

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 027

THÈSE

pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Marie Lugherini

Née le 4 juin 1986 à Paris (75)

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 2016

**Quelles sont les difficultés des médecins généralistes face à la santé
de l'enfant en situation de précarité ?**

*Enquête qualitative auprès de dix médecins généralistes de Loire-
Atlantique et Vendée*

Président du jury : Madame le Professeur Christèle Gras-Le Guen

Directeur de thèse : Madame le Docteur Élise Launay

Remerciements

Au Professeur Christèle Gras-Le Guen, merci d'avoir accepté de présider ce jury. Le stage en pédiatrie est un moment important de la formation initiale, la rigueur des prises en charge dans le service de Clinique Médicale Pédiatrique et des Urgences Pédiatriques est un élément clé pour les jeunes médecins généralistes.

Au Professeur Christian Agard, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. J'ai eu la chance de faire un stage à la PASS, ce qui a été un élément déterminant de mes premiers choix professionnels.

Au Docteur Elise Launay, merci de m'avoir permis de réaliser ce travail, merci pour tes encouragements. Croiser les regards sur les prises en charge hospitalières et de ville sur la santé de l'enfant en situation de précarité a été très enrichissant.

Au Docteur Cyrille Vartanian, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Merci pour la formation rigoureuse et dynamique lors de mon stage, j'y ai découvert un métier passionnant. Un immense merci pour la confiance que tu m'accordes lors de tes remplacements et pour nos échanges amicaux et professionnels.

Aux médecins qui ont contribué à ce travail.

A mes parents, qui croient en chacun de leurs enfants avec une force généreuse.

A mes sœurs et mon frère, Mathilde, Pauline et Vincent, que j'aime tant !

A Philippe, qui partage ma vie, pour son amour et son soutien inconditionnel.

A mes grands-parents.

A ma famille.

A mes amies, à mes amis.

« Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ses services. »

Articles 24 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant

« On ne peut soigner les gens en les rabaissant. Il ne faut jamais faire le pari de la pauvreté des gens, toujours celui de leur richesse et de leur intelligence. »

Tobie Nathan

« Ce que l'on a communiqué c'est ce que l'autre a compris. »

Ecole de Palo Alto

Sommaire

| | |
|---|----|
| Remerciements | 3 |
| Sommaire | 6 |
| Liste des abréviations | 8 |
| I. INTRODUCTION | 9 |
| II. MATERIEL ET METHODE | 13 |
| II.1 LE MATERIEL : | 13 |
| II.1.1 Composition de l'échantillon : | 13 |
| II.1.2 Taille de l'échantillon : | 13 |
| II.1.3 Lieu de l'étude : | 13 |
| II.2 LA METHODE : | 13 |
| II.2.1 Type d'étude : | 13 |
| II.2.2 Mode de recrutement des médecins généralistes : | 13 |
| II.2.3 Elaboration de la grille d'entretien : | 13 |
| II.2.4 Intervieweur-Interviewés | 14 |
| II.2.5 Analyse de contenu | 14 |
| III. RESULTATS | 15 |
| III.1 DESCRIPTION DES ENTRETIENS | 15 |
| III.1.1 Caractéristiques des médecins : | 15 |
| III.2 RESULTATS QUALITATIFS | 16 |
| III.2.1 Définition et situations de précarité pour l'enfant | 16 |
| A) La précarité, une définition compliquée | 16 |
| B) La précarité : une fragilité, une vulnérabilité | 16 |
| C) La précarité financière ou matérielle | 16 |
| D) Une précarité sociale | 17 |
| III.2.2 Le rôle du médecin généraliste et ses difficultés face à la santé de l'enfant en situation de précarité | 20 |
| A) Le repérage | 20 |

| | |
|--|-----|
| B) Des prises en charge médicales complexes | 23 |
| C) Sur le plan relationnel | 27 |
| D) L'accès aux soins de l'enfant en situation de précarité : des obstacles à plusieurs niveaux | 28 |
| E) Sur le plan émotionnel (les médecins) | 35 |
| IV. DISCUSSION | 38 |
| IV.1 PRINCIPAUX RESULTATS..... | 38 |
| IV.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE | 39 |
| IV.3 DISCUSSION DES RESULTATS..... | 40 |
| A) Un repérage indispensable, en pratique le plus souvent informel avec des critères d'évaluation subjectifs. Identifier la situation sociale de la famille, s'intéresser au bien être de l'enfant. La précarité peut être repérée par ses conséquences sur la santé. | 40 |
| B) L'accès aux soins de l'enfant en situation de précarité : un parcours semé d'obstacles techniques et socio-psychologiques. L'importance du médecin généraliste au cœur d'un réseau de soin. | 45 |
| C) Relationnel : la nécessité d'adapter son mode de communication aux situations de précarité et le soutien à la parentalité pour favoriser la démarche de soin..... | 51 |
| D) Feux rouges médicaux en pédiatrie : Précarité-Inégalités sociales de santé | 54 |
| V. CONCLUSION : | 55 |
| VI. OUVERTURE..... | 56 |
| VII. ANNEXES..... | 57 |
| VII.1 Annexe 1..... | 57 |
| VII.2 Annexe 2..... | 58 |
| VII.3 Annexe 3..... | 59 |
| VII.4 Annexe 4..... | 60 |
| Retranscription des entretiens..... | 60 |
| VIII. BIBLIOGRAPHIE..... | 110 |

Liste des abréviations

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

CMP : Centre Médico-Psychologique, CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU, CMU-C : Couverture Maladie Universelle, Couverture Maladie Universelle-Complémentaire

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de Statistique et Etudes Economiques

IREPS : Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISS : Inégalités sociales de santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

SASPAS : Stage Autonome et Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

I. INTRODUCTION

L'enfant en situation de précarité est une réalité de notre époque. La crise économique accentue les inégalités sociales ainsi que les inégalités entre les générations. Le taux de pauvreté des enfants de moins de dix-sept ans a augmenté et atteint 15.7% en 2011 selon l'INSEE (1). Toujours selon l'INSEE un enfant sur quatre vit dans un foyer à bas revenus, et la santé et la réussite scolaire en sont affectées. Cette réalité s'observe à différentes échelles : au niveau local dans un quartier, une ville, au niveau national ou mondial. Toutes les problématiques actuelles retentissent sur les conditions de vie des enfants : crise économique et de l'emploi, changement climatique, crises politiques et conflits armés... Ces causes, même lorsqu'elles ne surviennent pas sur notre territoire vont influencer les conditions de vies des enfants que l'on rencontre dans notre région (2). On constate dans la région Pays de la Loire des disparités territoriales avec notamment un taux de pauvreté plus important en campagne qu'en milieu urbain, ce qui est reproduit à l'échelle nationale (3). Les pays de la Loire sont toutefois relativement protégés, c'est-à-dire que la hausse de la pauvreté observée ces dernières années a été plus contenue (1). On dénombre 3 millions d'enfants pauvres en France (4).

La précarité, une situation de précarité, des inégalités sociales, sont des notions que l'on entend tous les jours dans notre vie personnelle ou professionnelle. Cette notion de précarité est subjective, mais touche aux notions d'incertitude et d'inquiétude par rapport à l'avenir. Wresinski en donne une définition en 1987 dans son rapport pour le Haut Conseil de Santé Publique : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leur responsabilités élémentaires et de jouir de leur droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves ou définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs problèmes de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi même dans un avenir prévisible ». Nous avons choisi de parler de « situation de précarité » pour mettre en avant la possibilité d'une évolution, dans les deux sens. « Une situation de précarité » est plus à même d'évoluer favorablement que « la précarité » qui peut apparaître comme une sentence immuable. Le regard que l'on porte influence et peut être influencé par les mots que l'on utilise, c'est pour éviter la stigmatisation que l'ajout du terme « situation » nous paraît important. Suesser, dans un article sur la prévention en pédiatrie souligne ainsi ce risque « d'enfermer » les patients dans la précarité : « Le concept de vulnérabilité mérite discussion : il est très utilisé dans le champ de la santé familiale, laissant entendre que certaines familles sont en soi vulnérables au plan psychique, souvent à partir de critères sociaux défavorables. La pratique démontre pourtant que nul ne peut être réduit à la vulnérabilité d'un moment, encore moins aux facteurs de risque qui l'affectent, et les périodes de vulnérabilité peuvent toucher des personnes de toutes catégories sociales. La pertinence relative du concept de vulnérabilité et la prudence quant aux effets de stigmatisation possibles incitent à utiliser

les notions de périodes ou situations de vulnérabilité que celles de personnes ou groupes vulnérables » (5). Cela nous incite à envisager la précarité comme un concept mobile, beaucoup plus large que la pauvreté, trop réducteur compte tenu de la complexité des situations de précarité. La pauvreté n'est qu'une forme de précarité, laquelle désigne un concept « multidimensionnel qui ne recouvre qu'en partie les conditions économiques et matérielles de l'existence » (6). Comme le disent Bréchat et Lebas : « loin de se réduire à une question de paupérisation, la précarité renvoie à un sentiment diffus, et qui ne cessera plus : celui d'une insécurité sociale. » (7). On retrouve dans les nombreux écrits sur la précarité l'importance de l'isolement (8). Ainsi, « la précarité relationnelle caractérise un état d'instabilité subjective et intérieure par l'effet d'un appauvrissement des interactions avec les autres, voire d'un isolement social » (2).

La notion de précarité en médecine implique aussi les inégalités sociales de santé (ISS) (*Annexe 1*). Elles désignent les relations entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. De très nombreuses études ont montré que les conditions socio-économiques défavorables ont des répercussions importantes sur la morbi-mortalité. Les facteurs de risque qui contribuent aux ISS sont multiples et influencent la santé pour longtemps, dès la grossesse pour l'enfant à naître, les inégalités se creusant ensuite pendant l'enfance (9-11). Le Haut Conseil de Santé Publique « souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements et du style de vie » (12). La précarité n'est pas une situation binaire ; les situations de précarité forment un gradient de difficulté, à l'origine d'un gradient d'inégalités sociales de santé. Plusieurs modèles épidémiologiques cherchent à expliquer ce phénomène de gradient. Un premier modèle appelé « périodes critiques » montre particulièrement bien la place de l'enfance dans la constitution d'un « capital santé ». La période critique désigne le « temps durant lequel une exposition peut avoir des effets positifs ou néfastes sur le développement biologique ou social ultérieur » (13). Il s'agit d'une forme de « programmation précoce » par les événements survenus au cours de la vie in utéro et l'enfance. On considère qu'il y a une influence directe des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte à la suite d'une période de latence. Un deuxième modèle, appelé « cheminement » ou « trajectoire », considère qu'il y a une influence de l'environnement précoce sur les trajectoires de vie. Dans ce cas, c'est l'accumulation progressive des risques et des événements en cascades, chaque événement pouvant paraître minime lorsqu'il est isolé, qui explique les ISS à l'âge adulte. Ce modèle permet de comprendre le gradient de santé constaté au niveau des populations et de bien rendre compte que les ISS ne concernent pas uniquement les situations de grande précarité (11). La pertinence de ces modèles épidémiologiques a été mise en évidence par des études de cohortes (14). On trouve des « preuves » de cet impact au long cours dans l'enquête « Santé Protection Sociale » de l'IRDES en 2006. Elle montre le lien entre les conditions de vie dans l'enfance et la santé à l'âge adulte : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents de niveau scolaire peu élevé, adoptant des comportements à risque ou en mauvaise santé sont des facteurs expliquant une mauvaise santé à l'âge adulte. On repère que le fait d'avoir vécu au moins un épisode de précarité dans son enfance augmente de près de dix points de pourcentage la probabilité

d'avoir un mauvais état de santé perçu adulte (15). Les résultats de cette enquête montrent également une relation entre la précarité et l'éducation, il existe en effet un fort « gradient » de santé lié au niveau d'éducation. Ensuite, les conditions de vie dans l'enfance ont une influence sur le niveau d'éducation atteint par la personne, son mode de vie, qui sont des déterminants de santé à long terme pour lui et pour ses enfants (15). Les situations de précarité influencent ainsi fortement la systémique familiale, ce qui peut expliquer une sorte de « transmission de santé entre les générations », en partie liée à la transmission de normes de comportement liées à la santé (14–18).

La situation de précarité est donc une situation évolutive, fortement soumise au contexte sociétal et économique, et notamment aux inégalités sociales, avec une dimension transgénérationnelle. Il a été montré qu'être en situation de précarité fragilise la santé des enfants. L'exemple du surpoids et de l'obésité permet d'illustrer les conséquences médicales de la précarité. Une enquête de 2006 en milieu scolaire fait le lien entre l'état de santé, les modes de vie et habitudes alimentaires, et ouvre la question du rapport entre les habitudes de vie et les conditions socio-économiques ainsi que l'éducation (19). Une autre enquête, en 2007, montre que le fait d'avoir des parents artisans, ouvriers ou agriculteurs augmente le risque pour l'enfant d'être en surcharge pondérale par rapport aux enfants dont les parents ont un statut professionnel tel que cadre dirigeant ou profession intellectuelle (20). L'obésité a des effets négatifs en cascade qui viennent engendrer, entretenir ou aggraver une situation de précarité ; l'obésité influence négativement l'estime de soi, et par là peut influencer l'intégration et l'évolution sociale (11,21–23).

La santé de l'enfant en situation de précarité réunit donc des problématiques médicales, sociales, relationnelles. Comme toute situation complexe en médecine, elle génère des questionnements et des difficultés. Selon un rapport de la DREES publié en 2007, 95% des enfants de moins de 16 ans sont suivis par un médecin généraliste (parfois conjointement par un pédiatre ou les services de PMI pour les plus jeunes). De plus, il a été montré que les enfants en situation de précarité avaient moins facilement accès aux pédiatres (24,25). Les médecins généralistes sont donc les médecins de premier recours de ces enfants avec les médecins de PMI, des consultations de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ou des urgences pédiatriques, selon l'offre de soins locale. Les barrières à la prise en charge de ces enfants en situation de précarité peuvent être différentes selon les intervenants. En effet si la PMI et la PASS ont dans leur mission la prise en charge des enfants en situation de précarité, la méconnaissance de ces structures par les familles et leur répartition sur le territoire peuvent en limiter le champ d'action. Quant aux services d'urgences pédiatriques chargés de prendre en charge les situations de détresse, y compris sociales, lorsque l'enfant est en danger, elles ne bénéficient pas des ressources nécessaires pour assurer la prévention et l'accompagnement à long terme de ces familles, et leur accessibilité est variable sur l'ensemble du territoire. Il nous paraissait alors intéressant de centrer ce travail sur le médecin traitant. Si les conséquences de la précarité sur la santé des enfants sont largement acceptées dans la littérature, les difficultés ressenties par les médecins sont moins étudiées,

leur compréhension est pourtant indispensable à la mise en place d'action d'amélioration de ces prises en charge.

L'objectif principal de ce travail était donc d'explorer les difficultés des médecins généralistes face à la santé globale des enfants en situation de précarité, avec une approche qualitative.

Les objectifs secondaires de ce travail sont de rendre compte des moyens mis en œuvre par les médecins généralistes pour s'occuper de la santé de ces enfants de manière adaptée, et de proposer des « feux rouges » pour aider au dépistage et à la prise en charge des enfants en situation de précarité.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1 LE MATERIEL :

II.1.1 Composition de l'échantillon :

Les médecins inclus dans l'échantillon sont des médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée, installés dans un cabinet libéral, qui ont accepté de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion étaient : médecins exerçant en majorité dans une structure dédiée à un public en situation de précarité, médecins remplaçants.

II.1.2 Taille de l'échantillon :

Dix médecins généralistes ont été rencontrés, la taille de l'échantillon a été définie par la saturation des données.

II.1.3 Lieu de l'étude :

Cette étude s'est déroulée en Pays de la Loire, dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Les médecins généralistes rencontrés exerçaient dans des zones géographiques variées, partant du principe que chaque territoire a ses particularités économiques, sociales, démographiques et donc que les situations de précarité rencontrées sont différentes selon le lieu d'exercice.

II.2 LA METHODE :

II.2.1 Type d'étude :

Nous avons mené une étude qualitative qui a été réalisée de décembre 2014 à mai 2015 suivant la technique des entretiens. Il s'agit d'entretiens semi-dirigés, enregistrés, retranscrits puis analysés selon une méthode d'analyse de contenu. Le choix d'une étude qualitative nous paraissait approprié dans ce contexte puisque les facteurs observés sont subjectifs et que nous voulions explorer les difficultés de ces médecins sans a priori sur les réponses potentielles (26,27). L'étude a été rapportée conformément aux recommandations COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (28).

II.2.2 Mode de recrutement des médecins généralistes :

Les médecins ont été recrutés par différentes méthodes : rencontre lors de remplacement de médecine générale, un médecin a sollicité l'enquêtrice pour participer à ce sujet qui l'intéressait (bouche à oreilles), d'autres ont été contactés grâce aux pages jaunes.

II.2.3 Elaboration de la grille d'entretien :

Pour répondre à la question des difficultés rencontrées par les médecins généralistes, nous avons préparé trois axes de réflexion. Nous avons d'abord fait définir la précarité et décrire les situations rencontrées. Ensuite, nous avons parlé des retentissements sur la santé, et enfin expliqué les prises en

charges proposées. La grille d'entretien découle de cette division de la problématique. En effet, pour répondre à la question des difficultés, une réflexion préliminaire importante sur la définition, les situations, les retentissements sur la santé, et la description des pratiques nous paraissaient indispensable. Les difficultés des médecins généralistes sont abordées à chaque étape de l'entretien (*Annexe 2*).

II.2.4 Intervieweur-Interviewés

Les entrevues ont été menées par Marie Lughnerini, médecin généraliste, exerçant en tant que remplaçante dans la région. Les médecins M1 et M2 sont des médecins que l'intervieweur connaît puisqu'elle les remplace régulièrement lors de leurs absences. Le médecin M3 a sollicité Marie Lughnerini pour participer à une étude sur la pharmacovigilance : il a été décidé une participation réciproque aux travaux de chacun. Le médecin M6 a été contacté par bouche à oreilles. Le médecin M7 a contacté l'enquêtrice après avoir eu connaissance du sujet de thèse par M2. Les médecins M4, M5, M8, M9, M10 ont été contactés par les pages jaunes. Le sujet de la thèse était expliqué avant de convenir d'une rencontre.

II.2.5 Analyse de contenu

Nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu. L'intégralité de la discussion enregistrée a été retranscrite. Le transcrit (verbatim) ainsi obtenu a été analysé pour individualiser des idées (occurrences) qui ont ensuite été regroupées en grands thèmes ou concepts (dimensions). Le contenu des entretiens a été analysé une première fois par Marie Lughnerini puis relu par, et discuté, avec le Docteur Élise Launay. Les dimensions ont été définies *a posteriori*.

III. RESULTATS

III.1 DESCRIPTION DES ENTRETIENS

III.1.1 Caractéristiques des médecins :

| Médecins | Situation géographique | Conditions d'exercice | Sexe | Age | Parcours professionnel/formation |
|----------|------------------------|-----------------------|-------|-----------|--|
| M1 | 85-zone rurale | Cabinet de 3 | Homme | >50 ans | A travaillé dans un service d'urgences-SAMU |
| M2 | 44-zone urbaine | Cabinet de 1 | Femme | >50 ans | A été médecin du travail, DU de santé-environnement, gynécologie, médecine du sport, statistique |
| M3 | 44-zone urbaine | Cabinet de 3 | Femme | 30-40 ans | Travail à mi-temps au CNRS : travail de recherche sur la pharmacovigilance, fait partie de l'équipe d'enseignement du Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Nantes, participe au séminaire sur les ISS |
| M4 | 44-zone urbaine | Cabinet de 3 | Femme | >50 ans | A travaillé en PMI |
| M5 | 85-zone rurale | Cabinet de 3 | Femme | 40-50 ans | |
| M6 | 44-zone urbaine * | Cabinet de 4 | Homme | 30-40 ans | Fait partie de l'équipe d'enseignement du Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Nantes, travaille en CSAPA |
| M7 | 44-zone urbaine | Cabinet de 5 | Femme | 40-50 ans | A travaillé dans un service d'oncologie |
| M8 | 44-zone urbaine * | Cabinet de 2 | Homme | >50 ans | |
| M9 | 44-zone urbaine * | Cabinet de 4 | Femme | >50 ans | A travaillé dans un service d'urgences |
| M10 | 44-zone semi-rurale | Cabinet de 3 | Homme | 30-40 ans | |

Tous les médecins interrogés ont donné leur accord oral, pour être enregistré. Les entretiens ont duré entre 13 et 40 minutes. Ils ont eu lieu au cabinet médical du médecin ou à son domicile. Les médecins travaillant en milieu urbain travaillent dans des quartiers très différents par leur emplacement et leur situation économique et sociale. Certains quartiers sont classés Zone Urbaine Sensible ou Zone de redynamisation Urbaine (*) (INSEE). Le tutoiement a été de mise lors de certains entretiens : lorsque l'intervieweur et l'interviewé se connaissaient auparavant ou à l'initiative du médecin interrogé. Un

entretien a été réalisé en présence d'un externe en stage chez ce praticien, il a été convié à participer à la discussion.

III.2 RESULTATS QUALITATIFS

III.2.1 Définition et situations de précarité pour l'enfant

Cette première partie ne répond pas directement à notre question sur les difficultés des médecins généralistes pour prendre en charge la santé de l'enfant en situation de précarité. Elle est cependant nécessaire puisque la définition du sujet abordé constitue un pré-requis à la réflexion. Lors des entretiens, ces questions ouvertes sur la définition « personnalisée » de la précarité par les médecins, et la description de situations sociales que eux qualifiaient de précaires ont permis de lancer la discussion sur un sujet complexe.

A) La précarité, une définition compliquée

(définition compliquée)

La définition de la précarité était la première question de l'entretien. La précarité est un mot qui n'est pas simple à définir et cette question a pu constituer une entrée en matière difficile. Certains médecins ont mentionné le fait d'y avoir réfléchi en vue de l'entretien. Les moments d'hésitation sont fréquents.

M4 : « Euh... la précarité euh... bah... c'est en fait euh... quelqu'un qui euh... »

M6 : « Euh... J'sais même pas... tu vois j'aurais du réviser ! » ; « un mot que je sais pas définir (...) c'est pas une définition claire mais j'en ai pas de plus claire »

B) La précarité : une fragilité, une vulnérabilité

(vulnérabilité)

La précarité de manière générale évoque un état de fragilité, qui peut impacter l'avenir.

M3 : « le moindre p'tit truc qui clash, tout... tout s'écroule »

M5 : « vulnérabilité c'est un bon terme »

C) La précarité financière ou matérielle

(précarité matérielle)

La précarité financière ou matérielle implique des difficultés à subvenir à des besoins essentiels.

M2 : « c'est une euh... une impossibilité de subvenir à ses... à ses, à des besoins essentiels qui sont euh... bien se... bien manger, bien se nourrir, euh... bien se loger, euh... avoir chaud quand il fait froid »

Le logement

(précarité logement)

Le logement est un des aspects de la précarité matérielle. Il peut s'agir de l'absence de logement, l'hébergement dans des structures sociales, l'habitat en bidonville, la promiscuité, l'insalubrité, la précarité énergétique et vraisemblablement d'autres situations qui n'ont pas été évoquées.

M2 : « des parents migrants qui dormaient sous les ponts, et la femme était enceinte et avait aussi un petit enfant »

M3 : « elle m'a expliqué que... ils avaient une seule pièce pour tous »

M10 : « ils vivaient dans un logement insalubre »

L'alimentation

(précarité alimentation)

Nous avons observé plusieurs types de discours concernant l'alimentation en situation de précarité. Tout d'abord l'aspect financier avec un accès plus difficile à l'alimentation (quantité et qualité). Ensuite la connaissance de ce qu'est une alimentation équilibrée, adaptée à un enfant. La volonté de se nourrir correctement a aussi été évoquée.

M2 : « Un enfant dont les parents (...) n'ont pas les moyens ou n'ont pas accès aux connaissances pour savoir ce qui est bon de manger pour un enfant. »

M10 : « Des familles qui ont des problèmes pour se nourrir à la fin du mois, ça arrive aussi. »

D) Une précarité sociale

Une précarité « globale » avec un « gradient » de difficultés

(précarité sociale-gradient)

Les médecins interrogés distinguent une précarité matérielle ou financière et une précarité sociale plus globale, incluant la précarité psychologique, affective ou éducative. La précarité n'est pas un principe binaire mais progressif avec un gradient de difficultés. La notion de gradient implique que si certaines familles cumulent les difficultés, dans d'autres familles les enfants sont au contraire protégés de la précarité. Une situation de précarité peut aussi être temporaire. Des questions sur la responsabilité des parents et la notion d'hygiène de vie ont été abordées.

M3 : « j'essaie justement dans ma patientèle de ne pas dire, tiens justement lui il est précaire par rapport à un autre qui ne serait pas précaire, mais d'avoir plus cette vision de gradient »

M6 : « Des personnes qui accumulent les difficultés... et les difficultés entraînent les difficultés. »

M9 : « Pour moi la précarité (...) d'un point de vue social (...) misère au sens euh... large du terme hein enfin voyez, je sais si... c'était Bourdieu je crois qui disait, le sociologue qui disait que la vraie misère c'est celle qui est globale, c'est-à-dire culturelle, intellectuelle... pas que l'argent.»

La précarité a des conséquences intergénérationnelles

(Intergénérationnel)

Un médecin a décrit des difficultés qui se reportaient d'une génération sur l'autre, les conditions de vie dans l'enfance influencent les conditions de vie des adultes qui influencent ensuite les conditions de vie de leurs enfants.

M10 : « Des enfants, des parents... des parents d'enfants. » ; « C'est des jeunes parents (...) elle n'a jamais travaillé du coup, elle est retombé enceinte tout de suite après derrière, donc ils en ont eu un deuxième. Et, elle ne travaille toujours pas, lui euh, il travaille il fait des petits boulots. Euh famille difficile parce que la grand-mère est alcoolique, et lui est un ancien enfant battu... Et elle, elle a fait de nombreux foyers (...) ils vivaient dans un logement insalubre (...) côté éducatif aussi, la violence dans le couple aussi ça a été compliqué... ils se sont séparés, donc les enfants sont moins bien, l'éducation est plus difficile... »

L'isolement

(isolement)

L'isolement est un élément important de la notion de précarité. L'absence de ce qu'on peut nommer un « support social » complique toutes les situations de la vie quotidienne.

M3 : « quand on est... plus favorisé (...) c'est pas grave si il y a un truc qui clash parce que... on a le support social qui permet de compenser »

M7 : « c'est aussi beaucoup la solitude dans la précarité »

M8 : « avec peu de ressources (...) au niveau de l'entourage aussi, du conseil qui peut être donné, euh conseil à tous niveaux... enfin, social »

Connaissances et niveau éducatif

(niveau éducatif)

Les connaissances et le niveau éducatif des parents vont influencer quotidiennement la prise en charge des enfants, le rapport aux soins, les relations sociales. Un médecin a mentionné l'illettrisme des parents.

M5 : « j'fais aussi le lien avec des familles plus en difficultés, avec un niveau de connaissance peut être moins... important »

M6 : « alors c'est toujours compliqué, on va relier précarité souvent et niveau social voire éducatif... assez... faible, souvent »

La barrière de la langue

(barrière langue)

La barrière de la langue peut induire une situation de précarité par l'isolement qu'elle induit, cela complique également des démarches quotidiennes. Les enfants, qui parlent français avant leurs parents, peuvent être interprètes de leur famille.

M8 : « ici on voit beaucoup de personnes qui ont des problèmes de langue (...) je pense qu'on peut mettre ça dans le lot de la... de la précarité »

Difficulté à la parentalité

(difficulté parentalité)

Les difficultés des parents pour assurer les soins et l'éducation de leurs enfants, parfois les difficultés relationnelles parents-enfants ont été décrites.

M1 : « il y a quand même aussi des situations de... de... de... euh... de mauvaise surveillance on pourrait dire, en fait, où la précarité elle peut être amenée comme ça aussi. Les enfants qui peuvent être mis en danger par un manque de... par un manque de rigueur des parents »

M2 : « elle est en difficulté relationnelle avec cet enfant parce que elle... elle lui crie après » ; « un enfant qui va ouvrir les tiroirs (...) et des parents qui vont soit ne pas s'en apercevoir, soit ne rien dire, ça veut dire que chez eux aussi il n'y a pas d'encadrement(...) qui est utile à l'enfant (...) pour savoir ce qui est dangereux pour lui »

Les carences : carences de soins, parfois malveillance et maltraitance

(carences)

La précarité et les carences ne sont pas nécessairement liées : les difficultés financières, ou le niveau socio-éducatif n'étant pas « proportionnels » évidemment aux soins que peut apporter un parent à son enfant : la notion de carence peut être en lien avec la précarité mais ne l'est pas systématiquement. Le manque de temps des parents, quelle que soit la raison peut être la raison d'une carence, en choisissant de traiter les carences liées au manque de temps dans un thème spécifique, nous soulignons le fait que toutes les situations de difficultés pour l'enfant ne sont pas dues aux conditions socio-économiques défavorables. Dans l'attention que le parent peut porter à son enfant, on remarque aussi un gradient. Des soins totalement adaptés à une carence de soins, une malveillance jusqu'à la maltraitance. Là aussi, en rapport ou non avec la précarité. Dans certaines situations de précarité extrêmement complexes, les difficultés du ou des parents sont telles qu'elles impactent le lien parents-enfants et on arrive effectivement à une situation de carence pour l'enfant. Les difficultés éducatives ou

relationnelles auraient également pu être incluses dans cette partie « carences » si nous n'avions choisi d'en faire un thème à part entière du fait de l'importance de cette problématique.

M2 : « ça peut être des parents pressés aussi » ; « La précarité c'est pas nécessairement un manque de... moyen ou d'argent, ça peut être aussi un enfant délaissé, tout simplement par ce que les parents sont... sont absents, ne sont pas là, ne font pas attention, peut être que la précarité de l'enfant s'inscrit... aussi, dans cette absence d'attention des parents vers l'enfant. »

M6 : « Oui alors après... grande précarité égale euh peut être des fois plus grand... enfin pas toujours, on peut pas relier ça... enfin si, carence de soins quand même en général aussi, je trouve, mais pas que... mais quand même. »

M9 : « Après il y avait des... alors est ce que ça rejoint la précarité ou... ça rejoint quand même une forme de misère sociale. Des fois il y a maltraitance à l'enfant, j'en ai rencontré quelque cas quand même. »

M3 : « il y a pas moins de soins enfin en tout cas pas moins d'attention à la santé de la maman pour les enfants mais je sais que tout est plus compliqué »

III.2.2 Le rôle du médecin généraliste et ses difficultés face à la santé de l'enfant en situation de précarité

A) Le repérage

C'est difficile

(repérage difficile)

M6 : « alors c'est pas toujours évident »

M8 : « Difficultés d'une part de... à repérer les enfants qui ont besoin d'être pris en charge. »

Certaines situations sont simples à repérer par l'administratif

(repérage administratif)

Le médecin peut repérer la précarité par le biais de l'administratif, c'est-à-dire par le type d'assurance maladie dont la famille bénéficie. Le fait d'avoir une CMU-C ou une AME a été identifié par les médecins interrogés comme un élément évocateur d'une situation de précarité. Deux médecins soulignent que ce n'est pas systématiquement synonyme de précarité.

M6 : « Quelqu'un qui est en CMU en général est plus facilement en situation de précarité que quelqu'un qui ne l'est pas. Ca va donc se voir tout simplement sur l'administratif avec la carte vitale. »

Les patients expriment leur difficulté

(dire les difficultés)

Certaines situations sont faciles à repérer car les parents évoquent spontanément leurs difficultés.

M6 : « ça va se voir si les gens disent les difficultés qu'ils ont au niveau de la... au niveau financier »

Les critères subjectifs

(repérage subjectif)

L'apparence extérieure ou le comportement permet parfois d'envisager une situation de précarité. Le médecin M6 précise qu'il peut s'agir de critères de jugement. L'analyse de l'apparence extérieure ou du comportement fait inévitablement partie du repérage mais ne suffit pas pour déterminer les difficultés d'un enfant, d'une famille.

