité. Cette précarité financière n'était plus uniquement associée aux chômeurs mais concernait également les nouveaux travailleurs pauvres ». Le repérage des situations de précarité, qu'il se fasse par un score, ou par des questions sur le mode de vie du patient pourrait être un élément de modification des représentations. Les internes, novices, ne se posent pas la question du repérage de la précarité ; les médecins « non experts » voient ce repérage comme une difficulté (et notamment chez les travailleurs pauvres) ; les médecins « experts » les repèrent sans difficulté (31).

Le repérage pourrait alors avoir un double effet positif pour le patient : celui direct, puisque le repérage conduit à une adaptation de la prise en charge, et celui indirect par l'interne, ou

le praticien, qui en se posant la question du repérage et en l'expérimentant améliore cette compétence et contribue à lutter contre les inégalités sociales de santé (41).

Précarité et comportement en soin

Dans l'étude les internes retrouvaient chez les patients en situation de précarité des comportements communs, pouvant notamment entraver la bonne prise en charge : le nomadisme médical, le défaut d'observance, les profils de consultant, le désintérêt face à la prévention. Ces comportements sont aussi évoqués par les médecins généralistes dans les thèses de Lugerini (32), Philippe (34) et de Ben Hammou (42) et dans la publication de Pubert et al. (43). Ces représentations dépendent du niveau d'expérience des professionnels, mais ne sont pas toutes retrouvées dans la littérature.

Des patients qui consultent davantage

Les enquêtés considéraient qu'une partie des patients en situation de précarité consultaient plus que les autres patients, avant et après le passage en ambulatoire. Ces résultats se vérifient pour les patients bénéficiaires de la CMU-c ou de l'ACS. Les consultations auprès des médecins généralistes, et la consommation de traitements sont plus fréquentes (44), le taux d'hospitalisation est également supérieur à la population générale (44) (45). Ces consultations multiples pouvaient être considérées comme un abus du système de santé par les enquêtés. Elles sont surtout le reflet d'un mauvais état de santé. L'état de santé perçu des populations les plus pauvres est toujours moins bon que celui du reste de la population (46). Comparativement aux autres assurés ces patients ont une fréquence plus importante de certaines pathologies chroniques (47). Dans *La santé des plus pauvres*, Saint Pol explique que « lorsqu'ils ont consulté un médecin généraliste au cours de l'année précédente, les individus les plus pauvres sont plus nombreux à lui avoir rendu visite fréquemment, surtout pour les plus âgés ». Les consultations au début plus rares ne permettent pas le dépistage d'un état de santé dégradé, une première consultation est alors souvent le début d'une prise en charge (48).

L'accès aux soins et le « non-recours »

Les internes de l'étude avaient conscience des difficultés des patients en situation de précarité dans l'accès aux soins. Pour eux, il s'agissait essentiellement de l'accès aux soins non remboursés (psychologue, ostéopathie, médicaments non remboursés) et de l'existence de dépassements d'honoraires pour certains spécialistes. Les difficultés d'accès aux soins sont bien réelles pour les patients en situation de précarité, que ceux-ci soient remboursés ou non. Les obstacles de l'accès au soin sont rappelés par Denantes et al. (49) : dépassements d'honoraires (50), refus de soins opposés par certains praticiens (51) (52) et absence de couverture sociale.

Le « non-recours » au soin est une notion complexe à définir, pour laquelle il n'existe pas de définition stabilisée. On peut l'entendre comme la « non-consommation » (ne pas avoir consulté de médecin, quel qu'il soit, au cours d'une période donnée), cela nécessite de fixer le moment où une personne est considérée ou non en « non-recours ». Il n'existe pas pour les soins de médecine générale de recommandations médicales établies et consensuelles qui aideraient à définir ce moment. Quatre variables sont utilisées dans la littérature pour approcher au mieux le phénomène du « non-recours » au soin des patients en situation de précarité : le renoncement aux soins, le retard aux soins, l'inobservance thérapeutique et les rendez-vous non honorés (53). Le renoncement, le retard au soin et le défaut d'observance médicale ont été décrits comme des difficultés inhérentes aux situations de précarité par les internes au cours des entretiens.

Le renoncement et le retard aux soins étaient, d'après les internes, liés aux difficultés financières des patients et parfois à l'isolement. Ils pouvaient être en partie minorés par l'existence d'une ALD ou de la CMU-c. Dans les causes retrouvées de renoncement ou retard au soin dans la littérature, le motif économique est souvent au premier plan. Les soins reportés ou non réalisés sont ceux les moins remboursés : les soins dentaires et optiques (54). Le non-recours existe également à cause de la distance géographique ; les difficultés se concentrent une fois encore pour les consultations de spécialistes. Enfin bien que ce résultat n'ait pas été évoqué par les internes, l'altération de la confiance envers un ou des soignant(s) peut entraîner retard et renoncement au soin. Un levier est alors la relation avec le soignant et notamment le médecin généraliste (53) (55).

L'adhésion au traitement comprend à la fois l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques et aux traitements médicamenteux. Dans l'étude il était question de mauvaise observance médicamenteuse. Pour les internes elle pouvait être le fait d'un défaut de compréhension en lien avec une barrière de la langue, ou des priorités différentes du soin pour le patient. L'inobservance thérapeutique est considérée comme une forme de « non-recours » au soin. Plusieurs facteurs influencent l'adhésion au traitement : les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins de santé (56). Dans le cas des situations de précarité, ces défauts d'observance peuvent en effet s'expliquer entre autre par une plus faible littératie en santé (57) (58) ou par des difficultés financières (59). La relation médecin-malade, non citée par les internes, peut être à nouveau un facteur d'amélioration de l'adhésion aux soins.

Domaine de la prévention

Lors des entretiens les internes décrivaient des patients désintéressés de la prévention. Ce désintérêt leur semblait légitime du fait de l'accumulation de difficultés dans la vie quotidienne des patients. On retrouve dans la littérature un moindre recours aux dépistages organisés des personnes en situation de précarité (60) (61). Il existe pourtant chez les populations précaires des avis divers concernant le dépistage et la prévention. Ces avis peuvent être rapprochés de ceux des patients « non-précaires ». La thèse portant sur la perception du suivi gynécologique des femmes en situation de précarité met en évidence que la plupart d'entre elles expriment une demande de prévention (62). Certaines ont recours à des "contrôles" réguliers, sans présenter de symptôme, d'autres évitent totalement les soins de gynécologie, parce qu'elles les perçoivent comme totalement inutiles. Les attentes des patients en situation de précarité vis-à-vis de leur médecin traitant ont été explorées dans une étude qualitative. Il existait une demande de prévention primaire et secondaire, renforcée par le fait que les patients ne savaient pas toujours qu'ils pouvaient demander eux-mêmes l'information à leur médecin traitant (63) (55).

Dans l'esprit des soignants, le non-recours aux soins préventifs diffère du non-recours aux soins curatifs car il renverrait à l'absence de volonté ou de possibilité de se soigner. Pour

Rode, cette « thématique des capacités » permet une critique du fonctionnement d'un système de soins construit sur la liberté des patients « supposés tous capables de formuler des demandes de soins » (53). Cette conception corrobore celle de Maestracci d'un système de santé « inadapté à la problématique des populations invisibles et, plus globalement, à la problématique de celles et ceux qui auraient des capacités plus faibles que d'autres à formuler les demandes de soins au moment nécessaire » (64). Une absence de demande n'est pas toujours synonyme d'une absence de volonté ou de capacité à réaliser un acte de prévention. Il faut donc savoir proposer une prévention adaptée à la fois au patient et à la temporalité de son suivi, pour que celle-ci soit efficace et utile au patient.

