

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-132

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Alice HALGAND SARRAZIN

Née le 24 février 1989 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2019

**L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE A
NANTES EN 2018 : ETUDE QUALITATIVE**

Président de jury: Madame le Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie FERREOL

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Leila MORET,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger ce travail,
Recevez l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Maud JOURDAIN,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury et de juger ce travail,
Soyez assurée de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe TESSIER,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury et de juger ce travail,
Recevez mes remerciements respectueux.

A Madame Le Docteur Sophie FERREOL,
Je ne saurais jamais assez te remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse, merci
sincèrement pour ton soutien, tes précieux conseils et ta grande disponibilité.

A mes maîtres de stage Le Docteur Sandrine AUBAIN, Le Docteur Marie-Cécile Le
Geay, Le Docteur Lucie Raingeard, merci de m'avoir enseigné la médecine générale.

Aux quinze participants,
Merci d'avoir contribué à mon travail.

Aux associations : « Un brin de Causette », « L'écoute de la rue », « Les restos du
cœur accueil de jour pour femmes »,
Merci pour votre accueil.

A tout ceux qui ont relu et corrigé ce travail,
Merci pour ce temps accordé.

A mes parents Fabrice et Véronique et mon frère William,
Merci de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ces années.

A mon mari Mathias,
Sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour.

A ma fille Azalée,
Ma motivation.

A ma grand-mère Hélène,
La passion pour la médecine.

A mes grands parents Jeanine et Roger,
La persévérance : « vas au bout ».

A mon grand-père Michel,
Le scientifique.

*« Quand on sait accueillir un exclu,
on sait accueillir tout patient. »*

Xavier Emmanuelli.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
AVANT-PROPOS.....	10
PREMIERE PARTIE :	14
CHAPITRE 1 : LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE.....	15
1) Généralités.....	15
2) Les dispositifs de la protection sociale:.....	17
CHAPITRE 2: LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS EN FRANCE : ENJEU	
MAJEUR DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	21
1) Les inégalités sociales d'accès aux soins en France.....	21
2) Les conséquences des inégalités sociales d'accès aux soins en France...	22
3) Une population particulière : les personnes sans domicile fixe.....	23
a) Description de la population des Sans Domicile Fixe en France....	24
b) Spécificité de l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe..	27
c) Morbidité et Mortalité dans la population des SDF.....	28
DEUXIEME PARTIE : L'accès aux soins des personnes sans domicile fixe à	
 Nantes en 2018 : Étude qualitative.....	29
OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	30
METHODOLOGIE.....	30
1) Type d'enquête.....	30
2) Population de l'étude.....	30
3) Recueil des données.....	32
4) Déroulement de l'enquête.....	33
5) Retranscription et analyses.....	34
a) Retranscription.....	34
b) Analyse des données.....	34
RESULTATS.....	35
1) Description de la population étudiée.....	35
a) Caractéristiques socio-démographiques.....	35
b) Durée de vie sans domicile fixe.....	36
c) Histoire de vie	36
d) Revenus	36
e) Couverture maladie	37
f) La santé de la population étudiée.....	39

2) Les freins à l'accès aux soins.....	44
a) Accès au système de santé.....	45
b) Situation sociale.....	50
c) Relation Soignant / Soigné.....	52
d) Représentations.....	56
3) Les facteurs favorisant l'accès aux soins.....	59
a) Accès au système de santé.....	60
b) Rupture de l'isolement.....	64
c) Relation Soignant / Soigné.....	66
d) Représentations.....	70
DISCUSSION.....	71
1) Choix de la méthode.....	71
2) Validité interne.....	72
3) Validité externe : comparaison avec la littérature.....	73
a) Représentativité de population de l'étude.....	73
i) Age.....	73
ii) Sexe.....	73
iii) Nationalité.....	74
b) Les freins à l'accès aux soins.....	74
i) Accès au système de santé.....	74
ii) Situation sociale.....	76
iii) Relation Soignant / Soigné	77
iv) Représentations.....	77
v) Accès physique.....	79
c) Facteurs favorisant l'accès aux soins.....	79
i) Accès au système de santé.....	79
ii) Rupture de l'isolement.....	80
iii) Relation Soignant / Soigné.....	81
iv) Représentations.....	81
d) Rôle du médecin généraliste.....	82
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	92
RESUME.....	95

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

<i><u>Figure 1</u> : Répartition des nationalités de la population de SDF à l'étude.....</i>	<i>35</i>
<i><u>Tableau 1</u> : Descriptif de la population.....</i>	<i>38</i>
<i><u>Schéma 1</u> : Les freins à l'accès aux soins.....</i>	<i>44</i>
<i><u>Schéma 2</u> : Les facteurs favorisant l'accès aux soins.....</i>	<i>59</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide Complémentaire Santé
ADA : Allocation Demandeurs d'Asile
ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médicale d'Etat
BCG : Bacille bilié de Calmette et Guérin
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CASO : Centre d'Accueil de Santé et d'Orientation
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMS : Centre Médico-Social
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire
CMDR : Collectif Morts De la Rue
DIHAL : Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès aux Logements
DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite
ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPA : Interpretative Phenomenological Analysis (Analyse Phénoménologique Interprétative)
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
LFSS : Loi Financement Sécurité Sociale
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PACS : Pacte Civil de Solidarité
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
PUMa : Protection Universelle Maladie
ROR : Rougeole Oreillons Rubéole
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDF : Sans Domicile Fixe
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Selon l'OMS (déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire en 1978), les conditions indispensables à la santé sont : se loger, accéder à l'éducation et à l'information, se nourrir convenablement en quantité et qualité, disposer d'un revenu suffisant, certain et stable, bénéficier d'un écosystème stable, protecteur, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. (1)

En France, malgré un système de santé performant, on observe pourtant d'importantes inégalités sociales de santé et d'accès aux soins.

On constate des inégalités fortes de morbidités et de mortalité entre les classes aisées et les plus pauvres. Effectivement, la fréquence de recours au médecin n'est pas la même dans tous les groupes sociaux. (2,3)

Depuis 2000, la population de personnes sans domicile a sensiblement augmenté et cette population s'est diversifiée, comptant de plus en plus de femmes, de familles avec enfants et de personnes de nationalités étrangères.

Compte tenu de leur condition de vie précaire, la question de l'accès aux soins de ces personnes vulnérables semble cruciale. Dans une étude sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans domicile en France en 2012, 23% des personnes sans domicile fixe percevaient leur état de santé comme « mauvais » ou « très mauvais ». (4)

Le médecin traitant a une place particulière, par sa mission de suivi et sa proximité avec le patient (5) Il est nécessaire de prendre conscience que la relation avec le patient sans domicile fixe peut être complexe du fait de la problématique sociale, administrative, culturelle et linguistique. (6) Ainsi, la connaissance des inégalités de santé, de leurs mécanismes et de leurs processus, par les médecins et en particulier les médecins généralistes, peut contribuer à l'atténuation de ces inégalités. (7)

La connaissance des freins et des facteurs facilitant l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe pourrait ainsi permettre de faciliter leur prise en charge par les médecins généralistes.

L'objectif de cette recherche est donc d'identifier les freins et les facteurs favorisant l'accès aux soins à partir d'une enquête qualitative menée au sein d'une population sans domicile fixe à Nantes.

La place du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients sera également argumentée.

AVANT-PROPOS

Quelques définitions

Renoncement aux soins :

« Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité des soins prescrits » (8)

Il existe deux types de renoncement :

- 1) Le renoncement barrière : lorsque l'environnement et les diverses contraintes ne permettent pas d'accéder au soin désiré.
- 2) Le renoncement refus : il s'agit de l'expression d'un choix : notions « d'autonomie et contestation du pouvoir médical », « défiance vis-à-vis du système de soins »(9). Par exemple : consulter un médecin pour une maladie suppose tout d'abord que l'on ressente une sensation, et que celle-ci soit interprétée en tant que symptôme morbide, nécessitant un traitement. Il faut alors reconnaître à la médecine et au système sanitaire la légitimité et la compétence à traiter le symptôme. (10)

Le retard aux soins:

Avoir tardé à consulter un soignant pour une pathologie donnée.(8)

Personne sans domicile fixe :

En France, la situation des personnes sans domicile est définie par la combinaison de deux critères:

- un critère morphologique : le type d'habitat (vivre dans la rue ou dans un centre d'hébergement),
- un critère juridique : le statut d'occupation (vivre dans un squat ou être hébergé par des tiers). (11)

Migrant

Un migrant est une personne qui se déplace d'un pays à un autre ou d'une région à une autre pour des raisons économiques, politiques ou culturelles

Demandeur d'asile

Un demandeur d'asile est un étranger inscrit dans une procédure visant à obtenir la reconnaissance du statut de réfugié ou de protection subsidiaire.

Un réfugié ou un bénéficiaire de la protection subsidiaire est un étranger qui a obtenu une réponse favorable à sa demande d'asile et qui, de ce fait, est autorisé à séjourner en France.

La protection subsidiaire est une protection accordée aux personnes dont la situation ne correspond pas à la définition donnée par la Convention de Genève, mais qui ont quand même besoin d'être protégées. (12)

Convention de Genève (1951): Selon l'office français de protection des réfugiés et apatrides (13) la convention de Genève est un texte de droit international qui définit à la fois ce qu'est un réfugié, quels sont ses droits et les obligations des états signataires à son égard.

L'office française de protection des réfugiés et apatrides est un établissement public administratif créé par la loi du 25 juillet 1952, en charge de l'application de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, puis de la Convention de New York de 1954, et qui statue en toute indépendance sur les demandes d'asile et d'apatridie qui lui sont soumises.

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Les PASS sont des Permanences d'Accès aux Soins de Santé instaurées en 1998 (loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions). Au sein des hôpitaux, elles ont pour objectif d'offrir aux personnes vulnérables des dispositifs visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soin.

CASO : Centre d'Accueil, de Soin et d'Orientation

Les CASO sont des Centre d'Accueil, de Soin et d'Orientation de l'association Médecin du Monde. Ouverts à toute personne en difficulté, sans rendez-vous, les CASO mobilisent des équipes pluridisciplinaires. Elles accueillent les patients sans imposer de contraintes, proposent une prise en charge médicale adaptée aux patients et travaillent avec eux à leur accès aux droits et aux dispositifs publics de soins.

CMS : Centre Médico-Social

Un CMS est un centre d'accueil et d'écoute destiné à favoriser l'accès au soin pour tous. C'est un service public de proximité qui agit à l'échelle du département. Il se destine avant tout aux personnes en difficultés telles que les familles en situation d'exclusion, les jeunes en difficulté, les personnes âgées, les personnes handicapées. On peut y consulter un médecin gratuitement.

RSA : Revenu de Solidarité Active

Le RSA assure aux personnes sans ressources un revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle. (14) . Exemple de montant pour une personne seule n'ayant aucune ressource : 524,16 euros par mois (ministère des solidarités et de la santé) (15).

ADA : Allocation pour Demandeurs d'Asile

Les demandeurs d'asile ne sont pas autorisés à travailler avant un délai de 9 mois, les personnes majeures peuvent bénéficier de l'ADA si elles sont en possession de l'attestation de demande d'asile et « acceptent les conditions matérielles d'accueil qui leur sont proposées (notamment hébergement) » (16). Exemple de montant de l'ADA pour une personne par foyer : 6,8 euros par jour . Sept euros et quarante

centimes sont ajoutés si aucune place d'hébergement n'est proposée. Il est donc possible de bénéficier de l'ADA et être sans domicile fixe si aucun logement n'a pu être proposé.

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

Le CCAS propose un ensemble de services pour faire face aux situations de précarité ou de difficultés sociales touchant notamment les familles, les personnes âgées, les personnes sans emploi et les personnes en situation de handicap. Le public de la commune y est conseillé sur les droits sociaux, orienté vers les partenaires locaux ou directement pris en charge. (17)

Adresse administrative

Adresse où les personnes sans domicile fixe peuvent recevoir le courrier comme par exemple au CCAS. Les associations peuvent également proposer un domiciliation comme par exemple la maison d'accueil de jour de l'association «Anef Ferrer » à Nantes.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE 1 : LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

1) Généralités

Pour rappel, la sécurité sociale a été créée en 1945, et le code de la santé a été mis en place en 1953. En 1999, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été créée (18). En 2016, apparaît une nouvelle loi : la Loi de financement de la sécurité sociale avec mise en place de la PUMa (Protection Universelle Maladie)

La protection sociale est définie par tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus et aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux qu'ils rencontrent. (19)

Les risques sociaux correspondent à des situations susceptibles de compromettre la sécurité financière d'un individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses.

Les risques sociaux sont :

- La santé (qui regroupe les risques maladie, l'invalidité et les accidents professionnels)
- La maternité-famille
- La vieillesse
- Le logement
- L'emploi
- La pauvreté et l'exclusion sociale
- Le handicap
- La dépendance

La protection sociale repose sur plusieurs mécanismes :

- Des prestations sociales, versées directement aux ménages, qui peuvent être en espèce (par exemple : pension de retraite) ou en nature (par exemple : remboursement des soins de santé)
- Des prestations de services sociaux qui désignent l'accès à des services, fournis à prix réduit ou gratuitement (par exemple : crèches , hôpitaux)

Les prestations sociales peuvent répondre à trois logiques :

- Une logique d'assurance sociale : les prestations sociales sont alors financées par des cotisations sur les salaires et sont donc réservées à ceux qui cotisent, leur objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenus (chômage, maladie, vieillesse ...)
- Une logique d'assistance : elle a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. La prestation assure alors un revenu minimum qui ne couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (revenus de solidarité active,allocation adulte handicapé..)
- Une logique de protection universelle : elle a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans conditions de cotisations, ni de ressources mais sont les mêmes pour tous.

En France, l'État est le garant de l'intérêt public et de la protection de la santé de la population. (20)

2) Les dispositifs de la protection sociale:

L'assurance maladie est un terme générique englobant l'ensemble des dispositifs chargés d'assurer un individu face à des risques liés à la maladie, aux accidents du travail, à l'invalidité, à la maternité et au décès.

La protection sociale comprend d'une part, l'Assurance Maladie Obligatoire : branche de la sécurité sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de la vie privée et professionnelles et les invalidités. Elle est composée d'un régime général et de nombreux régimes spéciaux.

Le régime général est le premier régime de la sécurité sociale. Il concerne l'ensemble des salariés et assimilés non soumis à un régime particulier.

Le régime général se divise en plusieurs branches distinctes :

- Maladie (maladie, maternité, invalidité, décès)
- Accident du travail et maladies professionnelles
- Vieillesse
- Famille
- Recouvrement

Ces branches sont gérées par quatre caisses nationales :

- La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- La caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
- La caisse nationale des allocations familiales
- L'agence centrale des organismes de sécurité sociale

Les autres régimes de la sécurité sociale (en fonction de la catégorie socioprofessionnelle) sont :

- Le régime agricole
- La sécurité sociale pour travailleurs indépendants
- Les régimes spéciaux (il en existe une vingtaine en fonction du corps de métier)

La protection sociale comprend d'autre part l'Assurance Maladie Complémentaire, correspondant à l'ensemble des garanties proposées par des organismes privées, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

Le remboursement des dépenses de santé se décompose donc en deux niveaux :

- la part obligatoire qui est remboursée par l'assurance maladie (« sécurité sociale »)
- la part complémentaire (« ticket modérateur ») qui est soit à la charge du patient, soit remboursée par une complémentaire santé.