M6 : « après c'est des critères très subjectifs aussi... voire des critères de jugement (...) sur l'apparence extérieure (...) sur la façon de s'exprimer »

M8 : « c'est au feeling (...) l'habillement compte »

Poser les questions, les tabous

(questions) (tabous)

Certains médecins posent des questions facilement. D'autres ne vont pas poser de question, ou de manière détournée, peut-être parce qu'ils ont des tabous ou une certaine pudeur. Même sans tabous ce n'est pas évident de poser les bonnes questions. Les patients peuvent aussi avoir des difficultés à aborder le sujet.

M4 : « J'questionne par rapport à l'alimentation... par rapport aux... oui euh... les conditions de... d'habitat... »

M6 : « Est-ce que j'en parle facilement ou pas oui... si j'fais des prescriptions d'examens je demande si ils ont une mutuelle pour savoir si ils vont être pris en charge, c'est important. »

M7 : « « Vous faites quoi, vous vivez de quoi ? », la question un peu de « Vous vivez comment et avec quels moyens ? » On peut arriver à la poser soit quand on fait connaissance, soit de temps en temps » ; « Mais voilà on demande la profession, voilà : chômage mais ça va pas forcément au-delà de ça. »

M8 : « les questions je ne les pose pas »

M5 : « Alors le mot précarité il va pas être évoqué. Euh mais c'est de façon euh... détournée qu'on va euh aborder (...) la précarité d'en parler directement c'est compliqué je pense. »

M6 : « Après il y en a qui sont très... gênés d'en parler. »

Des problèmes de santé stigmatisants, des « feux rouges »
(feux rouges)

Le repérage peut se faire par les conséquences sur la santé, il s'agit dans ce cas d'un dépistage *a posteriori*. Certaines pathologies sont considérées comme des pathologies très évocatrices de situations de précarité, on peut parler de pathologies stigmatisantes, comme l'hygiène déficiente, la mauvaise santé dentaire. D'autres pathologies, comme le surpoids ou l'obésité, l'asthme sont évoquées, par la quasi-totalité des médecins interrogés, de par leur épidémiologie. En effet ce sont des pathologies fréquentes, dont le lien avec la précarité est formellement établi. Ont aussi été cités comme moyens de repérage : les difficultés scolaires, les troubles du développement staturo-pondéral, la fréquence des consultations : un enfant qui revient très souvent ou un enfant qui surprend au contraire par la faible fréquence de ses visites. Egalement, les difficultés éducatives se manifestent en consultation. La présence de ces éléments interpelle les médecins ; c'est le signe de questions à approfondir. Ce sont des alertes, mais, bien entendu, tous les enfants en difficulté scolaire ou qui viennent souvent chez le médecin ne sont pas nécessairement en situation de précarité.

Pour que les éléments utilisés pour le repérage de la précarité *a posteriori* soient pertinents, il faut connaître les déterminants sociaux de santé, connaître les pathologies qui peuvent être déclenchées ou aggravées par la précarité ; c'est ce que propose M3. Le terme de « clignotant » a été utilisé par M7, nous avons fait le lien avec les « Feux rouges médicaux en pédiatrie » (27) ; ces éléments du repérage font donc partie des « Feux rouges : précarité-inegalités sociales de santé » que nous proposerons à la fin de ce travail.

M9 : « l'hygiène aussi qui est quand même euh... assez... qui nous alerte » « par l'état des dents »

M7 « au moment des rencontres par exemple pour un certificat... quand il y a des difficultés scolaires (...) ça commence à être un clignotant un peu plus important (...) je parlais des courbes de croissance etc mais aussi dans la scolarité ou l'adaptation à la crèche ou à l'école des signes de... que ça se passe mal à la maison »

M2 : « Alors moi je les identifierai déjà par le fait que c'est des enfants qu'on voit pas beaucoup, c'est-à-dire euh... on va voir un enfant on va se dire « tiens c'est curieux par qui il est suivi ? J'le vois pas beaucoup cet enfant ». »

M4 : « des enfants qui reviennent souvent euh... ça peut alerter aussi »

M3 : « J'trouve ça difficile à repérer dans le sens où dans notre formation, on l'a pas intégré en tant que... pour l'asthme je regarde les facteurs familiaux etc... on a un petit peu un listing des

déterminants de santé biomédicaux mais on n'a pas ce listing des déterminants de santé sociaux. On aurait tout bénéfice je pense, à les repérer de façon un peu automatique. »

Le repérage est facilité par la relation privilégiée avec le médecin généraliste

(repérage relation privilégiée)

Certains médecins expliquent que la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec leurs patients leur permet de repérer facilement les situations de précarité. Cette relation leur permet de poser des questions pertinentes, sans tabous, sans préjugés : le « diagnostic » d'une situation de précarité peut être affiné.

M1 : « c'est pas difficile (...) ici on connaît tout le monde, donc c'est assez simple »

M10 : « L'avantage dans notre métier c'est qu'on revoit les gens régulièrement donc on finit par les connaître un peu plus, ils finissent par se dévoiler aussi, ils nous expliquent leurs problèmes qui ne sont pas que médicaux purs quoi. »

B) Des prises en charge médicales complexes

Un gradient de retentissement sur la santé

(retentissement santé)

Concernant les conséquences de la précarité sur la santé, il y a encore une fois un « gradient ». Il peut n'y avoir aucune conséquence, mais, pour d'autres enfants, l'impact est bien réel avec une augmentation de la morbidité à long terme.

M1 : « Sinon non il n'y a pas vraiment de répercussion. »

M6 : « globalement moi je relie précarité et plus grande morbidité en général (...) donc un retentissement fort sur l'état de santé (...) c'est des enfants que je vois plus souvent en général, et plus souvent malades »

Une difficulté à faire le lien entre la santé et la situation sociale

(lien santé-social)

M3 : « Et puis après au niveau euh littérature, je suis pas au clair avec les influences de des conditions de, alors les conditions sociales en général avec la santé oui mais là spécifiquement sur ce cas d'asthme je me suis pas posée la question. » ; « là est ce que ça peut être... en rapport ? On sait pas, enfin moi je sais pas »

Multiplicité des pathologies

(pathologies)

Les médecins ont rapporté des pathologies en lien avec la précarité, ce n'est pas une liste exhaustive. La littérature rapporte encore d'autres pathologies pour lesquelles la précarité est un facteur de risque conséquent. Les pathologies évoquées sont : le retentissement sur la périnatalité, le retentissement sur le développement staturo-pondéral, le surpoids et l'obésité, le retentissement sur le développement psycho moteur, sur le plan psychiatrique, sur le sommeil, la scolarité, la réalisation du calendrier vaccinal, les pathologies infectieuses de la petite enfance, des pathologies infectieuses plus spécifiques de la précarité comme la tuberculose, l'hygiène corporelle et dentaire, les accidents domestiques.

M2 : « le retentissement de cette dame enceinte avec un enfant qui a, qui a douze-quinze mois et qui est isolée, c'est d'abord un retentissement sur sa grossesse, sur le fœtus qu'elle a dans le ventre, elle est très mal suivie pour sa grossesse, elle fait pas les examens qui lui sont prescrits »

M3 : « Alors oui il y a la prématurité (...) en général, prématurité et précarité. »

M7 : « sur les courbes de poids, le développement »

M7 : « l'obésité ça fait aussi partie des maladies euh, des choses qui affectent (...) les enfants qui vivent dans la précarité »

M7 : « le développement psychomoteur... euh, euh, plus embêtant » ; « J'ai vu des enfants qui avaient des troubles du langage. »

M5 : « des troubles du comportement de... de l'ainé, avec euh une agressivité, et une violence verbale, euh intrafamiliale puis scolaire »

M7 : « Et puis euh peut être un petit peu plus de dépression, enfin ce que j'imagine être de la dépression. »

M3 : « il y avait une demande de... de traitement pour faire dormir les enfants »

M1 : « ça se décline immédiatement au moment de l'école en fait, et en fait ce sont des gamins qui sont rapidement en situation d'échec scolaire, en fait, et c'est plus leur vie sociale en fait (...) la répercussion »

M9 : « Y a un retentissement par rapport au retard au niveau de la vaccination... ça c'est vraiment quelque chose d'important. »

M1 « des parents qui avaient attrapé la tuberculose et qui ont contaminé un certains nombre d'enfants, donc là oui ils étaient physiquement affectés par le... la précarité »

M6 : « des enfants que je vois plus souvent en général, plus souvent enrhumés, parce que le logement est moins bien aéré, parce que le tabagisme passif, parce que moins d'hygiène de lavage des mains... parce que plus grande, souvent aussi, promiscuité donc plus grande contamination »

M5 : « deux enfants sur les trois sont suivis pour de l'asthme... un asthme relativement sévère (...) une habitation ancienne avec des problèmes d'humidité... j' pense que... on peut trouver un lien »

M9 : « Dans une famille par exemple j'ai vu un enfant qui était tombé et qui s'était cassé les deux avant bras hein par exemple. Parce qu'elle était tombée d'un lit... superposé, où elle aurait sans doute pas dû être. »

Adapter les prises en charge médicale au contexte social

(s'adapter)

La prise en charge médicale, habituelle, est assurée par les médecins généralistes : dépistage, prévention, éducation thérapeutique, suivi, coordination des soins autour du patient. Ces actes de la vie quotidienne du médecin sont parfois plus difficiles car il faut adapter la prise en charge du fait des difficultés familiales : accès au spécialiste, choix des examens complémentaires, adapter son message.

M10 : « le même que pour tous les patients, c'est de la prévention, c'est d'être disponible, c'est dépister (...) puis traiter quand même, faire le suivi, traiter les problèmes médicaux quand ils existent et puis orienter éventuellement, puis coordonner les soins entre les spécialistes » ; « Etre présent avec les parents, expliquer aux parents, se mettre à la portée des gens puisqu'ils ne comprennent pas toujours les mots des spécialistes (...) On est là pour expliquer aux gens et qu'ils aient une meilleure observance du traitement. »

M6 : « Euh... les difficultés que j'ai c'est... des fois on aimerait bien effectivement faire des... ça m'est arrivé d'être en difficulté des fois pour certaines prescriptions, des examens complémentaires quand il n'y a pas de mutuelle (...) la prise de sang pour la toxo j'ai du attendre un peu avant de la faire. »

M7 : « Dans la précarité il y a par exemple l'obésité, de recommencer à dire aux gens « il faut manger comme ci, il faut faire comme ça » quand il y a pas l'argent pour, quand la situation sociale est très compliquée, c'est difficile d'arriver avec nos conseils de base donc il faut voilà, se réadapter. » ; « l'éducation thérapeutique est beaucoup plus difficile à... beaucoup plus difficile »

Le carnet de santé

(carnet)

Le carnet de santé est un outil qui n'est pas suffisamment utilisé.

M2 : « Oh et puis tiens on n'a pas le carnet de santé... peut être qu'il a été perdu, peut être qu'on vient pas sciemment avec »

M9 : « « Faudra pas oublier le vaccin de telle date » Vous le marquez, rappel à six ans, sur le carnet, mais il est pas ouvert. Et encore quand le carnet est là ! Une autre difficulté c'est le manque de suivi

parfois du carnet quoi. « Ah mais non j'l'ai oublié ! » Ah oui oui ! Et du coup on sait pas ce que l'autre médecin a fait... »

Le manque de formation des médecins généralistes sur la précarité

(formation MG)

La plupart des médecins ont relevé que leur formation initiale ne concernait pas les thématiques abordées pendant l'entretien : la précarité ou les inégalités sociales de santé. La formation sur ce sujet dépend des parcours et de la volonté de chacun. La formation leur paraît utile. Les situations informelles de formation peuvent être : le contact avec des professionnels formés à ces prises en charge, les stages d'internat, les formations médicales continues, l'enseignement. La formation peut aussi être individuelle, avec des lectures, parfois dans le cadre d'une « vocation » ou d'un souhait de travailler spécifiquement avec des patients en situation de précarité. Les médecins interrogés n'ont pas fait leurs études en même temps et n'ont donc pas bénéficié du même enseignement sur ce sujet.

M1 : « Oui je pense que ça peut être utile mais je n'en ai pas eu du tout non. »

M5 : « J'pense que ça tient de la personnalité du médecin, parce qu'on peut se fermer. »

M9 : « Après on se forme un peu soi même hein. Parce que, en travaillant avec les travailleurs sociaux on apprend. »

Améliorer la formation sur les inégalités sociales de santé

(améliorer formation)

Les inégalités sociales de santé doivent bénéficier d'un enseignement pluridisciplinaire et transversal, lors de la formation initiale et continue.

M4 : « une formation ça pourrait être intéressant sur... comment déjà mieux repérer...parce que je pense qu'on passe à côté quand même de pas mal de choses donc comment mieux repérer »

M7 : « c'est psycho-social et que dans le social on n'y connaît pas grand-chose (...) on rencontre pas les travailleurs sociaux, les assistantes sociales, les éduc' (...) on sait même pas ce qu'ils font (...) on devrait pouvoir se rencontrer (...) dans notre cursus (...) ça pourrait faire partie de la formation initiale »

Les réseaux de soins

(réseaux)

Des interlocuteurs bien identifiés, formés aux problématiques de la précarité constituent une aide précieuse pour les généralistes. Des médecins ont expliqué le besoin de ne pas être seul pour s'occuper des situations complexes en pédiatrie. L'efficacité de ces réseaux va dépendre de la qualité des liens mis en place. Certains médecins décrivent des réseaux de soins médico sociaux locaux suffisants et

efficaces ; d'autres regrettent des difficultés de communication (disponibilité et accessibilité ou visibilité des interlocuteurs). Le travail en équipes lors de réunions pluridisciplinaires est particulièrement apprécié. La question du temps passé pour ces prises en charge a aussi été évoquée comme une difficulté. Les interlocuteurs prioritaires, pour ces médecins, sont les assistantes sociales et les équipes de PMI. Les autres interlocuteurs cités sont : le médecin scolaire, la pédopsychiatrie, les services hospitaliers de pédiatrie, ou un accompagnement associatif.

M6 : « on a besoin d'échanger, d'avoir des infos d'autres professionnels, qui nous informent de tel ou tel soucis avec tel enfant, et nous c'est fondamental pour notre prise en charge »

M4 : « Hmm... pas... pas forcément hein (...) ça m'est arrivé une ou deux fois d'appeler l'assistante sociale (...) c'est pas toujours facile hein euh... on les connaît pas forcément bien... on sait pas trop à qui s'adresser c'est sûr. »

M9 : « J'aime particulièrement quand ce sont les éducateurs ou les assistantes sociales qui font appel à moi, parce que là pour le coup on sait qu'on va être face à une situation difficile (...) c'est vraiment un travail intéressant, c'est-à-dire que on échange si vous voulez nos points de vue pour le bien des personnes... mais moi avec mon regard médical, elle avec son regard social. »

M7 : « on a eu plusieurs familles pour qui j'ai travaillé en partenariat avec la PMI, et puis on faisait des réunions de concertation, on discutait, on se réunissait pour discuter (...) quand ça touche l'enfant et que c'est trop lourd j'travaille avec la PMI »

C) Sur le plan relationnel

Les relations enfants-parents-médecin

(relation trio)

Les consultations de pédiatrie reposent sur le trio relationnel enfants-parents-médecin. Certains médecins ont décrit des difficultés relationnelles spécifiques aux situations de précarité. Ils ont insisté sur la nécessité de mettre en place une relation de confiance, un accueil sans jugement, préalable à la prise en charge médicale. Les difficultés relationnelles peuvent concerner : la responsabilisation des parents lorsqu'elle semble nécessaire, des difficultés à comprendre réellement les difficultés des familles du fait d'un « fossé socioculturel ». Des modèles de relation « dominant-dominé » où le médecin apparaît comme dominant du fait de son savoir, sont rapportées. Certains médecins ne rapportent aucune difficulté relationnelle.

M5 : « parce que finalement les mamans sont relativement à l'écoute. Quand il y déjà une confiance d'établie...on va réussir à amener les choses (...) de par la confiance qui est mise... mise en place souvent depuis un p'tit moment on va aborder certaines choses plus facilement. »

M9 : « Un rôle de conseil, pour l'enfant lui-même, euh... j'essaie moi avec les enfants, toujours de les impliquer. (...) je suis en train de m'occuper d'eux, c'est de leur santé dont il s'agit (...) qu'ils se sentent bien dans mon bureau (...) c'est important pour moi que l'enfant se sente rassuré(...). Mais que l'enfant lui-même puisse se prendre en charge, enfin qu'il apprenne à être un petit peu acteur... même si il est jeune, et tout petit, parfois il peut être acteur déjà hein. Expliquer à un enfant que c'est important qu'il se brosse les dents (...) où qu'il mange de la viande (...). Ca m'a été dit après, en retour, « ah bah puisque vous lui avez dit » voilà, « nous on nous écoute pas ». »

M3 : « C'est difficile d'explorer les représentations quand on est dans un cadre un peu dominant-dominé parce que... on n'a pas trop fait le choix... et on impose un peu la consultation... alors le moins possible mais (inspiration) et donc on est pas dans un climat favorable à juste vouloir offrir justement cette possibilité de soins parce que on est un peu, un peu dans l'injonction de soins quoi. »

Le soutien à la parentalité

(soutien parentalité)

Le médecin généraliste se trouve parfois dans un rôle de soutien des parents qui dépasse le cadre du champ médical.

M5 : « j'pense plus à l'éducation à proprement parler des enfants (...) c'est peut être pas comme ça qu'il faut faire » ; « Pour des problèmes médicaux purs mais aussi pour des problèmes euh... des problématiques éducatives en fait, des conseils euh aux parents. »

M6 : « une plus grande nécessité de rappeler aux parents des conseils qui tombent un peu sous le sens mais qui ne sont peut être pas évidents pour certains de ces parents là. » « Après sur la prise en charge... c'est le côté éducatif des fois, connaissances générales...y a un gros boulot des fois de... d'éducation à faire tout simplement, de règles éducatives... euh... de base »

D) L'accès aux soins de l'enfant en situation de précarité : des obstacles à plusieurs niveaux

Les transports

(accès transport)

C'est une des conséquences de la précarité financière. La situation géographique, c'est-à-dire l'éloignement des grandes villes ou des centres villes, complique l'accès aux soins. L'accès aux soins est plus compliqué pour les examens complémentaires et les spécialistes de par leur répartition sur le territoire que l'accès aux généralistes. Les services d'urgences et hospitaliers sont dans les villes.

M3 : « La maman elle vient à pied au cabinet (...) à pied c'est compliqué, c'est toujours plus compliqué ! (...) j'aimerais bien les voir plus (...) mais les faire revenir (...) c'est pas si simple ! »

M10 : « Il y a un problème de transport. C'est-à-dire que les gens par exemple, si ils veulent voir un spécialiste (...) il faut prendre le car, donc quand ils travaillent c'est un peu compliqué quand ils ont pas de moyen de transport ou pour mettre de l'essence dans la voiture (...) ça va être lié ça, à la situation géographique. »

L'obstacle financier

(accès financier)

La question financière du soin est primordiale, elle a été mentionnée par la quasi-totalité des médecins. L'accès aux soins est conditionné par l'accès à une assurance maladie adaptée. Il existe la protection maladie universelle (remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base depuis le 01/01/2016, les conditions d'obtention sont soit le travail, soit la résidence stable en France), elle concerne la prise en charge des frais de santé relevant de la partie « obligatoire » de l'assurance maladie. Il y a aussi le financement des assurances maladie complémentaire : CMU-complémentaires (CMU-C), aide au paiement d'une complémentaire santé. Egalement, l'aide médicale d'état (AME). Puisque ces dispositifs (CMU-C et Aide à l'acquisition d'une mutuelle) sont sous conditions de ressources, les familles ne pouvant pas en bénéficier, se situant « juste au dessus » des seuils, constituent une population pour qui la question de l'obstacle financier aux soins est d'actualité. L'obstacle financier peut concerner parfois seulement les examens complémentaires ou consultations spécialisées, notamment en l'absence d'assurance maladie complémentaire (mutuelle). Lorsque les médecins évoquent le tiers-payant, il s'agit d'éviter l'avance des frais sur la partie obligatoire.

M7 : « justement quand t'as la CMU oui mais quand tu l'as pas enfin quand t'es juste au dessus c'est difficile, j'fais le tiers payant mais euh, ça ça se sait par le bouche à oreille enfin le tiers payant sur la part obligatoire, euh et puis la mutuelle quand t'as pas de mutuelle de toute façon, ça ça bloque »

M6 : « ceux qui ont des droits sociaux qui leur permettent de venir facilement sans payer une consultation, on les voit plus facilement, ceux qui ont la CMU par exemple, on les voit plus facilement que ceux qui n'ont pas les moyens de payer et qu'on va voir moins souvent » «ça m'est arrivé d'être en difficulté des fois pour certaines prescriptions, des examens complémentaires, quand il n'y a pas de mutuelle »

M8 : « J'pense pas que l'accès aux soins soit plus difficile. Dès lors qu'ils ont les aides voulues (...) Dans la mesure où (...) ils n'ont pas à se poser la question du... du du financement... »

Gestion administrative - rôle d'information sur les droits

(administratif) (info droits)

Suite à cette partie obstacle financier, nous pouvons relier la problématique des difficultés administratives et de connaissances des droits. Les médecins peuvent jouer un rôle d'information.

M6 : « qui sont en grande difficulté euh... parce qu'il sont paumés sur le plan des démarches administratives, euh et qui font que... ils savent pas qu'ils sont des droits »

M2 : « j'ai un document je leur donne »

Le temps

(temps parents)

La disponibilité des parents pour emmener leur enfant chez le médecin va aussi rentrer en compte. Le manque de temps n'est pas une caractéristique de la précarité mais celui-ci y peut être lié (conditions de travail par exemple). Si ce manque de temps est associé à un isolement social cela va renforcer l'obstacle alors qu'une personne qui n'a pas ces difficultés pourra plus facilement trouver le soutien nécessaire pour cette démarche de soins : confier les autres enfants à des proches de confiance, répartition des rôles avec le conjoint, par exemple.

M2 : « il y a des parents je pense, qui n'ont physiquement pas le temps, je pense à des femmes (...) qui ont un travail... précaire (...) s'occuper d'un enfant c'est très compliqué... parce que les gens n'ont pas le temps »

M3 : « les mamans, qui sont toutes seules à la maison, qui ont plusieurs enfants à gérer (...) c'est pas facile de trouver un créneau de consultation ! »

La discrimination

(discrimination)

Une discrimination volontaire de la part des médecins été citée par un médecin, M3, cette discrimination a été mise en évidence dans la littérature, envers les personnes bénéficiant de la CMU ou de l'AME. La rigidité du cadre libéral est considérée par M3 comme une autre forme de discrimination, plus subtile. Ce paragraphe est suivi par un paragraphe sur le temps et la nécessité d'assouplir le cadre libéral, ce que font spontanément certains médecins. Les inégalités territoriales de démographie médicale, source d'inégalités, peuvent être rapprochées de ce thème. Des médecins soulignent aussi qu'il n'y a pas de discrimination dans l'accès aux soins.

M3 : « Alors il y a aussi de la discrimination de fait hein, pas forcément consciente mais euh... euh, on sait que c'est plus difficile pour les patients CMU de consulter (...) c'est dans la littérature (...) j'me dit que c'est pas que des discriminations conscientes, et j'me dit que peut être il y a une part de discrimination qui est liée à notre organisation, qui est involontaire mais sur lesquels si on n'y prend pas garde on est responsable de la discrimination euh... Mais en tout cas cette question de la discrimination elle se pose pas en tant que blocage au téléphone, comme ça a été montré dans les études(...) mais une discrimination plus insidieuse (...) par rapport à l'organisation des soins. »

M10 : « Ca crée de l'inégalité je pense entre celui qui est pris en charge à V' et celui qui est pris en charge à V »

M9 : «Alors, moi ça, deux mots qui me hérissent un peu « accès aux soins » parce qu'on entend ça partout dans les médias (...) parce que il me semble que... que les médecins sont disponibles »

Le premier recours

(premier recours)

Le médecin généraliste est un des premiers interlocuteurs dans le système de soins, pour certaines personnes en situation de précarité il est le seul.

M2 : « le médecin généraliste, il doit, il a obligatoirement un rôle parce qu'il voit euh... il voit passer un peu toute la population, de son quartier ou de plus loin (...) les parents ont un accès plus facile au généraliste qu'au pédiatre »

M4 : « les gens qu'on voit régulièrement, oui bah j'me dit que quelque fois ils ont pas beaucoup d'autres interlocuteurs ! »

M6 : « nous on est là, un peu le phare au milieu de la tempête des fois pour eux, le seul repère qu'ils ont »

Connaissances en santé

(connaissance santé)

La méconnaissance de ce qui peut être un problème de santé ou un élément de gravité peut être un obstacle aux soins complets ou induire des retards à la prise en charge.

M2 : « un obstacle ça peut être aussi la méconnaissance, c'est-à-dire que... parfois on ne va pas se soigner, parce qu'on méconnaît un problème, donc ça fait partie de ce que les gens savent aussi... de la maladie, de ce qui pourrait être de la prévention, de ce qui pourrait être, euh... entraîner des problèmes pour l'enfant » « une méconnaissance que la qualité de l'air influe sur la santé de l'enfant » ; « il peut y avoir une méconnaissance que si on ne se lave pas les dents régulièrement on peut avoir plus de sinusite, de pneumonies (...) si on a des caries dentaires, ça peut impacter la santé de l'enfant plus tard »

La démarche de soin

(démarche soin)

Un rapport distant aux soins et à la santé se ressent chez certaines familles en situation de précarité, c'est le témoin d'une souffrance morale importante ; le fait de se préoccuper de sa santé et de celle de ses enfants peut être difficile dans certaines situations de précarité complexe. Les parents peuvent être

amenés à refuser une prise en charge proposée par un médecin. La question du jugement, de la peur du regard de l'autre fait partie de ce thème.

M1 : « parce que c'est ça aussi un effet de la précarité, c'est que les gens sont, les gens en situation précaire ils ont du mal à venir, à... en fait quand ils viennent ils se sentent pas bien »

M2 : « parfois l'enfant il vient pas parce qu'il est pas malade mais parfois il vient pas parce que les parents n'ont pas le temps, ou ne veulent pas, ou... ou savent qu'il n'ont pas fait ce qu'il fallait faire ou... ou sont déficient par rapport à l'enfant »

M5 : « les parents avaient été suivis mais avec un peu plus de difficulté parce que eux était un peu... fermés à cette prise en charge » « (les obstacles) peuvent venir aussi des parents comme euh, comme ce qui peut être proposé comme suivi au patient »

M6 : « il y avait aussi le fait de ne pas se préoccuper de sa santé tout simplement. Et là on est devant des gens vraiment en grande difficulté financière et morale je pense. » ; « c'est compliqué au niveau de la personnalité des parents aussi, qui sont pas trop pour... des suivis médicaux rapprochés »

M9 : « J'pense que l'accès il est plus dans la démarche. Moi je pense que c'est plus, et c'est ça la vraie misère, à mon avis, c'est de rester enfermée dans sa misère. » ; « Est ce qu'ils ont des peurs ? Du regard de l'autre ? »

La compréhension de la prise en charge proposée (compréhension prise en charge)

Les difficultés de compréhension des prises en charges proposées constituent un obstacle aux soins secondaires.

M9 : « C'est une petite fille qui faisait de l'asthme du nourrisson, ça a été très difficile de faire... voyez. Donc elle a fait beaucoup de passage aux urgences parce que... malgré les consultations et les consignes qu'on donnait... la maman n'arrivait pas à gérer. »

Une mauvaise utilisation du système de soins (utilisation système soin)

Nomadisme médical, recours inapproprié aux urgences, des hospitalisations itératives (une problématique aux explications multiples). La compréhension du fonctionnement du système de soins est difficile pour certaines familles. Les difficultés à prendre des rendez-vous peuvent rentrer dans ce cadre. Une mauvaise utilisation du système de soin peut être due à la difficulté de compréhension de celui-ci, à une mauvaise évaluation de la situation clinique de l'enfant, ou à des contraintes matérielles.

M3 : « des fois ils changent de médecins, puis ils reviennent etc, donc c'est difficile de faire... un suivi établi »

M4 : « les gens sont peut être pas au courant des structures...des structures qu'il y a »

M10 : « c'est vrai que chez ces personnes là il y avait des hospitalisations itératives quand même »

Il n'y a pas d'obstacle à la démarche de soins

(pas d'obstacle)

M6 : « Un certain nombre d'enfants c'est vrai que je me dis qu'on arrive à les voir facilement. »

M8 : « Alors j'ai pas cette impression, j'ai l'impression au contraire que les parents auraient tendance à, dès que quelque chose ne va pas à... à venir oui (...) Voilà, donc je pense, j'ai ce sentiment là qu'ils viennent assez facilement consulter quand quelque chose ne va pas (...) j'ai l'impression que les parents viennent consulter bien volontiers. »

Le suivi

(suivi)

Le suivi est une notion importante pour les médecins généralistes. La difficulté à instaurer un suivi est le résultat des différents points abordés précédemment : démarche de soins, adhésion aux soins, obstacles « techniques » aux soins... C'est un frein à toutes les démarches que peut proposer le médecin. On note une inquiétude particulière envers les enfants qui ne sont pas « suivis », qui ne sont pas vus par les médecins généralistes.

M2 : « on va le voir une fois par an, et à cette occasion on va dire « Je vous avais prescrit la dernière fois un vaccin, est ce qu'il a été fait ? » (...) si je les vois pas c'est qu'il y a quelque chose peut être »

M3 : « Après si, mais justement c'est ceux qu'on voit moins hein! Ceux qu'on suit bah il y a moins de difficultés ! »

Le temps (du médecin généraliste)

(temps MG)

La difficulté la plus rapportée par les médecins généralistes est le manque de temps, alors que tous soulignent la nécessité justement de prendre du temps. La question du temps peut être reliée à tous les thèmes abordés dans l'analyse.

M4 : « y a souvent un manque de temps pour prendre en charge beaucoup de choses ! (...) Euh oui oui c'est sûr que... on peut intervenir... mais là aussi c'est sûrement un manque de temps »

M7 : « les parents vont pas forcément respecter les horaires (...) des fois il y a un manque de temps aussi, quand ils arrivent à n'importe quel moment, se donner du temps c'est pas toujours simple »

Assouplir le cadre libéral

(assouplir le cadre)

Des médecins expliquent devoir « assouplir » le cadre libéral afin que celui-ci ne constitue pas un obstacle aux soins, cela concerne essentiellement la gestion du temps, de l'agenda. C'est une réponse à la question de la discrimination « insidieuse » dans l'accès aux soins abordée précédemment.

M3 : « des fois il faut des consultations d'une heure et tant pis on peut pas faire une heure et donc c'est comme ça, et ben... et ben des fois quand même, on passe une heure de consultation, ça nous a plombé notre planning, mais après et ben on repasse quand même que vingt minutes parce qu'on a eu besoin de plus de temps, on a décortiqué et on sait là, et on peut repartir » ; « j'ai dit des fois aux patients « J'connais vos difficultés donc n'hésitez pas à dire à la secrétaire que c'est vu avec moi » qu'elle me passe la communication pour qu'on puisse... des fois je réserve des créneaux entre midi et deux »

M7 : « Il faut accepter, moi j'essaie de poser un cadre, à peu près, avec mes patients habituels (...) c'est un peu hors cadre et faut laisser le hors cadre parce que sinon tu passes à côté quoi. T'es énervé, ils arrivent pas à l'heure tu les vois en deux minutes ça donne rien. »

L'égalité des chances en santé

(égalité)

On note une volonté des médecins généralistes de viser une certaine équité des soins.

M3 : « on n'a pas les mêmes capacités à faire des choix (...) enfin ce que je conçois de mon boulot c'est de... c'est de pas forcément faire l'égalité en terme de santé parce qu'on peut faire le choix de pas faire un suivi médical et tout, mais de faire l'égalité sur la possibilité de faire ce choix ou non. C'est-à-dire d'avoir vraiment toutes les ressources pour pouvoir faire ce choix, et pas... juste d'avoir des représentations qui fait que on se dit que ça sert à rien sans en avoir été vraiment bien informé »

M10 : « J'essaie de pas faire de différence, enfin pas essayer je traite tout le monde de la même façon »

Le médiateur en santé

(médiateur)

Une proposition : le recours à des professionnels dont le rôle serait d'accompagner les familles en difficulté dans les démarches de soin. La médiation peut être un moyen de faciliter l'égalité des chances en santé.