Étendue de la précarité

Il a été vu précédemment que les représentations des internes s'agissant de la précarité étaient le plus souvent celles de personnes ayant des difficultés socio-économiques importantes. Celles-ci se rapprochent-elles de l'image que les français ont de la précarité ? Une telle étude n'existe pas mais il est possible de se référer au Baromètre IPSOS de la pauvreté, datant de juin 2018 (65). 59% des 1016 personnes interrogées ont répondu « Oui » à la question « Vous est-il déjà arrivé de vous dire, à un moment de votre vie, que vous étiez sur le point de connaître une situation de pauvreté ? » ; et 81% des personnes interrogées pensaient que leurs enfants avaient un risque plus élevé qu'elles-mêmes de connaître une situation de pauvreté. Cela est subjectif puisque fonction du regard que chacun porte sur la pauvreté. Néanmoins cela montre une certaine peur de la population, une perte de confiance dans l'avenir, qui peut être rapprochée de la définition de Furtos (66): « La précarité, c'est avoir peur : peur de perdre, mais de perdre quoi ? Nous verrons plus loin qu'il s'agit de la perte des objets sociaux ». Ainsi sans qu'il y ait de représentation de la précarité à proprement parler, on se rend compte qu'une partie de la population plus vaste que celle décrite par les internes peut se définir elle-même comme étant en situation de précarité. Cette idée rejoint celle de De Pauw pour qui « La seule définition administrative du bénéficiaire de la CMU ne permet pas de détecter cette frange de la population pourtant socialement ou médicalement fragilisée » (67).

3.2. Représentation de la prise en charge du patient en situation de précarité

Les ressentis des internes face à la prise en charge des patients en situation de précarité ont été explorés lors des entretiens. On remarquait avant le stage que les vécus et les émotions étaient davantage exprimés. Dans les suites de l'expérience ambulatoire, les internes, plus expérimentés, s'attardaient plutôt sur l'action de la prise en charge plutôt que sur leurs ressentis.

Il a été choisi de confronter d'abord les données sur les vécus à celles retrouvées dans la littérature, puis de s'intéresser aux connaissances acquises par les internes dans cette prise en charge. Celles-ci sont-elles conformes aux études portant sur les ISS ?

Regards sur la prise en charge

Les internes ayant participé à l'étude trouvaient difficile et compliquée la prise en charge des patients en situation de précarité. La difficulté à l'égard de cette prise en charge avait déjà été explorée dans la littérature. L'étude de Flye Sainte Marie et al. (31) retrouvait des difficultés différentes selon l'expérience de la précarité. Les difficultés des médecins « peu confrontés à des patients précaires » se rapprochent de celles des internes avant et après leurs expériences ambulatoires, par exemple les difficultés d'ordre relationnel. Les deux études mettent en évidence une complexité liée aux comportements des patients en situation de précarité. L'impression que ceux-ci ne souhaitent pas faire l'effort d'être soigné, d'être « mis en échec » par le patient était source d'impuissance et de frustration pour le médecin et rendait difficile la prise en charge. Le stage ambulatoire permettait aux internes interrogés de se rapprocher de l'expertise des médecins confrontés fréquemment aux patients en situation de précarité concernant la prise en charge en réseau. Alors que celle-ci était méconnue des internes avant le stage, comme elle l'était pour les médecins peu confrontés aux situations de précarité, elle devenait dans les suites du stage chez le praticien un acquis nécessaire. Certains internes, à l'instar des médecins dit « experts », s'étaient, durant les six mois, créé un carnet d'adresses.

La thèse de Lugherini (32) explore les difficultés émotionnelles que peuvent ressentir les médecins généralistes lors de ces prises en charge. Face aux situations, internes et médecins ressentent une empathie exacerbée, les internes interrogés pouvaient aller jusqu'à parler de pitié, et les médecins généralistes évoquaient de la tristesse. Les internes avant le stage se disaient démunis face à leur sentiment de manque de connaissance. Les médecins généralistes, plus expérimentés, se disaient eux frustrés et impuissants, cette fois face à l'impression « de parler dans le vide ». Les internes, une fois plus expérimentés, se disaient aussi frustrés.

Dans une étude menée par la DREES en octobre 2018 (43) 1540 médecins ont été interrogés sur les difficultés qu'ils rencontraient lors de la prise en charge des patients en situation de précarité. Les trois-quarts d'entre eux exprimaient des difficultés : un sentiment d'impuissance (65%), une inadéquation entre leurs attentes et celles des patients (60%). Ce sentiment était aussi présent pour les internes interrogés. Il était mis en avant dans cette étude une sensation d'absence de valorisation financière de la prise en charge (45%). L'un des internes interrogés dans les suites du stage exprimait le sentiment de « faire du bénévolat ».

Le canevas d'entretien permettait d'explorer également les vécus et ressentis positifs des internes. Après l'expérience ambulatoire, les internes se sentaient plus à l'aise face à la prise en charge, notamment par la possibilité de solutions pour les patients. L'interne 15 exprimait la nécessité de prendre du recul sur les situations pour faciliter la prise en charge. Cette idée était également retrouvée chez les médecins généralistes.

Un gradient dans l'apprentissage est retrouvé, allant de l'interne novice au « médecin expert » plus souvent confronté aux situations de précarité. L'expertise est acquise par la répétition des expositions. Les ressentis varient également selon le degré d'expertise. Ainsi en se confrontant à la précarité les prises en charge se simplifient, il persiste des difficultés mais celles-ci semblent moins insurmontables. Les internes évoluent dans leur cycle d'apprentissage selon les continuums décrits par Kolb. Il existe quatre phases au cycle : expérience concrète d'une action/idée, observation de façon réfléchie et attentive, conceptualisation abstraite et théorique, mise en application de l'idée/action en fonction de l'expérience initiale. Les styles d'apprentissage peuvent être perçus selon deux continuums allant de concret à abstrait et d'actif à réflexif. (68)

Pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge

Le médecin généraliste, en tant que premier recours, est un « rempart » pour le repérage de difficultés sociales auprès des patients. Il est en mesure de contribuer à diminuer les ISS. Voici, de façon non exhaustive, des perspectives d'amélioration de la prise en charge :

- Considérer le soin et le temps de soin de manière équitable, pour que « le résultat final de santé diffère le moins possible entre les patients ».
- Associer d'autres intervenants à la prise en charge (réseaux, paramédicaux dans le cadre des nouveaux modes d'organisation des soins primaires, hôpital ...) et constitution d'un carnet d'adresses (acteurs sociaux, spécialistes...)
- Mettre « l'accent sur le rôle : des ressources psychosociales des individus, mais aussi celui de leurs représentations et attentes de santé, [...] du degré d'intériorisation des normes médicales et de leur confrontation avec celles, propres à la personne, nourries de ses expériences antérieures ou familiales de la maladie et du recours aux soins, ... » (69)

Le repérage de toute forme de précarité

Compte tenu de l'existence d'un « gradient » social de santé dans l'ensemble de la population, il est du rôle du médecin généraliste, en soins primaires, de repérer les situations à risque (70) (71).

Au début du stage, il existe une forme de rejet de la prise en charge « sociale » du patient précaire avec l'idée d'être hors du rôle de médecin généraliste. Cette prise en charge « biopsychosociale » est plus intégrée et comprise au cours des expériences en stage.

Le médecin généraliste est « le pivot de la coordination des soins » (72). Son rôle est d'organiser les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients (73). Cette pratique médicale est aussi une pratique sociale (74), qui débute par le repérage de patients en situation de précarité qui nécessitent une vigilance accrue.

Les internes parlaient peu de ce repérage dans leurs représentations de la prise en charge. Dans la littérature, on retrouve pour les médecins des difficultés à le réaliser (31). Cette absence d'allusion au repérage appuie le fait que les représentations de la précarité concernent une forme perceptible de celle-ci.

Le repérage d'une situation de précarité peut se faire par des scores. Une étude réalisée dans les centres de santé en 2007, a permis de montrer l'intérêt du score EPICES pour le repérage des populations en situation de précarité, en comparaison avec les seuls critères socio-administratifs (75). Cependant, il semble complexe de « mesurer » la précarité, puisque la précarité concerne des parcours de vie et de vulnérabilité individuelles (76) et qu'elle est qualitative. (77). C'est une situation d'instabilité qu'il est important de repérer avant l'amorçage d'un déséquilibre. Cela nécessite parfois de s'intéresser aux représentations du groupe social concerné comme l'a fait Béguinet (78) avec les étudiants de l'enseignement supérieur. Cette étude montre que c'est seulement parfois l'amorçage de la perte du lien social qui entrainerait un risque de précarité.