Avant 2016, la couverture maladie universelle (CMU) permettait aux personnes qui n'étaient pas couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie, dont le revenu fiscal était inférieur au plafond fixé annuellement, et qui résidaient en France de manière stable et régulière, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de leurs dépenses de santé.

Depuis le premier janvier 2016, suite à l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2016) (21), la PUMa (Protection Universelle Maladie) est appliquée et la CMU de base est supprimée.

La PUMa assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable (résider en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Saint Barthélemy ou à Saint Martin, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois) et régulière (avoir la nationalité française, ou être titulaire d'un titre de séjour, ou avoir entamé des démarches pour avoir un titre de séjour), la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. (22)

La PUMa garantit aux assurés sociaux en France une prise en charge continue de leurs frais de santé grâce à une affiliation à titre personnel à une caisse de l'assurance maladie. La caisse d'affiliation dépend du statut de l'assuré.

Les personnes ayant une activité professionnelle doivent être affiliées à la caisse d'assurance maladie correspondant à leur statut. Pour les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle :

- La personne ayant exercé auparavant une activité professionnelle doit être affiliée à la caisse d'assurance maladie de son ancien statut
 - La personne n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle doit être affiliée au régime général de la sécurité sociale
 - Si la personne vit en couple elle peut, si elle le souhaite, être affiliée au régime de l'assurance maladie de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin. La PUMa prévoit le droit au maintien dans ce régime en cas de séparation, veuvage ou divorce ultérieur à l'affiliation
- Les personnes retraitées sont couvertes par le régime obligatoire dont elles relèvent du fait de leurs pension de retraite.

Les personnes couvertes par l'assurance maladie disposant de faibles revenus peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc)

La CMU complémentaire est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge les dépenses restant à charge après intervention des régimes de base de la sécurité sociale. Les personnes bénéficiaires de la CMUc sont dispensées de faire l'avance des frais.

Les conditions d'accès à la CMU complémentaire (CMUc) sont de: résider en France de manière stable (plus de trois mois) et régulière et d'avoir des ressources inférieures à un plafond. Exemple de calcul de plafond annuel en 2018 pour une personne seule par foyer en France métropolitaine : 8810 euros (toutes les ressources, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande sont prises en compte). (23)

L'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé) donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé. Les conditions d'obtention sont de : résider en France de façon stable et régulière et d'avoir des ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMUc (jusqu'à 35%).

L'AME (Aide Médicale d'État) : permet l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Les conditions d'obtention sont de : ne pas avoir de titre de séjour, ni de récépissé de demande, ni de document attestant de démarche pour obtenir un titre de séjour, de résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et avoir des ressources ne dépassant pas un plafond.⁽²⁴⁾ Le plafond de ressources annuelles pour une personne par foyer vivant en France métropole est le même que pour la CMUc soit 8810 euros.

CHAPITRE 2: LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE : ENJEU MAJEUR DES POLITIQUES PUBLIQUES

1) Les inégalités sociales d'accès aux soins en France

Les inégalités sociales de santé sont représentées par des différences d'état de santé entre des groupes sociaux. Elles témoignent de la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. (25)

Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des disparités structurelles (ressources, logement, alimentation, emploi et travail, école et formation), qui caractérisent l'état de la justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

Les inégalités sociales de santé sont pour l'essentiel dues à des facteurs indépendants du système de santé, c'est-à-dire aux conditions et aux modes de vie des personnes. Elles résultent donc en grande partie de choix de société en matière d'emploi et de logement, d'éducation et de fiscalité.(5)

La France, pourtant réputée pour sa couverture sociale risque santé, présente de fortes inégalités en terme de morbidité et de mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle. (26) Ce pays qui consacre une forte proportion de son PIB (produit intérieur brut) aux dépenses sociales, est l'un des pays où les inégalités de revenus, après transferts sociaux et impôts, ont le plus augmenté ses dernières années. Il est constaté que les conditions sociales défavorables ont un impact sur l'état de santé. (27)

La précarité n'est pas une maladie, elle va néanmoins agir, via les effets du niveau socio-économique, de l'environnement, des comportements, comme un « amplificateur » négatif de l'état de santé, au sens épidémiologique, en augmentant la fréquence et la gravité des états pathologiques. (28)

2) Les conséquences des inégalités sociales d'accès aux soins en France

Selon l'INSEE, les personnes aux revenus les plus faibles se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population. Elles présentent effectivement plus de pathologies que le reste de la population notamment digestives et dentaires. Malgré tout, elles vont moins chez le médecin surtout chez les spécialistes. (29)

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 2009, l'équité d'accès aux soins serait une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. De plus, le renoncement aux soins aurait un effet causal sur la dégradation de l'état de santé ultérieur. Les difficultés d'accès aux soins contribueraient donc aux inégalités de santé. (30)

Le rapport du haut comité de santé publique de 2016, intitulé : « Crise économique, santé et inégalités sociales de santé », montre que la crise économique a pour conséquence d'aggraver les conditions de vie des personnes et des populations disposant le moins de ressources sociales, économiques, financières ou culturelles.

Selon ce rapport, les inégalités sociales de santé sont importantes. A l'âge de 35 ans l'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes.

De plus, en France, sur les données de mortalité nationales du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (branche de l'INSERM), de 2000 à 2010, une nette relation entre taux de chômage et taux de suicide a été observée chez les hommes entre 25 à 49 ans. Pour une augmentation de 10 % du taux de chômage, le taux de suicide a augmenté de 1,5 % (les deux sexes confondus).

Enfin, il est constaté que des revenus salariaux faibles sont associés à une incidence de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire plus forte et une moins bonne santé mentale.(27)

Par ailleurs, selon Médecin du Monde, fin 2015, 316 314 personnes étaient couvertes par l'AME et bien que les bénéficiaires soient plutôt jeunes, leur état de santé apparaît plus dégradé que celui des assurés sociaux du même âge. (31)

Enfin, d'après le Rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, du ministère des solidarités de la santé), datant de 2017, les bénéficiaires de la CMUc sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont plus élevées.(32)

Retard de recours aux soins :

Dans leur observatoire Médecin du Monde dénonce les inégalités d'accès aux soins en France : ils rapportent que 46 % des patients consultant aux permanences médecin du monde, en France, en 2016, présentaient un retard de recours aux soins. D'après le témoignage des médecins des CASO de Médecins du Monde, parmi ces patients, 38 % nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente et 45,5 % des femmes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse.

Selon l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), en 2014, 25 % de la population métropolitaine vivant en ménage ordinaire déclarait avoir renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres soins ou examens) pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois.

Les auteurs du rapport indiquent que le taux de renoncement aux soins varie fortement en fonction du revenu des ménages. L'absence d'assurance maladie complémentaire étant le facteur principal du renoncement. Les personnes sans complémentaire santé déclarent effectivement plus souvent renoncer aux soins: 53% en 2014 contre 33 % pour les bénéficiaires de la CMUc et 23 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMUc.

Concernant l'accès à la prévention, Médecin du Monde rapporte que les taux de couverture vaccinale des personnes reçues dans les CASO sont faibles : moins d'une personne de plus de 15 ans sur deux est à jour pour le tétanos, la diphtérie, la polio et le BCG et moins d'une sur trois est à jour pour le ROR, la coqueluche et l'hépatite B. Pour les enfants de moins de 15 ans, la couverture vaccinale est un peu meilleure, même si elle reste insuffisante : huit enfants sur dix sont à jour pour le DTP, sept sur dix sont à jour pour le BCG, le ROR et la coqueluche et six sur dix pour l'hépatite B.

Parmi les femmes ayant entre 25 et 65 ans rencontrées dans les CASO, seules 29 % ont indiqué avoir déjà réalisé un frottis cervicovaginal au cours de leur vie, soit trois fois moins qu'en population générale française, et seulement 12 % des femmes en âge de procréer ont indiqué utiliser une contraception, soit cinq fois moins qu'en population générale.(31)

3) Une population particulière : les personnes sans domicile fixe

a) La population des Sans Domicile Fixe en France

On retrouve peu d'études épidémiologiques concernant la situation des personnes sans domicile fixe en France.

Un recensement local dans la ville de Paris à été mis en place en février 2018. Il s'agit de la « Nuit de la Solidarité » permettant de mieux connaître le nombre de sans-abris de la ville de Paris ainsi que leurs besoins. La « Nuit de la Solidarité » consiste à décompter, une nuit donnée et de façon la plus exhaustive possible, le nombre de personnes en « situation de rue » (c'est-à-dire n'ayant pas d'endroit ou dormir ou dormant dans un endroit impropre au sommeil). Il est proposé à chaque personne rencontrée, anonymement et sur la base du volontariat, de répondre à un questionnaire. Ainsi la première « Nuit de la Solidarité » réalisée la nuit du 15 au 16 février 2018 a permis de recenser 3035 personnes. De l'exploitation du questionnaire on retient l'âge des participants : 16 % avaient moins de 25 ans, 66% entre 25 et 54 ans et 18% plus de 55 ans ; 12% étaient des femmes ; 46% déclaraient avoir des problèmes de santé; 47% déclaraient avoir vu un médecin dans les six derniers mois ; enfin, seules 36 % bénéficiaient d'une couverture médicale ou avaient entamé les démarches dans ce sens. (33)

La seconde « nuit de la solidarité » a eu lieu la nuit du 7 au 8 février 2019 et a permis de recenser 3622 personnes sans-abris.

Le dernier recensement national par l'INSEE date de 2012. (34). Ce rapport précise que début 2012, dans les agglomérations de France métropolitaine, d'au moins 20 000 habitants, 81 000 des individus sans-domicile, adultes, sont utilisateurs de services d'hébergement ou de distribution de repas.

Selon les auteurs, 36 000 personnes (44 %) sont nées en France, 45 000 personnes (56 %) sont nées dans un pays étranger. De plus, près de 16 000 sans-domicile sont non francophones, soit plus d'un tiers des sans-domicile nés à l'étranger. Aux 81 000 sans-domicile adultes s'ajoutent 31 000 enfants: trois quart d'entre eux accompagnent des sans-domicile nés à l'étranger.

Ils constatent donc que le nombre de sans-domicile a augmenté de 44 % entre 2001 et 2012.

Description de la population : les personnes sans-domicile forment une population plutôt masculine et jeune. Dans l'ensemble, seulement 38 % des sans-domicile adultes sont des femmes. Ces dernières sont plus nombreuses parmi les sans-domicile francophones nées à l'étranger, mais restent néanmoins minoritaires (43 %).

Les sans-domicile, qu'ils soient nés en France ou à l'étranger et qu'ils soient francophones ou non, sont nettement plus jeunes que le reste de la population: globalement, plus d'un quart a entre 18 et 29 ans (contre 20 % des adultes en population générale) , un sur deux a entre 30 et 49 ans (contre 33 %), enfin, moins d'un quart a 50 ans ou plus (contre 47 %). Les seniors sont particulièrement peu nombreux parmi les sans-domicile nés à l'étranger non francophones (14 %).

Il a été observé dans cette étude que c'est dans l'agglomération parisienne que les conditions d'hébergement sont les moins favorables.

Concernant les revenus : selon les enquêteurs, les sans-domicile ont des ressources individuelles mensuelles très faibles : 80 % disposent de moins de 900 euros par mois, 30 % n'atteignent pas le seuil des 300 euros.

Rapport d'enquête réalisée par le collectif « les morts de la rue » publiée en octobre 2018

Le Collectif « Les Morts de la Rue » (CMDR) est une association créée en 2002. (35) Ses objectifs sont : « Faire savoir que vivre à la rue mène à une mort

prématurée, dénoncer les causes souvent violentes de ces morts, veiller à la dignité des funérailles, soutenir et accompagner les proches en deuil ».

Depuis 2012 cette association recense les décès des personnes sans domicile fixe et publie chaque année un rapport d'observatoire. Il s'agit d'une étude rétrospective.

Selon les auteurs du rapport : le nombre de personnes SDF est croissant en France ainsi que dans toute l'Europe. Ils rappellent que l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), avait dénombré un nombre de personnes SDF en France en 2012 de 141 500 personnes. Mais ils précisent qu'à ce nombre s'ajoutent d'autres personnes non incluses dans ce recensement, notamment les 15 à 20.000 personnes vivant dans des bidonvilles répertoriées en 2016 par la Délégation Interministérielle de l'Hébergement et de l'Accès au Logement (DIHAL) cela fait donc un total d'au moins 161 000 personnes SDF en France.

Observatoire du SAMU social de Paris : une population en évolution

On observe tout d'abord une augmentation du nombre de femmes seules sans domicile fixe ces dernières années. Par ailleurs, l'âge moyen des personnes isolées ayant fait une demande de logement d'urgence en 2016 était de 35,9 ans.

Concernant la couverture sociale : parmi les personnes isolées ayant fait une demande de logement d'urgence, en 2016, 34% des femmes et 39% des hommes n'avaient pas de couverture sociale déclarée ; 19% des femmes et 16% des hommes avaient l'AME. Concernant les ressources : 69% des femmes et 68% des hommes étaient sans ressources. (36)

D'autre part : Le nombre de familles sans domicile fixe a également augmenté. Les familles sans logement sont majoritairement monoparentales composées d'une femme seule avec enfant(s). (37)

b) Spécificité du recours aux soins des personnes sans domicile fixe

Une enquête de l'IRDES (36) a été réalisée en 2012 concernant la santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France. Celle-ci montre que les personnes sans domicile se jugent en plus mauvaise santé que l'ensemble de la population. De plus, selon cette enquête, parmi les personnes n'ayant pas consulté au cours des 12 derniers mois 20% déclarent tout de même avoir eu des problèmes de santé. (4)

En 2005, une enquête ethnographique de six mois menée dans un centre d'hébergement et d'aide aux personnes sans abri a permis d'observer des pathologies lourdes, parfois mortelles (ulcères surinfectés, gangrènes parfois parasitées, éléphantiasis, diabète, cancers...) qui n'ont jamais été soignées. La plupart des personnes sans domicile fixe n'ont donc, selon cette étude, que très peu recours à la médecine malgré l'existence de pathologies très lourdes. (39)

Par ailleurs, des auteurs se sont intéressés aux significations que revêt le soin pour une personne sans domicile. Selon eux, la perte du logement n'implique pas la perte définitive de la cohérence de ses actes de santé. Il y a une proportion importante de personnes sans domicile, atteintes d'une maladie chronique, qui prennent un traitement quotidien. La santé apparaît comme un capital à préserver pour poursuivre des projets d'insertion ou, comme un état à atteindre, premier tremplin pour « s'en sortir », en l'occurrence, retrouver du travail et un logement. La variété des expériences et des parcours laissent entrevoir une pluralité de rapports et de recours à la maladie et aux soins. (40)

Diverses études ont montré, d'autre part, que les personnes sans domicile fixe ont parfois un seuil très élevé de tolérance à la douleur et aux troubles physiques. Il a pu être observé que les personnes des catégories sociales défavorisées prêtent moins attention aux différents symptômes, sont moins informés sur les maladies et les circuits de soins et font preuve d'un plus grand scepticisme envers la médecine. (10)

Les renoncements concernent principalement les prothèses dentaires, les soins dentaires, l'optique. Dans une moindre mesure, les soins de spécialistes ou de généralistes. (41)

Le renoncement à une consultation chez le médecin (généraliste ou spécialiste) était de 3,4% de la population en 2008. (42)

c) Morbidité et Mortalité dans la population des SDF

Il n'existe pas de pathologie spécifique aux personnes sans domicile mais des taux d'incidence et de prévalence de certaines pathologies plus élevées.