M2 : « Le médecin généraliste (...) il a un rôle mais son rôle est limité par le fait que...il a un temps dévolu de consultation...et que derrière cette consultation, il n'y a rien, enfin si il n'y a pas une

structure à côté qui prend le relais, et où les gens veulent bien aller (...) son rôle s'arrête là. Donc je pense que le rôle du médecin généraliste aurait plus d'efficacité si il y avait un relais (...) la frustration de ne pas avoir un prolongement (...) qui permettrait de, d'accompagner au-delà de la consultation, physiquement, administrativement la personne ou les personnes vers ce qui pourrait les aider. »

M9 : « Le pôle social m'a appelé, m'a demandé : « Est-ce que vous voulez bien madame M voir cette dame et après vous verrez les deux enfants ? », J'ai dit « Bah oui bien sûr ! Est-ce que vous l'accompagnerez ? » « Oh bah non elle va savoir se débrouiller ». Et total que le premier rendez vous elle est pas venue, elle est pas venue ! Alors j'ai rappelé la... la travailleuse sociale qui m'avait appelé, et j'ai dit ben « Voyez ? Vous n'êtes pas venue mais elle n'est pas venue non plus ». Donc... bon deuxième rendez vous elle est venue, avec elle ! »

E) Sur le plan émotionnel (les médecins)

Certains médecins expliquent ressentir des émotions particulières lors de ces situations de précarité, d'autres non.

(pas d'émotion)

Empathie - tristesse

(empathie-tristesse)

M6 : « bon des fois c'est un peu dur, de voir les conditions dans lesquelles ils vivent » « c'est difficile des fois de ne pas... avoir de sympathie, au sens « souffrance avec » vis-à-vis de certains enfants dont on voit le parcours et les conditions de vie particulièrement euh... difficiles voir glauques et... voilà quoi et de pas avoir de la peine pour ces enfants. » ; « beaucoup de compassion (...) et de sympathie »

M7 : « J'me dis le suivi il est un peu hors cadre et ben la distance elle est un peu hors cadre aussi. Des fois ça affecte un peu. »

Colère-sentiment d'injustice

(colère)

Colère envers la société dans laquelle on vit, sentiment d'injustice, ou colère envers les parents qui sont responsables en partie de la situation.

M2 : « l'émotion c'est de se dire que ces enfants ils ont... d'abord un, ils sont souvent stigmatisés à l'école (...) donc un sentiment d'injustice (...) et puis l'émotion c'est de se dire que oui ces enfants en étant aidés, ils pourraient être en meilleure santé, avoir l'air moins pâles, et moins délaissés »

M6 : « Un peu de colère des fois de voir du gâchis en fait de... parents qui pourraient euh... limiter ces situations de précarité mais qui font rien pour, qui continue à avoir un mode de vie qui les enfonce

dans la précarité, les enfants en pâtissent alors qu'on pourrait, avec des mesures simples des fois, améliorer les choses. »

M7 : « ça peut être la colère de la société actuelle (...) la sensation d'injustice pour eux »

Inquiétude

(inquiétude)

M7 : « ça peut être l'inquiétude vraiment de rentrer chez soi de se dire mince comment ça va se passer pour les enfants »

Frustrations – sentiment d'impuissance

(frustration)

M2 : « la frustration c'est de ne pas pouvoir euh... de pas pouvoir (...) on peut dire les choses (...) c'est une petite frustration de dire à des gens ce qu'ils pourraient essayer de faire pour euh... s'adapter mieux dans le monde dans lequel ils sont »

M7 : « On n'est qu'une goutte d'eau, on participe un peu, on écoute... la bienveillance c'est déjà ça mais ça change pas... ça change pas grand-chose quoi. »

M8 : « Des frustrations oui c'est certain par ce que... j'ai souvent l'impression de parler dans le vide. De pas du tout être perçu... oui c'est frustrant ! Je ne me met pas forcément en colère pour autant ou ça ne me fait pas pleurer mais... c'est dommage. »

M9 : « Frustrations, j'en ai eu beaucoup sans doute (...) parce qu'on aimerait tellement tout bien faire ! »

Des situations qui demandent plus d'énergie

(énergie)

Ces situations demandent plus d'attention et d'énergie, en rapport avec la complexité des situations.

M6 : « Il faut déployer plus d'énergie j'trouve pour un certain nombre de famille en situation de précarité pour arriver à... au même résultat en fin de consultation. »

M6 : « plus grande nécessité de vigilance »

M7 : « moi j'peux pas, j'arrive pas à en voir trop quand même quoi »

Se sentir utile, la reconnaissance

(reconnaissance)

M9 : « c'est des émotions plutôt positives, dans le sens où... on sent qu'il se passe vraiment quelque chose... vous voyez ? (...) on a été là au bon moment, on a pu dire la parole qu'il fallait »

M6 : « on leur apporte quelque chose euh, ils savent qu'on est là pour les aider »

Prendre du recul

(recul)

M9 : « Il faut essayer de rester quand même euh... suffisamment humble pour euh bah voilà... On va pas révolutionner les choses. »

M5 : « j'pense qu'il faut aussi garder un peu ses émotions pour... mieux gérer la situation »

M6 : « Après j'arrive à prendre du recul souvent. »

IV. DISCUSSION

IV.1 PRINCIPAUX RESULTATS

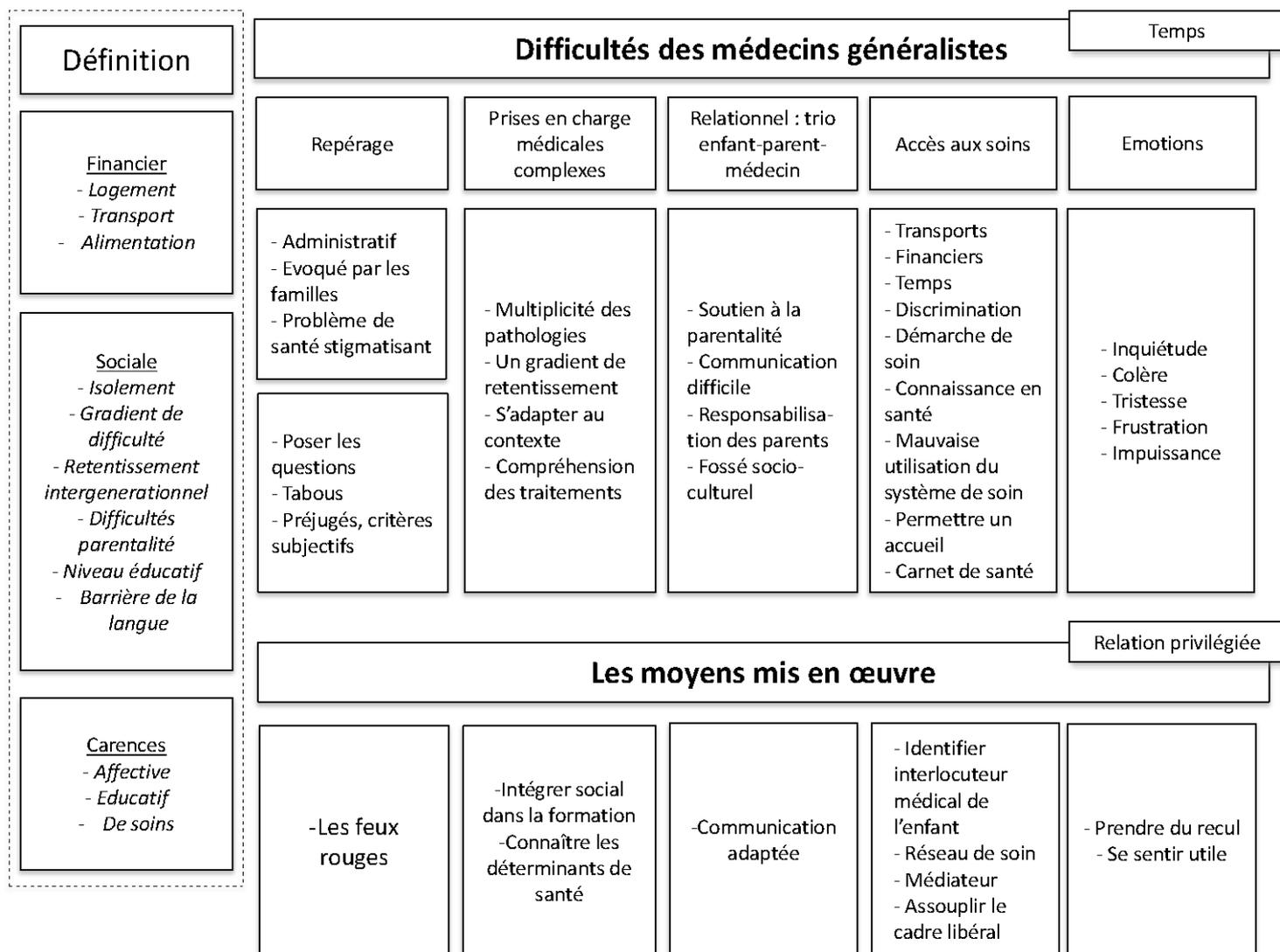


Figure 1 Principaux résultats

Les principaux résultats vont nous permettre de choisir 3 axes de réflexions : le repérage des situations de précarité pour l'enfant, le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins et l'accès aux soins de l'enfant en situation de précarité ; enfin nous nous intéresserons à l'importance de la communication dans ces situations. Le temps du médecin généraliste apparaît comme une difficulté à tous les niveaux. En effet, toutes les étapes de la prise en charge de ces enfants, de l'accueil et l'identification des difficultés à la proposition de soins pouvant impliquer d'autres interlocuteurs, nécessitent un temps conséquent. En revanche la relation privilégiée que peut entretenir le médecin traitant avec les familles constitue une aide précieuse à toutes les étapes.

IV.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

La méthode qualitative a permis une analyse sans a priori à la différence d'un questionnaire. L'analyse du verbatim a été faite par 2 lecteurs pour minimiser les biais d'interprétation avec définition des thèmes a posteriori.

L'interprétation et la généralisation de ces résultats doivent prendre en compte quelques limites. Tout d'abord l'inexpérience de l'enquêtrice s'est manifestée lors de quelques entretiens avec, d'une part, la difficulté à respecter les règles de l'entretien semi-dirigé (neutralité, questions ouvertes), et, d'autre part, la difficulté à centrer la discussion sur les enfants sans perdre l'objectif de répondre à la question des difficultés. Il est également possible que la difficulté à s'exprimer sur un sujet sensible ait pu amener à taire certains sujets et donc à amener un biais. On peut supposer des tabous, les médecins ont semblé prudent sur les mots utilisés ; en témoignent les nombreuses hésitations. Peut-être se méfient-ils de leur propre jugement de valeur ? Peut-être se soucient-ils d'avoir un discours « politiquement correct » ? D'autres freins à la libre parole viennent avec la peur du jugement sur les pratiques. Cependant, il avait été bien précisé lors de la présentation du travail qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation des connaissances mais seulement de parler de ses difficultés. Il est possible que l'enregistrement ait modifié les réponses des médecins malgré l'anonymat des verbatim retranscrits. Des biais liés à la relation interviewer-interviewé peuvent également être envisagés dans la mesure où certains interviewés connaissaient le médecin interviewer et auraient donc pu adapter leurs réponses pour se rapprocher de ce qu'ils pensaient être les opinions de l'enquêtrice. L'intérêt pour le sujet est un biais inévitable puisque les médecins ayant répondu favorablement à la demande de participation sont plus facilement intéressés par la question que ceux qui ont refusé. La question de recherche elle-même a pu influencer les réponses puisqu'il s'agissait d'étudier les difficultés face à la précarité. Cependant, de façon spontanée, plusieurs d'entre eux ont évoqué des solutions mises en place face à ces difficultés, ne se cantonnant donc pas uniquement à l'aspect compliqué, parfois décourageant, de la question. Enfin, nous avons fait le choix de n'interroger que des médecins généralistes, alors que les acteurs autour de la précarité sont multiples. Il serait intéressant de recueillir les témoignages et les réflexions des parents eux-mêmes sur les difficultés face à la santé de leur enfant. De la même façon, si l'on interrogeait des médecins hospitaliers ou travaillant dans des structures spécifiques (PASS, Médecin du monde, PMI, foyer d'accueil mère-enfant...), nous aurions un panel encore plus large de situations et de retentissements sur la santé et les difficultés rencontrées seraient différentes. Par ailleurs, les discussions se sont spontanément centrées sur le jeune enfant, et la place des parents a été un sujet majeur des entretiens et donc de la discussion. A l'adolescence, le rapport aux soins et l'implication des parents dans la santé de leur enfant évoluent progressivement et il serait pertinent de s'intéresser spécifiquement aux difficultés des médecins généralistes face à la santé des adolescents en situation de précarité.

IV.3 DISCUSSION DES RESULTATS

A) Un repérage indispensable, en pratique le plus souvent informel avec des critères d'évaluation subjectifs. Identifier la situation sociale de la famille, s'intéresser au bien être de l'enfant. La précarité peut être repérée par ses conséquences sur la santé.

Le repérage des situations de précarité a été décrit par les médecins généralistes interrogés comme une étape préalable à la prise en charge spécifique des inégalités sociales de santé. Cela fait partie des missions du médecin généraliste, comme le repérage des facteurs de risques habituels. Aïach et Fassin l'expliquent dans un article de 2004 (29), «la connaissance de ces inégalités, de leurs mécanismes et de leurs processus, par les médecins et en particulier par les médecins généralistes, peut contribuer à l'atténuation de ces inégalités (...) ils devront systématiquement s'enquérir de la situation sociale et notamment de la couverture maladie de leurs patients et, le cas échéant, les adresser à des travailleurs sociaux ». Le recueil de la situation sociale des patients est donc nécessaire, elle est même qualifiée d'indispensable et doit être systématique. Ce recueil est important car on ne peut pas adapter sa prise en charge à des paramètres que l'on ignore. La connaissance des risques sociaux va orienter les prises en charge médicales dans l'immédiat, puis dans une perspective à plus long terme et plus large : « si on veut réduire les inégalités de santé il faut d'abord les mesurer » (30). Actuellement il n'existe pas de méthode de référence pour dépister les difficultés liées aux situations de précarité. Le dépistage par le biais de la situation administrative présente certains avantages : rapide, systématique, objectif, ne nécessitant pas de compétence relationnelle spécifique. Il présente cependant des limites. D'une part, la situation administrative d'une famille vis-à-vis de l'assurance maladie est le reflet d'une situation financière, mais la question économique n'est qu'un élément de la définition de la précarité. D'autre part, et cela a bien été décrit par les médecins, l'absence d'aide financière à l'assurance maladie ne signifie pas l'absence de difficulté financière d'accès aux soins ; on peut être « juste au dessus » des seuils d'attribution, ne pas savoir être éligible à ces aides, ou avoir des difficultés pour les démarches administratives. Le dépistage administratif ne doit pas concerner uniquement l'assurance médicale obligatoire mais aussi l'assurance médicale complémentaire, ce qui n'est pas systématiquement dans les informations contenues par la carte vitale. Ce dépistage administratif doit donc être complété par un dépistage plus fin (31,32). Le collège de médecine générale a proposé en 2014 des recommandations quand au recueil et à l'enregistrement de la situation sociale des patients (31). La thèse de 2014 réalisée par C. Ernst-Toulouse et C. Nollet étudie très précisément comment les médecins généralistes repèrent la situation sociale des patients, et l'acceptabilité de chacun des critères de repérage proposés (33). Sur la question du repérage, les résultats de cette thèse rejoignent ceux de notre travail. Les auteurs ont repéré des inquiétudes des médecins généralistes quand à l'acceptabilité d'un tel « interrogatoire social », de questions jugées intrusives. Ceci rejoint les tabous et la pudeur que l'on a identifiés, tabous qui peuvent être liés à la difficulté d'aborder des difficultés familiales, ou

à un fossé socio-culturel entre les familles et le médecin. Un autre résultat commun est la description de pratiques de dépistage « improvisées » ; en effet, « les médecins généralistes repèrent la précarité par raisonnement analogique et non par l'utilisation de scores ou outils informatisés » (32,33). A. David-Meslin dans sa thèse de 2013, étudie de manière quantitative la façon dont les médecins généralistes de Loire-Atlantique repèrent les situations de précarité chez leur patient. (32) Il ressort de cette étude quantitative que 71 % des médecins interrogés estiment que le repérage des situations de précarité fait partie de leurs compétences (26% pensent que ce n'est pas de leur ressort) ; 66.9% le font lors de la première consultation, 75.2 % le repèrent lors de l'interrogatoire, 93.1 % s'en rendent compte grâce à l'évocation spontanée du patient, 66.2% lors de la prescription d'examen complémentaire ou demande d'avis spécialisé, 73.9% par des signes présents à l'interrogatoire ou à l'examen clinique, intuitivement pour 87.6% des médecins. Parmi les signes évocateurs de précarité, les médecins ont retenu avec la plus forte prédictibilité : l'état dentaire, le renoncement aux soins, l'hygiène, la situation vis-à-vis du logement, la consommation de toxiques, la situation familiale et l'environnement social, le fait d'avoir une CMU-C. Ils évoquent aussi la précarité lors de conversations sur les vacances, les sorties, les loisirs. Parmi les indices de précarité évoqués, certains sont en fait les conséquences de la précarité sur la santé.

Il existe des scores de repérage de la précarité, entre autre le score EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités Sociales de Santé pour les centres d'examen de santé (34). Ce score, à l'initiative des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, comporte 11 questions, auxquelles est attribué un score de précarité. Des questions sur les loisirs, les vacances et le sport font partie de la liste, ce qui rappelle à nouveau que la précarité ne se résume pas à une situation administrative. Une équipe nantaise a travaillé à l'élaboration d'un outil de dépistage de la précarité pour les patients consultant à l'hôpital (35). Ce travail est en lien avec notre sujet car il s'agit de consultations qui, bien que hospitalières, entraînent le plus souvent dans le cadre des soins primaires. L'objectif était de dépister le plus grand nombre par une procédure « légère », rapide, ce qui est pertinent en médecine générale de « ville ». Le dépistage reposait sur un questionnaire, rempli par les patients en salle d'attente. Les réponses au questionnaire étaient ensuite confrontées à l'analyse des assistantes sociales, considérée comme la méthode de dépistage de référence. Le questionnaire comporte 5 questions (*annexe 3*) concernant la précarité « objective » : couverture maladie, difficulté à payer les soins médicaux, statut par rapport à l'emploi, bénéficiaire de minima sociaux, Un patient est considéré en situation de précarité sociale si il présente une réponse positive sur les cinq. En prenant l'analyse des assistantes sociales comme référence, le questionnaire a une sensibilité de 80% et une spécificité de 67%. Il est difficile d'anticiper quelle serait l'acceptabilité de cette procédure dans un cabinet médical de ville ; on peut supposer que le caractère institutionnel de l'hôpital favorise ce type de démarche. La deuxième partie de l'étude s'intéresse aux critères utilisés par les assistantes sociales, les travailleurs sociaux n'ayant pas non plus de méthode de référence standardisée. Elles utilisent des critères de jugement liés à des éléments factuels comme la situation administrative, financière, ou le rapport au

logement ainsi que des éléments subjectifs comme le comportement ou la façon de parler (*annexe 3*). Il s'agit des critères utilisés par les médecins interrogés dans notre travail. Ces entretiens, semi dirigés, opérateur-dépendants, ont un bon pouvoir de discrimination lors du dépistage de la précarité sociale. Les pratiques des assistantes sociales peuvent être comparées aux pratiques des médecins interrogés. Une équipe de Montpellier a proposé pour une étude en 2001 une classification des situations de précarité qui associe des critères classiques de la précarité à la notion de vulnérabilité psychologique (36). La classification selon une échelle de gravité complète l'information liée à la nature des difficultés. Cette échelle de « gravité » illustre le concept de « gradient social » avec les notions de précarité absolue demandant des mesures sociales urgentes (pas de ressources régulières, pas de couverture sociale, pas de résidence stable, éclatement familial ou immigration récente, pas de suivi médical, situation d'exclusion); de précarité méconnue et/ou compliquée d'une dégradation importante de la qualité de vie (ressources insuffisantes, difficultés de gestion, couverture sociale incomplète, logement mal adapté ou précaire, plus de 2 problèmes familiaux, parent isolé ou réseau de soutien peu étoffé); de précarité reconnue et/ou bien gérée (ressources comprenant des allocations, assurance maladie complète, bon réseau de soutien, logement mal adapté mais fiable); de vulnérabilité psychologique (pas de problème financier ni professionnel, logement correct mais plus de 2 autres problèmes familiaux, de santé ou relationnel, réseau de soutien peu étoffé) et enfin de familles sans problème apparent (aucun facteur de précarité ou éventuellement situation de stress ponctuelle).

La situation de précarité de l'enfant peut également être repérée par ses conséquences sur la santé globale de l'enfant (physique, psychique et sociale). Des éléments comme l'éducation, les relations parents – enfants que nous avons inclus dans la définition de la précarité pour l'enfant sont plus difficile à évaluer et leur rôle dans le développement de l'enfant est fondamental, en effet « certains contextes, à caractère médical ou non, immergent l'enfant dans une situation d'adversité telle qu'il doit mobiliser toutes ses ressources internes pour faire face et continuer à se développer » (37). Il a été montré que les facteurs psycho sociaux entraînaient une altération nette de la qualité de vie de l'enfant. (38) L'évaluation de la qualité de vie de l'enfant a fait l'objet de recherche, il s'agissait souvent d'évaluer la qualité de vie de l'enfant atteint d'une pathologie chronique mais les critères utilisés peuvent s'appliquer au dépistage de la vulnérabilité sociale. Un outil d'évaluation de la qualité de vie de l'enfant peut avoir sa place dans les stratégies de dépistage des difficultés liées à la précarité. Le questionnaire AUQUEI (AUtoquestionnaire QUalité de vie Enfant Imagé) par exemple, propose pour les enfants de 4 à 12 ans, une échelle imagée (4 visages, avec une « échelle » de sourire). Le questionnaire AUQUEI contient 26 items qui explorent : les relations familiales, sociales, le jeu, la scolarité, les loisirs, la santé, le sommeil, l'alimentation, la séparation. Ces thèmes font partie des préoccupations des médecins généralistes lors du suivi des enfants. L'échelle de visage est facilement utilisée lorsqu'il s'agit d'évaluer la douleur mais pourrait aussi servir à évaluer d'autres aspects de la vie quotidienne. Le questionnement sur la sphère familiale, non directement lié à la santé immédiate ou au motif de consultation nécessite un tact certain. Nous pouvons utiliser des questions ouvertes

comme « Y a-t-il des choses qui te rendent heureux ? Y a-t-il d'autres choses qui te rendent triste ? », associées aux visages (37). Nous pouvons supposer une meilleure acceptabilité des questions ouvertes comme outils de dépistage, car, par définition, ne portent pas de jugement.

Les médecins ont mentionné plusieurs exemples de conséquences médicales de la précarité pour les enfants, et ont établis des liens pertinents : liens entre difficultés éducatives et alimentation, entre habitat et asthme par exemple, la littérature sur ces sujets le confirme. Les pathologies, fortement influencées par les situations de précarité peuvent être des éléments de dépistage. Malheureusement, cela signifie que les difficultés sociales ont déjà marqué la vie de ces enfants. Sur le plan « chronologique », on peut se rendre compte de la situation de précarité et agir ensuite pour limiter les retentissements sur la santé, ou identifier des pathologies ou des retentissements psychosociaux qui peuvent être en lien avec une situation de précarité et faire la démarche en sens inverse : vérifier que la situation médicale n'est pas la conséquence de difficultés sociales, et s'assurer que l'accès secondaire aux soins est possible. Les conséquences de la précarité sur la santé constituent un gradient, avec certaines pathologies que nous avons considérées comme stigmatisantes. Nous retiendrons les éléments suivants :

-La santé bucco-dentaire, fort marqueur des inégalités sociales. En grande section de maternelle, 2% des enfants de cadre ont au moins deux dents cariées non soignées contre 11% des enfants d'ouvriers (11,39,40).

-L'asthme ; les enfants vivant dans les ménages à bas revenus sont 6% à être asthmatique, contre 4% dans la population générale (11,39).

-Les viroses à répétitions, les otites (11), la tuberculose (41).

-Dans le cadre de la périnatalité on observe un gradient social de santé périnatale pour certains risques : mortalité néonatale par anomalie congénitale, accouchement prématuré, petit poids de naissance. Les facteurs de risque d'une insuffisance de suivi de grossesse sont : la grande multiparité, les conditions financières, le fait d'appartenir à une minorité ethnique, le niveau socio-économique et éducatif bas, le jeune âge maternel (42,43).

-Les accidents domestiques sont responsables d'une morbi-mortalité importante. Les facteurs de risque sont multiples (défaut de surveillance des parents : disponibilité, difficulté éducative ; les conditions financières : habitat inapproprié ou équipements inadaptés aux enfants) (44-46).

-Les troubles du langage (8.3% en population non précaire, 25.3% en population qualifiée de précaire), les difficultés psychologiques (11), les difficultés d'apprentissage de la lecture (47) et de l'écriture (48), les troubles du sommeil, les difficultés de scolarisation pour les enfants sans logement personnel (2).

-D'autres pathologies comme le saturnisme, le scorbut, les carences martiales, la gale, ainsi que les infections virales chroniques sont associées aux situations de précarité et n'ont pas été mentionnées, ce qui est probablement dû au choix de n'interroger que des médecins généralistes n'exerçant pas majoritairement dans des structures dédiées à la précarité (45,49,50).

-L'insuffisance de la couverture vaccinale peut aussi être un élément de repérage, nous avons cependant constaté deux types de discours sur ce sujet. Certains médecins disent que c'est un problème important dans les situations de précarité, d'autres ne rapportent pas de difficulté à la réalisation du calendrier vaccinal chez ces enfants. Les enfants vivant en situation de précarité sont plus exposés aux maladies infectieuses bénéficiant d'une prévention vaccinale du fait de la promiscuité, des difficultés d'accès à l'hygiène et de la malnutrition. Une étude de 2009 évalue les relations entre déterminants socio-économiques et couverture vaccinale. Il existe un retard majeur à la vaccination diphtérie-tétanos-poliomyélite chez les enfants non scolarisés, ceux dont les parents parlent mal ou pas français, ceux vivant en caravane ou en squat, ou ceux bénéficiant de l'AME ou n'ayant pas d'assurance maladie française (51,52). Les enfants bénéficiant de l'AME ont un retard pour toutes les vaccinations. Les enfants bénéficiant de la CMU et ceux suivis en PMI sont mieux vaccinés pour le BCG et l'hépatite B. De manière générale, pour l'ensemble des vaccinations, la CMU pourrait influencer positivement le taux de couverture vaccinale (11,53). La couverture vaccinale d'un enfant va dépendre des interlocuteurs auxquels il aura accès, le médecin généraliste seul ne semble pas efficace pour une prévention optimale. Cela pose aussi des questions en rapport avec l'accès aux soins, les actes de prévention n'étant pas toujours une priorité (25,54,55).

Malgré l'existence de score de repérage de la précarité, l'entretien informel avec des critères subjectifs constitue l'essentiel de la pratique de repérage des médecins interrogés dans notre étude. Lorsque les éléments de repérage sont pertinents, le dépistage « improvisé » devient une véritable expertise, même si elle est subjective. La formation joue un rôle clé. Il est nécessaire qu'il y ait une réflexion autour de ce diagnostic de situation, pour qu'un critère de jugement ne soit pas un simple jugement de valeur, et par conséquent une pratique discriminatoire. Tous les professionnels de santé se sont un jour dit : « Je n'aurai pas cru, ça ne se voit pas ! » ou, au contraire, ont été surpris par la simplicité de situations sociales, anticipées à tort comme complexes.

Pour conclure, le diagnostic d'une éventuelle situation de précarité est obligatoire pour garantir la pertinence des soins. Il est possible en médecine générale par des entretiens successifs, en consultation, inspirés des contenus des différents scores de précarité existant.

B) L'accès aux soins de l'enfant en situation de précarité : un parcours semé d'obstacles techniques et socio-psychologiques. L'importance du médecin généraliste au cœur d'un réseau de soin.

Les difficultés d'accès aux soins, repérées par les médecins interrogés, sont une réalité, démontrées dans de nombreuses études. Les obstacles aux soins sont de deux ordres : techniques, liés aux conditions matérielles, et socio-psychologiques. L'accès primaire est l'entrée dans le système de soins, l'accès secondaire désigne l'accès aux soins après un premier contact. Le terme de « soins » regroupe toutes les recommandations, traitements médicamenteux ou autres, examens à réaliser, consultations de spécialistes ou de réévaluation proposés par un professionnel de santé (56). Les inégalités d'accès secondaire, moins documentées que pour l'accès primaire, peuvent découler de l'organisation de notre système de soins (12). Les enfants des ménages à bas revenus sont plus nombreux à ne pas avoir consulté de généraliste au cours de la dernière année : 20% versus 16% en population générale ; pour les spécialistes on est à 58% pour 41% (39). Ces enfants qui ne consultent pas en médecine générale, soit ont accès à d'autres professionnels de santé, soit sont exclus du système de soins (8). On peut citer Berthier qui dit à propos des enfants en situation de précarité : « ils ont une morbidité somatique et psychiatrique très élevées et un recours aux soins inadapté et inefficace », on l'observe en France mais aussi dans d'autres pays qui ont pourtant une offre de soins développée (45,57,58). Les déterminants du non recours aux soins des personnes (renoncement ou report du soin) en situation de précarité ont été finement étudiés dans la thèse d'A. Rode. Un des obstacles est la situation géographique : coût du transport, nécessité d'avoir une voiture et le permis de conduire. La nécessité de se déplacer peut aussi créer des freins psychologiques. Cela peut aussi être dû à la saturation de l'offre locale de soins (59). La discrimination de certains médecins généralistes envers les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, évoquée par un des médecins, est un phénomène malheureusement identifié par des tests téléphoniques (60). L'aspect financier, impliquant entre autres l'obtention de droits à l'assurance maladie, est un point important de l'accès aux soins ; mais envisager l'accès aux soins uniquement sous cet angle serait réducteur : « Les expériences de soins gratuits démontrent bien à leur manière en quoi, une fois levées les barrières de ce type, elles n'arrivent pas toujours à toucher les personnes précaires qu'elles visaient prioritairement ». Cela a aussi été montré dans d'autre pays, entre autres aux Etats Unis où la question de l'accès à l'assurance maladie est une difficulté conséquente : la levée de l'obstacle financier ne suffit pas à garantir l'accès effectif aux soins des enfants (61–64).

Les contraintes liées aux conditions de vie et l'organisation du temps vont aussi conditionner le rapport au système de soins. Le « cadre », comme on l'appelle, est très prégnant en médecine générale libérale et peut parfois constituer ce que le médecin M3 désignait comme une discrimination involontaire. Cette adaptation plus difficile au système de soins peut expliquer certains problèmes

décrits par les médecins interrogés : recours inadaptés ou répétés aux urgences, recours tardifs aux soins en général. Un des éléments du recours inadapté aux urgences semble être l'isolement social maternel (65–67). Un exemple de difficulté liée au « cadre » est la prise de rendez vous : une étude descriptive réalisée à la PASS de Nantes, sur la population pédiatrique, met en exergue la difficulté de planification des rendez vous médicaux pour certains parents. Cela est aussi décrit dans d'autres études qui posent la question de la relation entre les conditions d'existence et la structuration de la temporalité familiale. La précarité influence le rapport à l'avenir en éloignant les familles d'une visée stratégique du futur. Les horaires de travail flexibles ou décalés, liés à un emploi précaire peuvent participer à déréguler les rythmes familiaux (68). Le sociologue Bourdieu disait aussi que ces familles en difficultés avaient du mal à « s'arracher au présent immédiat et à l'avenir imminent ». On peut dire que « la précarité fonde ainsi une temporalité de l'urgence, du coup par coup, et de l'inattendu ». Ce rapport au temps et à l'avenir façonne le rapport à la santé et au système de soins (68–70).