En pratique, ce repérage en consultation de médecine générale passe, selon le Collège de Médecine Générale (79), par une attitude pro-active pour déceler la précarité « au-delà des aspects criants de la grande précarité », en évaluant précisément la situation sociale du patient en médecine générale, afin, au moins, de ne pas accroître les inégalités sociales de santé (79). Les données psycho-sociales sont à considérer et à prendre en compte comme des facteurs de risque classiques biomédicaux (80) (67). Le repérage précoce peut être un moyen d'éviter la transformation en « précarité exacerbée », Furtos (66) :

« Dans le contexte actuel et selon l'histoire de chacun, cette précarité normale se transforme volontiers en précarité exacerbée, susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît. »

Ne pas négliger la mission de prévention

La précarité ne peut pas être prise en charge en tant que seul accès au soin (81). Pour tous, et particulièrement avec des populations défavorisées, il faut se poser la question de la place de

l'intervention de prévention (82). Ces populations devraient être les cibles d'une action préventive, puisque la morbidité et la mortalité sont plus élevées que dans la population générale (83).

En 2005, (84) une revue systématique de la littérature, étudiant l'influence du statut socio-économique du patient sur la relation médecin-patient, montre que les classes sociales défavorisées reçoivent un style de consultation plus directif et moins participatif, caractérisé par moins d'informations de prévention. La proposition est faite d'établir une communication plus efficace en sensibilisant les médecins aux différences de communication contextuelle et en donnant aux patients le pouvoir d'exprimer leurs préoccupations et leurs préférences. Malgré tout, il ne peut être nié que « l'effet combiné de consultations plus courtes et de l'accumulation de problèmes somatiques, psychologiques et sociaux accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention, soient laissées de côté pendant les consultations » (69).

Il faut se rappeler d'un triple constat. Dans les milieux défavorisés, la morbidité et la mortalité sont plus élevées que dans le reste de la population. L'accès aux soins y est moindre. La lacune dans la couverture préventive y est encore plus grande qu'ailleurs. Cette population devrait donc être ciblée en priorité pour la prévention (83).

Le travail en réseau

Les internes -après le stage- prenaient davantage conscience de la nécessité de travailler en collaboration pour mettre en commun des compétences complémentaires. La collaboration avec les professionnels du champ médico-social est l'une des compétences psycho-sociales à développer en priorité face aux ISS (85) (86).

Cette notion de réseau de professionnels, pour permettre un travail de coordination, est centrale, surtout dans des situations complexes de précarité. Le travail de Tudrej et al. (74), tente d'expliquer l'intérêt de l'interdisciplinarité : « (...) C'est alors que le réseau de professionnels s'organise pour identifier les problématiques nouvelles et prévenir l'apparition d'une complication. Ceci ne peut avoir lieu que dans un climat de confiance et de partage de données avec et pour les patients ».

De Pauw propose de développer des échanges de pratiques axés sur l'organisation quotidienne (67), afin d'avoir un regard critique et d'adapter son organisation à des patients révélant des complexités psycho-sociales intriquées. Un modèle de ce travail en réseau pour les situations complexes est le réseau ASDES (87). Cette association locale en Île de France vise entre autres à renforcer le lien avec la médecine libérale. Elle permet une coordination entre différents professionnels de santé lors de situations d'addiction par exemple, en réalisant une action complémentaire avec les CSAPA.

Les problèmes d'ordre organisationnel (manque de temps par exemple) et le secret professionnel peuvent constituer des freins au travail de communication entre acteurs sociaux et médecins. (88).

La constitution -par certains internes et MSU- d'un répertoire de professionnels est une solution concrète et efficace pour ce travail collaboratif.

La relation de confiance renforcée et une meilleure communication

La bonne relation médecin-patient est particulièrement importante pour le suivi des patients en situation de précarité. « Les patients attachent beaucoup d'importance à la relation de confiance qu'ils peuvent développer avec leur médecin traitant. Ils insistent pour que leur médecin emploie des mots qu'ils comprennent, ne les culpabilise pas et qu'avec lui ils puissent s'inscrire dans un véritable partenariat de soins où ils ont leur place dans les décisions les concernant. » Pikus et al. (89).

La condition pour une relation de confiance renforcée est une bonne communication entre le médecin et le patient. Pour tenter de diminuer les ISS, l'apprentissage d'une meilleure communication en consultation est envisagé. Selon Schieber, cela passerait par « des anticipations positives et négatives à l'égard de certains patients et pourrait ainsi consciemment écarter les a priori associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale » (55) (90).

Les internes avaient conscience de l'importance d'une bonne relation médecin-patient pour le suivi du patient. Les investigatrices ont remarqué que pour améliorer la relation de confiance, certains internes sortaient du cadre habituel qu'ils s'étaient fixé pour les patients : arrêt de travail pour raison sociale ou accepter des absences non justifiées. En cela le parallèle

peut être fait avec l'étude de Pikus (89) dans laquelle elle se pose la question des normes : « Le ressenti des deux populations sur les recommandations officielles pose la question des normes lorsqu'elles doivent s'appliquer à des patients différents de la moyenne de la population, fragiles et soumis à un stress permanent dont la santé n'est qu'un des aspects, pas toujours considéré comme essentiel. » Dans un travail de thèse qui porte sur le vécu des soignants en EMPP, il est mis en avant « l'éthique individuelle du juste devoir », croisé avec la notion de « désobéissance civile » (91). C'est une notion qui a été développée par Thoreau principalement (92). Elle fait référence au fait que certains soignants, confrontés à des situations d'extrême précarité, prennent le risque de réaliser des actes qui leur semblent justes, mais qui sont en dehors de tout champ juridique.

3.3. Élaboration et dynamique des représentations sociales

Des représentations qui se forment tout au long de la vie

L'analyse du rôle des représentations sociales dans la relation médecin-malade et dans la pratique en général nécessite une compréhension de la théorie des représentations. De plus en plus de travaux tentent de comprendre des problématiques sociales par le biais de l'analyse des représentations d'un groupe donné (ici les internes de médecine générale).

« Les représentations sont à la base de notre vie psychique. L'émergence des représentations se joue sur une triple scène : celle de l'imaginaire personnel où apparaissent les représentations individuelles (images, vécus, fantasmes), la scène de l'imaginaire collectif où apparaissent plus précisément les représentations sociales (depuis les clichés et les préjugés jusqu'aux contes et aux mythes), puis enfin la scène de la réalité sociale agie, où se manifestent les actions socialement représentées. » (93). L'élaboration et l'évolution des représentations sont influencées par les pratiques, par les conditions matérielles dans lesquelles vit le sujet, mais aussi par les facteurs culturels (famille, école, mouvements associatifs...) les normes et les valeurs dans telle ou telle situation et enfin les facteurs liés à l'activité du sujet (22).

Ce travail s'est intéressé à l'influence que pouvait avoir une expérience en stage sur des représentations du sujet (interne) vis-à-vis de la précarité. Une telle analyse est rendue possible par la relation étroite qu'il existe entre pratiques sociales et représentations (22).

La représentation sociale peut également être définie comme « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. [...] La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales » (22).

Les chercheuses se sont intéressées pour ce travail, aux représentations individuelles, qui sont construites via l'interaction avec l'environnement. Ces représentations sont personnelles et servent à l'individu à organiser son action (23).

Structure des représentations

Il existe différentes théories tentant d'expliquer la structure des représentations sociales. Celle utilisée pour discuter ce travail est la théorie du système central et périphérique.