Les pathologies les plus fréquentes chez les personnes sans domicile fixe retrouvées dans la littérature sont (43):

- Psychiatriques
- Dermatologiques
- Traumatologiques
- Digestives
- Dentaires
- Infectieuses
- Rhumatismales
- Vasculaire (hypertension artérielle)
- Endocrinologique (Diabète)

En 2017, 511 décès de personnes SDF ont été signalés au CMDR. Le nombre de signalements de personnes SDF est assez stable, oscillant autour des 500 par ans en France depuis 2014. Les causes de décès sont les accidents, les suicides, les homicides et la maladie. L'âge moyen des décès des personnes SDF en France est de 50,6 ans. (35)

DEUXIEME PARTIE :

**L'accès aux soins des personnes sans
domicile fixe à Nantes en 2018 :**

Étude qualitative

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Objectif principal :

- Déterminer les freins et les facteurs facilitant l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe.

Objectifs secondaires :

- Description de l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe.
- Proposer des pistes de réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients sans domicile fixe.

METHODOLOGIE

1) Type d'enquête

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs. Dans le cadre de cette thèse une étude de type qualitative a donc semblé la plus adaptée afin de répondre à la question de recherche.

2) Population de l'étude

Il s'agit de personnes sans domicile fixe recrutées par le biais de trois associations nantaises, non médicales, d'accueil de jour: « un brin de Causette » qui propose distribution de petit déjeuner, « à l'écoute de la rue » qui distribue des boissons chaudes, un accueil de jour pour femmes des « resto du cœur ».

Les lieux d'accueil dans lesquels des soins étaient dispensés ont été exclus afin de rester le plus neutre possible quant au parcours de soins des participants .

Le critère d'inclusion était d'être sans domicile fixe au moment de l'étude. Les personnes pouvaient être hébergées par des tiers provisoirement.

Les critères d'exclusion concernaient les personnes mineures, et les personnes ne parlant pas français.

Les Associations d'accueil :

" Un brin de Causette" est une association Nantaise indépendante.

Marion Cahour était médecin scolaire. Elle créa « un brin de causette » en 1970 un lieu d'accueil aux plus démunis ouvert chaque matin de la semaine de 7h à 11h. Chaque jour 100 à 150 personnes, selon les bénévoles, viennent y prendre un petit déjeuner. Les accueillants sont des bénévoles, ce ne sont pas des professionnels de santé. Cette association a pour seul objectif la restauration et le lien social.

"L'écoute de la rue" est un lieu d'accueil à Nantes pour venir en aide aux personnes en grande précarité ou vivant dans la rue. Il s'agit d'une fraternité catholique fondée en 1995 par le père Jean Tessier. L'association est ouverte cinq demi-journées par semaine. Le premier objectif de l'association est de recréer des liens sociaux avec les personnes sans domicile et de les accompagner dans des démarches de réinsertion.

Créé en 2010 à Nantes, "Les restos du cœur accueil de jour pour femmes" est un lieu d'accueil ouvert trois jours par semaine reçoit chaque semaine plusieurs dizaines de femmes en situation de précarité sociale. Branche des « restos du cœur » fondé par Coluche en 1985, cette association a pour objectif d'offrir un lieux de repos, de restauration et d'aide à la réinsertion.

3) Recueil des données

L'enquête a été réalisée sur une période de quatre mois (entre février et mai 2018). Des entretiens semi-directifs ont été réalisés dans la population à l'étude par un seul enquêteur à partir d'un guide d'entretien (Annexe n° 1). Les personnes ont été interrogées sur la base du volontariat.

Le guide était réalisé autour de six thèmes :

- Questions générales permettant de définir le descriptif de la population,
- Investissement dans la santé,
- Représentation de l'état de santé,
- Rôle du médecin traitant,
- Expériences passées concernant l'accès aux soins,
- Perspectives pour l'avenir.

Ces thèmes permettant ainsi de rechercher les facteurs favorisant et les freins à l'accès aux soins afin de répondre à la question principale de la recherche.

Pour chaque thème il y avait une question d'ouverture pour lancer la discussion puis des questions, plus précises, pouvaient être posées si nécessaire. L'ordre des questions était adapté en fonction du déroulement des entretiens.

Le guide d'entretien a été testé sur un entretien non inclus dans l'étude permettant de vérifier la bonne compréhension des questions.

Les entretiens étaient enregistrés sur un support audio. Ils ont été réalisés jusqu'à saturation des données (lorsque les données recueillies et leur analyse n'apportent plus d'éléments nouveaux). Les participants étaient informés de l'enregistrement audio de l'entretien ainsi que de leur anonymat. Les consentements écrits des participants ont été recueillis.

4) Déroulement de l'enquête

L'investigateur a présenté son projet au bénévole accueillant de l'association « un brin de Causette » qui a lui-même demandé à l'assistance si des personnes souhaitaient participer à l'étude. Plusieurs personnes désiraient participer. L'enquêteur a refusé les personnes n'étant pas sans domicile fixe et une personne ne parlant pas Français. Trois entretiens ont été réalisés.

L'investigateur est retourné à l'association une seconde fois afin de réaliser deux autres entretiens. A cette association il y avait très peu de femmes, seule une était sans domicile fixe et a refusé de participer sans donner la raison de son refus.

Afin de recruter un public plus varié l'investigateur s'est rendu dans une autre association : « L'écoute de la rue » également non médicalisée et située au centre de Nantes.

Après s'être présenté aux bénévoles l'investigateur a entamé la conversation avec les accueillis présents et leur a proposé de participer à l'étude. Deux entretiens ont ainsi été réalisés. Là encore les rares femmes présentes n'était pas sans domicile fixe. L'investigateur a donc décidé de cibler une association d'accueil de femmes uniquement afin de diversifier la population de l'étude.

Après avoir rencontré les bénévoles de l'accueil de jour pour femme, une date a été fixée pour la réalisation des entretiens. Avant cette date les bénévoles ont exposé le projet aux accueillies.

Huit femmes volontaires ont été interrogées par le biais de cette association en deux sessions d'entretiens

5) Retranscription et analyses

a) Retranscription

A partir des enregistrements audio, les entretiens ont été retranscrits en verbatims. L'investigateur est identifié par la lettre « I » et la personne interrogée par la lettre « E » suivie du numéro correspondant à l'entretien.

Écriture des résultats :

L'écriture est narrative et explicative. Chaque thème est accompagné d'extraits des entretiens (verbatim).

b) Analyse des données

Les entretiens ont été analysés par l'enquêteur à partir de l'analyse thématique.

Le chercheur procède à quelques lectures du corpus et mène un travail systématique de synthèse des propos. La thématisation constitue l'opération centrale de la méthode. Il s'agit de transposer un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce en rapport avec la problématique de la recherche. L'analyse thématique consiste ainsi à procéder systématiquement au repérage, au regroupement des thèmes abordés dans un corpus qui peut être par exemple un verbatim d'entretien. L'analyse thématique a une fonction de repérage et de documentation.

Analyse en thématisation séquencée :

Dans un premier temps un échantillon du corpus est analysé dans le but de constituer une fiche thématique. Celle-ci va prendre la forme d'une liste de thèmes. Lorsqu'elle a été constituée à la satisfaction du chercheur, cette fiche est ensuite appliquée à l'ensemble du corpus, en prévoyant que des thèmes soient ajoutés en cours d'analyse. Cette démarche permet une analyse efficace et uniforme du corpus. (44)

RESULTATS

1) Description de la population étudiée

Quinze entretiens ont été inclus dans l'analyse. Le quinzième ayant permis de confirmer la saturation des données.

a) Caractéristiques socio-démographiques

Huit participantes étaient des femmes et sept étaient des hommes.

Les âges des participants étaient compris entre 25 ans et 54 ans.

La moyenne d'âge était de 38,8 ans.

La médiane était de 40 ans.

Nationalité :

Trois participants étaient de nationalité française et un participant de nationalité franco-portugaise. La majorité des participants était des migrants : trois personnes d'origine algérienne, deux personnes camerounaises, deux personnes ivoiriennes. Les autres pays d'origine étaient : Comores, Madagascar, Mauritanie, Congo.

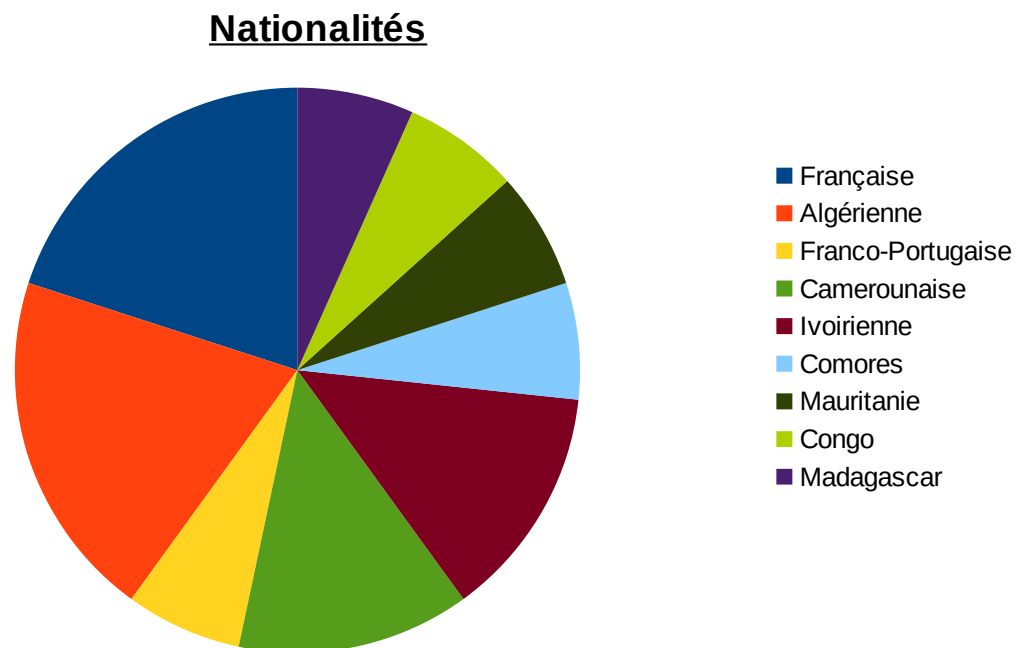


Figure 1 : Répartition des nationalités de la population de SDF à l'étude

b) Durée de vie sans domicile fixe :

Les durées de vie sans domicile fixe allaient de deux mois et demi à six ans. La durée moyenne était de 22 mois. La médiane était de 7,5 mois. Les entretiens n'ont pas permis de connaître cette durée pour l'un des participants.

c) Histoire de vie :

La plupart des participants (neuf) étaient des migrants sans domicile fixe depuis leur arrivée en France.

Une personne s'est retrouvée sans domicile dans un contexte de violences conjugales :

Entretien 3

E3 : « Quand je suis arrivée j'étais mariée avec un Français, j'ai subi des violences conjugales, j'ai porté plainte et j'ai quitté la maison »

Deux personnes étaient dans un contexte de toxicomanie.

Deux personnes avaient des antécédents d'incarcération.

Une personne dit avoir été expulsée de son appartement sans apporter d'autre explication.

d) Revenus :

Une seule personne avait un emploi fixe : employée en tant que technicienne de surface pour une entreprise elle était donc salariée. Une personne disait réaliser un « travail non déclaré » par moment cette personne était par ailleurs bénéficiaire du RSA. Quatre personnes au total étaient bénéficiaires du RSA. Trois personnes bénéficiaient de l'ADA

Cinq personnes ont déclaré n'avoir aucun revenu. Les entretiens n'ont pas permis de répondre à cette question pour deux personnes : l'un des entretiens ayant été interrompu par une rixe dans l'association, l'autre personne ne connaissant pas ses revenus.

e) Couverture maladie :

Trois personnes disaient bénéficier de l'AME.

Huit personnes étaient au régime général de la sécurité sociale.

Deux personnes n'avaient aucune couverture.

Une personne n'a pas su répondre à la question.

La question n'a pas pu être posée lors d'un entretien, celui-ci ayant été interrompu à la fin par une altercation dans le local de l'association.

Deux personnes se déclarèrent par ailleurs en ALD (affection longue durée) : l'un pour affection psychiatrique, l'autre personne n'ayant pas voulu donner la cause de son ALD évoquant une « maladie du sang ».

Durée de vie sans domicile fixe	Age	sexe	nationalité	revenus	Numéro d'entretien
2,5 mois	44	homme	française	RSA	6
2,5 mois	30	femme	congolaise	néant	12
6 mois	30	femme	camerounaise	néant	3
6 mois	31	femme	ivoirienne	ADA	9
6 mois	33	homme	algérienne	néant	14
7 mois	25	femme	camerounaise	ADA	4
7 mois	49	femme	malgache	RSA	10
8 mois	47	femme	algérienne	néant	8
11 mois	40	homme	ivoirienne	néant	2
1 ans	30	homme	Comores	ADA	1
4 ans	50	femme	Mauritanie	Non connu	11
4 ans	54	femme	algérienne	néant	13
6 ans	32	homme	franco-portugaise	RSA	7
6 ans	40	homme	française	RSA	5
Non connu	47	homme	française	Non connu	15

Tableau 1 : Descriptif de la population

f) la santé de la population étudiée

perception de l'état de santé :

Sept participants se percevaient en bonne santé :

Entretien 5 :

I : « comment qualifiez-vous votre état de santé actuellement ? »

E5 : « heu... mon état de santé... est bien, bien, aucune maladie sanguine, aucun mal, alors si, j'ai mal au genou, je vais avoir une attelle mais ça c'est rien, c'est la vie ça... je suis tombé c'est la vie... »

Entretien 14 :

E14 : « pour l'instant normalement ça va, ça va... je suis pas malade »

Sept participants se percevaient en mauvaise santé :

Entretien 6 :

I : « comment qualifiez vous votre état de santé actuellement ? »

E6 : « heu... puff... moyen... moyen... c'est-à-dire que j'ai eu une hépatite C en 2007 qui s'est déclarée, j'étais sous interféron pendant un an, apparemment elle est éradiquée mais, heu... depuis que je suis à la rue, depuis 2 mois je sens mon physique de jour en jour se fatiguer en fait... manque de sommeil... Heu... le froid, le manque de nourriture heu... tout ça quoi... voilà donc moyen ouai moyen ouai... »

I : « Quels sont vos besoins en particulier ? »

E6 : « heu... alors, heu... pour tout ce qui est traitements addicto je suis en ALD donc je suis suivi, je suis couvert, mais j'ai pas de mutuelle par contre, j'ai des problèmes dentaires suite à tous les produits que j'ai pu prendre et heu... il paraît qu'il y a une école dentaire où on peu heu... donc c'est surtout ma bouche en fait quoi... ma bouche et puis les poumons, j'aimerais bien faire une radio des poumons des choses comme ça quoi... »

Entretien 11 :

E11 : « ma santé... je ne sais pas... je ne sais pas du tout.. j'ai mal partout, je ne sais pas si c'est la fatigue ou que je n'ai pas de maison...

[...] je prend somnifère pour dormir mais je ne dors pas, ça ça ne me convient pas et toute la nuit fatiguée, tout le temps... tout le temps j'ai fatiguée...

[...] Et j'ai de l'hypertension... »

Par ailleurs, cinq participants se déclarèrent satisfaits de leur suivi médical, deux participants déclarèrent ne pas être satisfaits de leur suivi médical.