Les médecins interrogés dans la thèse de N. Lordier ont dit qu'une des difficultés, pour soigner les patients qui étaient réorientés en médecine générale libérale après leur suivi à la PASS, était le temps ; 58% des médecins disent que les consultations sont plus longues pour ces patients qu'avec les autres patients de manière générale. Certains ont spontanément « assoupli » le cadre pour faire face à cette question du temps. Il s'agit d'initiatives personnelles : consultations programmées plus longues, autorisation de consultations « urgentes » sans rendez vous... Ces médecins entendent les difficultés particulières de leur patient et y font face, assumant les conséquences non négligeables pour leur pratique (71). Les médecins que nous avons interrogés, pour notre travail, décrivent les mêmes pratiques : il s'agit pour eux d'« assouplir le cadre libéral ». La thèse de S.Petitclerc-Roche a comparé les pratiques médicales pour les patients en situation de précarité et celles pour une population générale qualifiée de « non-précaire » (72). Cette comparaison est basée sur les résultats de l'étude ECOGEN (étude transversale nationale multicentrique, à l'initiative du Collège National des Généralistes Enseignants) qui avait pour objectif principal de décrire la distribution des motifs de consultations en médecine générale, en France. Un des objectifs secondaires était de décrire les procédures de soins et d'évaluer les déterminants de la durée des consultations. Les résultats montrent que la durée de consultation moyenne de la population précaire est significativement plus courte que la durée de consultation de la population non précaire (15mn versus 17mn, sauf pour les nouveaux patients du cabinet). On en déduit que la question du temps des médecins généralistes est un point important de l'accès aux soins, que les initiatives de certains médecins de proposer plus de temps n'est pas une pratique généralisée. Ces initiatives personnelles ne donnent pas lieu à une rémunération supplémentaire et un travail politique sur ce sujet pourrait avoir son importance et un effet sur l'accès aux soins des populations en situation de précarité. Les médecins ont également parlé de la nécessité de voir les gens plus souvent. La programmation systématique du rendez vous suivant ou le rappel des patients peuvent être une aide dans la mesure où une partie de la démarche est faite (30).

La démarche de soins, c'est-à-dire la décision d'aller consulter pour avoir un regard médical sur des symptômes, est différenciée selon l'origine sociale des patients. Les difficultés à élaborer une démarche de soins s'inscrivent dans « des parcours de vie complexes et où le manque d'estime de soi va modifier le rapport au corps et à la maladie ainsi que la perception de la santé ». Ces phénomènes sont bien connus des sociologues mais ont été décrits pour les adultes (12,59,61,73). Cet éloignement du système de soins peut s'inscrire dans des processus intergénérationnel et la transmission de comportements de santé. Les difficultés vécues pendant l'enfance, concernant entre autre l'accès aux soins, sont des déterminants de l'accès aux soins à l'âge adulte (59,61).

Les études que nous avons citées ci-dessus concernaient pour la plupart la démarche de soins des adultes en situation de précarité. Les notions sont importantes pour appréhender cette question mais nous pouvons nous demander si elles sont transférables aux enfants. En effet, pour aller à l'encontre de cette notion de transmission de comportements, nous remarquons aussi des parents affectés par des situations de précarité, qui ont pour objectif de protéger leur(s) enfant(s) de la précarité et de ses effets ; des familles éloignées du système de soins qui s'en rapprochent par l'intermédiaire des enfants et de la volonté de les protéger de ce qu'ils ont eux même vécu (54). Ceci est aussi vrai pour des dynamiques de protection intrafamiliales, par exemple en ce qui concerne la sécurité alimentaire. Dans les familles à faible revenus, ce sont surtout les parents qui se privent car ils protègent les enfants des effets alimentaires des difficultés économiques, et du stress induit par cette insécurité (74,75).

Le sociologue Joubert dit à ce sujet : « le médecin est consulté lorsqu'on juge son enfant malade » et l'on constate « moins de stratégie temporelle de surveillance des membres de la famille, en particulier des enfants, ni de stratégies de prévention consistant à anticiper les problèmes de santé » (68). La démarche de soins requiert aussi des connaissances sur la santé en générale et les besoins de l'enfant, ce qui peut faire penser que certains parents en situation de précarité et ayant moins de connaissance en santé auraient un recours aux soins définis par ces connaissances. Le parent doit aussi disposer d'une disponibilité « psychique » lui permettant d'être sensible aux manifestations pathologiques de son enfant (76). Un recours adapté aux soins implique de comprendre et d'analyser de manière pertinente la nécessité de soins et d'y attribuer le degré d'urgence adapté (68). Une étude de type focus groupe vient contredire ces propos : elle confirme que les représentations parentales influencent le recours aux soins, mais montrent également que les perceptions étaient similaires dans tous les groupes socio-économiques (74).

Les possibilités de compréhension de la personne (barrière de la langue) sont également des éléments du recours aux soins. Sur cette problématique, le médecin généraliste est souvent démuné, source d'expérience frustrante pour le patient et le médecin. L'interprétariat professionnel n'est pas encore suffisamment développé en pratique libérale, il s'agit d'initiatives individuelles ; il apporte une aide certaine et renforce l'efficacité des conseils et traitements proposés par le médecin. Le travail avec un

interprète nécessite des compétences de la part du médecin et sa façon de mener l'interrogatoire doit être adaptée (77).

Les difficultés de la prise en charge globale des enfants et des adolescents s'expliquent par la diversité des champs, touchant à la fois l'enfant, ses parents, ses amis, son milieu scolaire. Certaines situations nécessitent une collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, ce qui implique pour le médecin de connaître le réseau de soins local, et de savoir quand demander de l'aide, et quelle aide. Les professionnels doivent être capables de discerner ce qui relève des soins médicaux, de ce qui relève plutôt d'une approche psychosociale ou mixte. Le réseau du médecin généraliste se construit souvent de manière informelle, au fur et à mesure de ses besoins (4,30,71). Ces collaborations ont pour but d'améliorer les prises en charge médicales, sociales, mais favorisent aussi l'accès aux soins primaire comme secondaire.

Un des interlocuteurs privilégiés, et mentionné de nombreuses fois par les médecins, est la Protection Maternelle et Infantile (PMI), qui propose une prise en charge pluri-professionnelle, en étant particulièrement attentive aux familles présentant des facteurs de vulnérabilité. Elles proposent des rencontres régulières, gratuites, notamment l'« accueil-pesée » ; l'accueil permet d'établir une relation de confiance qui permet ensuite d'aborder les différentes problématiques de la vie familiale et la pesée rappelle que la santé et le suivi médical sont au centre des préoccupations (12,78). Les visites à domicile permettent de se rendre compte des conditions de précarité. La PMI propose des bilans en école maternelle pour le dépistage précoce des troubles préjudiciables à la vie scolaire. Les PMI locales ont un réseau constitué des acteurs de la petite enfance et de la protection sociale : conseil général, aide sociale à l'enfance... (79). Une circulaire de mars 1983 insiste sur la vocation de la PMI de lutter contre les ISS, par trois principes : accessibilité à l'ensemble de la population, gratuité, caractère préventif des ses actions ; pour la PMI la santé est au « carrefour du médical, du psychologique, de l'éducatif, du social, et du culturel » (80,81). Des entretiens nous retiennent aussi que le carnet de santé serait sous utilisé. Il est pourtant particulièrement utile en situation de précarité : aide à transmettre des informations, les antécédents, quand les parents pour différentes raisons, ne sont pas en mesure de le faire, en particulier lorsque les interlocuteurs changent : recours aux urgences, nomadisme médical (24). Nous abordons ce sujet dans la partie accès aux soins, considérant que faciliter la communication entre les différents professionnels de santé peut renforcer l'efficacité des soins et l'implication des parents. Mobiliser les parents autour de cet outils dont ils sont les propriétaires peut aussi les valoriser dans leur rôle de parents - premiers acteurs des soins de leur enfant. Nous n'avons pas exploré les raisons de sa sous utilisation mais il semblerait que la responsabilité soit partagée entre les médecins et les parents.

Parmi les idées évoquées lors des entretiens pour faciliter le parcours de soins, figurait le concept de médiateur. Ce métier existe mais il s'agit d'initiatives locales. N. Lordier, dans sa thèse sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes lorsqu'ils s'occupent de patients réorientés de la

PASS vers le système de droit commun, propose également de développer le métier de médiateur. Le médiateur « œuvre à l'interface entre le système de santé et les publics présentant des difficultés particulières dans l'accès aux soins et à la prévention ». Bien entendu le recours à des professionnels pour ce travail de médiation à un coût, mais on peut envisager des économies à long terme (utilisation plus pertinente du système de soins, meilleure observance, amélioration de l'impact des campagnes de prévention) (8,71,82).

Nous avons synthétisé les informations liées au parcours de soins et à l'accès aux soins de l'enfant en situation de précarité recueillies lors des entretiens, et des données de la littérature, sous forme de schéma. Ce schéma a pour objectif de montrer la chronologie des différentes étapes et les acteurs impliqués. Dans une situation où il semble y avoir des difficultés dans l'accès ou la démarche de soin, il est important de voir à quelle étape de ce parcours se situent les difficultés, pour pouvoir agir en conséquence. Ce schéma permet aussi de montrer que le médecin généraliste n'est pas responsable de l'ensemble du parcours de soin de l'enfant en situation de précarité et qu'il ne peut agir qu'à certaines étapes seulement.

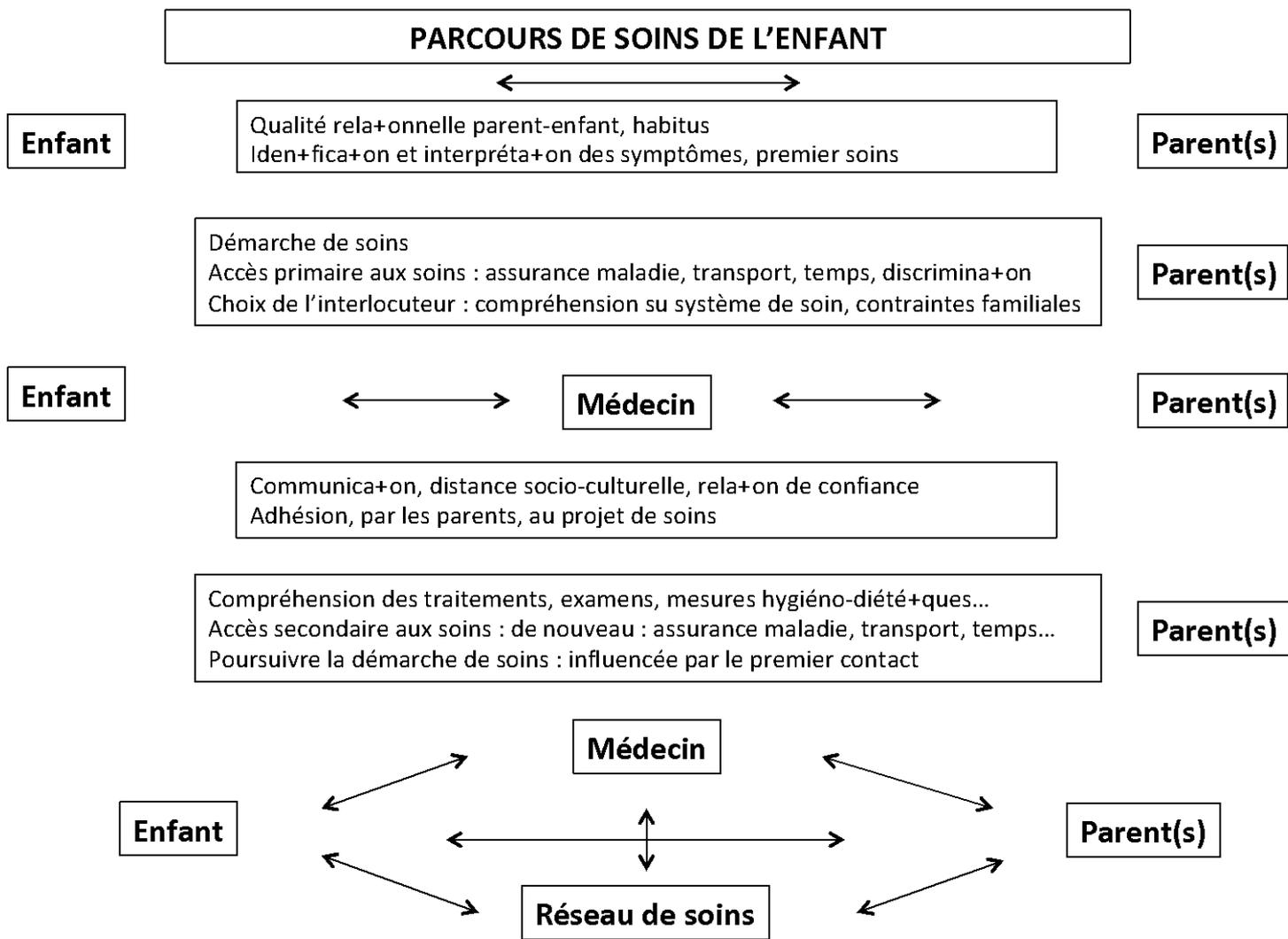


Figure 2 Parcours de soins

C) Relationnel : la nécessité d'adapter son mode de communication aux situations de précarité et le soutien à la parentalité pour favoriser la démarche de soin.

La relation médecin – patient, qui devient en pédiatrie le trio enfant-parent(s) –médecin, fait partie intégrante du soin, et présente des enjeux spécifiques en situation de précarité (83). Une bonne communication permet de favoriser la démarche de soins, notamment en renforçant la confiance dans le système de soins et de faciliter l'accès secondaire aux soins. La communication dans l'objectif de soutenir la parentalité est un des rôles du médecin généraliste face à la santé de l'enfant en situation de précarité, la parentalité désignant « le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer les soins, le développement et l'éducation de l'enfant » (76).

Nous avons pu constater que la communication était source de difficultés pour les médecins généralistes. Plusieurs études ont montré que la communication était différente selon l'origine sociale du patient (54,56). Les patients en difficultés peuvent avoir du mal à identifier leurs besoins et à formuler leurs attentes ; les médecins délivrent moins de paroles émotionnellement positives et adoptent un discours plus directif, donnent moins d'information, et permettent moins d'implication dans les décisions thérapeutiques. Les médecins peuvent avoir des difficultés à utiliser des mots simples quand il le faut. Il est aussi montré que la façon de parler du patient influence le comportement et les croyances du médecin (84). Par leur manière de communiquer les médecins peuvent contribuer aux inégalités sociales de santé. Une étude qualitative en 2015 s'est intéressée aux attentes des patients en situation de précarité quant à la relation avec leur médecin. On en retient, entre autres, la volonté de ne pas se sentir stigmatisés par le statut « précaire » (85).

La santé se construit avant tout au sein des relations familiales et sociales, et « le rôle crucial des parents, premiers donneurs de soins » est bien illustré par les entretiens que nous avons menés. Le lien entre milieu social, précarité et difficultés développementales des enfants n'est plus à démontrer (76,86). L'ensemble des déterminants sociaux de l'adulte joue un rôle, rendant l'exercice de la fonction parentale plus ou moins facile. Nous pouvons citer le rapport de l'IGAS : « De nombreuses influences jouent sur le comportement parental (...) les caractéristiques et ressources individuelles des parents, les caractéristiques de l'enfant et les sources contextuelles de stress et de soutien comme les conditions matérielles de vie et la qualité des relations avec les partenaires, la famille et les amis. Peu à peu, les influences du milieu social dans lequel s'inscrivent les relations parents-enfants, ont été plus largement reconnues, y compris le soutien et le réseau social ainsi que le contexte culturel et sociétal » (80).

Le soutien à la parentalité vise à favoriser les compétences parentales, c'est-à-dire renforcer la confiance en leur capacité lors de l'apprentissage de la relation parents-enfant. Le soutien à la

parentalité peut et doit commencer dans certaines situations de grande précarité de manière très précoce avant même la naissance de l'enfant. Les mères ou les couples en difficultés doivent être accompagnés, préparés à accueillir l'enfant. Le médecin généraliste est un acteur de cette préparation à la parentalité mais il ne doit pas rester seul : le travail en réseau est indispensable : assistants sociaux, éducateurs... (87). Dans de nombreux pays il existe des programmes d'accompagnement pour les familles dont les objectifs sont : renforcer la compétence parentale, améliorer la communication parents-enfants et la vigilance sur les besoins de l'enfant... et peuvent prendre différentes formes : groupe de parole de parents, formation parentale, mode de garde, et abordent tous les sujets du quotidien (éducation nutritionnelle, prévention des accidents domestiques etc). Ces programmes dépassent largement le cadre de la médecine générale, mais ces objectifs peuvent être atteints grâce aux réseaux de soins, abordés plus haut ; ces programmes ont montré clairement que l'aide apportée aux parents bénéficiait aux enfants (86).

Les médecins généralistes en consultation apportent un soutien qui peut concerner une éducation à la santé, mais aussi plus générale avec des conseils éducatifs, ils sont parfois consultés pour avoir un avis sur des problématiques sans rapport direct avec la santé. Il s'agit, lors de consultations centrées sur l'enfant, de comprendre les besoins des parents, repérer parfois les mères ou les parents en difficultés. Les préoccupations des parents sont différentes selon le milieu socioprofessionnel et les attentes en consultations de médecine générale sont donc différentes, le médecin doit donc s'adapter (54,88). Les orientations de ce soutien peuvent être guidées par la volonté de comprendre les difficultés des parents, parfois par la volonté de mettre en avant leur responsabilité. Le risque est de laisser entendre que les personnes confrontées à des difficultés sociales sont de « mauvais parents » (80). La communication sur ces sujets nécessite un tact, une délicatesse, pour faire passer des messages clairs sans être accusateur. Il y a toujours un risque lorsqu'on joue un rôle de conseil de dévaloriser le milieu familial, ce qui ne peut avoir aucun effet positif, « On ne peut rien construire sur la honte » (54).

Les parents peuvent se montrer craintifs à l'égard des prises en charge proposées. La notion de santé a des acceptations différentes et peut engendrer de la méfiance lorsque les conseils ne se cantonnent pas aux soins ou aux activités purement médicales (80). La santé, vue comme le bien être de l'enfant, renvoie à des déterminants pour lesquels les frontières entre sphère publique et privée sont ténues. Les parents peuvent redouter d'être remis en question et les soins nécessaires peuvent être mal vécus. Le parent, déjà fragilisé par une situation de précarité, et parfois une mauvaise estime de lui-même, peut craindre d'être en plus dévalorisé dans son rôle parental, appréhender par exemple « la venue des services sociaux ». Valoriser les compétences des parents afin qu'ils puissent effectivement assurer leur rôle car, « quand naît le sentiment d'incompétence chez l'adulte en position parentale, l'actualisation des compétences disponibles devient plus difficile à réaliser. La notion d'*empowerement*, qui n'a pas de traduction littérale en français, recouvre les notions d'autonomisation, de pouvoir et de capacité d'agir. Le discours du médecin doit favoriser cet

empowerement, c'est-à-dire que les parents trouvent par eux-mêmes les solutions à leurs difficultés et comprennent les effets de leur comportement sur celui de leurs enfants. Cela permet de créer un contexte de changement en travaillant sur les perceptions ou les croyances inadaptées (76).

Le soutien à la parentalité dans le cadre de familles migrantes requiert une ouverture d'esprit de la part du médecin : les différences culturelles peuvent à tort être confondues avec des difficultés éducatives par exemple. Le rôle parental dans le contexte de l'immigration est complexe, le médecin ne devant pas être figé dans un « modèle fermé » du bon parent. Les préjugés peuvent faire confondre différence culturelle et pauvreté, ou barrière de la langue et niveau éducatif bas (89). L'article de De Suremain explique comment un médecin met à mal la relation thérapeutique en pédiatrie en niant les compétences de la mère. La différence culturelle est vue par le médecin comme une incompétence, des savoirs locaux qui ne font pas partie de son cadre de référence sont rejetés en bloc. La mère se trouve soumise à des injonctions contradictoires (références culturelles en opposition avec le discours médical) et n'est pas accompagnée pour se positionner et faire le lien entre ces différentes informations (90). Le problème peut se poser, entre autres pour l'alimentation, où la différence culturelle peut mettre le médecin en difficulté car il faut comprendre les contraintes d'accès à l'alimentation et à la possibilité de cuisiner, savoir que certaines pratiques sont propres à une culture et garder en tête l'objectif de promotion de la santé (91). De nombreuses études réalisées aux Etats-Unis ont permis de montrer que les préjugés et le fossé socioculturel entre les médecins et les familles pouvaient être source d'inégalités de soins, ce pour plusieurs raisons : le médecin serait moins à l'aise pour communiquer avec les patients membres de minorités, une incertitude diagnostic due à une interprétation différenciée des symptômes avec une tendance à la minimisation dans l'évaluation de la gravité, et enfin des préjugés sur les comportements de santé des familles d'origine ethnique différente (92). Ce phénomène a aussi été montré pour les patients qui ont faible niveau éducatif (93). Le médecin sera moins influencé par ses apriori si il a pris conscience de leur existence(83,94,95).

Parfois, « les situations d'adversité familiales et de grande précarité, une alliance thérapeutique et un accompagnement socio-éducatif de plusieurs mois ou années peuvent être insuffisants au regard de l'histoire transgénérationnelle marquée par l'accumulation des problèmes économiques et de santé, des carences multiples et des dysfonctionnements sociaux et familiaux » (86). Si le médecin généraliste peut apporter une première pierre au soutien à la parentalité, il ne doit pas rester seul dans les situations les plus complexes et le réseau de soin a un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement médico-psycho-social de ces familles. Quand les difficultés pour l'enfant sont importantes et que l'on n'envisage pas d'amélioration, cela peut être la cause de découragement, d'inquiétude, sentiments bien expliqués par les interviewés. Les patients eux-mêmes « encouragent les médecins à se recentrer sur leur mission de soins, et à déculpabiliser, le cas échéant, ceux qui pourraient ressentir une impuissance face à la précarité de leur patient » (85).

D) Feux rouges médicaux en pédiatrie : Précarité-Inégalités sociales de santé

Nous regroupons sous ce terme de « feux rouges », quelques concepts clés pour des prises en charge adaptées de la santé de l'enfant en situation de précarité. Cet outils ne se veut ni exclusif, ni exhaustif, et ne remplace pas les mises en situation.

1. La situation sociale de chaque enfant consultant en soins primaires doit être explorée au mieux. Au minimum, l'accès à l'assurance maladie (AMO et AMC) doit être vérifié.
2. Adapter la prise en charge médicale à la situation sociale d'un enfant ne signifie pas renoncer aux soins. Lorsque la prise en charge médicale est modifiée pour des raisons sociales, elle doit être le fruit d'une réflexion rigoureuse sur la balance bénéfice/risque de chaque action et thérapeutique entreprises pour l'enfant.
3. Tout recours aux soins jugé inadapté (délai, interlocuteur, motifs) doit faire envisager une situation de précarité sous-jacente et l'explorer.
4. Expliquer l'intérêt d'avoir un interlocuteur médical de premier recours bien identifié.
5. Lorsqu'un enfant consulte pour une pathologie dont le lien avec la précarité est établi, se poser la question de l'accessibilité effective aux soins secondaires (compréhension, transport, assurance maladie).
6. Explorer les conditions de logement devant tout asthme de l'enfant. De même devant les viroses à répétitions.
7. Surpoids, obésité : difficulté économique, éducative, relationnelle ?
8. Les situations de précarité chez l'enfant requièrent un soutien à la parentalité respectant les règles de non jugement et d'*empowerement*. D'autres interlocuteurs peuvent être sollicités : assistants sociaux, PMI, PASS, structures associatives.
9. Ne pas hésiter à revoir régulièrement les enfants en situation sociale défavorisée, y compris quand la situation médicale ne l'impose pas formellement.

V. CONCLUSION :

Insister sur les liens entre précarité et santé aide à intégrer la précarité comme un véritable facteur de risque. Améliorer les connaissances des médecins généralistes sur le repérage et les retentissements de la précarité ne peut qu'améliorer les prises en charge et leur motivation pour répondre à des questions « hors cadre », inhabituelles, parfois difficiles. La formation médicale initiale semble être un moment adéquate pour aborder ce sujet de manière transversale ; les étudiants en médecine sont intéressés et demandeurs de formation. La formation médicale continue est importante mais relève de l'initiative des médecins, ce qui peut faire penser que la prise en charge de la santé des enfants, et des adultes, en situation de précarité, dépend de l'intérêt individuel de chaque médecin, voire même d'une vocation « sociale » de la médecine (12,96). Nous proposons un outil sous la forme de « feux rouges » afin de sensibiliser les médecins et médecins en formation au repérage et à la prise en charge des situations de précarité en pédiatrie.

Une thèse de 2011 a cherché à évaluer l'impact du stage (pendant l'internat) à la PASS. Les médecins interrogés ont retenu le caractère intéressant des consultations, le contact humain enrichissant. Le stage aurait contribué à développer des compétences relationnelles ; ils rapportent aussi plus de satisfaction et de valorisation car il y a plus de « défis » à relever, le médecin se sent « utile » (97). Une autre thèse montre qu'une expérience médico-sociale en lien avec les populations précaires, facilite ensuite la prise en charge au cabinet de médecine libérale : moins d'appréhension, meilleure connaissance du réseau (98). La santé en situation de précarité génère beaucoup de difficultés, mais peut aussi être vécue de manière positive.

Les objectifs d'une bonne communication médecin-famille sont de garder les familles en difficultés dans une démarche de soins, soutenir les parents et, bien entendu, apporter les soins médicaux nécessaires aux enfants. Dans toute situation difficile une résilience est possible ; la promotion de la santé des enfants qui vivent à notre époque des situations de précarité peut amoindrir, peut être, la transmission intergénérationnelle de ces problématiques. « Donner l'envie de se soigner » peut être le leitmotiv du médecin généraliste, défi encore plus ambitieux que la réponse à une demande de soins. Cette envie de prendre soin de soi et de se soigner quand il le faut peut s'acquérir à tout âge, c'est pour cela que l'enfant doit rester au centre des préoccupations. Pour faire face aux difficultés d'accès aux soins et de démarche de soins, nous insistons sur la nécessité d'avoir un référent médical régulier pour que les démarches entreprises par les familles et les médecins ne soient pas vaines ; dans le cadre d'un suivi au long cours le temps devient un allié.

VI. OUVERTURE

L'enfance étant une période déterminante pour les politiques de prévention et de réduction des inégalités, le système de soin doit avoir pour but de répondre à des besoins et pas uniquement à des demandes (43,99). Des axes de politiques « non médicales » ont des effets sur la santé des enfants : l'éducation, le soutien à la parentalité, l'accueil des jeunes enfants, l'amélioration de l'habitat privé. Un lien social plus fort est bénéfique pour la santé. Tous les acteurs de la société dont donc concernés et les associations françaises sont d'ailleurs mobilisées sur le sujet (12,80,100–102).

VII. ANNEXES

VII.1 Annexe 1

INPES – Réduire les inégalités de santé 2010 : Concepts clés

Inégalités sociales de santé

Ecarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux.

Déterminants sociaux de santé

Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres.

Gradient social de santé

Observation robuste d'une correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé. Un gradient social de santé est observable lorsque la fréquence d'un problème de santé ou d'une exposition à un facteur de risque augmente régulièrement à partir des catégories les favorisées vers les catégories les plus défavorisées.

Equité en santé

L'équité en santé renvoie à un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé.

Intervention de santé des populations sur les inégalités sociales de santé

Toute action qui vise à modifier la distribution des risques à la santé en ciblant les conditions sociales, économiques et environnementales qui la façonnent.

Position sociale

Place occupée par un individu dans la structure sociale en vertu de son appartenance à un ou plusieurs groupes sociaux. Toutes les sociétés sont stratifiées en fonction d'un certain nombre de critères qui déterminent l'accès qu'ont les groupes sociaux à un ensemble de ressources. La position sociale d'un individu est liée à son appartenance à certains groupes et détermine sa capacité d'accéder aux ressources nécessaires à la réalisation de ses objectifs.

VII.2 Annexe 2

Guide d'entretien : « Quelles sont les difficultés des médecins généralistes face à la santé de l'enfant en situation de précarité ? »

Pouvez-vous définir ce qu'est la précarité pour vous ?

Quelles formes de précarité observez-vous chez les enfants ?

Comment la précarité influence le développement de l'enfant et sa santé ?

Comment repérez-vous la précarité dans votre activité de médecin généraliste ? Comment vous abordez ces questions liées à la précarité ? (Avez-vous des exemples ?)

Avez-vous des prises en charge particulière ? (interlocuteurs, structures ?)

Pensez-vous que l'accès aux soins soit plus compliqué pour certains enfants ? Pouvez-vous m'expliquer ?

Ressentez-vous des difficultés dans la prise en charge des enfants en situation de précarité ?

Avez-vous déjà ressentie des émotions particulières dans ces contextes particuliers ? Ou des frustrations ?

Avez-vous été formés ou sensibilisés à ces différentes thématiques ? Avez-vous des suggestions à faire ?

Pensez-vous que le médecin traitant ait un rôle particulier à jouer ?

A propos des intervenants : âge, lieu et mode d'exercice, ancienneté, parcours professionnel, formation(s).

VII.3 Annexe 3

Les caractéristiques de précarité sociale explorées par auto-questionnaire (35)

| | | |
|--|------------|------------|
| 1. Avez-vous la CMU (<i>couverture maladie universelle</i>), la CMU complémentaire ou l'Aide médicale d'Etat (AME , <i>hospitalière ou totale</i>) ? | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
| 2. Avez-vous une Mutuelle santé ou une Assurance maladie complémentaire ? | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
| 3. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ? | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
| 4. Recevez-vous une de ces allocations : le RMI (<i>RSA</i>), l'AAH (<i>allocation adulte handicapé</i>), l'API (<i>allocation parent isolé</i>), l'AI (<i>allocation d'insertion</i>), l'ASS (<i>allocation solidarité spécifique</i>) l'allocation de veuvage, le <u>minimum</u> vieillesse ou l'allocation <u>supplémentaire</u> de vieillesse ? | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
| 5. Êtes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un premier emploi ? | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
| * A la différence des quatre autres caractéristiques, c'est la réponse « Non » à cette caractéristique qui contribue à identifier une situation de précarité sociale. | | |

Critères principaux de jugement des assistantes sociales (35)

| |
|---|
| 1. Situation par rapport au logement |
| 2. Vit avec ? (seul, avec quelqu'un) |
| 3. Situation par rapport au travail |
| 4. Ressources financières (nature et niveau) |
| 5. Conditions de vie familiale (situation et support familiaux) |
| 6. Support et réseaux sociaux (hors famille) |
| 7. Situations sociales particulières (sans-papier, AAH, immigration...) |
| 8. Problèmes de santé physique |
| 9. Souffrance psychique |
| 10. Difficultés particulières (maltraitance, stress, épisodes de vie douloureuse, illettrisme...) |
| 11. Addiction |
| 12. Problèmes par rapport à l'alimentation |
| 13. Accès aux soins (primaires et secondaires) |
| 14. Comportement actif, attitude positive (capacité à se projeter, à initier des actions...) |
| 15. Comportement et attitudes négative (négligence, absence d'investissement, être dans la plainte...) |
| 16. Satisfaction (familiale, sociétale, professionnelle) |
| 17. Caractéristiques particulières (instable, refus d'aide, difficultés à s'exprimer, jovial...) |

VII.4 Annexe 4

Retranscription des entretiens

V : nom de ville

Entretien 1 Médecin 1 (M1)

Est-ce que tu peux me dire ce qu'est la précarité pour toi ?