Selon Abric, les représentations sociales sont composées d'un double système : central et périphérique. Le système central est une « base commune [...] qui définit l'homogénéité d'un groupe ». Le système périphérique est plus associé « aux caractéristiques individuelles et au contexte immédiat et contingent dans lequel sont baignés les individus » (22). Ce système périphérique permet « une adaptation, une différenciation en fonction du vécu, une intégration des expériences quotidiennes ».

Le système périphérique constitue l'interface entre la réalité concrète et le système central. Il permet dans certaines mesures l'adaptation du système central aux contraintes et aux caractéristiques de la situation concrète à laquelle le groupe est confronté ce qui permet une certaine modulation individuelle de la représentation.

Une partie de la représentation des internes sur la précarité peut être comparée au « noyau central ». Après analyse, il existe, dans les discours des internes une « centralité » de certains éléments, comme le fait que la précarité est quelque chose de visible, manifeste. Ce noyau central semble organiser le reste du réseau des représentations (23).

Dynamique et évolution des représentations

Pour qu'il y ait une transformation de représentations, il faut une répétition d'éléments contradictoires. Pour dire qu'une représentation sociale a changé ou est remise en cause, il faut un changement du système central (23).

Influence de l'expérience sur les représentations

Ce travail ne trouve pas de changement total des représentations qui sont déjà ancrées chez les internes de médecine générale. Ce sont les représentations sociales présentes en amont du stage qui déterminent la sensibilité, le ressenti et la vision de la précarité de chaque interne. Les expériences subjectives ont pourtant un rôle non négligeable dans l'élaboration des représentations. « L'expérience vécue peut-être définie comme la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent. » (94). L'expérience vécue en stage ambulatoire apparaît à travers ce travail, comme un apport de connaissances, elle façonne les représentations sans les transformer.

Ainsi, l'expérience du stage ne peut transformer l'objet, le « noyau central » représentationnel sur la précarité. Les conduites sociales des internes peuvent cependant être influencées par l'expérience ambulatoire et la confrontation à une précarité différente.

3.4. Quelle formation ? Perspectives

Sensibilité du sujet et sensibilité personnelle au sujet

Par la subjectivité de sa définition et son lien à des représentations individuelles, la précarité est un sujet sensible. Dans l'étude de De Pauw, les médecins s'accordaient sur l'existence d'une réaction en chaîne menant à la précarité (67). Il n'y avait cependant pas de consensus sur l'identification des phénomènes initiaux de cette réaction en chaîne. L'identification des phénomènes initiaux est influencée par les valeurs et l'expérience du médecin, ceci expliquerait l'absence de consensus médical sur la définition de précarité. Il existe plusieurs profils de médecins, et une sensibilité différente à la question de la précarité selon les individus.

Des résultats ressortait l'idée d'une sensibilité particulière à la précarité, qui n'était pas retrouvée chez tous. Cette sensibilité est parfois retrouvée dans les motivations qui entraînent des médecins à exercer dans des CES (95), dans des CASO (96), ou à partir en mission humanitaire (97). Pour les internes cette sensibilité pouvait être en lien avec un engagement politique, il est retrouvé dans la littérature la notion de « médecins militants » (67).

Apport de l'expérience du stage ambulatoire de niveau 1, stage professionnalisant

Le stage ambulatoire de niveau 1 est un partage d'expérience (98). C'est un moment privilégié lors duquel étudiant et MSU échangent sur leur pratique, même si l'étudiant est novice en termes de prise en charge ambulatoire. Cet échange est enrichi par le modèle de rôle qu'apporte la compétence du MSU. Un modèle de rôle en médecine représente un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des étudiants avec qui il est en contact (99). Au-delà de l'apprentissage par l'expérience de terrain en stage, c'est le retour sur les pratiques avec le MSU, dans un travail de contextualisation et décontextualisation qui permet la progression des internes (100).

Les internes décrivent l'expérience ambulatoire comme un moment charnière dans leur apprentissage. Et de fait, les résultats montrent une progression dans le domaine de la prise en

charge. Ces résultats rejoignent ceux de Kolb, concernant l'apprentissage par l'expérience (68).

Il persiste cependant des représentations ne permettant pas une prise en charge visant à diminuer les ISS. Des résultats comparables sont retrouvés dans la thèse de Labat concernant l'évaluation des compétences acquises par les internes à la fin du stage ambulatoire de niveau 1. Il persistait de même des difficultés de communication et de recontextualisation de certaines situations. Les perspectives proposées sont celles d'une bonne coordination entre l'expérience ambulatoire et les groupes d'échanges de pratique en parallèle (101).

Les cours magistraux ?

Il existe à la faculté de Lyon des formations en lien avec la précarité (formation ETIL, DIU Santé, société et migration). Une partie des internes déclarait ne pas être informés des formations dispensées. Une partie déclarait également ne pas avoir assisté aux cours magistraux dispensés durant leur cursus. Enfin, une interne avait des représentations stéréotypées, directement véhiculées par un cours magistral. Il faudrait permettre une meilleure visibilité des cours existant déjà, et permettre aux étudiants de développer un esprit critique.

La conscience critique, l'autoformation et l'analyse des pratiques

La conscientisation est d'abord une approche pédagogique créée par Paulo Freire dans les années 1970 dans un but d'éducation de sujets adultes, dans leurs contextes socioéconomique, politique et culturel, pour développer une prise de conscience d'une situation d'oppression et développer un processus de transformation (102). La conscientisation ne correspond pas à une simple prise de conscience ou sensibilisation, mais à un « approfondissement de la prise de conscience », une démarche intentionnelle qui vise à rendre plus complètes à la fois la compréhension et l'action qui en découle (103).

Cette théorie a pu être mise en pratique dans un but éducatif, ou de formation d'éducateurs, comme ouverture d'une nouvelle pédagogie (104) (105). Au Canada, elle est à la base de la Pédagogie de la conscientisation et de l'engagement de l'ÉCDPP (Éducation à la Citoyenneté

Démocratique dans une Perspective Planétaire) : « pédagogie critique, holistique et engagée qui, tout en s'efforçant d'éviter le dogmatisme et le réductionnisme, invite les apprenantes et les apprenants à participer de façon active, autonome, et guidés par les valeurs de paix, de justice, d'équité et de solidarité, à leur propre cheminement conduisant à l'épanouissement personnel et à la compréhension de soi, d'autrui et de la réalité sociale ainsi qu'à l'engagement dans la construction d'une citoyenneté démocratique, pluraliste et solidaire du sort de la planète. » (106). Une étude réalisée auprès d'étudiants canadiens en odontologie, s'intéressait à leurs perception et attitude vis-à-vis de personnes « vivant dans la pauvreté » : « Ils percevaient la pauvreté comme un problème lointain et une responsabilité du gouvernement ou des pauvres eux-mêmes. » Les auteurs de l'étude proposaient une conscientisation critique des étudiants par rapport aux ISS dans le domaine bucco-dentaire (107).

La « conscientisation critique » des internes vis-à-vis des ISS, associée à l'apprentissage par l'expérience, pourrait permettre une évolution des représentations de la précarité, et un questionnement sur les prises en charge et les moyens de participer à la diminution de ces ISS. Certaines techniques de communication, comme les débats en petit groupe, les échanges d'opinion ou des techniques de recherche comme les études de cas peuvent favoriser la conscientisation critique (106).

Les Groupe d'Échange de Pratiques (GEP) sont inspirés des Groupes de Pairs utilisés dans la formation médicale continue. Au cours de cet enseignement, des internes se retrouvent en présence d'un enseignant pour échanger et analyser leur pratique autour de cas authentiques issus de leur pratique.

La formation universitaire des internes de médecine générale à Lyon inclue des GEP qui se déroulent ainsi (source : Le guide pratique de l'interne en médecine générale à Lyon) :

- Chaque tuteur expose une situation clinique rencontrée en stage.
- Le choix de la situation clinique peut être aléatoire ou non (ce qui est déterminé à l'avance avec le tuteur).
- Le tuteur expose les questions qu'il s'est posé, comment il y a répondu (1 ou 2 références bibliographiques). Le groupe devra débattre des éventuelles réponses et des décisions prises.