Ressenti de l'influence de la condition de vie sur la santé

Quatre participants pensaient que leur condition de vie n'avaient pas ou peu d'influence sur leur santé.

Entretien 6 :

I : « Pensez-vous que votre condition de vie présente un risque pour votre santé ? »

E6 : « heu... dans les grandes lignes non [...] voilà, donc ce qui me fait peur c'est heu c'est surtout le manque d'aliment, heu, pas savoir comment heu arriver à subvenir à mes besoins...et heu... mais sinon heu niveau santé moi je suis suivi tous les 14 jours, je vois mon médecin encore demain... »

Huit participants pensaient que leur condition de vie avait une influence sur leur santé. Cela concernait principalement le manque d'hygiène. Un participant a évoqué la peur des agressions. D'autres ont pu parler de conséquences sur le moral.

Entretien 4 :

I: « Est ce que vous pensez que votre condition de vie sociale actuelle présente un risque pour votre santé ? »

E4 : « Oui, du fait que je ne suis pas vraiment installée dans de bonne condition, le fait parfois d'être dans un squat, c'est pas toujours des endroits très propres, on rencontre plusieurs personnes qui viennent de divers origines, on ne sait pas

toujours de quoi... donc temps que je n'ai pas de stabilité je peux dire oui parce que j'ai un risque de chopper des virus ça et là... »

La question sur l'influence de la condition de vie sur la santé n'a pas été posée à une personne.

Deux personnes n'ont pas clairement répondu à la question :

Entretien 7 :

I : « Pensez-vous que votre condition de vie actuelle présente un risque pour votre santé ? »

E7 : « Ba oui et non quoi, oui et non, ça fait un bout de temps que je fais de la route quand même, voilà quoi, c'est pas une situation stable, des fois c'est un peu galère quoi, mais j'arrive à m'y faire quand même... »

Maladies chroniques :

Sept participants déclarèrent avoir au moins une maladie chronique :

Trois participants avaient du diabète. Deux participants avaient de l'hypertension artérielle. Les autres pathologies étaient : dyslipidémie, scoliose, cardiopathie, dysthyroïdie, dorsalgies, gonarthrose et BPCO associé à de l'emphysème.

A la question concernant les maladies chroniques un participant répondit avoir un suivi pour une surdité de naissance.

Six participants déclarèrent ne pas avoir de maladie chronique.

La question des maladies chroniques n'a pas été posée à une participante.

Tous les participants ayant une maladie chronique déclarèrent avoir un suivi.

Entretien 8 :

I: « Est ce que vous êtes suivie pour toutes les maladies que vous m'avez évoquées ? »

E8 : « oui »

I: « comment êtes-vous suivi ? »

E8 : « heu... par un traitement, mon médecin, il m'a orienté, chez le médecin du diabète, heu le médecin heu comment dire cardiologue oui, je fais des analyses »

Pathologies survenues depuis la situation sans domicile fixe

Les pathologies dont les participants avaient souffert depuis qu'ils étaient sans domicile fixe étaient :

- Des traumatismes pour trois d'entre eux:
- Des maladies psychiatriques : une personne avait consulté son médecin suite à une crise d'angoisse en lien avec sa situation sociale ; deux personnes déclarèrent prendre des traitements en lien avec pathologie psychiatrique (une personne disant prendre XANAX, SERESTA et ZYPREXA ; un participant disant prendre du SERESTA et NOZINAN) ; deux personnes avaient été hospitalisées en psychiatrie dont une suite à une tentative de suicide ; une participante disait avoir fait une dépression, une autre disait prendre un traitement pour des insomnies.
- Des pathologies infectieuses : une personne a eu la grippe, une personne à été hospitalisée pour un paludisme.

Deux personnes avaient des problèmes dentaires.

Une personne disait avoir une plaie qui s'est infectée à cause de son mode de vie.

Une participante déclara avoir des problèmes gynécologiques.

Une participante avait fait une fausse couche spontanée.

Un participant avait consulté pour un prurit.

Les renoncements aux soins

Huit participants déclarèrent avoir déjà renoncé à des soins pour des raisons financières, de situation irrégulière, de délais long pour obtenir des rendez-vous, des temps d'attente aux urgences...

Entretien 2 :

E2 : « ha oui oui des fois j'ai envie mais comme j'ai pas du tout de moyen pour payer ni papier, on va patienter pour quand ça va arriver, on va voir quoi... »

Entretien 5 :

E5 : « je voulais pas aller aux urgences où ça prend des heures »

Les situations de renoncement :

- Deux participants ont renoncé à aller aux urgences suite à un traumatisme.
- Deux participants avaient renoncé à des soins dentaires.
- Une participante disait avoir renoncé à voir un kinésithérapeute.
- Une personne n'a pas pu voir de médecin dans un contexte de « vertiges » et céphalées.
- Une femme a renoncé à faire une mammographie.
- Une personne a renoncé à voir un psychiatre.
- Une participante n'a pas pu faire des infiltrations du genoux qui lui avaient été prescrites.
- Un homme a renoncé à consulter dans le cadre d'une grippe.

2) Les freins à l'accès aux soins

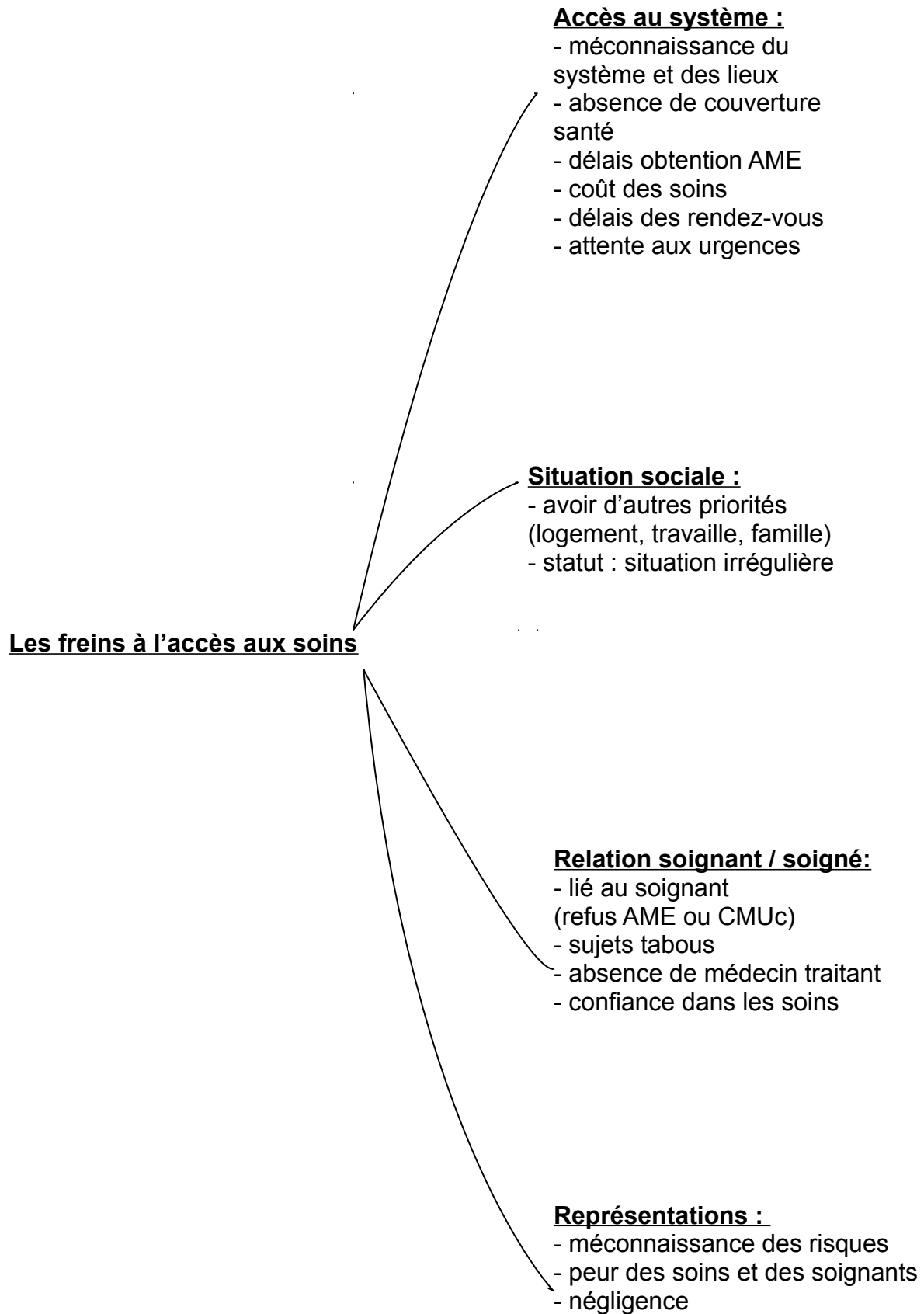


Schéma 1 : Les freins à l'accès aux soins

a) Accès aux systèmes de santé

Méconnaissance du système de santé

Plusieurs personnes, notamment les personnes migrantes, sont freinées par leur méconnaissance du système de santé en France.

Entretien 4 :

E4 : « [...] et aussi le cadre d'une urgence, je ne sais pas comment traiter le cas de l'urgence, est ce qu'il faut directement appeler les urgences ou est ce qu'il faut toujours passer par son médecin traitant ? En fait ce sont des petits trucs que je n'ai pas encore réussi à comprendre... »

A son arrivée en France une personne était en difficulté face au système administratif français de plus elle estime avoir été mal orientée.

Entretien 13 :

I: « est ce que vous avez déjà rencontré des difficultés à voir un médecin ? »

E13 : « en arrivant ici oui »

I: « oui... »

E13 : « oui, d'ailleurs pour aller à la PASS c'était difficile, oui à la PASS c'était difficile... quand j'ai demandé l'asile je ne connaissais rien... alors on m'a poussé à demander l'asile, notre pays n'est pas en guerre pour demander l'asile, mais je connaissais pas... je ne connaissais pas les démarches et tout... c'est pas que je ne sais pas parler français ou quoi... on ne m'a pas orientée vers la bonne... »

I: « en fait c'est un manque d'orientation qui fait que vous aviez des difficultés à voir un médecin... »

E13 : « voilà exactement ! »

Méconnaissance des lieux et structures

Un des participants avait renoncé à des soins car il n'avait pas les moyens de payer et n'avait aucune couverture sociale par ailleurs il ne connaissait pas les structures d'accueil telle que la PASS ce qui avait ajouté un frein à son accès aux soins.

Une femme n'avait pas réalisé une échographie thyroïdienne prescrite par son médecin dans un contexte de goitre car elle ne savait pas où aller pour réaliser cette échographie.

Entretien10 :

E10 : « on m'avait adressé, mon médecin m'avait adressé à heu comment dire à un cabinet, un cabinet pour faire l'échographie, et je ne savais pas où il était ce cabinet en question donc du coup j'ai renoncé »

Absence de couverture santé :

Un participant disait avoir renoncé à des soins car, étant récemment arrivé en France, il n'avait aucune couverture santé.

Un des participants craignait de ne pas pouvoir bien se soigner en cas de maladie car il n'avait plus de mutuelle suite à la perte de son emploi.

Entretien 6 :

I : « Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer votre accès à la santé ? »

E6 : « Heu... Bah ça serait de heu, déjà de, ça serait passer par le travail pour avoir une, parce que j'ai perdu ma mutuelle, j'ai plus de mutuelle en fait donc tout ce qui concerne heu, la dépression, heu le traitement de substitution et cetera, heu c'est en ALD donc c'est pris en charge par contre tout le reste c'est... j'ai plus de mutuelle quoi donc s'il m'arrive quelque chose demain heu... qui sort des clous de l'addicto ou des choses comme ça, comme je sais pas, n'importe quoi, un problème heu... quelconque... qui demande une hospitalisation j'aurais pas de mutuelle quoi donc heu c'est ça qui me fait un peu peur quoi, j'ai 44 ans et heu... je sens que mon physique il commence à être un peu fatigué quoi... »

Selon une participante il est difficile d'avoir un médecin traitant si l'on a pas la carte CMU :

Entretien 9 :

I: « Est ce que vous avez déjà rencontré des difficultés pour voir un médecin ? »

E9 : « Des difficultés ? Oui des difficultés parce que ici tu n'as pas de carte pour voir un médecin traitant c'est très difficile il faut forcément la carte CMU »

Cette femme témoigne qu'elle s'est sentie en difficulté dans la continuité des soins suite à une fausse couche qui avait eu lieu avant l'obtention de la CMUc :

E9 : « Parce que j'ai pas de médecin traitant, j'ai pas ma carte CMU rien donc c'est resté comme ça, livrée à moi même sans qu'il n'y ait rien... »

Délais d'obtention de l'AME

Le délai d'obtention de l'AME est de plusieurs mois ce qui freine l'accès aux soins des migrants récemment arrivés en France qui attendent le plus souvent d'avoir leur AME afin de pouvoir consulter.

Entretien 8 :

[...]: « Donc vous avez eu l'AME, ça met quelques mois ? »

E8 : « après 4 mois, 5 mois... »

Une des femmes interrogée avait renoncé aux soins dans l'attente de son AME.

Entretien 13 :

E13 : « heu j'ai des problèmes de genoux, d'ailleurs mon médecin traitant m'a demandé de reprendre rendez-vous parce que j'ai commencé à faire des infiltrations malgré qu'il était cher le traitement et tout... c'est moi qui l'ai acheté... alors j'ai été heu... avant le 8 novembre j'ai fait une séance et puis pour les deux autres séances

*ma carte AME a expiré, ils ont mis 6 mois pour la... j'ai souffert pendant 6 mois... beaucoup... moi, mes enfants... mon mari aussi...
[...] par exemple pour le psychiatre, j'avais pas l'AME, donc je ne suis pas allée... »*

Coût des soins

Un participant a renoncé à des soins car il n'avait pas le moyen de payer :

Entretien 2 :

I : « Est-ce que vous avez déjà renoncé à consulter un médecin ? »

E2 : « ha oui oui des fois j'ai envie mais comme j'ai pas du tout de moyen pour payer ni papier, on va patienter pour quand ça va arriver, on va voir quoi... »

Deux personnes ont renoncé aux soins dentaires du fait de leurs coûts.

Entretien 15 :

E15 : « vous voyez mes dents il faut toutes les faire refaire (montre sa dentition reste 2 dents en haut) mais je peux pas, pas de sous. »

Entretien 10 :

I : « est ce que vous avez déjà renoncé à des soins ? »

E10 : « oui ça oui par contre »

I : « pourquoi ? »

E10 : « heu c'est par rapport au coût que je suppose c'est par rapport à ma dentition je perds pleins de dents en ce moment et je devrais aller chez le dentiste d'urgence, et j'avais fait la démarche il y a quelques temps, avant d'être SDF, et il voulait m'arracher 7-8 dents [...] et là je me dis que si je devais aller chez le dentiste et faire le nécessaire j'en aurais pour très très cher et j'ai pas les moyens de le faire... »

Délais des rendez-vous/ Attente aux urgences

Un des freins à l'accès aux soins que l'on retrouve au cours de l'enquête est le long délai pour avoir un rendez-vous qui fait parfois renoncer à consulter.