J'ai un peu réfléchi depuis hier, en fait je pense qu'il y a 2 types de... il y a une précarité matérielle en fait, euh qui... est de, de pas avoir de toit, de pas avoir à manger, de pas avoir de vêtement, de pas avoir de... de... de... malnutrition par exemple, enfin de choses qu'on rencontre pas en fait (précarité matérielle, précarité logement, précarité alimentation). Enfin moi j'ai pas... ici on voit pas. Euh... Et puis il y a une malv... il y a une précarité qui est plus psychologique, et celle là bah c'est clair, on... on la rencontre plus facilement en tout cas à V, hein (précarité sociale-gradient). Il n'y a pas de grande précarité matérielle en fait à V, quand même. Les gens ont tous un toit, ils ont de quoi manger, ils ont de quoi se chauffer, ils ont pas froid, ils ont pas faim (temps de pause). Alors il y a quand même aussi des situations de... de... de... euh... de mauvaise surveillance on pourrait dire, en fait, où la précarité elle peut être amenée comme ça aussi. Les enfants qui peuvent être mis en danger par un manque de... par un manque de rigueur des parents (difficulté parentalité). J pense que c'est voilà, j pense qu'on peut quand même séparer les deux.

Dans ta pratique c'est comme ça que tu classes, en quelque sorte, les formes de précarité...

Oui, on voit pas, moi je vois pas de vraie... de vraie précarité matérielle, des enfants qui sont à la rue ou qui ont faim par exemple, des enfants en tout cas il n'y en a pas hein (précarité matérielle).

Donc c'est plus subtil ?

Ouais, c'est vrai, il y a des enfants qui sont dans des contextes de... euh... c'est pas de la maltraitance parce que c'est... de... de... c'est moins de surveillance, moins d'attention, de réflexion que d'autres, en fait c'est tout simplement cette précarité là tu vois (difficulté parentalité, carences).

D'accord. Et est-ce que, dans ta pratique quotidienne tu as pu identifier des retentissements sur le développement des enfants ou sur leur santé... qu'on peut mettre en lien avec la précarité ?

Ouais, alors, euh sur la santé, oui bah, j'ai un exemple précis qui est... c'est des gens qui avait, c'est des parents qui avaient attrapé la tuberculose et qui ont contaminé un certains nombre d'enfants, donc là oui ils étaient physiquement affectés par le... la précarité, alors là oui (pathologie). Ils l'ont attrapé par contagion directe de la part des parents en fait, c'est les parents qui étaient, alors les parents se sont tous contaminé les uns les autres à partir d'un... d'un gars qui revenait d'Asie, euh... ils partageaient les joints en fait, c'est comme ça qu'ils se sont contaminé. Les enfants il y en a qui ont eu droit

(intergénérationnel). Sinon non il n'y a pas vraiment de répercussion. Les gamins qu'on voit ils ont pas de problème de, de courbe de croissance, de poids, à cause de... de ...la précarité, enfin ils sont, ils mangent à leur faim tous hein (retentissement santé). Après j'ai jamais travaillé avec des populations vraiment en situation de précarité. Par contre oui, maladies infectieuses mais il y a pas que la tuberculose en fait hein, c'est tous ces gamins qui sont tout le temps avec la morve au nez qui font des rhinos à répétition, mais qui en pratique ont un développement en tout cas... staturo-pondéral qui est normal (pathologie, retentissement santé).

As-tu identifié des retentissements de cette précarité un peu plus subtile, que tu décrivais tout à l'heure, que tu as appelé la précarité psychologique ?

Oui, après ça se décline immédiatement au moment de l'école en fait, et en fait ce sont des gamins qui sont rapidement en situation d'échec scolaire, en fait, et c'est plus sur leur vie sociale en fait que la répercussion, que la répercussion prend de plus en plus de place quand ils grandissent en fait, parce qu'ils euh... voilà... donc ils deviennent un petit peu délinquant, moitié euh... tout ce qu'on peut retrouver dans l'échec scolaire et dans les...(pathologie, retentissement santé) En plus V c'est un endroit un peu particulier parce que c'est quand même un système en vase clos, du fait que c'est une île, il y a très peu d'entrée, très peu de sortie, et peu de mélange avec l'extérieur, autrement dit rapidement... tous ces gamins là se retrouvent ensemble en fait.

Est-ce que tu trouves ça difficile de repérer toutes ces situations ? Est-ce que c'est quelque chose que tu peux aborder en consultation ?

Non, c'est pas difficile, parce que c'est la même chose, ici on connaît tout le monde, donc c'est assez simple (repérage relation privilégiée), par contre ce qui est plus insidieux et sur lesquels... alors ça fait longtemps qu'il n'y a pas eu de... ça, mais, euh, sur des... euh, sur des histoires de, de..., de... d'attouchement sexuel, on a eu quelques histoires comme ça ici, en fait, des choses qui étaient beaucoup plus difficiles à identifier, donc certaines situations de précarité de ce type là, sont quand même très, sont vachement plus difficiles à identifier. Parce que là pour le coup elles sont cachées... Parce que quand il s'agit de, de, simplement de parents un peu... un peu... drogué, un peu qui ont des, qui s'occupent pas beaucoup de leur enfants (carences, difficulté parentalité), ça ils s'en foutent, ils le cachent pas en fait et on le repère tout de suite, on le sait tout de suite. Parce que tout le monde parle sur tout le monde en plus, donc bon, c'est... c'est plus facile. Mais on s'est déjà fait piégé sur des situations comme ça, où, euh... il y a quelques années on a eu deux trois histoires comme ça où a eu... en fait où on a été, on n'a pas été bon. C'était dans des familles précaires, en situation de précarité (repérage difficile).

Est ce que t'as l'impression que dans ta pratique il y a des choses qui changent... dans ces consultations là ?

Non, je crois pas, ça change pas, je soigne tout le monde de la même manière... (égalité) par contre euh... euh... euh... euh... le... peut être ma façon à moi de l'aborder, qui est plus euh... euh... qui devient plus euh... comment dire, moins empathique et plus directif en fait, je cherche, on cherche à corriger les choses en fait. Plus à corriger les choses, ouais. Plus maintenant qu'au début. Mettre les parents devant leur responsabilité, leur faire comprendre qu'il faut que ça change. (temps de pause) (soutien parentalité)

Qu'est ce qui t'as fait changer ?

C'est une évolution naturelle je pense, avec l'expérience, tu changes un peu ta façon de... de... de voir euh... de voir ce qui est autour de toi, en fait, ouais. (temps de pause)

As-tu identifié des émotions liées à la prise en charge de ces enfants en situation de précarité ?

Non, non. Moi ceux qui me font craquer ce sont les enfants qui sont beaux... (rires)... il y en a quelques uns qui sont magnifiques! Ceux là ils me font craquer ! (rires) Non, par rapport à la précarité, je n'ai pas d'émotion particulière, pas d'empathie, pas d'agacement. Ni l'un ni l'autre. Voilà. (pas d'émotion)

Est ce que tu as des difficultés lors de ces prises en charge ?

Non, mais encore une fois elle n'est pas prégnante, encore une fois on est dans un monde clos où on connaît tout le monde et, où, et il y a pas de... il n'y a aucune tension dans la prise en charge de... ils viennent sans appréhension, et toi tu les reçois sans appréhension non plus (relation trio). Il n'y a pas de... Parce que c'est ça aussi en fait un effet de la précarité, c'est que les gens sont, les gens en situation précaire ils ont du mal à venir, à... en fait quand ils viennent ils se sentent pas bien. Et c'est pas du tout le cas ici, les gens ont pas du tout de... ni... euh... comment dire, ni honte ni réserve, ni quoi que ce soit en fait hein (temps de pause). (relation trio, démarche soin)

Donc il y a un accueil qui est possible ?

Ouais. Tout à fait.

Est-ce que tu orientes vers des structures particulières, ou des interlocuteurs ?

Alors on le fait avec les assistantes sociales, en fait hein. Donc on a des échanges avec les assistantes sociales. Euh... On envoie vers les assistantes sociales qui nous envoient aussi. Euh... Mais voilà, on se débrouille avec ça en fait. On n'a pas besoin de, je pense pas qu'on ait besoin de prise en charge plus spécifique. Je pensais aussi aux prises en charge de pédopsychiatrie mais on a ça en fait, ils viennent. Ils viennent à V et en fait leur présence est suffisante. On n'a pas de... on n'a pas besoin qu'ils soient là plus souvent. Moi en tout cas, pas. (réseaux)

Est-ce que tu penses que l'accès aux soins peut être plus compliqué pour certains enfants ? As-tu identifié des obstacles dans l'accès aux soins ?

Alors, oui, alors ça c'est très spécifique à V, c'est l'éloignement, c'est-à-dire qu'il faut une voiture pour aller consulter en dehors. Et il y a des parents qui n'ont pas de voiture, qui n'ont pas de moyen de transport, et donc chez qui la consultation à l'extérieur pose problème à cause de ça. On a eu des situations où on a pu contourner ce problème, avec les gens qui avaient la tuberculose là, parce que la tuberculose est prise en charge à 100% en fait et donc ils ont eu droit à un transport remboursé, sinon ils n'y auraient pas été, sinon les enfants n'auraient pas pu y aller non plus. (accès transport) Donc, oui, ça c'est l'écueil qu'on rencontre. Sinon, il n'y a pas de retrait par rapport aux médecins et aux soins. (démarche soin). Après pour ce qui est financier, tout le monde a soit la CMU complémentaire et même l'AME pour certains. (accès financier) (temps de pause) Après... il y a du nomadisme médical mais pas forcément chez les gens en situation précaire. C'est pas forcément les plus nomades, enfin dans mon expérience à moi, ceux que je vois ont quand même tendance à revenir vers le même interlocuteur. (utilisation système soin, suivi)

D'accord. As-tu eu des formations sur la précarité ? As-tu des suggestions à faire ?

Je pense que ça peut être utile mais je n'en ai pas eu du tout non. (formation MG)

Pour résumer, penses-tu que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'accompagnement de ces enfants ?

Oui, oui oui justement c'est ce que je te disais, c'est qu'en fait... euh... de plus en plus, euh... j'interviens, hein. Alors qu'avant j'étais plus dans le retrait, dans une, dans dans une, observation et un soin qui restait médical. Maintenant j'interviens beaucoup plus sur des champs qui sont beaucoup plus, pas forcément, uniquement, de dire euh... faut le découvrir, faut lui donner un bain si il a de la fièvre mais... faut le coucher tôt, enfin des choses plus directives. J'interviens plus justement dans la gestion de la situation de la précarité qu'avant. Et j pense que oui, oui, ça c'est important. C'est important. C'est important parce que c'est... mais pour pouvoir le faire il faut aussi avoir, après... suffisamment de, de... confiance en toi pour rentrer dans ce rôle là et donc ça, ça s'acquiert au fur et à mesure du temps. Je le faisais probablement moins quand j'étais plus jeune. Je pense. (soutien parentalité)

D'accord, merci.

Entretien 2 Médecin 2 (M2)

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions... pour commencer peux-tu me dire qu'elle est ta définition de la précarité ?

(temps de pause) La précarité c'est une euh... impossibilité de subvenir à ses... à ses, à des besoins essentiels qui sont euh... bien se... bien manger, bien se nourrir, euh... bien se loger, euh... avoir chaud quand il fait froid, et... ne pas souffrir, être dans le sentiment qu'on a une petite euh... un , un certains confort, un certains confort sans être dans la limite, euh... où on deviendrait dans l'inconfort et dans, dans l'absence de bien-être, et dans l'inquiétude par rapport à l'avenir... voilà, c'est ça la précarité. Alors il y a sûrement d'autres définitions, mais voilà, bon, c'est ce qui me vient à l'esprit, voilà. (définition compliquée, vulnérabilité, précarité matérielle, précarité logement, précarité alimentation)

De tes observations, est ce que tu as pu identifier des retentissements de la précarité sur la santé des enfants ?

(temps de pause) (inspiration) J'ai quelques, enfin, par exemple j'ai un exemple de parents migrants qui dormaient sous les ponts (précarité logement), et la femme était enceinte et avait aussi un petit enfant, et ça, ça a pas duré très longtemps mais je pense que elle, enceinte, en tout cas, c'était difficile et... le bébé une fois né, il y a une certaine difficulté là... qu'il a fallu gérer, euh... bon ça c'est un cas extrême, euh... la précarité, moi j'verrai aussi des parents qui sont par exemple des parents isolés (isolement), j'ai pas d'exemple en tête mais je verrai des mères qui sont là aussi souvent migrantes d'ailleurs, et qui sont isolées, qui sont seules avec leur enfant, et pour qui c'est difficile de gérer, ou qui ont un deuxième enfant. J'en ai une actuellement qui est enceinte, qui a un premier enfant qui doit avoir quinze mois, un deuxième qui est dans son ventre, elle est seule, elle a très ... (interruption par le téléphone) Donc là le retentissement de cette dame enceinte avec un enfant qui a, qui a douze-quinze mois et qui est isolée, c'est... d'abord un retentissement sur sa grossesse, sur le fœtus qu'elle a dans le ventre, elle est très mal suivie pour sa grossesse, elle fait pas les examens qui sont prescrits (pathologie, retentissement santé, démarche soin), et puis parce qu'elle a du mal à sortir, pour son premier enfant si il est malade... l'autre jour en consultation, elle a laissé son enfant de quinze mois, elle habite à côté, tout seul, chez elle, ficelé sur un siège devant la télé, pour pouvoir venir me voir en consultation...voilà...(isolement, difficulté parentalité)

Effectivement on imagine qu'elle le fait au minimum...

Voilà, euh... donc cet enfant je l'ai vu une fois, je sais pas où en sont ses vaccins (retentissement santé, pathologie, suivi), c'est une femme voilà qui est débordée, et du coup, voilà, donc, et pour son premier enfant et pour celui qu'elle a dans le ventre, je pense que c'est une situation qui est très instable (vulnérabilité), très précaire, euh... (temps de pause) Est-ce que le premier enfant est bien suivi, est ce que sa grossesse est bien suivie, ça va impacter la santé des enfants, elle est très fatiguée, elle a mal au dos, elle arrive pas à porter son premier enfant... (suivi, retentissement santé, difficulté parentalité) Je pense qu'elle est en difficulté relationnelle avec cet enfant parce que elle... elle lui crie après, elle... voilà. (difficulté parentalité)

Tu as parlé des vaccins, tu ne savais pas où en était ses vaccins, est ce qu'il y a d'autres situations de prévention qui n'ont pas pu être faites correctement, où dans l'incertitude, du fait de la précarité ?

Oui, le calendrier vaccinal c'est ce qu'on voit, c'est le sommet de l'iceberg! Il y a effectivement des situations où il est pas très très bien tenu. (retentissement santé, pathologie) Euh... d'ailleurs des fois ça peut aussi être des parents très au fait de beaucoup de choses, ça peut être parfois des parents pressés aussi... j'imagine. La précarité d'un enfant ça peut être aussi ce qu'on appelle les mères corbeaux, en Allemagne... Les mères corbeaux c'est les mères qui, c'est les deux parents qui vont travailler, qui ont beaucoup de boulot, ils rentrent tard, les enfants sont un peu livrés à eux même, ils sont un peu devant la télé, ils rentrent tout seul, ils ont les clés de leur appartement autour du cou, et puis ils rentrent chez eux et il y a pas grand monde pour s'occuper d'eux... (carences) notamment sur le brossage des dents, il est un p'tit peu délaissé, le p'tit déjeuner du matin, il est un peu délaissé, enfin des choses comme ça... (difficulté parentalité)

Donc la précarité c'est pas uniquement économique mais il y aussi la disponibilité des parents...

Oui, de disponibilité des parents pour l'enfant.

Est ce que la précarité c'est quelque chose que tu trouves facile à déceler ? Comment tu la repères ?

Alors moi je les identifierai déjà par le fait que c'est des enfants qu'on voit pas beaucoup (feux rouges), c'est-à-dire euh... on va voir un enfant et on va se dire « tiens c'est curieux par qui il est suivi ? J'le vois pas beaucoup cet enfant ... » (suivi). On va le voir une fois par an, et à cette occasion on va dire « Je vous avais prescrit la dernière fois un vaccin, est ce qu'il a été fait ? ». (compréhension prise en charge) Oh et puis tiens on n'a pas le carnet de santé... peut être qu'il a été perdu, peut être qu'on vient pas sciemment avec, enfin... (carnet) Et donc s'apercevoir de la précarité c'est déjà, euh... par rapport à la fréquence des visites (feux rouges), alors parfois l'enfant il vient pas parce qu'il est pas malade mais parfois il vient pas parce que les parents n'ont pas le temps (temps parents), ou ne veulent pas (démarche soin), ou... ou savent qu'il n'ont pas fait ce qu'il fallait faire ou... ou sont déficient par rapport à l'enfant. (démarche soin, difficulté parentalité, relation trio) Donc ça serait déjà... donc un enfant qu'on ne voit pas souvent... après hmm... j'pensais au poids. Parce que je sais pas si le poids est un bon critère de précarité, le poids de l'enfant (feux rouges), mais euh... on sait que l'obésité c'est plutôt chez les gens qui n'ont pas beaucoup d'argent, et qui ont pas, qui mangent pas correctement, et pour moi un enfant qui a des problèmes de poids, c'est un enfant potentiellement qui est peut être en précarité (feux rouges, pathologie). Un enfant dont les parents n'ont pas les connaissances d'une bonne alimentation, de ce qu'est une bonne alimentation pour un enfant, ou bien pas les moyens, même si je pense que même sans beaucoup de moyens on peut avoir, enfin se nourrir correctement, mais bon les parents n'ont pas les moyens ou n'ont pas accès aux connaissances pour savoir ce qui est bon de manger pour un enfant. C'est montré dans pas mal d'étude ça hein, qu'il y avait un lien assez direct... entre obésité et pauvreté (connaissance santé, précarité alimentation,

pathologie). Donc voilà c'est ça les repères, un enfant qui vient pas beaucoup, qui est gros... hmm... quoi d'autre... ça peut être aussi ... j'sais pas si on peut parler d'une précarité psychologique, d'une absence d'attention, c'est des enfants qui vont... parfois ça va être un enfant qui va être euh... très dissipé, très hyperactif euh... qui va... être... courir partout... c'est pas nécessairement un signe de précarité mais pour moi c'est une absence, quand même, de vigilance des parents, de... de vigilance des parents sur l'enfant. Alors un enfant qui va ouvrir les tiroirs, ouvrir mon tiroir là bas, et des parents qui vont, soit ne même pas s'en apercevoir, soit ne rien dire, ça veut dire que chez eux aussi il n'y a pas d'encadrement, en fait. Il n'y a pas cet encadrement qui est utile à l'enfant pour se construire, pour savoir ce qui est dangereux pour lui par exemple, euh... il y a peut être des choses auxquelles il ne faut pas qu'il touche parce que c'est dangereux. (feux rouges, difficulté parentalité) (temps de pause) Et ça serait de ne pas... en tant que parent, de ne pas être défaillant par rapport à, donc là on pourrait dire que c'est par rapport à la politesse dans un lieu qui n'est pas le sien, mais souvent ça va, c'est en lien avec le danger potentiel, de toucher par exemple à des trucs qui sont sur la table là bas où... le parent n'a pas cette attention, là, à ce que fait son enfant. (difficulté parentalité)

Et quel lien tu fais entre ces parents qui ne font pas attention... et la précarité ?

On a parlé toute à l'heure de, de disponibilité... ça serait ce lien là. C'est-à-dire que, peut-être que, la précarité c'est pas nécessairement un manque de... moyens ou d'argent, ça peut être aussi un enfant délaissé, tout simplement, parce que les parents sont... sont absents, ne sont pas là, ne font pas attention, peut être que la précarité de l'enfant s'inscrit... aussi, dans cette...absence d'attention des parents vers l'enfant. (carences)

Est-ce que dans ces situations complexes... tu as des prises en charge particulières, éventuellement des interlocuteurs ou des structures ?

Bah... j'dirai que ça... c'est d'abord et avant tout une question vers les parents pour savoir quels sont, eux, leurs besoins. Euh... voilà j'pense que, que ce qui est contre productif c'est d'être accusateur par rapport aux parents. Donc c'est d'abord, de peut être se poser la question à mon avis, enfin... de poser la question aux parents, d'être attentif à eux, de quoi ils auraient besoin, pour eux aller bien et pour que leur enfant aille peut être mieux. Donc il faut qu'il y ait d'abord une prise en... enfin que les parents soient... prêts à entendre qu'il y a une, des améliorations à apporter sur les conditions de vie de leur enfant (relation trio, soutien parentalité), euh... et puis après bon, j'oriente plutôt vers une structure genre CMP... ou PMI... là je me dis qu'il va y avoir une équipe, prête à suivre l'enfant et... quoi d'autre... euh... non j'ai pas d'autre... (réseaux)

As-tu identifié des obstacles à l'accès aux soins pour les enfants ?

Alors il y a l'obstacle financier, ça c'est un obstacle (accès financier). Je pense qu'il y a l'obstacle : la question du temps. C'est-à-dire que, il y a des parents je pense, qui n'ont physiquement pas le temps, je

pense à des femmes qui travaillent, j'sais pas qui ont un travail... précaire, et qui vont courir faire deux heures au p'tit matin pour nettoyer j'sais pas une société puis deux heures l'après midi, enfin c'est toujours au moment où... c'est le soir ou au p'tit matin quand il n'y a plus personne dans les bureaux, où... où s'occuper d'un enfant c'est très compliqué... parce que les gens n'ont pas le temps, ils ont pas les moyens, euh... (temps de pause) (temps parents)

As-tu identifié des difficultés pour certaines personnes à accéder à l'assurance maladie ?

Euh... alors ça m'arrive, mais c'est plutôt des étudiants, mais j'pense que les gens qui ont des enfants ils arrivent un peu mieux à gérer ça, mais il y a beaucoup de gens qui ne savent pas qu'ils ont droit à la CMU ou à la complémentaire santé, alors j'ai un document, je leur donne... J'ai jamais vu, pour l'instant, des parents avec des enfants qui si ils avaient droit à la CMU, ne l'avaient pas. (administratif, infos droits) Mais... (interruption par le téléphone) Alors, repose ta question...

Oui, on parlait de l'accès aux soins...

Oui j'pense qu'un obstacle ça peut être aussi la méconnaissance, c'est-à-dire que... parfois on ne va pas se soigner parce qu'on méconnaît un problème, donc ça fait partie de ce que les gens savent aussi... de la maladie, de ce qui pourrait être de la prévention, de ce qui pourrait être euh... entraîner des problèmes pour l'enfant, j'sais pas par exemple euh... ne pas se laver les dents, puis les caries euh... les caries ce que ça fait... plus tard. Et puis les risques infectieux, il peut y avoir une méconnaissance que si on se lave pas les dents régulièrement on peut avoir plus de sinusites, de pneumonies, de... choses comme ça. Si on a des caries dentaires, ça peut impacter la santé de l'enfant plus tard... voilà, on peut avoir une méconnaissance aussi. (connaissance santé)

As-tu identifié des émotions particulières dans ces situations ? Et la question qui suit, dont on peut parler en même temps c'est : ressens tu parfois de la frustration lors de la prise en charge de ces enfants ?

Alors j'ai pas beaucoup d'exemple, j'ai pas beaucoup d'exemple qui me viennent en tête... mais euh... l'émotion euh... oui si j'ai un exemple, tiens, d'une famille... de Turquie, par exemple. Euh... Où manifestement la mère ne parlait pas un mot de français, il y avait trois enfants, euh... c'était le père qui les amenait à chaque fois... et il y en avait un qui avait, qui avait eu un problème de... à la naissance de plexus brachial, il avait une dizaine d'année, et puis visiblement un autre enfant avait l'air un peu retardé... donc oui j'étais dans l'émotion parce que l'émotion c'est quand euh... enfin l'émotion c'est de se dire que ces enfants ils ont... d'abord ils sont souvent stigmatisés à l'école, stigmatisés à l'école d'une part, donc un sentiment d'injustice... voilà (empathie-tristesse, colère). Et puis l'émotion, c'est de se dire que oui ces enfants, en étant aidés, ils pourraient être en meilleure santé, avoir l'air moins pâles, et moins délaissés aussi ! (colère) Euh... la frustration c'est de ne pas pouvoir euh... de pas pouvoir... on peut dire des choses, on peut dire tiens faut que je pense à cette famille,

tiens votre mère elle est là depuis dix ans, il faudrait qu'elle apprenne le français, qu'elle aille les chercher à l'école, qu'elle parle avec la maîtresse, voilà. Voilà, rien que ça c'est une petite frustration de dire à des gens ce qu'ils pourraient essayer de faire pour euh... s'adapter mieux dans le monde dans lequel ils sont... aussi euh... et de donner des adresses et de voir que voilà c'est pas... il y a pas de suivi parce que bon voilà, soit c'est culturel, dans ce cas là c'était culturel, ou que bon... voilà c'est frustrant. (frustration) On aimerait parfois, très souvent, j'aimerais qu'il y ait quelqu'un à côté de moi qui... c'est au moins deux ou trois fois par jour, qu'il y ait quelqu'un qui... prennent les rendez-vous, accompagne les gens, parce que parfois ils me disent... mais c'est où ? J' parle notamment des migrants, l'adresse est là mais comment on y va ? Alors voilà, je sors le plan, je mets tout le déroulé de comment il faut y aller... qu'il faut marcher de tel endroit à tel endroit etc etc. On aimerait qu'il y ait quelqu'un à côté de nous qui soit l'assistante sociale et qui les prennent par la main pour, pour la suite, pour les accompagner... au cours de français gratuit, qui est à tel endroit, voilà, on sait que c'est là mais... (médiateur)

Donc si je comprends bien, c'est la frustration de ne pas pouvoir faire tout ce que tu aimerais faire ?

Oui c'est ça, c'est la frustration de... de ne pas avoir un prolongement, là, dans le cabinet, qui permettrait de, d'accompagner au-delà de la consultation, physiquement, administrativement la personne ou les personnes vers ce qui pourrait les aider... (frustration, médiateur)

C'est un peu ce qu'il se fait à Médecins du Monde, la médiation, notamment dans les bidonvilles...

C'est bien que tu parles des Roms, parce que c'est vrai que, curieusement, je ne vois pas beaucoup les enfants, je vois beaucoup de femmes et j' vois pas trop leurs enfants, alors euh... et quand je les vois ils me semblent pas si mal que ça euh...voilà. (temps de pause) Donc effectivement j'ai ces gens précaires qui viennent, je vois beaucoup de femmes mais je vois pas beaucoup leurs enfants... donc si je les vois pas c'est qu'il y a quelque chose peut être... (suivi, démarche soin) Parfois quand elles viennent avec, j'ai plutôt l'impression d'enfants qui vont bien, sauf que voilà, est-ce qu'ils vont à l'école, est-ce qu'ils parlent français, est-ce qu'ils parlent la langue du pays dans lequel ils sont ? Je ne sais pas. (précarité sociale-gradient, barrière langue) (temps de pause) Il y a pas très longtemps j'ai euh... si si en fait, j'ai une femme, j'ai une femme Rom qui vient me voir avec son enfant, parce que je , enfin j'ai eu une espèce d'aura, comme quoi... enfin, elles veulent toutes des enfants, donc voilà, quand elles ont pas d'enfants pendant ... six mois, c'est ... c'est qu'il y a un problème. Et donc il y en a une qui était mariée, j'sais pas, depuis sept ou huit ans, pas d'enfant et euh... on a traité une infection à chlamydia et pouf elle est tombée enceinte tout de suite après. Et donc j'étais la femme magique, donc après j'ai eu pleins de femmes qui venaient pour avoir des gosses... Voilà. Et donc elle, elle m'amène sa petite fille, sa fille. Et la fille... enfin je l'ai vu une ou deux fois, elle est toute pâlichonne, alors elle, si si, elle a pas l'air en très bonne santé, et elle toussait et en fait, (retentissement santé, pathologie) manifestement, quand on demande dans les caravanes comment ça se passe : elle

fume, et l'enfant fume autant que les adultes, c'est un bébé, c'est un nourrisson, donc euh... voilà (précarité logement, difficulté parentalité). (temps de pause) Parfois il ya une manque de connaissance aussi, une méconnaissance que la qualité de l'air influe sur la santé de l'enfant, j'avais un enfant asthmatique et couvert d'eczéma et la maman m'explique que elle fume à l'intérieur mais après elle met du spray pour masquer l'odeur ! Voilà. (connaissance santé)

Est-ce que, ça recoupe un peu les questions précédentes, tu penses que le médecin généraliste a un rôle à jouer ?

Bah, le médecin généraliste, il doit, il a obligatoirement un rôle parce que il voit euh... il voit passer un peu toute la population, de son quartier ou de plus loin. Les parents ont un accès plus facile au généraliste qu'au pédiatre (premier recours). (temps de pause) Il a un rôle, mais son rôle est limité par le fait que... il a un temps dévolu de consultation... (temps MG) et que derrière cette consultation, il n'y a rien, enfin si il n'y a pas une structure à côté qui prend le relais, et où les gens veulent bien aller dans cette structure... (réseaux) et bien, son rôle s'arrête là. C'est-à-dire que, une fois la porte franchie, euh... voilà. On sait pas si la prescription du médicament va être bien suivie, (compréhension prise en charge) tiens oui, c'est une vrai question, la précarité ça peut être la... l'illettrisme des parents hein (niveau éducatif), qui fait que le traitement est pas correctement suivi... Donc son rôle s'arrête à... une fois la porte franchie, qu'est ce qu'il se passe après... donc on revient sur la question de la frustration, c'est « qu'est ce qu'il se passe après ? ». Donc je pense que le rôle du médecin généraliste aurait plus d'efficacité si il y avait un relais, un ... enfin voilà, qu'est ce que c'est que le travail social derrière, est ce qu'il y a des moyens ? Enfin là ça devient des discussions politiques, qui nous dépassent... (réseaux, médiateurs, frustrations)

D'accord, merci beaucoup !

Entretien 3 Médecin 3 (M3)

Depuis que tu m'as dit pour l'entretien, j'essaie de faire attention aux situations, j'ai des enfants plus ou moins favorisés mais...j'vais attendre tes questions.

Alors, est ce que tu peux me donner une définition, pour toi, de la précarité ?

Oui, oui alors déjà j'ai un peu de mal avec cette notion de précarité (définition compliquée), parce que j'essaie justement dans ma patientèle de ne pas dire tiens justement lui il est précaire par rapport à un autre qui ne serait pas précaire, mais d'avoir plus cette vision un peu de gradient quoi! (précarité sociale-gradient) Parce que il suffit pas que les précaires on les fasse basculer dans les systèmes de droit commun et puis là tout le monde aurait l'égalité des soins, l'égalité des chances en terme de santé etc (égalité). Plus une vision « déterminants de santé ». Et à ce moment là, la précarité c'est,

c'est juste un cumul de ces déterminants de santé défavorables et qui font que euh... (retentissement santé) Alors la précarité c'est pas une définition officielle mais il y a un truc qui me parle pas mal là, c'est la définition du fromage là, et qui fait que là c'est les déterminants de santé (dessin sur une feuille de papier) et puis quand... ça va à peu près bien, ton fromage il a pas trop... on arrive à passer à travers les trous... et voilà. Mais quand t'as un cumul de trous et ben... et ben c'est le moindre truc qui bloque et de toute façon derrière ça bloque etc, et que, et que le cumul est tel que le moindre p'tit truc qui clash, tout... tout s'écroule quoi ! (précarité sociale-gradient) Alors que quand on est... plus favorisé, c'est plus... c'est pas grave si il y a un truc qui clash parce que... on a le support social qui permet de compenser, on a un autre truc qui permet de compenser, alors c'est pas facile hein c'est toujours difficile les déterminants de santé, mais voilà. Le cadre qui a son diabète, il a que ça à gérer, c'est pas rien mais il a son diabète et il a pas le reste qui va foirer. Celui qui a son diabète, le chômage, plus pas de support social... et ben voilà ça va pas être le même... diabète. Donc c'est pas une définition de la précarité mais c'est euh... (définition compliquée, isolement)

C'est très intéressant cette notion de gradient...

Oui, oui !

Quelles situations de précarité pour les enfants as-tu rencontré ?