Le GEP allie études de cas, recherches bibliographiques et débats en petit groupe et semble être un moment propice à la conscientisation. Le sujet de l'un d'entre eux pourrait concerner les ISS et le repérage de situations de précarité.

La bibliographie sur le sujet étant vaste, il est proposé des ressources (Annexe) qui évoquent la précarité « non visible ».

CONCLUSION

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité ». Des interactions complexes entre des facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques déterminent l'état de santé d'une personne. Une situation de précarité est facteur de risque de mauvaise santé. Il existe un gradient de santé dans la population générale : « les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous, et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis ». Les conséquences en sont des Inégalités Sociales de Santé (ISS). Les médecins généralistes peuvent contribuer à leur réduction. Les représentations des soignants vis-à-vis de la précarité influencent leur pratique.

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer l'influence de l'expérience ambulatoire sur les représentations de la précarité, en s'entretenant avec seize internes avant et après le stage praticien de niveau 1. L'hypothèse était que le stage ambulatoire de niveau 1 pouvait modifier favorablement les représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité, et les sensibiliser à leur prise en charge.

Les représentations de la population de l'étude vis-à-vis de la précarité sont celles d'une précarité manifeste. Contrairement à l'hypothèse émise, elles ne se modifient pas à l'issue du stage. Elles rejoignent celles retrouvées dans la littérature chez les internes et les médecins peu confrontés à la précarité. Ces représentations entravent le repérage d'une population de personnes précaires « non visibles ».

L'expérience ambulatoire modifie en revanche les représentations que les internes ont de la prise en charge. Elle permet à la fois de mieux appréhender une prise en charge vécue comme difficile, et d'adapter leurs compétences à une population reconnue plus fragile. Au vu des recherches effectuées, la pratique est perfectible, en particulier par un meilleur repérage de toutes les situations de précarité et une meilleure équité dans le domaine de la prévention.

Les représentations des internes - en tant que groupe social - vis-à-vis de la précarité constituent une base collectivement partagée qui est le résultat d'expériences personnelles et d'influences historiques et sociales. Les représentations ont une capacité d'évolution. L'expérience répétée associée à une approche par la conscience critique de certaines situations permettraient cette évolution.

Le sujet de la précarité est un sujet sensible, faisant intervenir pour le soignant des convictions personnelles et une volonté éthique de prendre soin. Pour cette raison, la réflexion permettrait de sensibiliser les soignants au sujet. Cette réflexion pourrait se faire lors d'une approche par auto-formation sur l'analyse des pratiques.

La formation universitaire des internes de médecine générale à Lyon inclue des groupes d'échange de pratiques. Le sujet de l'un d'entre eux pourrait concerner les ISS et le repérage de situations de précarité. Cela permettrait à l'interne de se documenter sur le sujet et de critiquer avec ses pairs son analyse de la situation choisie. La bibliographie sur le sujet étant vaste, il est proposé des ressources (Annexe) qui évoquent la précarité « non visible ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Dahlgren G, Whitehead M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health, in : Studies I.o.F. (Ed.), Stockholm
2. Cingolani P. La précarité. Paris, France : Presses Universitaires de France ; 2006. p.128.
3. Barbier J-C. La précarité, une catégorie française à l'épreuve de la comparaison internationale. Rev Française de Sociologie, 2005 ; 46 (2) : 351-371.
4. Furtos J. L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance. In : Les cliniques de la précarité. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2008. p 11-18.
5. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Avis et rapports du conseil économique et sociale. In : Journal officiel de la République Française. 1987.
6. Larcher P. Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. Laennec. 2007 ; (55) : p 15-26.
7. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé. DREES ; 2015 2016. p.294. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf
8. Potvin L, Mocquet M-J, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES ; 2010. p. 380.
9. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee Première. 2016 ; (1584) : 1-4.
10. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. Population & Société. 2008 ; (441) : 1-4.
11. Casadevall M, Blacher J, Calimia C, Haus F, Giorno M, Lelong H, et al. Profil des patients d'une permanence d'accès aux soins de santé parisienne. Rev Médecine Interne. juin 2009 ; 30: S52.
12. Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
13. Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecin du monde en France. Médecins du Monde ; 2018. p.144.
14. Comede. Rapport d'activité et d'observation. 2017. p.14.

15. Code de la Sécurité sociale - Article L162-14-1. Code de la Sécurité sociale. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740812&dateTexte=&categorieLien=cid>
16. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? Question d'économie de la santé. 2011 ; (165) : 1-8.
17. Ameli. La protection universelle maladie. [en ligne] 2018 [cité mai 2019] <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>.
18. Ameli. CMU complémentaire : conditions et démarches. [en ligne] 2019 [cité mai 2019] <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/cmu-complementaire>.
19. Code de la Santé Publique - Article L6311-1. Code de la Santé publique. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691294&dateTexte=&categorieLien=cid>
20. Allen J, Heyrman J, Svab I, Geay B, Ram P, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe ; 2002. p.52.
21. Letrillart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014 ; 25(114) : 148-57.
22. Abric J-C. Pratiques sociales et représentations. 2 ed. Paris : PUF ; 2016. p.307.
23. Jodelet D. Les représentations sociales. 5. ed. Paris: PUF ; 1997. p.447.
24. Petitcollot L, Denantes M, Ibanez G, Lazimi G, de Beco I, Magnier A-M. Patients bénéficiaires de la CMU complémentaire : perceptions des étudiants en médecine et facteurs influençant ces perceptions. Presse Médicale. 2012 ; 41(6) : 257-64.
25. Ernst S, Mériaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Faculté de médecine ; 2013.
26. Wilson E, Grumbach K, Huebner J, Agrawal J, Bindman AB. Medical student, physician, and public perceptions of health care disparities. Fam Med. 2004 ; 36 (10) : 715-21.
27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 2015 ; 15 (157) : 50-4.
28. HCSP. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes : Editions ENSP, 1998. p.349

29. Villeneuve A. Construire un indicateur de précarité : les étapes d'une démarche empirique. *Econ Stat.* 1984 ; 168 (1) : 93-105.
30. Tudrej B. Précarité analyse d'un concept. [Mémoire de recherche]. Paris, France : Université René Descartes Paris V ; 2006.
31. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique.* 2015 ; 5 (27) : 679-90.
32. Lugerini M. Quelles sont les difficultés des médecins généralistes face à la santé de l'enfant en situation de précarité ? [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Faculté de médecine ; 2016.
33. Lemaire Lesoin C. Représentations des médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé : étude qualitative réalisée chez quinze médecins généralistes de la région avignonnaise. [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Faculté de médecine ; 2012.
34. Philippe V. L'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes lyonnais. [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Faculté de médecine Lyon Est ; 2015.
35. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. *Soins.* 2014 ; 59 (790) : 14-18.
36. Pierre-Marie E, Roger S. Les sans-domicile de l'agglomération parisienne se perçoivent en bonne santé. *Ile-de-France À la Page.* 2014 ; (426) : 1-4.
37. Saryoul S. Influence de la précarité sur le choix des urgences ou du médecin généraliste pour une consultation de soins primaires. [Thèse d'exercice]. Dijon, France. UFR des Sciences de Santé ; 2016.
38. Douillet-Dupont D. Parcours médical des migrants primo-arrivants à Angers. [Thèse d'exercice]. Angers, France. UFR Santé ; 2016.
39. Raynaud D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. *Études et Résultats.* 2003 ; (229) : 1-8.
40. Cimade. Dispositif d'accueil des demandeurs d'asile : état des lieux. [en ligne] 2019 [cité mai 2019] <https://www.lacimade.org/schemas-regionaux-daccueil-des-demandeurs-dasile-quel-etat-des-lieux/>.
41. Flores P, Falcoff H. Social inequalities in health: what could be done in general practice? *Rev Prat.* 2004 ; 54 (20) : 2263-70.
42. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Faculté de médecine ; 2014.
43. Pubert, Giraud, J, Pisarik. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale: opinions et pratiques des médecins généralistes. *Études et Résultats.* 2018 ; (1089) : 1-8.