Entretien 4 :

E4 : « [...] le seul souci que je peux rencontrer c'est du fait parfois de pouvoir avoir un rendez-vous, parfois pour avoir un rendez-vous c'est assez long... et il faut attendre deux semaines... »

Entretien 8 :

I: « est ce que vous avez déjà rencontré des difficultés à voir un médecin ? »

E8 : « avant, avant oui, avant je passais par la PASS et j'attends un rendez vous, les rendez-vous sont loin... mais maintenant non, après que j'ai aide médicale c'est facile maintenant »

I: « donc maintenant vous avez l'aide médicale... »

E8 : « de l'état »

I: « l'aide médicale de l'état »

E8 : « oui »

I: « donc maintenant c'est plus facile ? »

E8 : « c'est plus facile oui et les rendez-vous sont pas loin, maximum une semaine, mais la PASS d'un mois à plus... »

Le délai d'attente aux urgences est également déclaré par plusieurs participants comme étant un frein à consulter :

Entretien 14 :

I : « Pouvez-vous décrire comment c'est passé la dernière fois que vous avez souhaité voir un médecin ou que vous êtes allé à l'hôpital ? »

E14: « pour moi ça c'est mal passé, il y avait beaucoup de monde, j'avais la grippe, mais il y avait beaucoup de monde, j'essayais de passer mais il y avait beaucoup de monde et du coup à la fin, ça faisait deux heures, j'ai annulé »

I : « c'était où ? »

E14 : « au CHU de Nantes »

I : « aux urgences ? »

E14 : « aux urgences »

Entretien 5 :

I : « est ce que vous avez déjà renoncé à consulter un médecin ou aller à l'hôpital ? »

E5 : « oui, aller à l'hôpital ouai »

I : « pourquoi ? »

E5 : « parce qu'on est pas soigné comme un médecin, j'ai attendu jusqu'au lendemain, j'avais deux côtes cassées, cassées ! Deux côtes cassées j'ai attendu le lendemain pour prendre la radio, [...] je voulais pas aller aux urgences où ça prend des heures pour dire j'ai des côtes cassées, je sais ! [...] »

I : « donc c'est surtout pour aller à l'hôpital que c'est plus compliqué pour vous ? »

E5 : « ouai ouai, non je vais rarement à l'hôpital, je vais très rarement à l'hôpital »

I : « parce que c'est long ? »

E5 : « bien sûr c'est long... »

b) Situation Sociale

Autres priorités

Les participants ont souvent évoqué avoir des besoins prioritaires qu'ils font passer avant leur santé.

Logement

Trois participants ont pu dire que pour eux trouver un logement est plus important que leur santé.

Entretien 7 :

I : [...] « vous avez peut-être d'autre priorité, en fait, que d'avoir un médecin traitant ? »

E7 : « oui déjà avoir mon petit chez moi quoi »

I : « oui »

E7 : « par la suite avoir un petit job et tout voilà quoi... pour la santé moi je prends soins de moi... »

Entretien 11 :

E11 : « Le logement c'est mon premier problème »

Une femme ne réalisait pas ses mammographies de dépistage. Elle n'a pu la réaliser que quand elle a été hébergée.

Entretien 13 :

E13 : « [...] par exemple pour le dépistage pour la mammographie, ça fait deux ans qu'on m'envoie des courriers et comme je suis un peu partout je suis perturbée, je l'ai jamais fait. Cette fois ci comme je suis hébergée par une personne voilà je l'ai fait aujourd'hui, j'ai reçu ça fait une semaine »

Travail

Parmi les participants une seule personne travaillait de manière régulière mais de ce fait elle disait ne pas avoir le temps de réaliser les séances de kinésithérapies prescrites par son médecin pour des lombalgies, son travail étant prioritaire sur sa santé.

E11 : « [...] il faut kiné elle me fait ordonnance pour faire la kiné, même pour le dos... je voulais partir mais je n'ai pas le temps parce que tant que je travaille trois fois par jour je n'ai pas le temps... »

Famille

Enfin, une participante faisait passer ses enfants en priorité :

Entretien 13 :

E13 : « [...] je préfère faire passer ma fille en premier... mes enfants... et puis moi je passe en dernier c'est ça oui c'est ça... »

Statut : situation irrégulière

Un migrant récemment arrivé en France avait renoncé aux soins car il n'avait pas de papiers. Pour une participante avoir ses papiers en règles était également prioritaire sur la santé.

c) Relation Soignant/ Soigné

Le soignant

Il arrive que le médecin refuse l'AME comme en témoigne un participant.

Entretien 3 :

I : « [...] ça pourrait être lui votre médecin traitant [...] »

E3 : « je sais pas moi j'aurais bien voulu mais il m'a dit non car moi j'utilise une carte d'AME »

I : « et il n'était pas d'accord ? »

E3 : « non lui il ne prend pas l'AME »

Un participant a pu dire que selon lui avoir la CMU peut être un frein à l'accès aux soins car cela n'est pas très apprécié par certains médecins, tout en admettant que avoir la CMU lui facilite tout de même son accès aux soins.

Entretien 5 :

I : « comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer votre accès à la santé ? »

E5 : « améliorer l'accès à la santé... déjà en donnant une carte vitale. Parce que j'ai que mes attestations de CMUc et heu les médecins ils apprécient pas trop quoi... que ce soit médecin ou pharmacie ils apprécient pas trop... pharmacie ils s'en foutent mais médecins il faut remplir des feuilles de remboursement et tout... »

Les sujets tabous

Par ailleurs, il arrive que des personnes ne parviennent pas à aborder certains sujets avec le médecin.

Particulièrement lorsqu'il s'agit de gynécologie ou de sexualité.

Entretien 4 :

I : « est ce qu'il y a des sujets que vous n'osez pas aborder en consultation ? »

E4 : « heu... oui par exemple par rapport à... j'aimerais bien faire un test gynécologique approfondi... heu... déjà on entend parler qu'il y aurait beaucoup de cancer de l'utérus qui existe de nos jours... comme je viens de prendre contact avec mon médecin je n'ai pas encore eu le temps de discuter de ça avec elle... je ne sais pas comment... quelle est l'approche... quelles sont vraiment les démarches... j'aimerais vraiment qu'on regarde tous, les trompes... parce que je me dis j'ai 25 ans cette année, je suis peut-être appelée à... je suis une femme et j'aimerais savoir si tout fonctionne... donc par rapport à ça je n'ai pas encore eu le courage d'aborder cela avec mon médecin... »

Entretien 13 :

I : « est ce qu'il y a des sujets que vous n'arrivez pas à aborder en consultation avec votre médecin ? »

E13 : « [...]avec mon mari on n'est pas en relation sexuelle, il m'a dit de lui demander, j'ai dit non « c'est à toi de demander ça »

I : « Ça c'est quelque chose dont vous n'osez pas trop parler avec votre médecin... »

E13 : « non j'aime pas trop, je respecte... enfin je ne peux pas... je lui ai dit « tu peux demander toi »... et moi j'ai pas la tête à ça... »

L'absence de médecin traitant :

Six personnes déclarèrent ne pas avoir de médecin traitant.

Pour l'une d'entre elles, cette situation était en lien avec une méconnaissance du système de soin :

Entretien 2 :

E2 : « Je suis dans les démarches, j'en ai pas trouvé, peut-être après on va me donner un médecin traitant .»

Une personne disait ne pas avoir de médecin traitant à cause d'un refus de prendre en charge les personnes ayant l'AME :

Entretien 3 :

E3 : « Je sais pas moi j'aurais bien voulu mais il m'a dit non car moi j'utilise une carte d'AME [...] Lui il ne prend pas l'AME. »

Une personne disait ne pas avoir de médecin traitant car elle n'avait pas encore reçu de carte CMUc :

Entretien 9 :

E9 : « «Non j'ai pas de médecin traitant »

I : « Pourquoi ? »

E9 : « Heu, j'ai pas reçu ma carte CMU[...] »

Une personne disait ne pas réussir à prendre de rendez-vous.

Un homme disait ne pas avoir de médecin traitant car n'en avait pas trouvé selon lui, il s'attendait à ce qu'on lui en attribue un (méconnaissance du système).

Entretien 2 :

I : « Actuellement est ce que vous avez un médecin traitant ? »

E2 : « Non »

I : « Pourquoi ? »

E2 : « Je suis dans les démarches, j'en ai pas trouvé, peut-être après on va me donner un médecin traitant... »

Enfin deux personnes n'avaient pas de médecin traitant du fait d'un contexte de nomadisme.

Entretien7

E7 : « Bah là ça fait un moment que j'en ai pas eu [de médecin traitant] parce que voilà quoi, je suis arrivé sur Nantes, il faut que je fasse tout ça ici quoi [...] »

I : « Donc, pour l'instant du fait que vous soyez venu à Nantes vous n'avez plus vraiment de médecin traitant ? »

E7 : « Bah pas vraiment, comme moi je sors de prison y a pas longtemps donc heu ; y a même pas 5 mois quoi »

I : « d'accord. »

E7 : « donc voilà quoi, je suis sur Nantes pour me reconstruire... »

Entretien 14 :

I : « Est -ce que vous avez un médecin traitant ? »

E14 : « Pour l'instant non. »

I : « Pourquoi ? »

E14 : « Parce que j'étais pas stable, j'étais à Londres, à Paris, là je bouge pas mais malgré tout j'en ai pas car je ne suis pas malade... »

La confiance dans les soins :

Un participant a dit avoir perdu confiance dans le système de soin.

Entretien 5 :

I : « est ce qu'il y a d'autres raisons pour lesquels vous n'allez pas à l'hôpital ? »

E5 : « ba on est mal soigné »

I : « qu'est ce qui vous fait dire ça ? »

E5 : « Bah regardez, regardez mon doigt » L'investigateur constate une déformation au niveau de l'index mais la personne interrogée n'a pas souhaité en dire plus.

d) Représentations

Méconnaissance des risques

Une personne pensait pouvoir se soigner lui-même car avait selon lui les connaissances suffisantes.

Entretien 7 :

E7 : « [...] si j'arrive à me soigner tout seul en me désinfectant... pour moi j'ai étudié un petit peu... j'arrive à me cicatriser certaines plaies tout ça... »

Peurs des soins et des soignants

Une personne, ayant par ailleurs des antécédents d'incarcération, a évoqué des difficultés lors d'hospitalisations disant « se sentir enfermé ».

Entretien 7

E7 : « à l'hôpital c'est difficile... j'évite l'hôpital... ça été difficile car je n'aime pas être enfermé... ça été le boxon... ils me disaient c'est pour mon bien mais voilà quoi... »

D'autre part une femme avait renoncé à des soins dentaires à cause d'une part du fait du coût de ceux ci. Et d'autre part de sa peur du dentiste :

Entretien 10 :

E10 : « et aussi c'est par crainte aussi... le dentiste c'est pas... c'est pas mon médecin préféré... »

Enfin, un autre participant disait ne pas supporter d'être hospitalisé et disait partir à chaque fois contre avis médical :

Entretien 15 :

E15 : « [...] mais j'aime pas les perfusions les truc comme ça... et en plus à chaque fois je pars... »

Négligence

Une participante devait faire une échographie depuis quatre ans pour explorer un goitre thyroïdien mais ne l'avait jamais fait par procrastination plutôt qu'à cause de difficultés d'accès selon elle :

Entretien 10 :

E10 : « heu ba pour l'instant, mais ça c'est lié à moi, je dois absolument faire une échographie, c'est depuis des années que je dois en faire une d'ailleurs, par rapport, j'ai un, comment on appelle ça, un goitre, bon il est pas apparent parce que j'ai pris du poids (porte une écharpe), mais quand j'ai mon poids normale il est apparent en fait, il est apparu il y a 4 ans et ça doit faire depuis 4 ans que je dois faire une échographie et j'ai toujours pas fait l'échographie [...] c'est pour des raisons personnelles on peut dire... pas pour des raisons de difficulté à l'accès je veux dire... »

Entretien 15 :

I : « Comment prenez-vous soin de votre santé ? »

E15 : « moi je fume, je bois... [...] »

I : « actuellement comment vous faites pour être en meilleur santé ? »

E15 : « je fais pas du tout, on meurt on meurt... »

3) Les facteurs favorisant l'accès aux soins

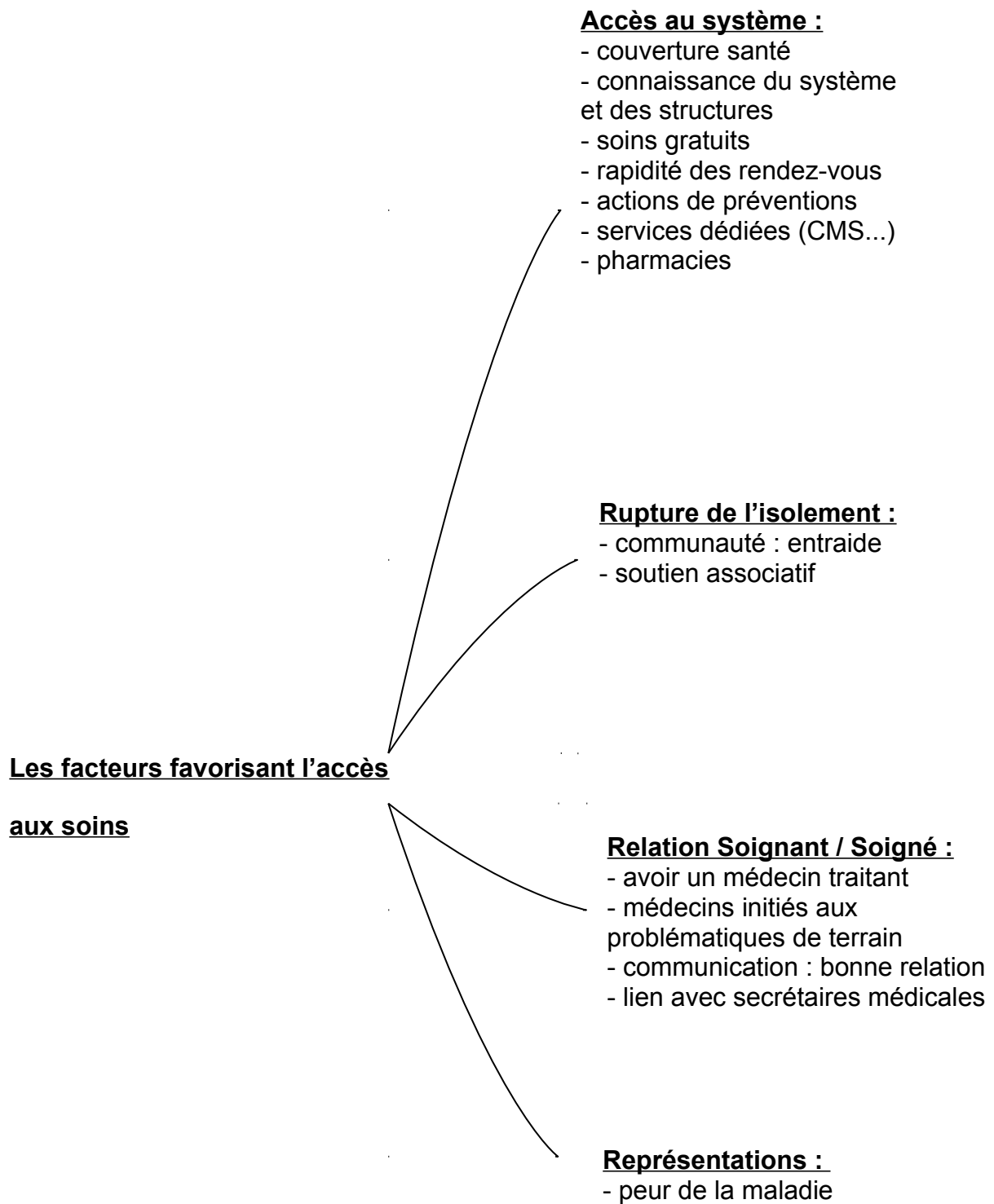


Schéma 2 : Les facteurs favorisant l'accès aux soins

a) Accès au système de santé

Avoir une couverture santé :

Il a été vu précédemment que l'absence d'assurance maladie était un frein à l'accès aux soins ; sa présence est indéniablement un facteur le facilitant.