Par rapport aux enfants pour le coup, parce que j'y ai un peu pensé... j'ai vu une famille, que je suis à peu près depuis que je suis installée, donc pas très longtemps hein... tu vois depuis un an euh... bon je vais te raconter une consult' où il y avait une demande de... de traitement pour faire dormir les enfants (retentissement santé, pathologie), donc j'ai pas donné de traitement pour dormir et tout mais bon voilà on va explorer un peu les difficultés (relation trio). En fait elle m'a expliqué que... ils avaient une seule pièce pour tous en fait, donc pour tous c'est-à-dire la maman, les deux enfants, le père et la belle-mère ! (précarité logement)

Donc cinq personnes...

Oui ça fait cinq personnes... et euh... peut être deux pièces mais en tout cas la belle mère avait sa pièce à elle, pour dormir et euh... les parents étaient dans la même pièce avec les enfants et donc le soir il y avait la télé et donc c'était impossible pour les enfants de dormir... de dormir à des heures... le petit il peut pas faire sa sieste, le petit de deux ans il peut pas faire sa sieste l'après midi parce que il y a pas de pièce pour qu'il dorme quoi ! Il peut pas s'endormir par terre dans le bruit quoi ! Enfin par terre, pas par terre, dans un lit mais... et donc voilà, donc j'ai pas prescrit de traitement pour dormir, mais... j'ai dit de voir auprès de la... des aides sociales etc pour le logement... (réseaux) et que c'était un argument important le fait que les enfants puissent dormir etc et euh... et voilà. Je sais plus si je lui avais demandé si elle souhaitait que je fasse la démarche d'appeler aussi, j'me souviens plus mais ça m'y fait repenser... j'l'ai revu il y a pas longtemps là, je lui ai reparlé de ça, elle m'a dit que

la situation avait pas changé au niveau du logement, voilà je sais pas pour quelle raison mais le dossier avance pas... alors tu vois ça fait deux ans que...

C'était il y a deux ans ?

Oui le petit il a deux ans maintenant, et il était encore plus petit à l'époque, alors peut être qu'il dormait mieux parce que les bébés... et donc voilà, alors dans le coup j'ai demandé, j'ai appelé l'assistante sociale pour savoir où ça en est, pour savoir si il y a des perspectives que ça avance plus vite, est ce qu'il y a des aides pour faire les démarches qu'ils connaissent pas... et donc voilà la situation euh... de précarité qui... me vient à l'esprit. Et la maman ne travaille pas, après c'est autre chose, c'est pas facile pour la maman de faire ce qu'elle veut... après c'est un autre problème mais euh... elle est pas libre en fait d'aller voir sa propre famille, c'est pas le terme « séquestrée » mais elle est pas libre de faire ce qu'elle veut... elle est aussi un peu isolée. J'en sais pas plus que ça, je sais juste que sa belle-mère l'autorise pas à... (isolement) (temps de pause).

Donc dans cette situation on retrouve effectivement le cumul de plusieurs problématiques : l'habitat, l'isolement social...

Et puis, bah... les deux ont de l'asthme, des allergies. Les deux enfants ont de l'asthme, dont un que j'ai vu pour une première crise d'asthme un jour et hospitalisé d'emblée, parce que c'était sévère... (retentissement santé, pathologie) ça m'est arrivée d'autres fois de l'hospitaliser alors c'est toujours compliqué parce que... parce que bah la maman elle vient à pied euh... au cabinet, j crois que c'est pas hyper loin mais c'est à pied, c'est compliqué, c'est toujours plus compliqué ! (accès transport) Alors ça fait aussi parti des choses où des fois j'me dit ceux là j'aimerais bien les voir plus, des fois j'me dit ils ont plus besoin donc euh... tu vois quand je le vois pour l'asthme, j'aimerais les voir aussi pour faire le point sur d'autres choses etc, mais les faire revenir et ben c'est pas non plus euh... bah c'est pas simple ! Donc il faut pas juste se dire j'ai leur dire de revenir tel jour, il faudrait peut être faire des consultations plus longue d'une heure alors des fois j'prévois mais c'est pas facile non plus de prévoir des créneaux de une heure tous les quatre créneaux... parce que c'est pas trop facile non plus... (temps MG, assouplir le cadre) (temps de pause).

Donc là tu parles d'une problématique de transport...

Oui de transport et euh... qu'est ce qu'il peut y avoir d'autre ? (temps de pause).

Ma question suivante est... quels sont les retentissements sur la santé et le développement des enfants que tu peux mettre en lien avec la précarité ? Et puis j'ai revenir aussi sur ce que tu viens de dire « les deux enfants sont asthmatiques », est ce que tu fais un lien avec leur situation ?

Je sais pas trop, je sais pas trop... je sais que ça favorise pas euh... voilà que c'est plus compliqué pour aller à l'hôpital (accès transport) euh quand il y a besoin, en même temps elle est... il y a pas

moins de soins enfin en tout cas pas moins d'attention à la santé de la maman pour les enfants (carences : ici absence de carence) mais je sais que tout est plus compliqué, venir en consult' et tout... voilà. Après sur les causes de... je sais qu'il y a une composante allergique, ils sont... ils ont sollicité un... un bilan allergeo, moi j'aurai pas, enfin, c'était pas mon initiative, donc ils sont allés jusqu'au centre ville de Nantes, faire le bilan allergeo qui a montré effectivement une allergie, la maman aère bien le logement et tout, donc là est ce que ça peut être... en rapport ? On sait pas, enfin moi je sais pas. (lien santé-social) (temps de pause)

D'accord.

Et puis après au niveau euh... littérature, je suis pas au clair avec les influences de des conditions de, alors les conditions sociales en général avec la santé, oui, mais là spécifiquement sur ce cas d'asthme je ne me suis pas posé la question. (lien santé-social)

D'accord, est ce que tu as identifié des retentissements médicaux, sur la santé des enfants que t'as pu mettre en lien avec leurs conditions de vie ?

Alors oui il y a la prématurité, là j'les ai suivi ils étaient déjà nés, j'ai pas en tête qu'ils étaient prématurés, l'un ou l'autre, pour le coup, mais je veux dire en général, prématurité et précarité. (pathologie, lien santé-social) Mais euh... voilà j'ai pas le dossier sous les yeux, tu vois c'est l'intérêt de raisonner en terme de déterminants comme quoi j'suis pas certaine donc j'l'ai peut être même pas formulé comme ça moi en faisant ma consult', prématurité je sais pas, développement staturo-pondéral euh... c'est plutôt tendance euh... à... à surpoids chez les petits, enfin les les... enfin ils ont... pas ça. (pathologie) Puis je pense que... on a vu l'alimentation ça ne pose pas de soucis, je ne crois pas qu'il y ait des difficultés économiques d'accès à l'alimentation... (précarité alimentation)

D'accord...

Il me semble pas, après ça mériterait d'être vraiment euh... exploré euh... spécifiquement hein mais voilà. Comme autre déterminant sur la santé, le sommeil là du petit que je constate puis ça fait deux ans... et ça me... ça me rend un peu malade quoi de voir qu'il a... qu'il a pas les conditions... pour bien dormir puis après avec un peu de (inspiration) il est plus irritable donc au niveau climat familial euh... parce qu'à la fin bon faut absolument qu'il dorme... et puis c'est pas facile donc c'est... voilà quoi. C'est pas... il a pas les meilleurs conditions hein! (pathologie, empathie-tristesse)

Non, c'est sûr...

Il est vraiment pas dans les meilleures conditions... Après euh... il a eu une facture de... de cheville ce petit... alors là bah voilà, là le lien il est pas... j'crois que les statistiques des accidents domestiques sont plus importants euh... ? (pathologie, lien santé-social)

Oui...oui... effectivement parfois c'est parfois difficile de faire le lien...

Après euh... j'me dit aussi parce que là c'est indirect hein... mais on peut... aussi se dire que c'est parce que... aussi parce qu'il est plus fatigué, qu'il a moins de sommeil aussi qu'il a... à la fin de la journée il est tombé de l'escalier parce qu'il était plus euh... peut être qu'il était énervé ou que... voilà, voilà, ouais. (lien santé-social)

Est-ce que tu, là ou dans d'autres circonstances, tu as pu identifier des difficultés concernant le suivi des enfants?

Pour eux non. Après... est ce que j'ai des exemples? (temps de pause) Après si, mais justement c'est ceux qu'on voit moins hein! Ceux qu'on suit bah il y a moins de difficulté! (suivi) Je sais que j'ai vu un jour un petit, c'était euh... c'était euh... une nièce, enfin de la famille des gens du voyage, que je suis un peu mais pour lesquels j'avais du mal à... faire un suivi très rapproché... des fois il changent de médecins, puis ils reviennent etc donc c'est difficile de faire... un suivi établi (suivi, utilisation du système de soin). Mais donc il me dit bah « j'emmène ma nièce » ou je sais plus qui dans la famille pour une histoire de vaccin qui était pas à jour euh... mais ils avaient pas de rendez-vous, et puis j'étais déjà en retard donc j leur ai dit bah (temps MG, utilisation du système de soin) ... j'finis juste euh ces consultations là puis je vous vois à la fin donc à midi donc vous pouvez revenir et tout, et puis ils étaient à pieds donc c'était compliqué (accès transport), puis finalement ma consult' qui devait pas être longue elle a été longue, et puis le petit bah c'était l'heure de manger donc ils ont fini par... partir, donc... c'est pas très... c'est pas très satisfaisant! Et euh... et après je sais pas si ils sont revenus ou pas... mais voilà, c'était en fait, voilà c'était ils voulaient pas une consult' ils voulaient juste que je fasse une prescription pour un vaccin (utilisation du système de soin) etc mais euh... y avait un autre médecin qui avait... enfin voilà je l'avais jamais vu je voulais pas non plus faire une prescription sans faire de suivi et donc j'ai dit non faut que je regarde un peu, faut qu'on voit ça, et donc oui ils ont fini par partir et j crois qu'ils sont pas revenus. Mais voilà, c'est ceux qu'on voit moins que le suivi... ouais. Et puis est ce que j'en ai d'autres en tête ? Oui une maman que j'ai un peu suivie pour sa grossesse, qui était euh... est ce qu'elle avait l'AME ou pas ? Pour le coup qui était dans... qui était Rom, pour laquelle le suivi de grossesse était euh... pas facile parce qu'elle venait euh... enfin c'était difficile d'instaurer le suivi mensuel etc et puis moi je pensais qu'elle était suivie dans le coup par quelqu'un d'autre et que c'était juste que je dépannais parce qu'elle avait pas pu voir son médecin et en fait après j'ai compris que non il y avait pas d'autre euh... y avait pas d'autre suivi (suivi) (inspiration) et puis c'est un peu compliqué aussi parce qu'elle venait avec euh une dame de l'association! On avait l'impression vraiment d'imposer un suivi médical... et qu'il y avait pas du tout d'alliance thérapeutique... elle le vivait comme une contrainte quoi! Et si elle venait pas avec la dame de l'asso elle serait pas venue alors c'est... (réseaux, médiateur, démarche de soin)

La dame de l'association venait pour... ?

Pour accompagner... mais elle sortait pendant la consultation hein! Mais j' pense que si il y avait pas eu cet appui de l'asso, j'avais l'impression qu'elle avait pas très envie de venir quoi. J'ai l'impression qu'elle le prenait comme une contrainte, pour le coup j'ai proposé l'entretien prénatal précoce parce que je me disais... si elle vient euh... un truc où c'est nécessaire mais elle souhaitait pas le faire, c'était pas obligatoire donc... (démarche de soin) Et donc en fait pour dire, parce que ton sujet c'est les petits. Et le petit dans le coup euh... euh... bah je sais pas trop, j' pense qu'il a été suivi par la PMI. J'l'ai vu une fois après le petit à la naissance mais voilà j'lui avais expliqué... soit le choix de la PMI soit du cabinet euh... etc et voilà. Donc je sais pas. Mais j'te dis pour le suivi peut être que c'est euh... je ne me suis pas en tout cas assurée auprès de la PMI qu'il était bien suivi. Mais j'me suis aussi appuyé, parce que je voyais aussi au niveau de l'asso qu'elle était pas lâchée et j'voyais bien que... Mais bon, on avait vraiment l'impression de la forcer ! Après on peut pas juste balayer d'un revers de la main puis en disant il faut qu'elle soit autonome parce que... on n'a pas les mêmes capacités à faire des choix ! Euh...des choix pour sa santé, donc là vraiment notre... enfin ce que je conçois de mon boulot c'est de... c'est de pas forcément faire l'égalité en terme de santé parce qu'on peut faire le choix de pas faire un suivi médical et tout, mais de faire l'égalité sur la possibilité de faire ce choix ou non. C'est-à-dire d'avoir vraiment toutes les ressources pour pouvoir faire ce choix, et pas... juste d'avoir des représentations qui fait qu'on se dit que ça sert à rien sans en avoir été vraiment bien informé... (relation trio, égalité, démarche de soin)

Oui.

Et sans qu'on se soit donné la peine d'explorer ses représentations... pour les comprendre, pour voilà. Mais c'est difficile d'explorer les représentations quand on est dans un cadre un peu dominant-dominé parce que... on n'a pas trop fait le choix... et on impose un peu la consultation... alors le moins possible mais (inspiration) et donc on n'est pas dans un climat favorable à juste vouloir offrir justement cette possibilité de soins parce que on est un peu, un peu dans l'injonction de soins quoi. (relation trio)

Euh... très bien, c'est intéressant ! (rires) (temps de pause) Quand tu es en consultation, comment tu fais pour repérer ces situations de précarité ?

Alors... j'trouve ça difficile à repérer dans le sens ou dans notre formation, on l'a pas intégré en tant que... pour l'asthme je regarde les facteurs familiaux etc... on a un petit peu un listing des déterminants de santé biomédicaux mais on n'a pas ce listing des déterminants de santé sociaux. On aurait tout bénéfice je pense, à les repérer de façon un peu automatique. Euh... après, bon ça serait mieux de faire avec des déterminants documentés, de la littérature etc. (formation MG, améliorer formation, lien santé-social) En même temps tout est complexe, ils sont pas tous connus, donc d'être dans une, dans une démarche d'ouverture de toute façon et d'essayer de comprendre la vie des gens, comprendre comment ça s'implique, c'est encore plus important, enfin ou aussi important ou

complémentaire à savoir ce qui est documenté dans la littérature. De comprendre un peu, d'être dans cette démarche d'empathie mais au sens d'empathie de : je comprends les conditions de vie... je comprends ce qu'il se passe, je comprends les difficultés... j' comprends aussi le rapport au système de santé, j' comprends le rapport au médecin spécifiquement, pour comprendre comment on peut faire en sorte que... que l'état de santé soit le mieux selon les choix de la personne justement... selon ce qu'elle conçoit de sa santé... comment elle la voit... j' me suis un peu perdue je crois ! (relation trio, démarche soin)

C'est pas grave !

(rires) Donc les difficultés oui c'est à la fois difficile et pas si... et pas si difficile des fois de de de... quand on est dans cette démarche d'essayer de comprendre, puis c'est tellement après euh... plus facile, d'avoir compris bah oui c'est ça qui est difficile alors après c'est pas forcément facile de trouver ce qu'on... va faire ! (relation trio) Mais au moins on est au... (temps de pause)

On a les clés...

Oui voilà, on est clair sur ce qui fait que dans ce cas là, ce qui fait que c'est difficile pour cet enfant là, ces parents là, c'est... et on va se voir on va accompagner la dessus... et puis quand c'est dit, c'est tellement plus facile! (relation trio) L'exemple des consultations, ça va du coq à l'âne hein, ça va pas être facile pour l'analyse après ! (rires) Mais quand on dit des fois il faut des consultations d'une heure et tant pis on peut pas faire une heure et donc c'est comme ça, et ben... et ben des fois quand même, on passe une heure de consultation, ça nous a plombé notre planning, mais après et ben on repasse quand même que vingt minutes parce qu'on a eu besoin de plus de temps, on a décortiqué et on sait là, et on peut repartir sur : on se donne un objectif dans cette consultation de faire ça, on se donnera un autre etc... Idéalement faut plus de consult' parce qu'il y a plus d'objectifs, parce qu'il y a plus d'éléments qu'on va... qu'on va analyser mais... voilà. Des fois, une heure de consult' une fois, bah ça veut pas dire tout le temps une heure de consult' quoi... (assouplir le cadre)

Donc tu penses qu'il y a des situations qui méritent plus de temps, est ce que tu as d'autres prises en charge particulières ? Des interlocuteurs... t'as parlé de l'assistante sociale toute à l'heure, est ce que tu penses à d'autres choses ?

Oui oui j'ai l'occasion d'être en contact... avec eux, même direct après, quelque fois où on appelle, parce qu'elle sont moins nombreuses, maintenant c'est regroupé, on appelle et ah aujourd'hui c'est pas celle de V, c'est celle de V'... elle va transmettre mais c'est... c'est pas très facile, parce que dans le coup je gère avec la secrétaire qui me dit bah oui, mais j'aurai bien voulu avoir directement l'assistante sociale au téléphone, que j'ai pas si souvent que ça en fait... (réseaux) Les autres structures euh... euh... après ça c'est un autre enfant pour lequel je pense... c'est euh... c'est c'est, c'est pour la maman où en fait la problématique elle était plus celle de trouver du travail, parce qu'elle

vient de... elle vient du Maroc, où elle a fait des études jusqu'au bac, où elle avait la perspective d'avoir, de faire des études, et puis ils sont venus en France depuis cinq ans je crois et en fait en France elle se rend compte qu'au niveau perspective professionnelle... elle va pas y arriver et puis c'est un gros deuil de... de faire le deuil d'une activité professionnelle épanouissante etc, et donc on a essayé de s'occuper de cette problématique du travail et donc fallait trouver comment faire garder les enfants, sachant que économiquement elle peut pas les faire garder d'emblée enfin. Donc j'ai eu l'occasion de travailler avec les assistantes sociales aussi, et puis les organismes d'insertion professionnelle, qu'une patiente m'avait dit qu'elle avait trouvé du travail par ce biais là, donc j'ai pris les coordonnées pour les donner à la patiente, voilà. Euh... comme autre structure... alors la PMI mais pas tellement. C'est un peu... ça m'est arrivé, une fois. Mais c'est bête hein, mais j'ai voulu rencontrer quand je me suis installée le médecin de la PMI qui m'a dit bah là j'ai pas le temps on verra en septembre, j'lui ai laissé la démarche un peu de me recontacter en septembre et puis en fait il m'a pas recontacté, j'ai relancé, puis ça a pas marché. J'ai rencontré la puéricultrice de la PMI, quand même, mais pas le médecin de PMI. (réseaux)

Tu aurais aimé qu'il y ait un échange...

Ben oui, pour se dire comme ça on se connaît, on va travailler ensemble et puis on est à vingt mètres hein. C'est la porte à côté !

Ah oui !

C'est un peu dommage... j'me disais en faisant l'entretien, parce que les patients dont on parle, c'est quand même important que le lien soit fait... surtout que moi je suis là que deux jours par semaine, après il y a mes collègues aussi mais de se dire qu'on soit plusieurs interlocuteurs, quand il y en a qui sont pas là...

Donc tu voudrais plus de liens avec tes interlocuteurs ?

Oui, le lien pourrait être amélioré c'est sur. Non, puis si quand même, là à force d'en parler j'suis en train de repenser à d'autres situations, pour le coup là on est vraiment là dans la précarité. J'ai déjà appelé les assistantes sociales en urgences, et là pour le coup, c'est ça qui est dommage c'est que c'est dans l'urgence que ça marche mieux, mais c'est important que ça marche dans l'urgence quand même. (réseaux) C'est une patiente qui vient me voir pour céphalée et puis en explorant un peu c'est une patiente qui est isolée avec sa petite fille de dix ans qui a un déficit de développement, et elle me disait qu'elle n'avait plus rien à manger, elle avait plus rien dans le frigo, juste un paquet de brioche et un litre de lait, puis qu'elle avait fini là (précarité alimentation). Donc là j'ai appelé les assistantes sociales, que j'ai pu avoir vraiment en direct et les assistantes sociales l'ont rappelé et ont géré là cette situation, donc si, en urgence quand même. Mais dans une démarche de prévention et de promotion de

la santé et pas dans le curatif comme dans ce cas là, mais parce que les moyens de... j'ai bien compris qu'elles avaient moins de temps encore et ben on gère l'urgence et le reste on a moins de temps quoi.

Après je voulais te demander, on en a un petit peu parlé tout à l'heure, est ce que t'as pu identifier des obstacles à l'accès aux soins pour les enfants ?

Euh... Alors, bah là encore, les patientes, j'dis les patientes hein parce que c'est souvent quand même les mamans et leurs enfants, donc les mamans, qui sont toutes seules à la maison, qui ont plusieurs enfants à gérer, et qui doivent gérer, euh... s'occuper de... des p'tits à la maison, plus d'aller chercher les grands à l'école, machin... et ben c'est pas facile de trouver un créneau de consultation ! (isolement, temps parents) Franchement... c'est chaud l'organisation quand on gère un (inaudible) après c'est plus difficile. Et donc ça c'est un... un obstacle à l'accès aux soins... Après c'est aussi une question de secrétariat, y a plus ou moins de blocage, si la secrétaire elle a des injonctions de... faut que le planning respecte ce truc bah j'pense que... des fois on dit « bah non y a plus de place, allez voir ailleurs ». (temps MG) Donc aller voir ailleurs quand on connaît pas, dans un cabinet qu'on connaît pas... puis... donc voilà, j'me suis méfié de cas comme ça et puis j'ai dis des fois aux patients « J'connais vos difficultés donc n'hésitez pas à dire à la secrétaire que c'est vu avec moi » qu'elle me passe la communication pour qu'on puisse... des fois je réserve des créneaux entre midi et deux, j'me dit que c'est un peu plus faisable, j'me dit que c'est pas pendant l'heure de l'école, y a pas... voilà, bref. Donc il y a l'organisation du... bah notre propre confort de pratique, c'est pas forcément en adéquation avec la possibilité de... de consulter pour les mamans (assouplir le cadre, discrimination). (inspiration) Après bien sûr, bah... les difficultés économiques hein ! Euh... ça peut rentrer en ligne de compte hein (accès financier). Ouais, pour des patients, un jour j'ai découvert que... ils venaient en consultation hyper souvent... euh pour des rhinites mais pour un petit, parce qu'il était prématuré, et en même temps on leur avait dit faut consulter au moindre truc, il est vraiment fragile votre petit etc. Donc bien disciplinée la maman au moindre truc elle vient me consulter, et après en médecine générale on lui dit bah faut pas consulter pour rien non plus donc... c'est difficile à gérer et puis ils étaient en cours de demande, de... de CMU, mais ils avaient pas la CMU. Donc en attendant on leur faisait payer, ils avaient pas leur carte vitale donc ils avançaient. Ils envoyaient les feuilles de soins, donc au niveau économique... pourtant ils venaient parce qu'on leur avait dit c'est important pour la santé de leur enfant mais euh... économiquement c'était sûrement... pas bien, enfin sûrement, ça l'était pas puisque après je leur ai demandé et on a fait le tiers payant etc.... c'était... un soulagement. (administratif-infos droits) Mais bon ça après c'est pas spécifique aux enfants ! L'accès financier, la distance au cabinet, euh... alors. L'accès aussi, le fait de vouloir consulter etc... ça je le constate pas trop mais bien sûr puisque je vois ceux qui viennent ! (accès financier, accès transport, démarche de soin)

Bah oui !

Mais voilà, il doit y avoir une difficulté d'accès comme on a un peu évoqué tout à l'heure, de dire euh... si je vais voir le médecin, ils vont m'imposer euh... des trucs... enfin, ça va bien ! Moi je sais gérer la santé de mon enfant... j'vois bien enfin je sais pas mais voilà, enfin un accès de cette ordre là, même avant la démarche de se dire je vais consulter. (démarche de soin, relation trio, difficulté parentalité) (silence) Alors il y a aussi de la discrimination de fait hein, pas forcément consciente mais euh... euh, on sait que c'est plus difficile pour les patients CMU de consulter... (discrimination)

Tu l'as remarqué ?

Non, mais c'est dans la littérature. Dans les pratique bah évidemment que non j'vais pas te dire que... Mais le fait que dans la littérature c'est établi, j'me dit que c'est pas que des discriminations conscientes et j'me dit que peut être il y a une part de discrimination qui est liée à notre organisation et qui est involontaire mais sur lesquels si on n'y prend pas garde on est responsable de la discrimination euh... Mais en tout cas cette question de la discrimination elle se pose pas en tant que blocage au téléphone, comme ça a été montré dans les études « bah non la CMU on peut pas » mais une discrimination plus insidieuse si on peut dire par rapport à ça, par rapport à l'organisation des soins. (discrimination) Cette question aussi que... bah c'est difficile parfois d'avoir une consultation programmée quand t'as pas de créneaux de consultation d'urgence parce que... « bah je sais pas si je vais être disponible dans le courant de la semaine... » parce que bah c'est plus compliqué des fois sur des conditions matérielles bah d'organiser... « j'sais pas si j'aurai la voiture, la possibilité de me déplacer... un travail ce jour là... ». (silence). (temps MG, accès transport, temps parents)

Alors après j'ai une question un peu plus personnelle, as-tu ressenti des émotions particulières liées à la prise en charge de ces enfants ? Eventuellement des frustrations ?

Oh bah oui ! (rires) Tout le temps ! Tout le temps, bah ouais un sentiment d'injustice, c'est... c'est encore plus difficile de voir des situations où euh... où on sait que ça se passe pas bien au niveau de la santé de ces enfants et on sait que les adultes, les futurs adultes plus tard ils seront affectés par ces conditions socio-économiques difficiles dans l'enfance, ils auront une santé plus... plus compliquée à gérer plus tard et puis... et puis voilà quoi ! Des petits pour lesquels on est vraiment dans la... promotion de la santé positif et tout et puis ces petits ils ont pas déjà la base de bien dormir euh tranquillement alors euh... (silence) (colère)

D'accord.

Bah oui puis la frustration sur euh... il peut pas dormir et puis euh... on peut pas... euh... si c'est la priorité à la belle-mère pour la pièce toute seule et puis ces petits on n'a pas les moyens de les faire bien dormir et bien on est un peu démuné quoi! (colère, frustration) C'est bien d'être là parce que... parce que... parce que si on s'occupe pas de ça, si on l'est pas et ben c'est encore pire mais voilà, d'essayer, mais on n'a pas une réponse tout de suite immédiate hein ça c'est sûr que dans le

biomédical c'est plus facile! C'est plus facile mais on est en même temps aussi moins efficace hein! On est moins efficace pour la santé future de... il faut envoyer aux urgences cet enfant quand il a sa crise grave mais sur sa santé future et tout on aura un impact beaucoup plus grand si on arrive à... à avoir un impact sur ses conditions de logement même si c'est plus long, même si c'est pas tout de suite dans l'heure, même si c'est pas dans le mois mais euh... mais on sait que c'est plus tard sur la santé... que ça jouera quoi ! Alors c'est frustrant et en même temps ça vaut le coup de faire ce qu'on peut parce que l'impact sur la santé il est important. (frustration)

As-tu été formée, sensibilisée à ces thématiques ?

Alors formée... en tout cas dans mon cursus initiale euh... non. Mais quand j'étais chef de clinique avant d'être en médecine générale j'étais en cancéro et donc j'étais chargée donc de l'enseignement des externes dans le service de cancéro et donc j'avais pas envie de faire un cours de cancéro parce que je le ferai moins bien que les cancéro... donc j'avais regardé dans le programme et j'avais découvert qu'il y avait la précarité... Et j'me suis dit bah tiens j'vais essayer de traiter moi cette question , c'est là où j'avais découvert toute la littérature... toute cette réalité dont je j'avais pas euh... connaissance hein euh ces données scientifiques... Puis pour la petite histoire, à mon cours il n'y avait que deux externes, les deux à qui j'avais donné un travail obligatoire ! (interruption par le téléphone) (formation MG) Donc voilà, on n'est pas formé mais c'est pas une problématique qui euh... qui suscite de l'intérêt à priori, peut être aussi parce qu'on pense que c'est pas notre travail... Et puis bon les étudiants ils savent que ça va pas tomber dessus aux examens... enfin je sais pas ! Mais le rôle... (interruption par le téléphone)

Donc j'imagine, au vu de ce que tu m'as dit que tu penses que le médecin généraliste a un rôle à jouer ?

Oui, de décortiquer, de faire de la prévention en amont... Et puis aussi là pour le coup, c'est aussi montré dans la littérature que c'est les systèmes de santé sur lesquels il y a un bon pilier du premier recours où il y a moins d'inégalité de santé, après j'sais pas comment c'est démontré ou si c'est juste constaté, il se trouve que tant... Les systèmes de santé à fort moyen sur les premiers recours ont moins d'inégalités. Voilà. (premier recours)

Est-ce qu'il y a des choses qui te viennent à l'esprit, que tu as envie d'ajouter ?

Euh... bah non j'vois pas. J'sais pas si ça répond à tes questions ?

Oui tout à fait!

Entretiens 4 Médecin 4 (M4)

Pour commencer, est ce que vous pouvez, avec vos mots, définir la précarité ?

Euh... la précarité euh... bah c'est en fait euh quelqu'un qui euh... qui n'a pas de euh logement, qui a des difficultés d'accès... au logement, aux soins, souvent qui n'a pas de travail... voilà, je dirai euh incertitude voilà. (définition compliquée, précarité matérielle, précarité logement, vulnérabilité)

Dans votre pratique, est ce que vous avez identifié des retentissements, d'une forme de précarité, quelle qu'elle soit, sur la santé des enfants ?

Sur la santé des enfants ? Euh... Oui bien sûr mais j' pense que ça peut aussi d'adapter sur la santé des adultes hein. J'crois que c'est surtout un retard... à la prise en charge et... euh... et... oui et puis... et puis peut être aussi une méconnaissance des... des soins et de... de la façon de de de de...euh oui de prendre en charge sa santé. (connaissance santé, démarche soin) J' dirai ça. Après au niveau des enfants particulièrement, c'est vrai que c'est pas toujours facile parce que c'est vrai on imagine mais euh c'est difficile de de se rendre compte de... comment les gens vivent ! Ils nous le disent mais c'est vrai qu'on a peut être un peu de mal à imaginer des gens qui sont à la rue... avec des enfants ça doit être encore plus difficile... (relation trio) (silence).

Quand vous vous dites, tiens cet enfant vit dans une situation difficile... Comment vous avez fait pour repérer cette situation ?

Hmm... Bah déjà par rapport au poids, la taille... j'questionne par rapport à l'alimentation... par rapport aux... oui euh... les conditions de... d'habitat... souvent les gens par exemple sont logés dans des hôtels... euh et j'crois que tous les jours il faut qu'ils renouvellent la demande... donc nous c'est difficile, oui, le poids la taille puis des enfants qui reviennent souvent euh... ça peut alerter aussi. (questions, clignotants) Après aussi euh peut être euh... la propreté (feux rouges) euh les choses comme... (silence). Il y a quelques temps là j'ai vu une dame euh une patiente à moi qui euh qui est venue avec une traductrice et en fait elle se séparait là, enfin elle avait fuit le domicile conjugale avec ses deux enfants... c'est une dame je crois qui est d'origine sri lankaise euh parce qu'il y avait des violences familiales et euh et donc du coup y avait pas de logement, j'crois qu'elle avait été à l'hôtel mais après j'crois que la traductrice me disait que après elle savait pas trop ce que ça... ce que ça allait donné... oui y a des foyers pour les familles, les femmes avec les enfants. J'crois qu'il y a un effort particulier qui est fait quand il y a des enfants en bas âge euh... et c'est vrai que... c'est pas toujours facile... (précarité logement)

Est-ce que vous quand vous êtes avec ces enfants, est ce que vous avez des prises en charge particulières, des interlocuteurs particuliers ?

(inspiration) Hmm... pas... pas forcément hein. C'est vrai que j'avais eu un cas aussi de violence donc j'avais essayé de contacter « SOS femmes » mais j'ai eu du mal à les contacter... euh autrement euh... non j'ai pas forcément... éventuellement j peux appeler l'assistante sociale, ça m'est arrivé une ou deux fois d'appeler l'assistante sociale, voilà. Après euh euh... ça m'est arrivée aussi de recevoir des coups de fils d'une assistante sociale, même de la PMI j crois. (silence) Mais bon c'est pas toujours facile hein euh... on les connaît pas forcément bien... on sait pas trop à qui s'adresser, c'est sûr. (silence) (réseaux)

Est ce que vous pensez que l'accès aux soins soit plus difficile pour certains enfants ?