44. Guthmuller S, Wittwer J. L'effet de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités. *Économie Publique*. 2012 ; 28 (29) : 1-2.
45. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Études et Résultats*. 2005 ; (378) : 1-12.
46. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. *Études et Résultats*. 2015 ; (944) 1-6.
47. Tuppin P, Samson S, Colinot N, Gastaldi-Menager C, Fagot-Campagna A, Gissot C. Consommations de soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ou de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2012. *Rev d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2016 ; 64 (2) : 67-78.
48. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres. *Insee Prem*. 2007 ; (1161) : 1-4.
49. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer*. 2009 ; (85) : 22-26.
50. Aballea P, Bartoli F, Eslous L, Yeni I. Les dépassements d'honoraires médicaux. Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2007. [en ligne] <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000319.pdf>
51. Desprès C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2010 ; 41 (1) : 33-43.
52. Pfister V. Le refus de soins opposé aux bénéficiaires de l'AME et de la CMU par la médecine de ville : l'exemple lyonnais. *Droit Déontologie Soins*. 2014 ; 14 (4) : 490-515.
53. Rode A. Le " non-recours " aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [Thèse de doctorat]. Grenoble, France : Université Pierre Mendès-France-Grenoble II ; 2010.
54. Davoine E. Le renoncement aux soins, en particulier pour raisons financières : étude qualitative auprès de 20 patients de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Faculté de médecine Lyon Est ; 2014.
55. Schieber A-C. Etude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé? Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE. [Thèse de doctorat]. Toulouse, France : Université Toulouse III-Paul Sabatier ; 2014.
56. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège*. 2010 ; 65 (5-6) : 239-45.

57. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. [Internet]. 2012 ; 12 (1): 1-13. Disponible : <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>
58. Maurer C, Nozick M, Lahmek P, Bonhour G, Kabbani J, Kangue P, et al. L'asthme est-il compétent pour gérer sa maladie ? Étude de 280 patients en Seine-Saint-Denis, France. Rev Mal Respir. 2015 ; 32 (3) : 229-39.
59. Dalmat Y-M. Mauvaise observance : peut-être un problème financier. Option/Bio. 2017 ; 28 (571-572) : 12-13.
60. Prouvost H, Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais. Résultats de l'enquête décennale santé, France, 2002. Bull Épidémiologique Hebd. 2007 ; (2-3) : 17-20.
61. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Les Travaux de l'Observatoire ; 2003-2004. p.26
62. Chardenal L. Comment les femmes en situation de précarité perçoivent-elles le suivi gynécologique ? : étude qualitative par seize entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Faculté de médecine Lyon Est ; 2018.
63. Villardery M. Attentes des patients précaires vis-à-vis des professionnels de santé. [Thèse d'exercice]. Dijon, France : UFR des Sciences de Santé ; 2017.
64. Maestracci N. La pauvreté : un problème de santé publique ? Les limites des politiques sectorielles. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. 2008 ; 56 (6) : S354-5.
65. IPSOS, Le Secours Populaire Français. Baromètre de la pauvreté. [en ligne]. 2018. Disponible : <https://www.secourspopulaire.fr/barometre-ipsos-spf-2018>
66. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. Carnet PSY. 2011 ; 156 (7) : 29.
67. de Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017. p.224
68. Kolb DA. Experiential learning : experience as the source of learning and development. 2 ed. Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Education, Inc, 2015. 390 p.
69. Falcoff H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? Actual Doss En Santé Publique. 2010 ; (73) : 41-43.
70. Pabion M. Sensibilité du repérage des patientes en situation de précarité par les professionnels de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble. [Mémoire]. Grenoble, France : Faculté de médecine, département maïeutique ; 2014.

71. Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen J-M, Lombrail P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? *Sci Soc Santé*. 2006 ; 24 (3) : 33.
72. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. *Sociologie de la médecine générale* [En ligne]. Rennes : Presses de l'EHESP; 2010. p424. Disponible : <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213.htm>
73. Olesen F. General practice-time for a new definition. *BMJ*. 2000 ; 320 (7231) : 354-7.
74. Tudrej BV, Etonno R, Martinière A, Hervé C, Birault F. Clinique de la précarité ? Réflexions éthiques et retour d'expériences autour d'un modèle de repérage des déterminants sociaux de la santé vers la santé publique clinique. *Ethics Med Public Health*. 2018 ; (6) : 15-25.
75. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé Publique*. 2006 ; 18 (4) : 513.
76. Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Paris : La Documentation Française ; 2000.
77. Laval C. Précarité et intériorité. L'esprit du temps. In : Furtos J. *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les Moulineaux : Masson ; 2008. p.23-31
78. Béguinet S. La représentation sociale du risque de précarité chez les étudiants. *Commun Organ*. 1 juin 2013 ; (43) : 227-52.
79. Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [en ligne]. 2014. Disponible : www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf
80. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Trib Santé*. 2005 ; 8 (3) : 31.
81. Millot T. Précarité et prévention en médecine générale : évaluation de la prise en charge des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Faculté de médecine Lyon Est ; 2005.
82. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien Soc Polit*. 2006 ; (55): 115.
83. Heremans P, Deccache A. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. *Santé Publique*. 1999; (11): 225-41.
84. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005 ; 56 (2): 139-46.

85. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ; 2011.
86. Deitsch S, Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : exploration des déterminants d'une collaboration réussie. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Faculté de médecine ; 2015.
87. ASDES. Un réseau de santé en Ile-de-France. [en ligne]. 2017. [cité mai 2019] Disponible : <https://www.asdes.fr/>
88. Sauvage S. Analyse qualitative des difficultés, des pratiques et des attentes des médecins généralistes et des assistantes sociales de secteur autour de la prise en charge des situations médico-sociales complexes. [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Faculté de médecine ; 2013.
89. Pikus A-C, Deschamps J-P, Boissonnat H. Maladies chroniques et précarité : obstacles à la prise en charge et préconisations. Santé Publique. 2015 ; S1(HS) : 13-16.
90. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A, et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. BMC Public Health. [en ligne]. 2006 ; 6 (1): 1-11. Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-104>
91. Bacon T. Vécu des soignants en équipes mobiles psychiatrie précarité. [Thèse d'exercice]. Angers, France : Faculté de santé ; 2018.
92. Thoreau HD. La désobéissance civile (1978). Paris : Milles et une nuits, 2016. p.63
93. Mannoni P. Les représentations sociales. 6 ed. Paris : PUF, 2016.
94. Jodelet D. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation de représentations sociales. In : Hass V, Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations. Rennes : Les Presses universitaires de Rennes ; 2006. p235-255
95. Mariette A, Pitti L. Médecin de première ligne dans un quartier populaire. Agone. 2016 ; (58) 51-72
96. Michelat M. Motivations des médecins à exercer au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du monde d'Angers. Retentissement personnel et professionnel. [Thèse d'exercice]. Angers, France : Faculté de santé ; 2017.
97. Beaufumé S. Les déterminant du départ en mission humanitaire des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux ; 2017.

98. Michel-Trophime S. Le stage chez le praticien : un partage d'expérience ? [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : UFR des sciences médicales ; 2012.
99. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2005 ; 6 (2) : 98-111.
100. Laisse M. Influence du stage praticien de niveau 1 sur les prescriptions des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017.
101. Labat L. Evaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1. [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université de Toulouse 3 Paul Sabatier ; 2013.
102. Arriola-Socol M. L'impact d'une expérience éducative sur la conscience critique. *Rev Sci L'éducation*. 1989 ; 15 (1) : 80-101.
103. Labbé F. Usurpation d'identité. *Monde Alphabétique*. 2003 ; (15) : 51-53.
104. Smith W, Alschuler A. How to measure Freire's stages of conscientização: The C Code manual. [Unpublished Manuscript]. Amherst, USA : Univ Mass ; 1976.
105. Colin A. Pratiques réflexives et conscientisation. *Carrefours de l'éducation*. 2001 ; 12 (2) : 56-65.
106. Ferrer C, Allard R. La pédagogie de la conscientisation et de l'engagement : pour une éducation à la citoyenneté démocratique dans une perspective planétaire. *Educ Francoph*. 2002 ; (XXX) : 66-95.
107. Reis CMR, Rodriguez C, Macaulay AC, Bedos C. Dental students' perceptions of and attitudes about poverty: a Canadian participatory case study. *J Dent Educ*. 2014 ; 78 (12) : 1604-14.