A la question « selon vous qu'est ce qui facilite votre accès aux soins ? » plusieurs participants ont répondu avoir la CMU, l'AME et le fait d'être en ALD.

Entretien14 :

I : « est ce que vous avez des besoins en particulier en santé ? »

E4 : « heu non, avec la CMUc on arrive toujours à avoir une solution »

Entretien 5 :

I : « qu'est ce qui facilite votre accès aux soins ? »

E5 : « ma CMU »

Entretien 6 :

E6 : « [...] tout ce qui concerne heu... la dépression, heu... le traitement de substitution et cetera, heu c'est en ALD donc c'est pris en charge [...] »

Entretien 8 :

E8 : « [...] après que j'ai aide médicale c'est facile maintenant »

A la question « Comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer votre accès à la santé ? » l'un des participants a évoqué le souhait d'avoir une mutuelle par l'intermédiaire de l'accès à l'emploi.

Le fait d'avoir une carte vitale afin de faciliter l'accès aux soins a également été évoqué.

Connaissance du système de santé et des structures

Les personnes qui connaissent le système de santé et les structures, comme la PASS entre autre, ont moins de difficultés pour accéder aux soins.

Entretien 9 :

E9 : « je pars à PASS, c'est PASS qui me suit car les gens qui demandent l'asile c'est à PASS »

Gratuité des soins

Les soins gratuits peuvent être effectués à la PASS par exemple.

Entretien 3 :

I: « comment prenez vous soin de votre santé ? »

E3: « heu, déjà je vois le médecin à la PASS et après les médecins qui me suivent à l'hôtel Dieu. »

Entretien 4 :

E4 : « à la PASS, quand je suis arrivée j'allais à la PASS »

Les Centres Médicaux Sociaux proposent également des consultations gratuites.

Entretien 6 :

I : « [...] votre médecin traitant est dans quelle structure ? c'est dans un cabinet en ville ? »

E6 : « c'est un centre médico-social »

Rapidités d'obtention des rendez-vous

Nous avons vu précédemment que le long délai d'attente pour obtenir un rendez-vous était un frein à l'accès au soins, réciproquement la rapidité d'obtention d'un rendez-vous est un facteur facilitant l'accès à ceux-ci.

Entretien 3 :

I : « pouvez vous décrire comment s'est passé la dernière fois que vous avez souhaité voir un médecin ? [...] »

E3 : « heu, je suis allée à PASS présenter la carte qu'ils ont demandé, très bien passé, ils m'ont examiné. »

I : « vous avez eu un rendez-vous tout de suite ? »

E3 : « le jour même on a tout fait. Ils m'ont présenté à un autre médecin qui s'occupe de ma santé et j'ai été hospitalisée, pour le palus. »

Entretien 4 :

E4 : « alors, oui, j'ai déjà appelé pour prendre rendez-vous, et j'ai pu avoir le rendez-vous la même journée parce que j'avais fait une crise d'angoisse la nuit, donc ça s'est fait dans l'impératif, le médecin m'a reçu, et on a fait un examen complet, les poumons, le cœur... »

Entretien 5 :

I : « Êtes vous satisfait de votre suivi médical ? »

E5 : « oui oui »

I : « comment pensez-vous qu'on pourrait l'améliorer ? »

E5 : « je vois pas, je vois pas, parce que moi j'suis bien donc... je veux un rendez-vous je l'ai à midi... je téléphone ce matin je l'ai à midi donc ça peut pas être plus rapide... surtout quand ça va pas... »

Les consultations sans rendez-vous permettent également aux patients de consulter plus rapidement.

Entretien 11 :

I: « est ce que vous pouvez décrire comment s'est passé la dernière fois que vous avez souhaité voir un médecin ? »

E11 : « je voulais prendre rendez-vous et là j'ai eu rendez-vous... je l'appelle, je prends rendez-vous... ou de temps en temps, j'ai un besoin urgent, je ne l'appelle pas, je viens direct, elle me prend »

I: « sans rendez-vous ? »

E11 : « oui sans rendez-vous »

Actions de prévention

Huit participants déclarèrent avoir déjà réalisé des dépistages ;

L'un des participants l'avait fait avec la croix rouge, deux avaient été réalisés à la PASS. Cela concernait les maladies sexuellement transmissibles et la réalisation de radiographies pulmonaires.

Entretien 2 :

I : « Est ce que vous avez déjà fait des dépistages ?

E2 : « ha oui »

I: « c'est à dire »

E2 : « avec la croix rouge à paris »

Entretien 4 :

E4 : « oui à la PASS, un bilan complet... VIH... hépatites ... examen de sang... les poumons...»

Cas particulier d'un participant ayant réalisé des dépistages au cours de son incarcération.

Entretien 7 :

I : « Est-ce que vous avez déjà réalisé des dépistages ? »

E7 : « oui quand j'étais en prison oui »

Pharmacies

Un participant n'avait pas pu consulter un médecin mais avait pu se procurer un traitement à la pharmacie.

Entretien 2 :

I : « [...] est-ce qu'il y a des fois vous êtes senti malade mais vous n'avez pas pu voir un médecin ?[...] »

E2 : « si j'ai une grippe je vais à la pharmacie prendre un traitement et voilà. »

Un autre participant a évoqué sa relation avec son pharmacien facilitant son suivi en addictologie :

Entretien 6 :

E6 : « [...] c'est un travail vraiment entre moi, mon médecin et mon pharmacien que c'est toujours le même pharmacien, c'est un travail à trois vraiment, donc c'est un trio qui marche très bien ouai »

b) Rupture de l'isolement

Communauté : entraide

Exemple lors d'une discussion après des entretiens :

E2 : «qu'est-ce que vous pouvez faire pour m'aider ? »

I : « connaissez-vous la PASS ? »

E2 : « non »

E1 : « je connais, c'est à côté du CHU »

E2 : « c'est quoi ? »

I : « ce sont des consultations gratuites... »

E1 à E2 : « je te montrerai si tu veux... »

Autre exemple d'entraide :

Entretien 6 :

E6 : « [...] si non si je vois que c'est trop grave ba je me débrouille je fais en sorte qu'il y a un mec qui appelle les pompiers qui viennent... »

Soutien associatif

Selon un des participants avoir un conseiller pour le guider dans les démarches serait un facteur favorisant l'accès aux soins .

Entretien 2 :

I : « est ce qu'il y a des choses qui pourraient faciliter votre accès aux soins ? [...] »

E2 : « si il y avait des conseillers qui nous guident et puis voilà »

I : « que quelqu'un vous conseille ? »

E2 : « oui voilà. »

Les associations peuvent effectivement orienter vers les structures comme en témoigne une participante :

Entretien 14 :

E4 : « [...] une association m'a envoyé à la PASS »

Les bénévoles de l'association avaient également aidé cette dame pour la prise de rendez-vous médicaux.

c) Relation Soignant / Soigné

Liens avec les secrétaires médicales

Une femme a pu dire que selon elle un facteur facilitant l'accès aux soins est d'avoir une secrétaire médicale qui la rappelle pour confirmer le rendez-vous.

Entretien 3 :

I: « qu'est ce qui facilite votre accès aux soins ? [...] »

E3 : « heu, déjà avoir un médecin avec des secrétaires médicales qui appellent pour confirmer que l'on a rendez-vous, ils sont toujours là pour rappeler à chaque fois... »

Relations avec le médecin généraliste

Il est constaté au cours des différents entretiens qu'avoir un médecin traitant facilite l'accès aux soins et le suivi. De plus, on remarque qu'une bonne relation avec le médecin traitant facilite d'autant plus ce suivi.

Entretien 4 :

E4 : « [...] actuellement j'ai une CMU, j'ai pu avoir un médecin traitant donc quand j'ai des bobos je vais voir mon médecin traitant et voilà »

Entretien 6 :

I : « Comment prenez-vous soin de votre santé ? »

E6 : « heu... par le biais de mon médecin généraliste que je vois tous les 14 jours depuis 15 ans en fait »

Parmi les quinze participants neuf déclarèrent avoir un médecin traitant.

Les médecins traitants étaient consultés dans des cabinets libéraux, sauf pour l'un d'entre eux qui était dans un centre médico-social.

Trois personnes avaient connu leur médecin traitant avant d'être sans domicile fixe.

Les neuf participants avaient tous une bonne relation avec leur médecin traitant et lui faisaient confiance.

Entretien 1 :

I : « Est- ce que vous lui faites confiance ? »

E1 : « Si, je lui fais confiance. »

Entretien 4 :

E4 : « [...] La relation se passe très bien, je peux parler de tout avec mon médecin traitant, qui est toujours disponible pour moi, en fonction de son emploi du temps.»

Entretien 5 :

I : « Quelle est votre relation avec lui ? »

E5 : « Heu, bah, très bien, je le tutoie il me tutoie, bah je le connais depuis des années aussi, ça fait 15 ans que je le connais... si vous voulez c'est pas un faiseur d'ordonnance, il va pas me dire « bon qu'est-ce que tu veux ? » il va me dire « bon t'as mal là, je te prescris ça » il faut que j'aille chercher mon attelle là d'ailleurs... »

I : « Vous lui faites confiance ? »

E5 : « Oui tout à fait, ha oui oui à 100% à 200 % à 200% »

Entretien 6 :

I : « Quelle est votre relation avec lui ? »

E6 : « Excellente, excellente, excellente, c'est une grosse complicité, c'est un travail vraiment entre moi, mon médecin et mon pharmacien, que c'est toujours le même pharmacien, c'est un travail à trois vraiment, donc c'est un trio qui marche très bien ouai »

I : « Est- ce que vous lui faites confiance ? »

E6 : « Oui totalement, totalement »

Les personnes interrogées n'avait pas de difficulté à se confier à leur médecin, seule l'une d'entre elles n'osait pas aborder le sujet des relations sexuelles avec son médecin et une personne n'avait pas osé parler de problèmes gynécologiques.

Situation sociale et médecin traitant

Dans la majorité des cas (sept personnes sur les neuf ayant déclaré avoir un médecin traitant), les personnes déclarèrent que le médecin traitant était au courant de leur situation sociale.

Entretien 6 :

I : « Votre médecin est-il au courant de votre situation sociale ? »

E6 : « Oui tout à fait, il connaît tout, tout, tout sur toute ma vie ; tout depuis le début [...] Il est au courant de tout ouai grosse grosse complicité entre nous deux ouai »

Parmi les neuf participants ayant un médecin traitant, seulement deux personnes n'avaient pas parlé de leur situation sociale à leur médecin.

Une des personnes n'en avait pas encore parlé car ne l'avait vu seulement deux fois en consultation.

Entretien 4 :

I: « Est- il au courant de votre situation sociale ? »

E4 : « Heu ,non, parce que ça fait juste deux fois mais heu... par rapport aux démarches... tout ce qui est santé oui ,il est au courant mais par rapport à l'hébergement non, non, on n'en a pas vraiment parlé... »

Concernant l'autre personne, il ne souhaitait pas aborder ce sujet avec son médecin traitant.

Entretien 15 :

E15 : « Y a des trucs je dis pas, je sais pas, il sait pas [...] il faut en parler mais ça servirait pas, ça servirait à rien [...] c'est ma vie, lui il a sa vie... »

Parmi les sept participants dont le médecin était au courant de leur situation sociale, cinq pensaient que cela n'avait pas d'influence sur la consultation.

Pour deux participants la connaissance de leur situation sociale par le médecin traitant avait une bonne influence sur la prise en charge. Selon eux le médecin est ainsi plus vigilant et plus attentif à certains symptômes . Le médecin pouvait ainsi donner des conseils plus adaptés à la situation.

Entretien 5 :

E5 : « Heu oui, oui oui il voit quand je suis fatigué il dit « t'as mal dormi cette nuit ? » C'est vrai que dehors qu'on dort pas forcément bien[...] Je pense qu'il fait plus attention ouai... Il se dit il est à la rue si il a un petit... vous savez là [...] je m'étais pris un raille [...] alors alors vous savez quand t'es à la rue, alors moi je squattais dans un endroit et je mettais tout le temps au chaud mais le chaud ça macère, il m'a dit « Fais surtout pas ça » Il m'a dit « sous ton duvet mets tes pieds à l'air justement». »

Entretien 6 :

E6 : « Bah, ça influence dans le bon sens ouai plutôt dans le bon sens ouai, vraiment dans le bon sens dans le bon sens ouai ouai il me connaît mieux que certaines personnes de ma famille me connaissent .»

Cependant concernant ces sept participants, aucune aide sociale ne semblait leur avoir été proposée.

Selon une personne interrogée cela ne semblait pas être le rôle du médecin généraliste :

Entretien 5 :

E5 : « Non, non bah non, c'est pas son boulot lui il est médecin il est pas assistante sociale quoi vous voyez... »

d) Représentations

La peur de la maladie

Il a été vu précédemment que des personnes refusaient de consulter par peur. A l'inverse, une femme a évoqué la peur de la maladie comme facteur l'incitant à prendre soin de sa santé.

Entretien 13 :

E13 : « par peur oui, j'ai peur si il y a quelque chose qui va m'arriver, depuis que mon mari est tombé et que je suis allée aux urgences et que j'ai vu ces gens malades j'ai peur, je me dis qu'il faut que je fasse bien les examens »

DISCUSSION

1) Choix de la méthode

La recherche qualitative permet d'appréhender les problématiques liées aux soins de santé d'une manière particulière en se penchant par exemple plus spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants. Elles constituent souvent l'éclairage nécessaire à une compréhension complète d'une problématique dont certains aspects ne peuvent être appréhendés au moyen de techniques quantitatives (45)

Analyse thématique de Paillé et Muccielli 2008 (44)

Elle consiste à transposer d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche. Ainsi contrairement à l'analyse textuelle qui étudierait individuellement chaque entretien, il faut ici repérer et regrouper les thèmes du corpus, en traversant tous les entretiens (44)

C'est une approche de type subjectiviste qui vise à reformuler, à interpréter et à théoriser des phénomènes. Dans cette démarche, le traitement et l'interprétation des données se rattachent à deux logiques particulières: la thématization du corpus selon une logique classificatoire: c'est l'organisation des données impliquant une « segmentation » des entretiens et l'examen des thèmes et des catégories qui émergent selon une logique interprétative du corpus. L'objectif est de donner du sens aux informations recueillies.

L'objectif principal de l'étude étant de déterminer les freins et facteurs favorisant l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe, c'est cette méthode d'analyse qui a été choisie car elle permet de rechercher à partir des entretiens les thèmes qui répondent à la question de recherche.

2) validité interne

Il existe peu de recherches récentes sur le sujet de l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe en France. Or cette population s'est diversifiée depuis quelques années (plus de femmes, de familles et personnes étrangères). L'originalité de cette étude est donc de donner la parole à une population peu représentée dans la littérature.