(inspiration) Hmm... J pense, 'fin... j'ai pas l'impression parce que... on est quand même sur V donc... bah voilà, les gens qui sont à la campagne c'est difficile (accès transport), mais euh... à V il y a la PASS donc euh... moi ça m'arrive de voir aussi des gens qui viennent de la PASS et puis euh... J pense que là bas ils sont quand même bien pris en charge (réseaux)... j connais un peu parce que j fais des gardes de CAPS, c'est dans le même bâtiment. Alors moi, bon ça n'a pas de rapport avec les enfants mais bon, j'ai de plus en plus de demandes de certificat pour des titres de séjours pour raisons de santé puisque je suis médecin agréée, ils viennent euh très souvent pour ça, y en avait pas autant avant... mais euh c'est difficile euh... en plus c'est spécifique, il faut mettre que vraiment il y a une raison euh... très importante... donc euh l'autre jour j'en ai vu il savait même pas ce qu'il avait! Il avait pas de courrier, il avait pas le moindre renseignement médical. Donc euh... bah j lui ai dit de récupérer le maximum de choses... et tout, euh de venir avec euh... quand même hein mais... voilà j pense que en désespoir de cause euh... il a tenté voilà, des démarches... voilà, de plus en plus hein... (inspiration) Et pourtant j suis installée depuis longtemps! Mes collègues aussi ont constaté, j'en ai discuté avec mes collègues...

Et du coup pour rebondir sur ce que vous disiez tout à l'heure, vous avez dit « il n'y a pas trop de problème d'accès aux soins mais on est à V » ? Est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Oui bah...et puis il y a la connaissance aussi...les gens sont peut être pas au courant des structures...des structures qu'il y a hein...ouais. Puis sûrement les transports aussi ouais. (accès transport, utilisation système soin)

Est-ce que vous vous ressentez des difficultés dans la prise en charge de ces enfants ?

Euh... oui bien sûr euh... euh bah des fois difficultés de compréhension, euh... euh... parce que on sait pas trop euh... par exemple au niveau alimentation ce que les gens connaissent... ce qu'ils ont euh... déjà, ce à quoi ils ont accès. Et euh... oui donc euh... oui donc euh... on se rend pas forcément compte ce ce... de de de ce qu'il se passe pour pouvoir améliorer... (relation trio, connaissance santé) et puis en même temps bon bah... y a beaucoup de problèmes à régler en même temps. (énergie)

Euh... c'est vrai que... y a souvent un manque de temps pour euh... pour prendre en charge beaucoup de choses ! (temps MG)

D'accord. Est-ce que vous avez des émotions particulières dans ces situations ? Ou des frustrations ?

Euh...oui bah là par exemple le cas d'il ya quinze jours, où la maman, en plus c'est vrai que ça m'a fait un choc parce que c'est vrai que j'avais l'habitude de la voir avec son mari et les deux enfants et je me doutais pas du tout...de ça. Et quand elle est venue faire un certificat médical parce qu'elle avait un hématome au niveau du visage, et donc en fait elle m'a...raconté...un peu toute sa vie et c'est vrai que c'est pas...bon bah c'est...c'est vrai c'était difficile... (empathie-tristesse)

Est-ce que vous avez été formée ou sensibilisée à ces différents thématiques ?

Du tout ! Du tout ! (rires) (formation MG)

Est-ce que vous avez des suggestions à faire sur ce sujet ?

Euh oui j'pense qu'une formation ça pourrait être intéressant sur... comment déjà mieux repérer...parce que je pense qu'on passe à côté quand même de pas mal de chose, donc comment mieux repérer... au niveau des structures aussi euh... oui oui j'pense qu'il y a besoin d'une information... pour nous aider, ça c'est sûr. (améliorer formation)

Pour conclure, est ce que vous pensez que le médecin traitant a un rôle à jouer dans ces prises en charge ?

Ah bah bien sûr, après euh j'ai l'impression qu'il y a quand même beaucoup de nomadisme médical mais les gens qu'on voit régulièrement, oui bah j'me dit que quelque fois ils ont pas beaucoup d'autres interlocuteurs ! (utilisation système soin, premier recours) Euh oui oui c'est sûr que...on peut intervenir...mais là aussi c'est sûrement un manque de temps... (temps MG)

D'accord... Et bien merci beaucoup !

Entretien 5 Médecin (M5)

Pouvez vous définir la précarité ?

(Silence) Euh...(rires) On commence bien ! (définition compliquée)

Prenez votre temps.

M5 : Alors la précarité euh...euh...faut que tu m'aides ! (à l'intention de son externe)

L'externe : Je dirai que c'est une situation sociale de vulnérabilité...

M5 : Oui vulnérabilité c'est un bon terme, c'est bien.

Alors, euh...vulnérabilité est ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Vulnérabilité sociale...euh...affective...financière parce que là on parle pas forcément que de l'enfant là du coup sur la définition ?

Oui oui une définition euh...globale.

Donc euh oui...sociale, financière, environnementale...euh...affective on a dit ? oui. Vulnérabilité, c'est le terme que je cherchais... (vulnérabilité, précarité sociale-gradient)

Dans votre patientèle, est ce que vous rencontrez des enfants en situation de précarité ? Quelle situation de précarité rencontrez-vous ?

Alors j'y avais réfléchi un peu parce que du coup vous aviez donné euh... le titre de l'entretien... et c'est vrai que j'ai quelques familles, ça m'a fait pensé à quelques familles en situation de précarité. Problématique financière, isolement des parents... et du coup... précarité affective des enfants... avec des problèmes de santé qui en découlent aussi. (précarité matérielle, isolement, difficulté parentalité, retentissement santé) Et euh des consultations à répétitions. (feux rouges) Pour des problèmes médicaux purs mais aussi pour des problèmes euh...des problématiques éducatives en fait, des conseils euh aux parents. (soutien parentalité)

Quelles conséquences sur la santé des enfants vous avez pu identifier ?

Là en l'occurrence les... les deux enfants sur trois sont suivis pour de l'asthme... un asthme relativement sévère. (retentissement santé, pathologie) Et donc euh... il y a eu des difficultés de compréhension dans le traitement de fond, dans la prise en charge des... des accès de toux euh... les difficultés de prise en charge quand les enfants allaient quand même à l'école quand ils étaient malades et toussaient... dans la difficulté de donner euh... les traitements adaptés... Donc euh... voilà. Et sur la répétition des consultations parce qu'il y avait pas toujours de compréhension de... des traitements, de la prise en charge, en fait. (compréhension prise en charge)

Et là...dans le cadre de l'asthme, est ce que vous avez fait le lien avec une situation de précarité ?

Alors oui... c'est des gens qui sont en location avec des animaux domestiques, c'est une habitation relativement ancienne avec des problèmes d'humidité...j pense que, on peut trouver un lien oui. Y avait pas de tabagisme par contre. (précarité logement)

Est-ce qu'il y a d'autre retentissement sur la santé que vous avez identifié ?

Alors après c'est plus au niveau du surpoids, sur des conséquences nutritionnelles (retentissement santé, pathologie) en fait de la précarité... financière. Donc ça peut amener certaines familles, certains

parents à penser que c'est plus simple finalement de faire des pâtes ou... du riz... donc euh une méconnaissance euh... du coup notre rôle il était là aussi, dans l'éducation nutritionnelle... (précarité alimentation, soutien parentalité) sur ces familles là un peu en précarité. Ou euh... voilà des goûter un peu trop sucré, un peu trop chargé... j'fais aussi le lien avec des familles plus en difficultés, avec un niveau de connaissance peut être moins... important... (connaissance santé, niveau éducatif) Et puis p't'être pas l'envie non plus d'apporter... plus de fruits... ou une alimentation plus adaptée. (précarité alimentation)

Est-ce qu'il y a d'autres exemples qui vous viennent à l'esprit ?

(Inspiration) Euh...on pourrait penser à l'accès aux soins des spécialistes mais euh... j'pense que sur le secteur c'est pas forcément un problème puisque... il y a l'hôpital de V avec notamment des consultations d'ORL, donc pour les enfants et les patients qui ont des difficultés financières euh...du coup bah il y a pas d'avance de frais donc euh...du coup c'est pas forcément un problème. (accès financier)

Et comment faites-vous pour repérer ces situations ? Pour aborder ces sujets ?

Alors le mot précarité il va pas être évoqué. Euh mais c'est de façon euh...détournée qu'on va euh aborder... (questions, tabous) Quand on voit qu'il y a des problématiques euh j'pense plus là à l'éducation à proprement parler des enfants. Euh... parce que finalement les mamans sont relativement à l'écoute. Quand il y a déjà eu une confiance d'établie...on va réussir à amener les choses comme euh...c'est peut être pas comme ça qu'il faut faire ou...euh euh...prendre le temps de parler avec l'enfant, pour les problèmes de sommeil, ce genre de chose. Donc c'est pas une, on va pas faire, mettre en avant vraiment la précarité mais on va de par la confiance qui est mise... mise en place souvent depuis un p'tit moment on va aborder certaines choses plus facilement. (relation trio, soutien parentalité)

Est-ce que vous avez besoin parfois d'avoir des interlocuteurs particuliers ? Ou des prises en charge particulières ?

Alors toujours par rapport avec la même famille, il y avait eu un suivi par le médecin de la PMI et par les puéricultrices (réseaux), justement pour des troubles du comportement de... de l'ainé, avec euh une agressivité, et une violence verbale, euh, intrafamiliale puis scolaire.(retentissement santé, pathologie) Du coup il avait été suivi et les parents avaient été suivis mais avec plus de difficultés parce que eux étaient un peu... fermés à cette prise en charge, et avec le médecin scolaire aussi pour essayer de mettre des choses en place euh... (démarche soin, réseaux)

Et pour contacter et communiquer avec ces différents interlocuteurs, est ce que c'était facile ?

Peut être le médecin scolaire un peu plus compliqué puisque du coup ils sont peu nombreux alors ils sont pas toujours sur le secteur, ils sont souvent occupés donc on met des rendez vous téléphoniques en fait pour arriver à se parler. Avec le médecin de PMI et la puéricultrice là, on se parle régulièrement au téléphone pour se tenir au courant de l'évolution de la situation. (réseaux)

Est-ce que vous pensez que l'accès aux soins soit plus compliqué pour certains enfants... et pour quelles raisons ?

En général ou sur le secteur ?

Les deux.

Parce que sur le secteur je pense pas quand même... on connaît les familles, quand il y a des demandes spécifiques la secrétaire elle nous en parle. (assouplir le cadre) Après en général, j pense que dans certains secteurs oui. Il y a des problèmes, qui viennent euh... pas forcément toujours de... la même problématique, qui peut venir aussi des parents comme euh, comme de ce qui peut être proposé comme suivi au patient... la permanence des soins. (temps MG, démarche soin) Mais en l'occurrence sur le secteur, c'est, à mon avis, c'est pas le cas.

Est-ce que vous ressentez des difficultés par rapport aux différents sujets qu'on a abordés ?

(Silence) Bah il y en a toujours euh forcément euh... Sur une famille j'avais une suspicion de... (silence) de... maltraitance euh... C'est des punitions qui étaient pas forcément adaptées. Donc là oui c'est compliqué parce qu'il y a des choses qu'on peut percevoir sur l'attitude des enfants, sur le comportement des parents même en consultation. Ils sont pas forcément faciles à faire passer, là du coup. On va demander à revoir les patients... on va essayer de façon détournée de savoir un peu comment ça se passe à la maison mais parfois là c'est compliqué oui. (repérage difficile, carences) C'est d'aborder les choses de façon frontale avec les gens... parce que le but c'est de maintenir un lien quand même. Parce que... à mon avis si il y a un lien il y a déjà moins de risque qu'il y ait un débordement. Si les gens viennent en consultation, même si c'est pour un tout autre motif, c'est parce que il y a quand même une confiance qui est là... et quelque part peut être qu'ils viennent chercher des réponses. Donc euh... Avant toute chose, pour moi faut pas rompre ce lien là. Mais après d'aborder les choses euh frontalement, j pense que c'est compliqué. Plus de façon... détournée... de savoir comment ils arrivent à gérer le quotidien avec leur enfant, sur des choses qu'on peut constater en consultation, ou qui sont rapportées par l'enfant... réinterroger différemment le... le parent. Mais c'est comme la précarité, d'en parler directement c'est, c'est compliqué, j pense. On ne dit pas « vous êtes en situation de précarité »...et puis la précarité c'est très vaste... et puis les gens peuvent... bien vivre avec leurs moyens... (tabous, questions, relation trio, soutien parentalité)

(A l'attention de l'externe qui est présent) *Est-ce que tu veux dire quelque chose ?*

L'externe : J'pensais aux enfants qui ont des carences affectives ou éducatives... ça peut se manifester par des troubles anxieux... oppositionnels, ou un fléchissement scolaire... ça peut retentir dans pleins de domaines... Je sais pas si il y a une causalité directe qu'on peut établir mais ça y participe, c'est multifactoriel. En pédiatrie j'ai vu un enfant de 1 an qui avait des hématomes et donc il y avait eu une information préoccupante et une ordonnance de placement provisoire... mais là c'était plus que la précarité c'était de la maltraitance.

Le médecin : Oui oui faut bien faire la différence ! Par contre ce que tu disais tout à l'heure par rapport à des patients qui consultent pour des troubles... anxieux... ou des problèmes de sommeil, c'est des choses qu'on peut voir sur un problème de précarité ponctuelle. (retentissement santé, pathologie) Sur des situations familiales qui se déstabilisent... une séparation euh... ce genre de choses... on peut être amené à voir des enfants mais c'est ponctuellement et parfois la situation se rétablit d'une manière ou d'une autre et l'enfant va mieux. Il peut aussi y avoir des motifs de consultation qui sont liés à une situation particulière ponctuelle. (précarité sociale-gradient)

L'externe : Oui des fois l'enfant peut être porteur de la symptomatologie de la famille, ça se déplace sur lui et c'est vrai que c'est lui qui... donne l'alerte en fait. Il absorbe. Il est élevé par ses parents, il est nourri par ses parents...

Le médecin : C'est pour ça que des fois il y a des situations précaires qui ne sont pas forcément mal ressentie par l'enfant parce qu'il peut être protégé de ça aussi. (précarité sociale-gradient)

Oui...c'est pour ça qu'une des premières chose, dans la définition de la précarité au départ, c'est de dire... c'est pas uniquement financier.

Oui, quand vous m'avez dit l'intitulé je m'étais dit situation euh... précaire, bon dans le secteur c'est pas trop... puis j'me suis dit bah non la précarité c'est pas que ça justement, précarité ou vulnérabilité affective... finalement c'est presque plus fréquent... probablement... en tout cas dans notre secteur ça serait plus fréquent que la précarité je dirai... financière en fait. (vulnérabilité, précarité sociale-gradient)

Est-ce que vous avez des émotions liées à ces situations ?

Oui c'est arrivé sur des situations bien particulières oui... (silence)

Et ça serait quoi comme émotion ?

Euh... une position un peu inconfortable par rapport à la décision à prendre... après... j'essaie toujours de mettre un peu de distance entre... les patients et puis pour être euh... mieux dans la... le plus clairvoyante possible dans la prise de décision. Et je pense en l'occurrence à une fois où elle avait du sortir une ceinture pour qu'ils... parce qu'ils obéissaient pas... c'est difficile de ne pas être... j'avais essayé de lui renvoyer un peu les choses en lui disant... si elle pensait que c'était normal de

réagir comme ça... donc voilà. J'pense qu'il faut aussi garder un peu ses émotions pour... mieux gérer la situation, et justement continuer à parler sans rompre le lien... (recul, carences : maltraitances) et en même temps il faut protéger l'enfant on a un devoir d'action en fait. Parfois aussi on a un sentiment d'impuissance...

Le sentiment d'impuissance, est ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Le fait qu'on est seul en consultation... à l'évidence c'est pour ça que ça doit être important d'en discuter... là en l'occurrence c'était avec le médecin scolaire pour avoir son avis un peu sur ce qu'il se passe à l'école. Parce que nous on a que le retour des parents... donc oui le fait d'être seul ça peut être parfois compliqué. (réseaux)

Est-ce que vous avez été formée à ces thèmes ?

Les cours théoriques ou les stages, j'ai pas du tout cette notion là non. J'pense que ça tient de la personnalité du médecin, de sa volonté de voir les choses aussi, parce qu'on peut se fermer. (formation MG)

Est ce que vous avez des suggestions à faire par rapport à ça ?

J'pense qu'on apprend sur le tas hein... par la force des choses, quand on a besoin d'aide on sollicite les différents interlocuteurs. C'est peut être plus là qu'il faudrait qu'il y ait des réseaux un peu plus solide, un peu plus authentifié. Pour nous aider dans des prises de décisions. (réseaux, formation MG)

D'accord, je vous remercie.

Entretiens 6 Médecin 6 (M6)

Merci d'avoir accepté cet entretien. Ma première question est... comment définissez-vous la précarité ?

Euh... j'sais même pas... tu vois j'aurais du réviser ! En plus j'travaille en plein d'dans quand même à la base. C'est un mot que je sais pas définir. (définition compliquée) C'est quelqu'un qui est en difficulté sociale quelque soit... diverse. Que ce soit financier... que ce soit des conditions matérielle ou... d'isolement, d'isolement social... euh important et qui entraîne des... enfin qui sont susceptibles d'entraîner des retentissements sur l'état de santé... biologique ou psychologique. Voilà c'est pas une définition claire mais j'en ai pas de plus claire. (précarité matérielle, isolement, précarité sociale-gradient)

Est-ce que vous avez des exemples qui peuvent illustrer cette définition de la précarité ?

Alors il y a des situations matérielles très compliquées sur le plan financier... de gens qui ont pas de ressources... qui arrivent pas à joindre les 2 bouts avec le RSA (précarité matérielle) ,qui sont en grande difficulté euh... parce qu'ils sont paumés sur le plan des démarches administratives, euh et qui font que... ils savent pas qu'ils ont des droits... (administratif) parce que de manière générale, certaines conduites... aussi prise de toxiques ou autres les amènent dans une grande précarité. J'en vois tous les jours des gens qui se mettent dans une précarité (précarité sociale-gradient) parce que, parce que... j' pense à une jeune que j'ai vu la semaine dernière qui vient de tomber enceinte à seize ans et qui se fait virer, sa mère la vire de chez elle, donc qu'est- ce qu'elle fait cette jeune, bah faut qu'elle trouve un foyer, enfin faut voir avec les travailleurs sociaux pour qu'elle trouve un foyer. Mais euh voilà elle a pas de ressource, elle a pas de travail, les études elle vient de se faire virer du lycée aussi enfin de l'apprentissage où elle était parce que l'employeur qui vient d'apprendre qu'elle est enceinte à peut être tout fait pour que, pour qu'elle soit suspectée de vol dans l'entreprise... enfin voilà un exemple de grande précarité pour moi. Quelqu'un qui va se retrouver bien seul... démuné, sans ressource financière, isolé sur le plan social. Des exemples comme ça j'en ai au quotidien, quasiment. (précarité matérielle, précarité logement, isolement)

Et est ce que vous avez identifié des retentissements de ces situations de précarité sur la santé des enfants ?

Alors c'est toujours compliqué, on va relier précarité souvent et niveau social voir éducatif... assez... faible, souvent, c'est, alors du coup c'est pas forcément la même chose mais globalement moi je relie précarité et plus grande morbidité en général (niveau éducatif, précarité sociale-gradient) euh... des gens qui... tardent plus à consulter, qui ont pas les bons réflexes vis-à-vis des... soins (démarche soin) euh... d'une manière générale euh de toute façon plus grande... fréquence de mauvaise hygiène de vie... (précarité sociale-gradient) exposition puisque là on parle des enfants à du tabagisme passif... des conditions de logement défavorables euh d'hygiène défectueuse, d'alimentation totalement anarchique et donc un retentissement fort sur l'état de santé. (feux rouges, précarité alimentation, retentissement santé) C'est des enfants que je vois plus souvent en général, plus souvent enrhumés, parce que, parce que le logement moins bien aéré, parce que le tabagisme passif, parce que moins d'hygiène de lavage des mains... parce que plus grande souvent aussi promiscuité donc plus grande contamination, donc c'est des enfants que je vois plus souvent en général et plus souvent malades en général. Donc j'ai identifié effectivement des retentissements dans ce sens là. (retentissement santé, pathologie) Alors après... grande précarité égale euh peut être des fois plus grand... enfin non pas toujours on peut pas relier ça... enfin si, carence de soins quand même... en général aussi, je trouve, mais pas que... mais quand même. (carences : de soin) Plus grande vigilance à mon sens, plus grande nécessité de vigilance sur... une plus grande nécessité de rappeler aux parents des conseils qui tombent un peu sous le sens mais qui sont peut être pas évident pour certains de ces parents là. (soutien parentalité)

Ces enfants que vous voyez souvent, est ce que le fait de les voir souvent vous vous dites que vous arrivez à les suivre correctement ?

C'est très variable. Un certain nombre d'enfant c'est vrai que je me dit qu'on arrive à les voir facilement, et justement le fait qu'on arrive à les voir facilement j'trouve qu'il y a un meilleur suivi. (suivi, pas d'obstacle) (inspiration) C'est pas applicable à toutes les situations... Il y en a que j'aimerais bien voir plus souvent mais que je peux pas, alors ceux qui ont des droits sociaux qui leur permettent de venir facilement sans payer une consultation, on les voit plus facilement, ceux qui ont la CMU par exemple, on les voit plus facilement que ceux qui n'ont pas les moyens de payer et qu'on va voir moins souvent ? (accès financier) Euh... y a quelques familles malgré tout qui ont la CMU et on a du mal à les voir et c'est compliqué d'avoir un suivi, j'essaie de les faire venir mais c'est pas évident. (suivi, démarche de soin) Mais effectivement globalement je trouve qu'on arrive à faire un suivi pas trop mal avec la plupart de ces familles. Globalement.

Un des éléments du suivi pendant la petite enfance c'est de voir les enfants régulièrement pour les vaccinations est ce que ça a pu poser des problèmes parfois, à cause de la précarité ?

Oui moi j'ai quelques rares situations, quelques situations où euh... ouais il y avait un retard important dans le calendrier vaccinale, (retentissement santé, pathologie) lié franchement à la situation sociale et économique défavorable. (inspiration) Bah... d'absence de suivi médical, lié à la précarité (démarche soin, suivi). Alors il y a le niveau éducatif et il y avait aussi le fait de ne pas trop se préoccuper de sa santé tout simplement. (niveau éducatif, démarche soin) Et là on est devant des gens vraiment en grande difficulté financière et morale je pense. Enfin c'est pas je pense, c'était ça. J'pense à ça mais après c'est pas fréquent, je trouve que globalement, la plupart des situations de gens en précarité, on arrive, on arrive quand même à bien les suivre, surtout dans la petite enfance, enfin sur le plan financier en tout cas on a droit à vingt consultations euh... les examens systématiques entre zéro et six ans, pris en charge à 100%, si on fait un tiers payant complet pour ces vingt actes, euh... bah les gens n'hésitent pas à revenir si ils le savent et qu'on leur dit. (administratif, infos droit, accès financier) Du coup on arrive à faire les vaccins assez facilement. Il faut leur dire évidemment oui. On leur dit bien, on leur remontre que c'est écrit dans le carnet de santé à la page 20 ou 21 j'sais plus, et puis on le fait, on fait le tiers payant complet en cochant les bonnes cases sur la feuille de soin. Non, mais j'ai pas eu vraiment de problème de suivi... sauf un ou deux cas mais c'est tout c'est exceptionnel. (suivi, pas d'obstacle) Enfin me concernant j'ai pas eu de soucis de ce côté-là, finalement j'en ai pas plus en tout cas que des gens... comparativement, y a des gens absolument pas en situation de précarité théoriquement, pour qui ça a été plus compliqué de faire des vaccinations.

Comment ça se passe pour identifier cette situation de précarité ?

Alors c'est pas toujours évident (repérage difficile) euh... ça peut se voir euh... après c'est des critères très subjectifs aussi... voir des critères de jugement qui sont pas forcément... sur l'apparence

extérieure, sur la propreté, sur les vêtements, sur la façon de s'exprimer (repérage subjectif) euh... ça peut se voir sur les... quelqu'un qui est en CMU en général est plus facilement en situation de précarité que quelqu'un qui ne l'est pas, ça va se voir donc tout simplement sur l'administratif avec la carte vitale. (repérage administratif) Euh... ça va se voir si les gens disent les difficultés qu'ils ont au niveau de la... au niveau financier. Après il y en a qui sont très... gênés d'en parler. (dire les difficultés, tabous) Est-ce que j'en parle facilement ou pas oui... si j' fais des prescriptions d'exams je demande si ils ont une mutuelle pour savoir si ça va être pris en charge, c'est important. Enfin ça me paraît important. (questions) Euh... ouais non mais c'est à la fois l'apparence extérieur, sur le plan administratif et puis et puis poser les questions...

D'accord. Est-ce que vous avez des interlocuteurs particuliers pour ces enfants ?

Alors si on considère là les enfants euh... ouais bah j'ai l'assistante sociale du centre médico-sociale (CMS) du quartier. L'auxiliaire de puériculture éventuellement, la puéricultrice de la PMI qui est rattachée au CMS. Euh... bah c'est surtout ça en fait au niveau des interlocuteurs pour les enfants en... précarité qu'on suit. Non j'ai pas trop d'autres... interlocuteurs... je réfléchis, après non je sais que dans des procédures éventuellement de signalement ou de transmission d'informations préoccupantes c'est pas des interlocuteurs, c'est juste des gens à qui j'adresse. Un interlocuteur avec qui je peux échanger c'est l'assistante sociale, enfin les assistantes sociales elles sont plusieurs. La communication est facile, elles sont joignables, ouais... on a deux assistantes sociales qui échangent assez facilement. On a déjà fait des réunions où on était plusieurs professionnels au Conseil Général pour plusieurs situations d'enfants. C'est l'avantage des gens avec qui je travaille dans le quartier, qui sont très disponibles et qui échangent bien. C'est pas facile partout hein j'ai des confrères c'est... c'est différent. Mais les échanges sont faciles, si besoin. (réseaux)

Est-ce que vous pensez, alors on l'a déjà un petit peu abordé dans les autres questions, est ce que vous pensez que l'accès aux soins soit plus compliqué pour certains enfants et pour quelles raisons ?

Alors accès aux soins oui, encore une fois pour des raisons financières ça va être compliqué. (accès soins) C'est compliqué en fonction de la personnalité des parents aussi, qui sont pas trop pour... des suivis médicaux rapprochés... (démarche soin) Euh... pour moi c'est les parents et l'argent hein les deux... moteurs qui permettent de... de faire facilement ou pas les... enfin de permettre facilement ou pas l'accès aux soins des enfants. C'est surtout ça qui me vient en tête.

Et est-ce que vous ressentez des difficultés dans ces situations ?

Euh... les difficultés que j'ai c'est... des fois on aimerait bien effectivement faire des... ça m'est arrivé d'être en difficulté des fois pour certaines prescriptions, des exams complémentaires quand il n'y a pas de mutuelle. (s'adapter, accès financier) J'en reviens toujours à l'argent... parce que comment on fait quand les gens peuvent pas payer ? D'ailleurs j'repense à cette jeune de seize ans là qui n'a même

pas de couverture sociale car elle n'a pas mis à jour ses droits sécu (administratif) donc c'est un peu compliqué pour l'instant, la déclaration de grossesse est en cours à la sécu. Donc qu'est ce qu'on fait ? Elle avait besoin l'autre jour ne serait ce que de doliprane, c'est pas cher mais elle a du emprunter quelques euros à sa belle mère pour en acheter euh... la prise de sang pour la toxo bah j'ai du attendre un peu avant de la faire... Donc voilà sur le plan financier c'est un peu compliqué des fois. (accès financier) C'était quoi la question ?

Si vous aviez des difficultés ?

Après sur la prise en charge... c'est le côté éducatif des fois, connaissances générales... y a un gros boulot des fois de... d'éducation à faire tout simplement, de règles éducatives... euh... de base. Euh... qu'un enfant qui a de la fièvre on peut déjà commencer par lui donner du doliprane avant de se précipiter chez le médecin ou euh faut pas enfin bon tout simplement que... fumer en présence d'un nourrisson bah... même si c'est dans la pièce à côté c'est... voilà, il y a des choses qui tombent un peu sous le sens mais qui sont pas évidentes pour certaines personnes... (soutien parentalité, connaissance santé) , il faut déployer plus d'énergie j'trouve pour un certain nombre de familles en situation de précarité pour arriver à... au même résultat en fin de consultation. Après non sur le plan euh... prise en charge médicale en générale non, euh... ou relationnelle non non moi ça ne me pose pas de problème. Sur le plan relationnel je suis très à l'aise au contraire je préfère presque même, il se trouve que il y a des échanges plus facile... (énergie, relation trio)

Quand vous dites échanges plus faciles... est ce que vous pouvez détailler ?

Parce que, si, 'fin, globalement c'est des personnes qui, qui euh... sont moins exigeantes vis-à-vis du médecin que peuvent être des gens qui sont moins défavorisés. Euh, où... nous on est là, un peu le phare au milieu de la tempête des fois pour eux, le seul repère qu'ils ont, euh, on leur apporte quelque chose euh, ils savent qu'on est là pour les aider. Et, et... puis il y a un respect je trouve, plus important pour le médecin que des gens dans d'autres situations plus favorisées qui sont plus dans l'exigence vis-à-vis des médecins, qui sont plus à réclamer quelque chose et pas à... et qui sont peut être moins reconnaissants. Je trouve que il y a plus de gratitude en général des gens en précarité que d'autres. Donc j'apprécie plus, parce que dans les deux sens c'est plus agréable, globalement, que que d'autres personnes, voilà. Au contraire, je trouve que, voilà, il n'y a pas de difficulté sur le plan relationnel, c'est plus simple même. Après c'est personnel. (relation trio, premier recours, reconnaissance)

D'accord.

Peut être que tous les médecins ne pensent pas pareil.

Est-ce qu'il y a des émotions que vous ressentez, qu'on peut mettre en lien avec les situations de ces enfants... ?

On a tous des émotions face à certaines situations, qui sont pas que liées à la précarité de toute façon mais euh... euh... C'est difficile des fois de pas... avoir de sympathie, au sens « souffrance avec », vis-à-vis de certains enfants dont on voit le parcours et les conditions de vie particulièrement euh... difficiles, voir glauque, et... voilà quoi, et de pas avoir de la peine pour ces enfants et... bon des fois c'est un peu dur, de voir les conditions dans lesquelles ils vivent... et... les conditions dans lesquelles les parents peuvent s'en occuper. C'est donc... un peu de tristesse et puis un peu de colère des fois de voir du gâchis en fait de... parents qui pourraient euh ...limiter ces situations de précarité mais qui font rien pour, qui continue à avoir un mode de vie qui les enfonce dans la précarité, les enfants en pâtissent alors qu'on pourrait, avec quelques mesures simples, des fois, améliorer les choses. Voilà mes deux émotions, tristesse et colère, c'est plus tristesse des fois. Après j'arrive à prendre du recul, souvent. Beaucoup de compassion et euh finalement euh... comment trouver le terme exact ? Euh sympathie, ça va dans les deux sens, de tristesse des fois mais aussi de de... j'sais pas j'aime bien euh... j'sais pas voilà de compassion. (empathie-tristesse, colère, recul)

D'accord... Est-ce que vous avez été formé ou sensibilisé à ces thématiques ?