ANNEXES

Proposition de ressources en rapport avec la précarité et les ISS

À propos des représentations de la précarité :

- Accès et non-recours aux soins curatifs et préventifs des populations en situation de précarité :

Rode A. Le " non-recours " aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [Thèse de doctorat]. [En ligne]. Grenoble, France : Université Pierre Mendès-France-Grenoble II ; 2010. Disponible : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488403/document> Pages choisies : 162 à 166 -243-245-246-272 à 274-290

- Représentation de la précarité et influence sur la pratique :

de Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Rennes : Presses de l'EHESP, 2017. p.224 Pages choisies : 35 à 49

À propos de la prise en charge :

- Le repérage :

Collège de la Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? [En ligne]. 2014. Disponible : www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf

INPES, Collège de la Médecine Générale. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. [En ligne]. 2014. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFES-Bases/catalogue/pdf/1538.pdf>

- La prévention :

Falcoff H. Que peuvent faire les médecins généralistes face aux inégalités sociales de santé ? Actual Doss En Santé Publique. 2010 ; (73) : 41-43.

- La relation :

Schieber A-C. Étude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé ? [Thèse de doctorat]. [En ligne] Toulouse, France : Université Toulouse III-Paul Sabatier ; 2014. Disponible : <http://thesesups.ups-tlse.fr/2418/1/2014TOU30117.pdf> Pages choisies : 147 à 149

Catégories socio-professionnelles de niveau 2 (INSEE)

PCS 2003	Niveau 2 - Liste des catégories socioprofessionnelles de publication courante
Code	Libellé
10	Agriculteurs exploitants
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
31	Professions libérales et assimilés
32	Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
36	Cadres d'entreprise
41	Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
51	Employés de la fonction publique
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
61	Ouvriers qualifiés
66	Ouvriers non qualifiés
69	Ouvriers agricoles
71	Anciens agriculteurs exploitants
72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
73	Anciens cadres et professions intermédiaires
76	Anciens employés et ouvriers
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
82	Inactifs divers (autres que retraités)

Bonjour,

Tout d'abord merci de partager votre temps et d'accepter de participer à cet entretien réalisé dans le cadre de ma thèse. Je m'appelle Louise/Oriane, je suis interne en 3ème semestre/j'ai fini mon internat en novembre 2017 et je réalise ma thèse d'exercice dont le thème principal est la précarité. Dans ce cadre je souhaite m'entretenir avec toi en tant qu'interne ayant choisi pour le prochain semestre un stage de niveau 1 chez le praticien. Nous prévoyons un deuxième entretien à la fin de ce stage, afin de recueillir ton expérience et ton ressenti pendant ce stage en ambulatoire. Toutes les réponses seront bien sûres anonymisées et la confidentialité respectée. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone pour pouvoir les retranscrire avec le plus de fiabilité possible. Es-tu d'accord ?

Quel stage as-tu choisi pour le praticien niveau 1 ? Que penses-tu de ce choix ? Peux-tu me parler des stages validés que tu as validés jusqu'à présent en tant qu'interne ?

1- Expérience

Et justement peux-tu me raconter ta première expérience avec un patient précaire durant l'internat ? Ou une expérience marquante ?

Comment t'es-tu senti lors de cette consultation ?

- Qu'est ce qui a été facilitant ?
- Qu'est ce qui a été difficile ?
- Quelles aides ou soutien as-tu reçu ? D'un chef ? IDE ? Aide-soignante ? Assistante sociale ?

2- Représentations

Qu'évoque pour toi le terme « patient en situation de précarité » ?

Quels sont les éléments auxquels tu es attentif lors d'une consultation qui te permettent de penser que le patient est précaire ?

Quelles sont les structures de PEC de patients précaires que tu connais éventuellement déjà ? Comment les as-tu connus ?

On parle des patients précaires et je me rends compte que je ne t'ai pas demandé ce que tu pensais de ces patients ?

- Que peux-tu m'en dire ?
- Que penses-tu de leur comportement en termes de santé ou dans le soin ?
- Que pense-tu de la prise en charge de ces patients ?
- Que penserais tu de travailler avec une population précaire plus tard ?

3- L'enquête

As-tu ou as-tu déjà eu des activités dans le milieu associatif et notamment en tant que bénévole auprès d'un public précaire ? Peux-tu m'en parler.

Quels enseignements en lien avec la précarité as-tu déjà eu durant tes études médicales ?

Que comptes tu faire professionnellement après le DES ?

Y a-t-il quelque chose que tu voudrais ajouter ?

Bonjour,

Merci à nouveau d'accepter de participer à ce deuxième entretien dans le cadre de notre thèse sur le thème de la précarité. Une fois encore toutes les réponses seront bien sûres anonymisées et la confidentialité respectée. Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone pour pouvoir les retranscrire avec le plus de fiabilité possible. Es-tu d'accord ?

Comment s'est passé ton stage ?

1- Expérience

Alors, peux-tu me raconter/me parler d'une expérience avec un patient en situation de précarité durant ce stage ? Je te laisse y réfléchir, une situation où les problèmes sociaux t'ont paru au premier plan.

- Comment t'es-tu senti lors de cette/ces consultation(s) ?
- En quoi cette expérience a-t-elle été marquante pour toi ?
- Qu'est ce qui a été facilitant ?
- Qu'est ce qui a été difficile ?
- Quels aides ou structures d'aides as-tu pu/dû mobiliser (si besoin) ?
- S'agissait-il d'une consultation seule ou en supervision ? Comment ton maître de stage t'a-t-il aidé ?

2- Représentations

Lors du dernier entretien tu me disais que pour toi un patient précaire c'était plutôt ... (reprise des éléments de l'entretien précédent).

Que penses-tu à présent de ta définition ?

Comment aimerais-tu définir à présent un patient précaire ?

Et que peux-tu me dire de ton expérience de la prise en charge des patients précaires en médecine ambulatoire ?

- Que penses-tu de leur comportement en termes de santé ou dans le soin ?
- A l'issue de ce stage, comment est-ce que tu te sens pour prendre en charge des patients précaires en médecine générale ? Est-ce que c'est qq chose que tu verrais dans ta future activité ?
- Quelles sont les structures de prise en charge de patients précaires auxquelles tu as eu éventuellement à faire appel dans ton stage ?

3- La formation

Comment trouves-tu que ce stage a répondu aux problématiques qui étaient les tiennes concernant la prise en charge des patients précaires ?

Y a-t-il quelque chose que tu voudrais ajouter ?

Merci encore de ta participation à notre travail.