Un point fort de cette étude qualitative est qu'elle analyse une population variée d'hommes et de femmes, d'âge allant de 25 à 54 ans, neuf nationalités différentes sont représentées. Les histoires de vie étaient également variées, la durée de vécu sans domicile fixe allant de 2,5 mois à 6 ans.

Les entretiens ayant été enregistrés sur support audio, il n'y a pas de biais de retranscription, pas de données manquantes.

Il existe probablement dans cette étude un biais de recrutement : car celui-ci a été réalisé via des associations et donc exclu les personnes sans domicile isolées qui n'ont pas accès aux associations. Leur isolement et leur possible ignorance des structures peuvent compromettre leur accès aux soins.

De plus, l'investigateur, limité par la langue, n'a interrogé que les personnes parlant français.

Il existe également un biais en lien avec le volontariat, ces entretiens ont été réalisés avec des personnes intéressées spontanément pour participer à l'étude. La population n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population de SDF. Cependant cette étude qualitative était réalisée dans le but d'étudier le ressenti et l'expérience des participants.

Le manque d'expérience de l'investigateur concernant la technique de l'entretien semi-directif a pu influencer la qualité du recueil des données. Certaines questions posées lors de l'entretien étaient fermées, l'enquêteur a pu également influencer le

participant dans ses réponses. Ceci du fait de l'utilisation d'un guide et non d'un questionnaire standardisé.

Enfin, il faut noter qu'il a été observé que les personnes faisaient l'amalgame entre CMU de base et CMUc. Il a donc été interprété que les personnes disant avoir la « CMU » parlaient de la CMUc, la CMU de base ayant été supprimée au moment des entretiens (depuis 2016).

3) Validité externe : comparaison avec la littérature

a) Représentativité de population de l'étude

i) Age

L'âge des participants de l'étude était compris entre 25 et 54 ans. L'âge moyen était de 38,8 ans. L'étude « nuit de la solidarité » à Paris avait permis de définir que 66 % des personnes SDF avaient entre 25 et 54 ans. Selon l'enquête nationale de l'INSEE en 2012 une personne SDF sur deux avait entre 30 et 49 ans. Enfin, selon l'observatoire du SAMU social de Paris, l'Age moyen des personnes isolées ayant fait une demande de logement d'urgence en 2016 était de 35,9 ans.

ii) Sexe

Parmi les personnes interrogées huit étaient des femmes et sept étaient des hommes. L'étude INSEE de 2012 avaient dénombré que 38 % des SDF en France étaient des femmes. Cette différence est expliquée par le fait qu'une partie des entretiens de l'enquête a eu lieu dans un accueil de jour pour femme. Néanmoins selon l'observatoire du SAMU social de Paris le nombre de femme SDF a augmenté de 66 % entre 2006 et 2016 (36).

iii) Nationalité

Quatre personnes de l'étude étaient d'origine française soit 20 % des participants. Il y avait donc 80 % de personnes migrantes. Selon l'étude INSEE 44 % des SDF étaient en 2012 nés en France versus 56 % de migrants. Par ailleurs 96,6 % des personnes accueillies dans les CASO de médecin du monde en 2017 étaient des ressortissants étrangers.

b) les freins à l'accès aux soins

i) Accès au système de santé

Absence de couverture santé

Nous avons pu constater qu'un des freins à l'accès aux soins est l'absence de couverture santé. Cela concernant trois personnes de l'étude. Une étude du DREES de 2012 sur la santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France (4) a permis d'estimer qu'une personne sur dix sans domicile n'a pas de couverture sociale (versus trois personnes sur quinze dans l'étude) et un quart des personnes sans domicile n'ont pas de couverture complémentaire. Selon cette étude le recours au médecin et au dentiste est effectivement moindre pour les personnes sans domicile n'ayant pas de couverture médicale ou de couverture complémentaire.

Aussi, l'étude « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique » a déterminé le rôle protecteur de la CMUc : selon les auteurs, l'absence de complémentaire étant un obstacle à l'accès aux soins la CMUc permet de palier à cet obstacle. (42)

Selon Médecin du Monde plus de 84 % des personnes ne disposent d'aucune couverture santé lorsqu'elles sont accueillies pour la première fois dans un CASO, alors que la grande majorité pourrait théoriquement en bénéficier. Les auteurs du rapport Médecin du Monde expliquent effectivement que, les difficultés

administratives et la complexité des démarches constitueraient les principaux obstacles et seraient régulièrement renforcées par des dysfonctionnements et des pratiques abusives des administrations (demande de documents injustifiée, refus d'adresse déclarative, politique restrictive d'accès à la domiciliation...). (31)

Par ailleurs, les personnes interrogées dans l'étude ont dit avoir renoncé aux soins pendant la durée d'attente de l'obtention de l'AME. La lecture de la littérature (2) montre qu'en effet les délais d'attente pour l'obtention d'une assurance maladie peuvent être longs : trois à six mois pour une AME valable un an, son renouvellement n'est pas automatique. Fréquemment, des assurés bénéficiaires d'une AME se retrouvent donc sans couverture dans l'attente d'un renouvellement.

Délai des rendez-vous

Les long délais de rendez-vous et l'attente aux urgences a été une cause de renoncement à consulter pour quatre des personnes interrogées dans l'enquête. Le collectif « morts de la rue » retrouve également cette notion dans son étude. (35) Selon eux, les personnes SDF renoncent à consulter aux urgences car le temps d'attente y est long et qu'ils préfèrent mettre à profit ce temps pour d'autre priorité. Ils rapportent également que pour certaines personnes SDF l'attente dans un cabinet ou aux urgences est compliquée à cause d'un sentiment d'enfermement angoissant pour eux.

Coût des soins

Trois participants de l'étude avaient renoncé à des soins, notamment dentaires, du fait du coût de ceux-ci. Le DREES a publié un article en 2015 : « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 » dans lequel on retrouve le motif de « coût trop élevé » comme raison évoquée par les personnes SDF interrogées dans l'étude et qui avaient renoncé à consulter un médecin dans les douze derniers mois précédents l'enquête malgré des problèmes de santé durant cette période. (46)

Méconnaissance du système de santé

Les personnes SDF de l'étude, notamment les personnes migrantes, étaient freinées par leur méconnaissance du système de soins en France. Le collectif "morts de la rue" dénonce dans son rapport la complexité du système de soins ce qui peut en partie expliquer les méconnaissances des démarches à effectuer. (35)

Méconnaissance des structures

La méconnaissance des structures a été mentionné à deux reprises durant l'enquête. Selon Médecin du Monde, parmi les patients consultant dans les CASO en 2016, 23% évoquaient la méconnaissance des droits et des structures comme obstacle à l'accès aux soins. (31)

ii) Situation sociale

Autres priorités

Cinq personnes de l'étude ont pu exprimer avoir des préoccupations qu'elles estiment être prioritaires sur la santé comme par exemple la recherche d'un logement. C'est également ce que rapporte Yann Benoist dans son article « vivre dans la rue et se soigner » qui faisait suite à une étude sur l'accès aux soins des personnes sans domicile d'un centre d'hébergement d'urgence de Nanterre en 2008. Selon lui, avant de penser à se soigner, les personnes sans domicile doivent chercher à se nourrir, se vêtir, trouver un abri pour la nuit...(39)

Le collectif "mort de la rue" évoque également les autres difficultés plus immédiates et plus importantes à gérer que la santé comme facteur de renoncement aux soins. (35)

Situation irrégulière

Une personne migrante interrogée a signifié renoncer à des soins car elle est en situation irrégulière. D'après Médecin du Monde, 34 % des étrangers sans titre de séjour, consultant dans les CASO en 2016, déclaraient limiter leurs déplacements pour les soins par peur d'être interpellés. (31)

Nomadisme

Il a été observé pour deux personnes de l'étude que le nomadisme était un frein à l'accès aux soins car cela entraînait l'absence de médecin traitant. Le collectif "morts de la rue" a réalisé une étude qualitative exploratoire sur l'accès aux soins des SDF publiée dans leur rapport d'octobre 2018 (35). Selon eux tant que la personne SDF ne s'est pas fixée quelque part, le suivi reste très compliqué et le risque de rupture de soins est effectivement élevé.

iii) Relation Soignant / Soigné

Liés aux médecins

Dans l'étude, une personne a évoqué un médecin refusant les personnes ayant l'AME et une personne a mentionné la réticence du médecin vis à vis de la CMUc.

La lecture de la littérature montre effectivement qu'en 2005 quatre médecins sur dix refusaient de soigner les bénéficiaires de l'AME ou tentaient de les dissuader de venir consulter. En 2006 41% des médecins spécialistes et 5% des généralistes continuaient de refuser des soins aux bénéficiaires de la CMUc. (28)

La confiance dans les soins

Deux personnes ont pu exprimer un renoncement aux soins dans un contexte de perte de confiance dans le système de soins. C'est également le cas des personnes interrogées dans l'étude « vivre dans la rue et se soigner ». (39) La peur des maladies nosocomiales a aussi pu être évoquée. Les personnes sans domicile jugent parfois également la médecine comme étant trop coercitive et non adaptée à leur mode de vie notamment en hospitalisation.

Par ailleurs, selon le rapport du CMDR, l'image que les personnes SDF ont de l'hôpital, des médecins ou des soignants en général, est souvent basée sur une expérience vécue. Si celle-ci a été mauvaise dans le passé elles peuvent ne plus vouloir de contact avec le personnel et refuser d'aller à l'hôpital.

iv) Représentations

Négligence, Méconnaissance des risques

Deux personnes de l'étude négligeaient leur santé. Dans son étude « vivre dans la rue et se soigner » Yann Benoist parle également de négligence comme frein à l'accès aux soins. Au delà de la négligence, la résistance à la souffrance serait considérée comme une qualité pour une personne SDF. La souffrance physique et la maladie seraient considérés comme des problèmes secondaires. Il serait même observé un désinvestissement partiel du corps propre chez les SDF les plus « marginalisés ». (39)

v) Accès physique

Parmi les freins, aurait pu être explorée la dimension de l'accessibilité géographique (accès aux transports, handicap, éloignement des structures de soins...)

c) Facteurs favorisant l'accès aux soins

Il est important de souligner la performance du système de soin en France. Effectivement de nombreux dispositifs ont été mis en place afin de réduire les inégalités d'accès aux soins depuis la création de la sécurité sociale en 1945, comme par exemple initialement la CMU puis la CMUc et enfin récemment la PUMA, ainsi que l'ACS, l'AME, la PASS, les Urgences. Sans oublier de nombreuses actions de prévention: dépistages de masse, vaccinations, certains actes gratuits notamment pour les enfants et les femmes enceintes, le développement de dispositifs de coopération entre les professionnels de santé comme par exemple le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en équipe) qui permet à des infirmier(e)s libérales de suivre et d'accompagner les patients atteints de pathologies chroniques. Notons également la recrudescence ces dernières années des associations de patients. Les réseaux de santé sont également en pleine expansion, il en est de même pour les aides sociales de proximité comme les CCAS, les assistantes sociales de quartier, les travailleurs sociaux...

i) Accès au système de santé

Rapidité des rendez-vous

L'obtention rapide d'un rendez-vous permet de faciliter l'accès aux soins pour quatre des personnes interrogées de l'étude. C'est aussi ce qu'a pu constater Nounja BALLIDAN dans sa thèse « Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale ? » (47)

Soins gratuits

Dans plusieurs situations de l'étude, les participants ont accédé aux soins grâce aux structures dispensant des soins gratuits comme la PASS. Une étude prospective des caractéristiques médico-psycho-sociales de patients consultant à la PASS a montré que la moitié d'entre eux étaient sans domicile fixe (3).

Un autre lieu où des soins gratuits sont réalisés sont des lieux associatifs comme les CASO de Médecin du Monde. Selon leur observatoire, 92% des personnes accueillies dans les CASO sont effectivement sans domicile fixe. (31)

Pharmacie :

Deux personnes SDF de l'étude utilisent les pharmacies pour se soigner. Selon le rapport « la santé des personnes sans chez soi » (48) l'accès aux soins des personnes SDF passe naturellement par les pharmacies d'officine, ces dernières couvrant largement le territoire des grandes villes et étant autant de postes avancés disponibles. Ce sont des lieux dans lesquels les petits maux du quotidien (petites blessures, dermatoses...) peuvent trouver une réponse rapide qui limitera les complications. Les pharmacies sont des espaces particulièrement adaptées à la population SDF puisqu'elles sont accessibles sans rendez-vous et sont ouvertes sur la rue, lieu de vie des personnes SDF.

ii) Rupture de l'isolement

Communauté : entraide

Les personnes sans domicile fixe se regroupent parfois en communautés notamment les migrants d'un même pays d'origine et développent ainsi l'entraide ; des personnes ayant connaissance de structures ou du fonctionnement du système peuvent en informer ceux qui n'en ont pas connaissance et ainsi favoriser leur accès aux soins. Des auteurs ayant mené une enquête auprès de femmes SDF (40) ont pu observer également que celles-ci pouvaient compter sur l'aide de personnes également SDF rencontrées dans des centres d'hébergement ou dans la rue. Les femmes SDF de cette étude avaient le plus souvent un compagnon lui aussi SDF. Cependant, les auteurs soulignent que ce type de support social peut néanmoins avoir un effet négatif sur les comportements de santé lorsqu'il est uniquement constitué d'individus qui présentent des comportements à risque pour leur santé en particulier des addictions.

Le soutien associatif

Trois participants de l'étude ont bénéficié de l'aide des associations afin de faire valoir leurs droits et faciliter ainsi leur accès au soin. C'est également ce que constate le collectif "les morts de la rue" dans leur enquête sur l'accès aux soins des personnes sans domicile menée en 2017. L'aide des associations et notamment des travailleurs sociaux que l'on rencontre la plupart du temps dans le milieu associatif permet de faire face à la complexité du système qui freine souvent l'accès aux droits et aux soins des personnes SDF. (35) Selon eux, le lien entre le social et le médical est primordial dans la prise en charge des personnes SDF.

iii) Relation Soignant / Soigné

Bonne relation avec le soignant

Nous avons vu qu'une mauvaise expérience vécue par la personne SDF avec le système de soin entraîne une perte de confiance vis à vis des soignants et un non-recours aux soins. Réciproquement une bonne relation avec le soignant est un facteur favorisant les soins. Une étude menée au Royaume-Uni (49) sur les soins auprès des sans-abris dans un service d'urgences a montré qu'un temps d'écoute autour d'un café, en plus des soins administrés habituellement, diminue le nombre moyen de passages aux urgences des patients concernés. Il permet notamment de diminuer leur méfiance vis-à-vis des institutions et de la médecine, crainte liée effectivement à de mauvaises expériences durant leur parcours biographique.

Rôle de la secrétaire médicale

Une personne de l'étude a évoqué l'aide de la secrétaire médicale pour le rappel des rendez-vous. On peut lire dans la littérature que la secrétaire a effectivement une mission d'accueil et d'interface avec le patient notamment avec la prise de rendez-vous mais également la mise à jour des droits santé, des informations

administratives pour le patient. Une secrétaire présente au cabinet est bien selon cette étude un vecteur facilitant l'accès aux soins. (28)

iv) Représentations

Peur de la maladie

Une femme de l'étude a évoqué son envie de se soigner, de faire attention à sa santé notamment en terme de prévention par peur de la maladie. Les auteurs de l'article « entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abris » ont rencontré des femmes SDF qui se souciaient de leur santé, comme un capital à préserver pour poursuivre des projets d'insertion ou comme un état à atteindre, premier tremplin pour « s'en sortir ». (40)

d) Rôle du médecin généraliste

En France, les inégalités sociales de santé sont une réalité, tous les praticiens rencontrent des patients présentant des situations sociales difficiles, quels que soient leurs modes d'exercice et leurs activités. Les acteurs des soins primaires et en particulier les médecins généralistes se doivent de prendre en compte les inégalités sociales de santé pour adapter leur prise en charge et ainsi participer à leur réduction.