Extrait encodage *N-vivo*[®] de novembre 2018 « Prise en charge »

2- PRISE EN CHARGE		0	0
1- LA PRISE EN CHARGE		0	0
1 - Rôle du MG - MARGUERITE DES COMPETENCES		0	0
1- PREMIERS RECOURS		0	0
Accès facile pour le patient précaire		1	1
MT = premier rempart		3	3
Premier recours dans précarité psychologique		1	1
MT est là quand le patient en a besoin		1	1
informer le patient précaire sur la présence du MT en cas de besoin		2	3
2- CONTINUITÉ SUIVI COORDINATION		0	0
Coordination des soins - collaboration avec autres acteurs		0	0
le MT adresse vers les autres professionnels de santé		3	5
le MT peut adresser vers d'autres organismes		1	1
MT au centre de la prise en charge		1	1
PEC compliquée par le fait que le patient ne soit pas connu du médecin		1	2
3 - PREVENTION		0	0
Dépister la précarité		3	3
A l'hôpital on voit de la précarité dépassée - rôle dépistage de la précarité en MG		1	1
Interne se demande si le fait de consulter autant cache quelque chose		1	1
Rassurant de savoir que certains patients ne sont pas en dehors du soin = dépistage possible		1	1
Faire de la prévention et du dépistage auprès des patients en situation de précarité		0	0
Démarche de prévention à faire		2	5
Difficultés à faire de la prévention et de l'information car pas sûr que patient comprenne		1	1
Faire de l'éducation		1	1
4 - APPROCHE CENTRÉE PATIENT - RELATION - COMMUNICATION		0	0
Construire et maintenir une relation avec le patient		0	0
Désir de ne pas être paternaliste		2	2
MT est le médecin de famille		1	1
Vision du médecin traitant comme personne de confiance		1	1
Vision du médecin traitant comme une ressource		1	3
Parfois la seule ressource du patient		1	1
Questionnement sur ses propres limites = Nécessité de faire abstraction de la situation de vie du patient		1	1
Relation avec l'entourage du patient		0	0
Difficultés à mobiliser la famille		2	4
Difficultés relationnelles avec l'entourage		1	2
Se poser des questions sur l'environnement familial - souhait de l'entourage		1	2

5 - APPROCHE GLOBALE - PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE		0	0
Adaptation des postures		0	0
Accompagnement dans des projets		1	1
Accompagnement lors sevrage alcool		1	1
Posture de soin vis à vis des enfants - par rapport à accompagnement de la mère		1	1
Posture de soutien		0	0
Cogérer avec le patient plaintes et pathologies aiguës et chronique de manière hiérarchisée		0	0
Accompagnement global du patient (pb aigus et sevrage alcool)		1	1
Hiérarchiser les problèmes		1	2
Décision adaptée et partagée		0	0
Adapter la PEC au souhait du patient		2	3
Limites = sentiment pour le médecin que la problématique de fond non réglée		1	2
Limites = souhait du médecin que patient se soigne devient supérieur au souhait du patient		1	1
Sensation de ne pas avoir répondu aux problèmes du patient		1	1
Intégrer la trajectoire de vie du patient - intégrer le contexte bio-psycho-social		0	0
Adaptater la PEC à la situation de précarité - facteur de risque		1	1
Inclut prise en charge sociale		1	1
Précarité fait partie intégrante de la prise en charge		1	1
6 - PROFESSIONALISME		0	0
Agir avec altruisme - favoriser le soin pour tous		0	0
Aider les patients en difficulté		1	1
Ne pas juger		1	1
Obligation de soigner - serment d'Hippocrate		1	1
Pas de sélection de patientèle sur précarité		1	1
Information honnête		0	0
patients doivent savoir qu'ils peuvent poser des questions		1	1
rôle renforcé du MT pour l'information des patients pour le remboursement des soins		1	1
Sentiment que les patients manque d'information sur le rôle du MT		1	1
Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste d'aller chercher la personne pour qu'elle devienne un patient		1	1
MEDECIN GENERALISTE = SOLUTION PRINCIPALE		1	1

2 - Internes se rendent compte de l'importance d'une PEC MULTIPROFESSIONNELLE		0	0
1- Notion du réseau		2	2
il faut se créer un réseau en début d'installation		3	3
Orienter vers les bonnes personnes		1	1
il faut adresser à des gens qui sont sensibles aux patients précaires		1	1
possibilité de trouver quelqu'un qui peut nous aider à prendre en charge ces patients		1	1
PEC pluri-professionnelle		2	4
réseau permet prise en charge globale		2	2
réseaux = regroupement de professionnels ou professionnels qui aident dans les situations difficiles		2	6
réseaux diffèrent selon la zone géographique		2	3
2- ROLE - BUT du réseau		0	0
Expériences facilitées par le réseau		3	4
interne essaie de récupérer des informations à propos du patient		1	1
Pour accompagner les patients isolés		1	1
associations assurent lien avec soins primaires		1	1
Pour faire ce qui dépasse ses compétences		0	0
Notamment les prises en charges sociales et administratives		0	0
Réorienter les patients quand on ne sait pas faire		1	1
Pour ne pas rester soi même isolé dans des PEC difficiles		1	1
il faut savoir s'entourer - on ne peut pas répondre tout seul à tout		1	1
savoir faire du relais		1	1
Pour trouver un relai qui pallie à l'entourage		1	2
Création du réseau		0	0
assistante sociale via mairie		1	1
assistante sociale peut permettre de connaître les structures d'aides locales		1	1
En travaillant sur place on connaît le réseau		1	1
exp pec = AS de la maison des solidarités		1	1
Réseau connu via internet (recherche google)		1	1
structures d'aides dépendent du lieu d'exercice		1	1
Notamment avec patients migrants		0	0
Association locale d'aide aux migrants		3	6
CADA		1	6
l'aide d'une association permet une PEC globale des patients migrants		1	1
Médecins du Monde		1	2
nécessité de personnes formées pour expliquer les démarches administratives		1	2
OFI		1	1
Soutien social d'une structure associative pour PEC des patients migrants		1	2

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE**

TITRE DE LA RECHERCHE : Influence du stage en médecine ambulatoire de niveau 1 chez les internes de médecine générale vis à vis de la précarité.

Je soussigné(e)

.....,

accepte de participer à l'étude *Influence du stage en médecine ambulatoire de niveau 1 chez les internes de médecine générale vis à vis de la précarité.*

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Louise ARNOU ou Oriane CHRISTIN.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

À l'exception des responsables de l'étude, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès de Louise Arnou ou Oriane Christin.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

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

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

ARNOU Louise ET CHRISTIN Oriane

INFLUENCE DE L'EXPÉRIENCE EN STAGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE NIVEAU 1 SUR LES REPRÉSENTATIONS DES INTERNES VIS-À-VIS DES PATIENTS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La précarité est un facteur de risque de morbi-mortalité qui contribue à un gradient de santé dont les conséquences sont des inégalités sociales de santé (ISS). Les médecins généralistes peuvent être acteurs de la diminution des ISS. Les pratiques vis-à-vis des populations en situation de précarité sont influencées par leurs représentations. L'objectif était d'explorer l'influence du stage de médecine générale ambulatoire de niveau 1 sur les représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité

MÉTHODE : Étude unicentrique qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 internes de médecine générale, en deux temps, avant et après le stage. Une analyse inductive a été conduite par les deux chercheuses, avec triangulation de l'analyse.

RÉSULTATS : Seize étudiants ont été interrogés une première fois avant (durée médiane 17 minutes) puis après (durée médiane 24 minutes) le semestre. Les représentations des internes vis-à-vis de la précarité étaient celles d'une précarité visible, associée à des comportements stéréotypés et ne se modifiaient pas à l'issue du stage. L'expérience ambulatoire modifiait les représentations que les internes avaient de la prise en charge et leur permettait d'adapter leurs compétences à une population reconnue plus fragile. Le repérage des diverses situations de précarité et une meilleure équité dans le domaine de la prévention restaient à améliorer. Les représentations des internes avaient une capacité d'évolution, notamment par l'expérience répétée associée à une approche par la conscience critique de certaines situations.

CONCLUSION : Le sujet de la précarité est un sujet sensible, difficile à définir. Un groupe d'échange de pratiques (GEP) permet une réflexion et une analyse de l'action et des décisions prises par l'étudiant. Un GEP thématique lui permettrait d'optimiser la boucle d'apprentissage concernant les ISS.

MOTS CLÉS : disparités de l'état de santé / étudiants/ stage médical/ pédagogie médicale

JURY

Président : Monsieur le Professeur SAOUD Mohamed
Membres : Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent
Madame le Professeure DALIGAND Liliane
Monsieur le Docteur ZORZI Frédéric
Madame la Docteur SUH TAFARO Nathalie

DATE DE SOUTENANCE : 25 juin 2019

ADRESSES POSTALES : 12 rue de Brest, 69002 Lyon / 3 square Jean Heurtin, 44000 Nantes

EMAILS : louise.arnou@etu.univ-lyon1.fr / oriane.christin@gmail.com