Identifier les situations sociales

Dans un premier temps le médecin généraliste peut s'attacher à connaître la situation sociale du patient afin d'adapter ses pratiques.

Effectivement, deux participants de l'étude n'avaient pas parlé de leur situation sociale à leur médecin traitant, or au cours de l'étude il a été constaté que la connaissance de la situation sociale par le médecin traitant pouvait être bénéfique pour la prise en charge : vigilance accrue, conseils adaptés à la situation.

Dans son livre « la France malade de ses médecins », Jean Peneff relate que rares sont les médecins qui recueillent systématiquement ces informations, non seulement parce qu'ils ne sont pas convaincus de leur utilité, mais également parce qu'ils n'osent pas questionner le patient à ce sujet pensant être trop intrusif. (50)

Un moyen serait d'évaluer la situation sociale du patient est de repérer les signes extérieurs de précarités mais ces signes ne sont ni exhaustifs, ni systématiques. (28)

Le collège de médecine générale a réalisé des recommandations concernant l'importance d'enregistrer la situation sociale du patient. (51)

D'après ces recommandations, lors de la première consultation, sept informations indispensables sont à recueillir: la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient.

Puis, au cours des consultations suivantes, il est recommandé de rechercher neuf autres informations utiles: le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle selon l'INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue.

Concernant le recueil de l'adresse il faut faire préciser s'il s'agit d'une adresse administrative uniquement ou d'un hébergement chez un tiers afin de déceler une situation de vie sans domicile fixe.

Adapter les pratiques

Ayant connaissance de la situation sociale de sa patientèle, le médecin adapte sa pratique : concernant par exemple les patients d'origine étrangère le médecin est plus attentif aux vaccinations et aux pathologies qui peuvent être importées en France. Les médecins sont également attentifs à des pathologies liées au mode de vie sans domicile fixe (traumatismes, addictions...) (28)

L'étude a montré que les personnes sans domicile fixe ont une histoire de vie complexe, pouvant nécessiter une écoute et une plus grande disponibilité de la part

du médecin. Ces patients peuvent présenter des souffrances psychologiques importantes liés à des événements traumatisants qui ne doivent pas être négligés dans la prise en charge par le médecin généraliste.

Il est donc important de prendre du temps afin que le patient puisse verbaliser ses difficultés permettant ainsi au médecin d'intégrer la souffrance psychosociale de celui-ci.

Par ailleurs, les études antérieures montrent une méconnaissance du corps et de la santé plus importante chez les personnes défavorisées conduisant à des retards de consultation. (52) Le médecin généraliste doit donc essayer de développer les compétences de leurs patients en matière de santé, notamment leur permettre de repérer les signes d'alerte qui doivent les faire consulter plus tôt et penser à l'éducation thérapeutique.

Des pistes pour les médecins généralistes afin de réduire les inégalités

Faciliter l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe :

- Pratiquer le tiers payant
- Ne prescrire que des médicaments remboursés.
- Adresser à des spécialistes qui n'effectuent pas de dépassements d'honoraire et pratiquent le tiers payant.
- Hospitaliser pour s'assurer que le traitement sera bien pris.
- Informer le patient de manière adaptée et contribuer à son autonomie, notamment dans l'explication du parcours de soins (51)

CONCLUSION

Cette étude a permis aux plus démunis de se faire entendre et son analyse a donné un sens à ces récits de vie, mettant l'accent sur les points forts de notre système de soin français et révélant ses faiblesses. Cette recherche a identifié des freins et des facteurs favorisant l'accès aux soins parmi une population de personnes sans domicile fixe. Comme nous l'avons vu certains facteurs sont liés au système de soin et aux soignants ainsi qu'aux connaissances qu'en ont les participants, d'autres sont imputables directement à la personnalité, à l'éducation. Certains sont, par ailleurs, attribuables à la migration ou à la précarité.

Comme le rappelle cette étude, en tant que médecins généralistes notre regard vis à vis de cette population en très grande précarité doit être avisé. Nous devons nous attacher à la prise en charge bio-psycho-sociale des patients afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et plus largement contre les inégalités de santé.

Cette étude qualitative a décrit l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe à Nantes en 2018. Une étude de grande envergure permettrait de réaliser un état des lieux récent de la santé des personnes sans domicile fixe sur le territoire national afin de cibler des politiques régionales de santé adaptées.

Pour conclure, dans notre société actuelle où le juste accès au système de santé apparaît comme une préoccupation majeure comme l'atteste le Dr Patrick Bouet, président du conseil national de l'ordre des médecins, dans son livre « santé : explosion programmée » (53) ; N'oublions pas nos fondamentaux, comme l'a dit Hippocrate dans son serment : donnons nos soins à l'indigent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Development [Internet]. juin 2004 [cité 3 mars 2019];47(2):159-61. Disponible sur:
<http://link.springer.com/10.1057/palgrave.development.1100047>
2. Geeraert J, Rivollier E. L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Soins. nov 2014 ;59(790):14-8.
3. Kaoutar B, Gatin B, de Champs-Leger H, Vasseur V, Aparicio C, de Gennes C, et al. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. La Revue de Médecine Interne. nov 2014;35(11):709-14.
4. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012.BEH. nov 2015;36-37:602-670.
5. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. Santé Publique. 2015; 27(6):837-40.
6. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. la revue du praticien [Internet]. 2004 [cité 3 mars 2019];54(20). Disponible sur:
<https://www.ritimo.org/L-origine-et-les-fondements-des-inegalites-sociales-de-sante>
7. Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilbert S. Médecine générale. 2. elsevier masson. Issy-les-Moulineaux; 2009. 454 p. (abreges connaissances et pratique)
8. Rode A. La construction du « “non-recours” » aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité. In La légitimité des politiques sociales en question. Jan 2008, Grenoble, France.
9. Despres C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F, Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Questrion d'économie de la santé. oct 2011;169:1-7

10. Lebas J. Précarité et santé. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1998, 299 p.
11. Viallet J, Pawlak C, Millot F, Catteau C, Cellier M, Pawlak R, et al. Les personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à la réunion. Réunion: observatoire régional de la santé; 2010, 97p.
12. France terre d'asile [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.france-terre-asile.org/>
13. office français de protection des réfugiés et apatrides. République française. [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/>
14. Service-public. Revenu de solidarité active (RSA) [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19775>
15. Ministère des Solidarités et de la Santé république française. Calculer le RSA [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/droits-et-aides/le-revenu-de-solidarite-active-rsa/article/calculer-le-rsa>
16. Service-public.l'allocation pour demandeur d'asile (Ada) [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33314>
17. Nantes V de. Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.nantes.fr/ccas>
18. Politiques et systèmes de santé en France et dans le monde. EMC-Savoir et soins infirmiers. 2009 ; 1-8
19. Nezosi G. La protection sociale. Paris: la Documentation française; 2016. 239 p. (Découverte de la vie publique).
20. Collège universitaire des enseignants de santé publique (France). Santé publique. 3. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2015. 433 p. (les référentiels des collèges)
21. LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. 2015-1702 déc 21, 2015.

22. ameli. Protection universelle maladie [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>
23. CMU couverture maladie universelle. Plafonds CMUc (couverture maladie universelle complémentaire) et AME (aide médicale d'état) [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/plafonds.php>
24. service-public.fr république française [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/>
25. santé publique France INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Inégalités sociales de santé : définition et concepts du champ. 2012. [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
26. Blanchardière A de L, Méouchy G, Brunel P, Olivier P. Étude prospective des caractéristiques médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins de santé en 2002. la revue de médecine interne. 2004 ; 25(4) : 264-270
27. France, Haut conseil de la santé publique. Crise économique, santé et inégalités sociales de santé. Paris: DILA - Direction de l'information légale et administrative : La documentation française : Haut Conseil de la santé publique; 2016.
28. De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2017, 228 p. (recherche santé sociale)
29. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres. Insee Première. 2007; 1161. [cité 3 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280671>
30. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Économie PubliquePublic Econ. 25 nov 2012;(28-29):123-47.
31. Médecin du Monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016 [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2019] p. 136. Disponible

sur:

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-laces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>

32. France, Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la population en France: rapport 2017. 2017. 436 p. [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
33. Molinier M, Pierre-Marie E. Les personnes en situation de rue à Paris la nuit du 15-16 février 2018 analyse des données issues du décompte de la nuit de la solidarité. apur: atelier parisien d'urbanisme [Internet]. 2018 [cité 3 mars 2019];71. Disponible sur: <https://www.apur.org/fr>
34. Insee. Enquête auprès des sans-domicile [Internet]. 2012 [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1002#menu>
35. Collectif les Morts de la Rue. Mortalité des personnes sans-domicile 2017 l'enquête dénombrer et décrire. 2018 [cité 3 mars 2019]; 97. Disponible sur: <http://www.mortsdelarue.org/>
36. Eberhard M, Garcin E, Quere M, Segol E. Les femmes seules dans le dispositif de veille sociale : une enquête auprès du public accueilli à l'ESI « Halte Femmes ». Observatoire du Samusocial de Paris; p. 67.
37. Observatoire samusocial de Paris. Nos enquêtes [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.samusocial.paris/nos-enquetes>
38. Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Sermet C. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats. Questions d'Économie de la Santé. 2014; 198 : 1-6.
39. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. Sci Soc Santé. 2008; 26(3):5-34.

40. Gardella E, Laporte A, Méner EL. Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri. *Sci Soc Santé*. 2008; 26(3):35-46.
41. Boisguérin B. Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. *DREES études et résultats*. 2007;603:8.
42. Jusot F, Després C, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Nov 2011; (170):6*.
43. Trinh-Duc A, de la Blanchardière A, Porcher R, Agard C, Rouillard B, Schlienger I, et al. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médicosociale des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). *La Revue de Médecine Interne*. janv 2005 ;26(1):13-9.
44. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3. Paris: A. Colin; 2015. 423 p
45. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique [Internet]*. 2014 [cité 22 avr 2019];Tome LIII(4):67-82. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>
46. Moisy M. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 - Ministère des Solidarités et de la Santé. *DREES études et résultats*. 2015;(933) : 6
47. Ballidan N. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients en accueils de jour et centres d'hébergement du Nord. [Doctorat de médecine]. [Lille]: université Lille 2 droit et santé; 2015, 94 p.
48. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. Rapport « La santé des personnes sans chez soi ». Ministère des Solidarités et de la Santé.[Internet] 2010 [cité 3 mars 2019] p. 231. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-la-sante-des-personnes-sans-chez-soi>

49. Redelmeier D, Molin J, Tibshirani R. A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department. *Lancet Lond Engl*. 6 mai 1995;345(8958):1131-4.
50. Peneff J. *La France malade de ses médecins*. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond; 2005. 357 p.
51. Collège Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. Groupe de travail universitaire et professionnel. 2014; 30p.
52. Drulhe M, Sicot F. *La santé à coeur ouvert sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 2011, 305p. (collection socio-logiques)
53. Bouet P. *Santé: explosion programmée*. Paris: Éditions de l'Observatoire; 2018. 178 p.

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

I) Comment prenez vous soin de votre santé ?

- Comment vous occupez-vous de votre santé quand vous vous sentez malade ?

II) Comment qualifiez-vous votre état de santé actuellement ?

- Quels sont vos besoins en particulier ?
- Pensez-vous que votre condition de vie présente un risque pour votre santé ?
- En quoi ?
- Avez-vous une maladie chronique ? si oui ,quel suivi avez-vous pour cela ?
- Réalisez-vous des dépistages ?
- Pourquoi ?

III) Avez-vous un médecin traitant ?

- Si non,pourquoi ?
- Si oui ,quel est votre relation avec lui ? Comment cela se passe-t-il ? Est-ce que vous lui faites confiance ? pourquoi ?

IV) Pouvez-vous décrire comment s'est passée la dernière fois que vous avez souhaité voir un médecin ?

- Par exemple, la dernière fois que vous vous êtes senti malade qu'avez-vous fait ?
- Avez-vous consulté un médecin dans les 12 derniers mois ?
- C'était dans quelle structure ?
- Quel était le motif ?
- Comment cela s'est passé ?
- Est-ce que cela a répondu à vos attentes ?
- le médecin était-il au courant de votre situation sociale ?
- Si oui ,selon vous ,est-ce que cela a influencé la consultation ?
- Si non, pourquoi ? (Auriez-vous aimé lui dire, pourquoi ne pas lui avoir dit ?)
- Quelle aide vous a été proposée ?
- Il y a-t-il des sujets que vous n'arrivez pas à aborder en consultation ?

V) Avez-vous déjà rencontré des difficultés à voir un médecin ? Pourquoi ?

- Avez-vous déjà renoncé à consulter un médecin ou aller à l'hôpital ? Pourquoi ?
- Quelles étaient les raisons de la consultation ?
- Avez-vous déjà renoncé à des soins ? Pourquoi ? Comment avez-vous fait ?

VI) comment pensez-vous que l'on pourrait améliorer votre accès à la santé ?

- Êtes-vous satisfait de votre suivi médical ? Comment pensez-vous l'améliorer ?
- Selon vous, comment les médecins pourraient-ils faire pour améliorer votre santé ?
- Qu'est ce qui facilite votre accès aux soins ?

VII) Descriptif de la population :

- Age, sexe, nationalité.
- Depuis combien de temps êtes-vous sans domicile fixe ?
- Avez-vous un emploi ? Des revenus ?
- Avez-vous une carte vitale ? Une CMUc ? une AME ?
- Histoire de vie ?

Vu, le Président du Jury,

Professeur MORET Leila

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur FERREOL Sophie

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de thèse : L'accès aux soins des personnes sans domicile fixe à Nantes en 2018 : étude qualitative.

RESUME

Introduction : Il existe en France des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. Depuis des années la population de personnes sans domicile fixe augmente et se diversifie. La connaissance des freins et des facteurs facilitant l'accès aux soins de cette population peut permettre aux médecins généralistes d'adapter leur prise en charge.

Objectifs : L'objectif de cette recherche est d'identifier les freins et les facteurs favorisant l'accès aux soins à partir d'une enquête qualitative menée sur une population sans domicile fixe à Nantes. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients est également argumentée.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de quinze personnes sans domicile fixe à partir d'entretiens individuels, semi-directifs, recrutés via des associations d'accueil non médicalisées.

Résultats : Cette étude a décrit l'accès aux soins des personnes sans domicile fixe à Nantes en 2018. Les freins et les facteurs favorisant l'accès aux soins qui ont été observés sont reliés à différents thèmes comme la relation avec le soignant, l'accès au système, les représentations, la situation sociale... Le rôle du médecin généraliste est primordial afin d'être vigilant dans la lutte contre les inégalités particulièrement concernant cette population vulnérable.

Conclusion : Le médecin doit s'attacher aux aspects bio-psycho-sociaux globaux des patients afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et plus largement contre les inégalités de santé. Les parcours de vie complexe des personnes sans domicile fixe fait partie intégrante de leur prise en charge.

MOTS-CLES

Accès aux soins, personnes sans domicile fixe, médecin généraliste