J'ai lu. Bon ça c'est pas des formations officielles. Hmm... Lors de formations, j'ai pu parfois avoir des... on a pu insister sur des... sur des... dans certaines thématiques. Par exemple quand j'ai fait une formation sur les ados on a insisté particulièrement sur les ados en situation de précarité. J'travaille aussi en CSAPA, donc là c'est des toxicomanes que je vois. Je suis en contact, quand j'y travaille, avec des travailleurs sociaux, avec des assistantes sociales ou des éducateurs spécialisés euh... donc c'est pas des formations mais c'est des contacts auprès de professionnels qui travaillent tous les jours avec des personnes en grande situation de précarité, du coup, en général, toxicomanes pour la plupart d'entre eux euh... après c'est juste des lectures, j'ai pas fait de formation spécifique. (formation MG)

Pour conclure, es- ce que vous pensez que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans la prise en charge de ces enfants qui vivent différentes situations de précarité ?

Euh... oui... si on fait de la prise en charge globale, bio-psycho-sociale euh c'est quand même notre rôle majeur d'identifier la précarité et la prendre en compte dans notre prise en charge médicale et d'orienter les gens vers des professionnels et travailler en collaboration avec des professionnels. Parce que de toute façon les gens quand on les voit en consultation, ils nous déballet pleins de trucs, il faut tenir compte de leur difficultés multiples (s'adapter) et il faut savoir quand même les orienter vers des gens spécialisés et pour améliorer les choses et puis on a besoin d'échanger, d'avoir des infos d'autres professionnels, qui nous informent de tel ou tel soucis avec tel enfant, et nous c'est fondamental pour notre prise en charge (réseaux) et donc oui on a , évidemment on a un rôle majeur dans la prise en charge de la précarité, tout seul non mais dans la prise en charge globale oui ! En tout cas voilà, moi j'ai pas grandi dans un milieu défavorisé, j'ai découvert le précarité en médecine et plus

particulièrement la médecine sociale lors de mon stage SASPAS et ça a été une révélation, j'ai décidé d'en faire ma vie professionnelle.

Entretiens 7 Médecin 7 (M7)

Alors pour commencer, est ce que tu peux définir, ce qu'est la précarité, pour toi ?

Alors euh la vulnérabilité, euh...précarité ouais c'est ça. Un espèce d'état fragile, que ce soit psychosocial. Voilà. Que ce soit euh l'aspect financier, l'aspect logement euh et voilà psychique aussi. (vulnérabilité, précarité sociale-gradient, précarité matérielle, précarité logement)

Et est ce que parmi les enfants que tu suis tu as pu identifier des situations de précarité ?

Alors, situation de précarité euh, de l'enfant. Y aurait les, tout ce qui est population de migrants, où vraiment la barrière du langage les mets dans une situation de précarité. Enfin, parfois. Où ils se retrouvent aussi interprètes euh... de leurs parents ou des choses comme ça. (barrière langue) Euh...violence, enfin, euh... la violence à la maison, donc pour de l'aspect psycho ouais de l'aspect... violence à la maison, solitude, enfin un parent seul ou quelque chose comme ça, où ils doivent être un peu parentalisé à ce moment là. Précarité...euh oui voilà, des situations où il y a pas d'argent où c'est vraiment la misère sociale euh... (précarité matérielle, précarité sociale-gradient)

Es- ce que tu as remarqué des retentissements sur leur santé ?

Euh oui, du coup...sur les courbes de poids, le développement, le développement psycho-moteur... euh... euh, plus embêtant... Et puis euh... peut être un petit peu plus de dépression, enfin ce que j'imagine être de la dépression. (retentissement santé, pathologie) (silence) Pour le développement, j'pensais là à un cas où les parents se sont séparés et la maman s'est retrouvée toute seule (isolement) et elle était dans un état assez euh... psychique euh... la maman se posait beaucoup la question de trouble autistique ou pas, non. de trouble psychotique ou pas, euh, et puis la petite fille elle évoluait pas, elle grandissait pas bien... et puis elle, elle avait pas acquis la marche, elle avait pas acquis l'école (pathologie), du coup euh... j'suis pas resté toute seule, j'étais avec la PMI, on faisait des réunions de synthèse (réseaux). Et puis euh... une autre famille avec une maman toute seule, les enfants ont du être placés... voilà. Quelque chose comme ça.

Et pour ces enfants, comment se passe le suivi ? Est-ce qu'ils viennent facilement au cabinet ?

Non alors, c'est là où j'trouve que c'est des sujets plus difficiles, où les parents arrivent, en fait où il faut réussir à ouvrir les portes quoi. (relation trio) Les parents vont pas forcément respecter les horaires, j'parle un peu des familles de migrants par exemple. Y a toutes celles qui vont venir quand elles peuvent, qui vont pas réussir à prendre le bus enfin c'est un autre, c'est une autre approche

j'trouve, de ces familles là. Il faut accepter, moi j'essaie de poser un cadre, à peu près avec mes patients habituels entre guillemets, et là j'me rends... ça fait deux ans que je me dis de toute façon, c'est un peu hors cadre et faut laisser le hors cadre parce que sinon tu passes à côté quoi. T'es énervé, ils arrivent pas à l'heure tu les vois en deux minutes, ça donne rien. Donc euh voilà. (temps MG, assouplir le cadre, relation trio)

Et comment tu ressens le fait que certaines situations sortent du cadre habituel ?

J'le ressens, enfin j'me dis que c'est mon rôle, c'est ma place mais que je peux pas en suivre de... trop non plus... Enfin... j'peux pas en suivre de trop (énergie) ...donc en fait j'prend pas de nouveau patient en ce moment. Mais euh... tu vois quand j'ai des concertations avec la PMI, quand il y a pas mal de coup de fils avec la puéricultrice du quartier... ou des inquiétudes... moi j'peux pas, j'arrive pas à en voir trop quand même quoi. Parce que c'est un peu... puis c'est... tu repars avec, ça me touche plus. J'me dis le suivi il est un peu hors cadre et ben la distance elle est un peu hors cadre aussi. Des fois ça affecte un peu. (temps MG, empathie-tristesse)

Est-ce que tu as vu d'autres retentissements sur la santé des enfants ?

J'pensais au calendrier vaccinal pas à jour où tu... où justement c'est là où il faut quand ils sont... là, quand t'as la chance d'avoir le carnet de santé, d'essayer de reprendre à peu près tout mais en même temps sans submerger les parents parce qu'ils sont pas forcément capables d'entendre trop d'infos, de gérer trop de rendez-vous, d'être trop sous la contrainte médicale, du « il faudrait que », c'est des fois un petit peu compliqué quoi. (pathologie, carnet, relation trio, démarche soin) Et puis euh... et puis enfin par exemple, dans l'alimentation il y a l'obésité aussi hein. Dans la précarité il y a par exemple l'obésité, de recommencer à dire aux gens « il faut manger comme ci, il faut faire comme ça » quand il y a pas l'argent pour, quand la situation sociale est très compliquée, c'est difficile d'arriver avec nos conseils de base donc il faut voilà, se réadapter. (pathologie, s'adapter) Mais oui voilà l'obésité ça fait aussi partie des maladies euh... des choses qui affectent les enfants qui vivent dans la précarité. J'ai aussi vu des enfants qui avaient des troubles du langage. Et puis l'asthme aussi... avec justement des gens qui vont aux urgences tu vois enfin où l'éducation thérapeutique est beaucoup plus difficile à... beaucoup plus difficile. (retentissement santé, pathologie, s'adapter)

Comment tu fais pour identifier ces situations de précarité ?

C'est, c'est euh... tu connais bien les gens, enfin au fur et à mesure « vous faites quoi, vous vivez de quoi ? ». La question un peu de « Vous vivez comment et avec quels moyens ? », on peut arriver à la poser soit quand on fait connaissance, soit de temps en temps (questions, repérage relation privilégiée). Quand je trouve que les enfants sont sales par exemple, que les habits sont pas propres, l'état du carnet de santé qui est dégoûtant (feux rouges), euh et puis en posant la question je crois, enfin voilà. (questions) La question de la violence aussi j'essaie de la poser plus, maintenant, euh et là

je me suis inscrite à un truc euh avec le syndicat S sur « poser la question » enfin je sais pas sur les conditions socio-économiques.

C'est une formation ?

En fait c'est le logiciel L, on va essayer d'inclure des critères comme ça. Pour travailler sur les inégalités sociales et tout, alors je sais pas trop ce que c'est, mais j'me suis dis que c'était vachement intéressant... C'est comment poser la question et puis de l'inscrire dans le logiciel après, voilà, c'est une discussion un peu ouverte la dessus. Mais voilà on demande la profession, voilà : chômage, mais ça va pas forcément au-delà de ça. (questions) Chômage ou sans emploi, mais en fait ça nous donne quand même des informations et quand euh... J'ai eu récemment deux jeunes filles qui avaient une obésité incroyable et je demandais « Mais vous mangez comment ? » Et en fait c'était chacune dans sa chambre avec une petite télé, et euh tu manges ce que tu veux mais tu te débrouilles toute seule quoi. Donc voilà. Et effectivement il y avait pas... des repas communs des choses comme ça. (précarité alimentation)

Est-ce que tu penses que l'accès aux soins peut être compliqué pour certains enfants ? Et pour quels raisons ?

Bah justement quand t'as la CMU oui mais quand tu l'as pas enfin quand t'es juste au dessus c'est difficile, j'fais le tiers payant mais euh... ça se sait par le bouche à oreille, enfin, le tiers payant sur la part obligatoire, euh... et puis la mutuelle quand t'as pas de mutuelle de toute façon, ça bloque. (accès financier) Et puis les moyens de transport, est ce que ça joue vraiment quoi ? On n'est pas très loin du busway, c'est pour ça que je te dis 'fin...c'est pour ça que quand les gens arrivent en retard c'est souvent qu'ils ont loupé leur bus, ils ont loupé leur truc. (accès transport) L'accès aux soins est vraiment compliqué, plus compliqué. Et puis c'est aussi l'intimité, l'intimité de la consultation. On se déshabille tout ça, enfin il faut pouvoir se montrer à quelqu'un de bienveillant c'est pas...La confiance elle se, elle met peut être plus de temps... se détendre en consultation, c'est peut être pas si simple. (relation trio, démarche soin)

Est-ce que tu as des prises en charge particulières pour ces enfants, des interlocuteurs particuliers ?

C'est complexe en fait, c'est que c'est psycho-social et que dans le social on n'y connaît pas grand-chose...enfin on a aucune formation dans notre cursus, ça manque énormément. Donc auprès de qui se ressourcer et tout ça donc euh... envoyer les gens vers l'assistante sociale refaire le point, maintenant j'utilise enfin je conseille vraiment de plus en plus souvent d'aller vers les PMI aussi, d'être au courant un peu plus des droits. Et...travailler en lien, c'est pas toujours évident parce qu'ils ont l'impression parfois d'être toujours un peu baladé, c'est un peu la patate chaude que tu te repasses, donc il faut pas que ce soit vécu comme ça non plus, comme je te disais on a eu plusieurs familles pour qui j'ai travaillé en partenariat avec la PMI, et puis on faisait des réunions de concertation, on discutait on se

réunissait pour discuter, qui s'occupe du social, par exemple des travailleuses familiales qui venait à la maison, l'assistante sociale du secteur... Voilà, quand c'est trop lourd, quand ça touche l'enfant et que c'est trop lourd j'travaillez avec la PMI. (formation MG, réseaux, infos droits)

Alors là j'ai une question qui recoupe un peu ce qui a déjà été dit, mais est-ce que tu ressens des difficultés dans ces prises en charge ?

Bah ouais, c'est ce que je te disais, le côté social, le côté... et puis l'impuissance aussi. Enfin tu changes pas les situations, tu revois les gens et tu soutiens mais il y a une impuissance, c'est jamais facile de savoir dans quelles conditions les gens et les enfants rentrent chez eux après les consultations quoi. (frustration, empathie-tristesse) Mais euh... et puis je pense que, du temps, des fois il y a un manque de temps aussi. Quand ils arrivent à n'importe quel moment se donner du temps c'est pas toujours simple, euh... voilà. (temps MG)

On l'a un petit peu évoqué, quelles émotions, et éventuellement quelles frustrations tu peux associer à ces situations ?

Ouais bah des fois c'est... ça peut être la colère de la société actuelle, ça peut être l'inquiétude vraiment de rentrer chez soi de se dire au fait mince comment ça va se passer pour les enfants et puis euh... ouais la sensation d'injustice pour eux, enfin plus de la... du coup d'être des fois un petit peu désespérée parce que c'est pas évident pour eux. Voilà quoi. On n'est qu'une goutte d'eau, on participe un peu, on écoute... la bienveillance c'est déjà ça mais ça change pas... ça change pas grand-chose quoi. (colère, inquiétude, frustration, empathie-tristesse)

Est-ce que tu as été formée ou sensibilisée à ces différentes thématiques ?

Non, alors après c'est des thématiques qui m'intéressent quoi. Enfin, euh, non j'ai fait le DU de médecine préventive de l'enfant mais euh... on n'en parlait pas tant que ça. Après je fais partie du réseau « Care » dans le sud Loire qui m'a permis un peu de rencontrer les... un peu les travailleurs sociaux du sud Loire. (formation MG, réseaux)

Qu'est-ce que c'est ?

C'est un réseau créé par le Conseil Général et qui permet... et qui organise par exemple une journée euh... avec un thème à chaque fois particulier, ça permet aux travailleurs sociaux de se rencontrer. Moi j'me suis greffée la dessus et du coup ça me permet de connaître un peu mieux le réseau associatif parce que voilà y a pas que les Restos du Cœur ou les trucs comme ça. Donc d'essayer de repérer un peu plus. J'ai le guide de l'urgence sociale aussi, que je récupère chaque année. Pour essayer de transmettre aux gens, y a pas mal de documents que je trouve intéressants. Parce que c'est aussi beaucoup la solitude dans la précarité. (réseaux, infos droits)

Est-ce que tu aurais des suggestions à faire sur la formation des médecins généralistes ?

Ouais. Moi je trouve que c'est lamentable qu'on rencontre pas les travailleurs sociaux, les assistantes sociales, les éduc'...enfin voilà. On sait même pas ce qu'ils font, c'est très très compliqué et puis on a pas d'annuaire, c'est pas facile d'appeler, enfin j'trouve que voilà on devrait pouvoir se rencontrer, qu'il y ait des temps de rencontre et puis des temps de partage dans notre cursus ! On se rencontre jamais. Donc euh voilà. Et même avec la PMI on a une demi journée je crois me souvenir pendant l'externat... mais la PMI c'est vachement important parce que mes collègues apprennent par moi qu'on peut faire des concertations enfin qu'on peut se proposer enfin... voilà. Mais euh... ça pourrait faire partie de la formation initiale quoi. (améliorer formation)

Voilà, je sais pas si il y a d'autres choses qui te viennent à l'esprit par rapport aux différents sujets qu'on a abordé ?

Euh oui, peut être la scolarité, les difficultés scolaires... au moment des rencontres par exemple pour un certificat... quand il y a des difficultés scolaires, ça commence à être un clignotant un peu plus important. A dire, c'est pas qu'il y a un manque de travail, des fois il se passe des choses à la maison, qu'est ce qu'il se passe ? Enfin c'est aussi un repérage euh... Enfin voilà je parlais des courbes de croissance etc mais aussi dans la scolarité ou l'adaptation à la crèche ou à l'école des signes de... que ça se passe mal à la maison. Les difficultés à la maison c'est parfois la porte d'entrée pour discuter de la précarité des gens. (retentissement santé, pathologie, feux rouges)

Merci beaucoup !

Entretiens 8 Médecin 8 (M8)

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions. Ma première question c'est de savoir comment vous définissez la précarité ?

Précarité, que ce soit pour l'enfant ou pour les adultes ?

Oui.

Euh...ouh la, ça commence dur pour la journée ça ! (rires) (définition compliquée) Euh...oui, milieu social défavorisé...à...priori...euh...donc euh...avec peu de, peu de ressources, que ce soit matériel, que ce soit au niveau de...euh au niveau de l'entourage aussi, du conseil qui peut être donné, euh conseil à tous niveaux...enfin, social...du moins ici on voit beaucoup de personnes qui ont des problèmes de langue, ne serait ce que ça...je pense qu'on peut mettre ça dans le lot de la...de la précarité. Euh...voilà, des gens qui ont du mal à se loger... peut être éventuellement à se nourrir. (précarité logement, précarité alimentation, précarité sociale-gradient, isolement, barrière langue)

D'accord. Es- ce que vous avez identifié des situations de précarité pour les enfants ?

Oui, oui oui. Rarement mais ça peut arriver... Le dernier en tête c'est une petite fille donc qui est née de parents, de parents donc euh... avec des troubles psychiatriques. Voilà donc euh... le père est schizophrène, la mère est dépressive... profonde. Et donc évidemment là, le milieu n'est pas favorable à l'épanouissement de l'enfant. D'autant plus que cette enfant là a des troubles de croissance dont c'est difficile de définir l'origine. (retentissement santé, pathologie)

Donc justement ma question suivante c'est est ce que vous avez identifié des retentissements de la précarité sur la santé de l'enfant ?

Hmm, alors oui. Donc on sort de ce cas là. Euh... dans les milieux précaires je je...je remarque toujours...euh des comportements notamment alimentaires...qui sont complètement, complètement, qui semblent aberrant enfin. Ouais. Des enfants qui viennent en consultation avec leurs bonbons, pains au chocolat, paquets de chips euh...voilà. C'est un aspect. Euh...que dire d'autre. (précarité alimentation) Oui euh...le le...le comportement aussi est parfois étonnant parce que c'est plus difficile à maîtriser parfois une consultation avec des enfants qui ne sont pas... qui ne sont pas bien...enfin je retire ce que j'ai dit parce que c'est pas vrai c'est valable pour tout les milieux, donc non on efface ça. (tabous) Donc je ne sais plus de quoi on parlait...

On parlait de l'alimentation...

Oui...on peut dire que l'alimentation ça retentit sur le poids...plutôt en excès... (pathologie)

Est-ce que vous avez identifié d'autres retentissements médicaux pour ces enfants ?

D'autres retentissements sur le... ? Euh l'hygiène (feux rouges) mais je ne pense pas que ça amène...euh non non, pas de problème. (tabous ?) Après pour le pour le suivi médical de notamment... les vaccins... bon c'est toujours difficile d'avoir un suivi... c'est plus difficile mais j pense que les parents même si ils sont en situation de précarité, si ils sont intelligent, enfin on va pas dire intelligent, c'est pas le bon mot mais si ils comprennent euh... (suivi, pathologie, démarche de soin, connaissance santé) Je sais pas si je suis dans le sujet...

Oui tout à fait. Comment faites vous pour repérer la précarité ?

C'est au feeling... les questions je ne les pose pas, alors précarité évidemment quand les gens viennent avec leur AME ou leur CMU... déjà c'est un indicateur... (repérage subjectif, questions, repérage administratif)

Est-ce vous avez d'autres indicateurs ?

Alors bon... l'habillement compte... encore une fois le comportement, j le disais tout à l'heure mais le comportement dont je ne pense pas qu'il y ait des comportements similaires dans... dans tous les milieux, si vous voyez ce que je veux dire. (repérage subjectif, tabous ?)

Euh... du coup vous pensez ou vous ne pensez pas... ?

Voilà je pense qu'un... comportement difficile n'est pas significatif d'un milieu précaire...

D'accord. Es- ce que face à des situations parfois complexes vous avez des prises en charge particulières... ou des interlocuteurs particuliers ?

J'avoue je n'ai pas de structure, si problème il y a ben c'est la pédiatrie. Donc j'adresse à ce moment là en pédiatrie. Mais je n'ai pas d'autres... (réseaux)

D'accord. Est-ce que vous pensez que l'accès aux soins soit plus compliqué pour certains enfants ? Et pour quelles raisons ?

Encore en rapport avec la précarité ?

Oui.

J pense pas que l'accès aux soins soit plus difficile. Dès lors qu'ils ont les aides voulues... j'ai l'impression que les parents viennent consulter bien volontiers. Dans la mesure où ils n'ont pas... ils n'ont pas à se poser la question du... du du financement de... (accès financier, pas d'obstacle)

Et est ce qu'il y a d'autres obstacles que vous avez pu observer dans votre pratique ?

Toujours dans l'accès aux soins ?

Oui.

(Silence)

Je pensais aussi à la démarche de soin, prendre la décision de venir...

Alors j'ai pas cette impression, j'ai l'impression au contraire que les parents auraient tendance à, dès que quelque chose ne va pas à... à venir oui. (pas d'obstacle) Alors après, quand il y a des troubles euh... des troubles euh... (interruption par le téléphone) Voilà, donc je pense j'ai... j'ai ce sentiment là qu'ils viennent assez facilement consulter quand quelque chose ne va pas, même si le message éducatif... oui, que ce soit, enfin que ce soit pour... que ce soit sur l'alimentation car je pense que c'est un point important, euh oui ou hygiène de vie en générale... le message est pas facile à faire passer. Mais euh si il y a problème ou enfin si eux perçoivent un problème... ils viennent très facilement. (démarche soin, pas d'obstacle, soutien parentalité, s'adapter)

Et que pensez vous de votre rôle en tant que médecin généraliste face à ces enfants ?

(Interruption par le téléphone)

Oui je voulais vous demander, qu'est ce que vous pensez de votre rôle en tant que médecin généraliste pour... pour ces enfants?

Il s'agit de faire pour le mieux pour eux... euh voilà. En éduquant parents et enfants. En leur... en leur... indiquant, oui, les... le bon chemin à suivre pour le... pour que tout se passe bien pour l'enfant quoi. (soutien parentalité, relation trio)

D'accord. Et est ce que vous ressentez des difficultés ?

Oh bah oui ! (rire) Evidemment ! Difficulté, d'une part de... à repérer les enfants qui ont besoin de d'être pris en charge. (repérage difficile) D'autre part à bien faire comprendre à l'éducateur l'intérêt d'une... (interruption par le téléphone) Oui à bien faire comprendre aux parents ou aux éducateurs l'intérêt, bien de... d'observer un minimum de règles d'hygiène ou de... enfin je ne sais quoi en fin de voilà. (soutien parentalité)

Est-ce que vous ressentez des émotions ou des frustrations particulières liées à ces situations ?

Des frustrations oui c'est certain parce que... j'ai souvent l'impression de parler dans le vide. De pas du tout être perçu... oui c'est frustrant ! Je ne me met pas forcément en colère pour autant ou ça ne me fait pas pleurer mais... c'est dommage, effectivement ça remet en question... pour euh...oui c'est ça. Je me demande si j'ai le bon comportement... pour faire passer le message. (frustration, recul)

Est-ce que vous avez été formé à ces problématiques ?

Non j'ai pas l'impression. (formation MG)

Est-ce que vous avez des suggestions à faire ?

J pense que des formations ça peut être utile...des formations sur ce sujet la, ça serait sûrement bienvenu oui. Ca existe peut être aussi. (améliorer formation)

Merci beaucoup.

Entretien 9 Médecin 9(M9)

Alors, ma première question c'est, qu'est-ce que la précarité pour vous ?

Alors. Précarité sans doute financière mais moi c'est pas celle à laquelle je suis confrontée, parce que les gens qui viennent me voir, ont, en général des aides médicales, soit l'aide médicale d'état soit la CMU. Ou bien on peut faire ce que nous on appelle le tiers payant, dans notre jargon c'est il ne paient que la partie complémentaire donc c'est pas encore financier. (précarité matérielle, accès financier) Pour moi la précarité...(inspiration) c'est plus le...d'un point de vue social, d'un point de vue

comment je pourrais définir ça...de...(silence) je parle pas, comme ça ça fera moins de choses à retranscrire ! (rires) Euh... plus une misère sociale dans le sens euh... instructive, suivre des règles... plus, plus ça pour moi. (précarité sociale-gradient, niveau éducatif)

Et est ce que vous avez des situations, pour des enfants... qui correspondent selon vous une forme de précarité ?

Oui, alors par exemple j'ai en tête une petite fille qui vit avec sa maman, elles sont hébergées dans un foyer de vie pour femmes célibataires, et la maman elle a quand même beaucoup de mal à comprendre les consignes données, alors elle est pleine de bonne volonté mais, voyez : elle a des limites pour comprendre. (précarité logement, isolement, niveau éducatif) Donc il y a beaucoup d'aides, je l'ai rencontré récemment avec euh une éducatrice qui essaie de l'aider, voilà par exemple. Ou une autre ce serait des gens qui consultent pour demander un avis mais qui ne reviennent pas, par exemple pour des examens (démarche soin, utilisation système soin). Moi j'aime bien pendre du temps... par rapport à l'enfant, voilà. Qui reviennent pas. Ils viennent en urgence parce qu'il y a un rhume et on leur dit qu'il faudra revenir pour... et ils reviennent pas. (relation trio, utilisation système soin)

Et est ce que vous avez identifié des retentissements sur la santé des enfants, qui vivent des situations difficiles ?

C'est une très bonne question ! Parce que finalement nous on aime bien faire dans les règles... (rires) Euh... mais... est ce que c'est toujours utile ? Y a un retentissement par rapport au retard au niveau de la vaccination... ça c'est vraiment quelque chose d'important. (pathologie) Enfin, qu'on rencontre quand même régulièrement euh... pour cette petite fille en question hein que j'ai en tête, il a été très difficile, c'est une petite fille qui faisait de l'asthme du nourrisson, ça a été très difficile de faire... voyez. Donc elle a fait beaucoup beaucoup beaucoup de passage aux urgences, parce que... malgré ces consultations et les consignes qu'on donnait... la maman n'arrivait pas à gérer, par exemple. (compréhension prise en charge, utilisation système soin) Euh... après, dans certaines situations... c'est des mises en risque hein aussi. Dans une famille par exemple j'ai vu une enfant qui était tombée et qui s'était cassé les deux avant bras hein par exemple. Parce qu'elle était tombée d'un lit... superposée, où elle aurait sans doute pas du être (retentissement santé, difficulté parentalité). Après il y avait des... alors est ce que ça rejoint la précarité ou... ça rejoint quand même une forme de misère sociale. Des fois il y a maltraitance à l'enfant, j'en ai rencontré quelques cas quand même. Peu, heureusement. Mais toujours trop. (carences : maltraitance)

Et, comment dans votre exercice quotidien, vous identifiez ces différentes situations ?

Peut être par rapport à l'adhésion, ou non, hmm...de ce qui est dit, de ce qui est proposé...euh, par exemple cette petite fille en question, ben... « Ramenez moi l'enfant pour que je vérifie par exemple ses tympans » et ben ils reviennent pas. Ou ils prennent un rendez vous et ils viennent pas. (feux)

rouges) C'est plus... ces choses là peut être qui nous mettent en alerte euh... et puis le langage aussi, la manière dont 'fin... y a quand même un comportement dans ces situations de précarité (repérage subjectif) euh... moi j'suis toujours un peu frappée par l'exemple de parents qui vous amènent un enfant, c'est la consultation de l'enfant mais quelque part... la maman n'hésite pas à... ça m'est arrivé il y a pas très très longtemps, à parler d'autres choses, alors que le sujet c'était l'enfant. Hmm, c'est tout un tas de petits signes comme ça. Et puis l'hygiène aussi qui est quand même euh... assez... qui nous alerte quand même, hein. Quand vous voyez un bébé qui est sale...(inspiration) un bébé en général... ça sent toujours bon quoi ! (rires) Voilà. L'état des dents aussi, par exemple, enfin voyez... (feux rouges)

Est-ce que vous avez des prises en charge particulières pour ces enfants et notamment des interlocuteurs particuliers ?

J'essaie, euh... j'essaie de travailler euh... j'aime particulièrement quand ce sont les éducateurs ou les assistantes sociales qui font appel à moi, parce que là pour le coup on sait qu'on va être face à une situation difficile, pas que pour l'enfant, parce que j'ai été confrontée récemment à deux cas de personnes âgées et du coup là il y a un vrai, un vrai, ça c'est vraiment un travail intéressant, c'est à dire qu'on échange si vous voulez nos points de vue pour le bien des personnes... mais moi avec mon regard médical, elle avec son regard social et et... je trouve ça très intéressant, ouais. (réseaux)

Du coup là vous dites qu'ils vous contactent d'eux même, est ce que ça vous arrive de les contacter aussi ?

Probablement qu'on ne le fait pas assez... hein, moi je sais que par exemple alors c'est une jeune fille, je sais pas si ça rentre dans votre cadre mais c'est une jeune fille qui m'a, dont la grand-mère me parlait beaucoup, j'connais bien la grand-mère, et euh j'lui dit « mais moi j'veux bien la voir » et là pour le coup c'est moi qui ai appelé l'assistante sociale mais c'est parce que j'ai commencé à créer des liens avec le pôle social du quartier, ce qui fait que... j'avais un nom et c'est vrai que j'ai envoyé un mail à l'assistante sociale qui a très bien...voilà, qui a vu la jeune fille, voilà. Mais probablement que c'est sans doute pas assez fait alors... ça prend du temps, hein ! Parce que bien évidemment des consultations... comme ça avec les éducateurs ou...y a une dame qui arrive, l'autre jour que j'ai vu avec quelqu'un... alors c'était qui celle qui l'accompagnait ? Et euh... et voilà, mais ça prend... trois quart d'heure, hein, c'est une consultation... qui est évidemment beaucoup plus longue. (réseaux, temps MG)

Est-ce que vous pensez que l'accès aux soins soit plus compliqué pour certains enfants ? Et pour quelles raisons ?

Accéder par rapport à la disponibilité du médecin vous voulez dire ?

Je pense à l'accès aux soins au sens large...

Alors, moi ça, c'est deux mots qui me hérissent un peu : « Accès aux soins » parce qu'on entend ça partout dans les médias. L'accès aux soins il est facile, moi 'fin de mon point de vue mais... j'suis dans le bureau. Pour moi il est facile, la difficulté est plus : la démarche des gens ! (démarche soin) Parce que là, par exemple moi je sais que j'ai eu des familles où il faisait venir un membre de la famille d'un pays autre et il y a le PASS donc les gens qui ont pas de papier ils peuvent aller au PASS aussi. Donc ça c'est des adresses que moi je donne. (infos droits) J'pense que l'accès il est plus dans la démarche. Moi je pense que c'est plus, et c'est ça la vraie misère, à mon avis, c'est de rester enfermé dans sa misère. Mais misère au sens euh... large du terme hein, enfin voyez, je sais si...c'était Bourdieu je crois qui disait, le sociologue, qui disait que la vraie misère c'est celle qui est globale c'est-à-dire culturelle, intellectuelle... pas que l'argent. (précarité sociale-gradient) Et... j'pense que... alors qu'est ce qui manque... je sais pas, j'en sais rien...Parce que il me semble que... que les médecins sont disponibles (temps MG) et puis nous on a quand même, bah j'vous l'dit, y a les CMU y a les aides médicales gratuites (accès financier) y a les... J'pense que c'est plus... la démarche ! La démarche des gens. Voyez cette dame qui vient d'Afrique du Sud, donc elle doit venir avec ses deux enfants... j'avais accepté, le pôle social m'a appelé m'a demandé « Est-ce que vous voulez bien madame M, voir cette dame et après vous verrez les deux enfants ? » J'ai dit « Bah oui bien sûr ! Est-ce que vous l'accompagnerez ? » « Oh bah non elle va savoir se débrouiller ». Et total que le premier rendez vous elle est pas venue, elle est pas venue ! Alors j'ai rappelé la... la travailleuse sociale qui m'avait appelé, et j'lui ai dit ben « Voyez ? Vous n'êtes pas venue mais elle n'est pas venue non plus ». Donc... bon, deuxième rendez vous elle est venue, avec elle ! Et là elle est venue... Alors peut être que... j'pense qu'ils... alors ils ont... est ce qu'ils ont des peurs ? Du regard de l'autre ? Est-ce qu'ils ont... je sais pas... c'est possible. (médiateur, démarche soin)

D'accord...effectivement la première étape de l'accès aux soins c'est la démarche...

Oui, c'est d'abord la démarche ! Il y a des gens ben si vous voulez ils viennent pas... donc ils prennent un rendez vous ou quelqu'un le prend pour eux, euh... et ils viennent pas. Donc c'est vrai que... une fois, deux fois...voilà. Y a des gens qui viennent mais ils viennent systématiquement avec une demi heure de retard ! Voyez, et donc, il y a aussi... je pense, pour ces gens... enfin ils ont pas les mêmes réalités que nous. (relation trio, démarche soin) C'est-à-dire que nous on est là à regarder notre pendule et à être tout le temps enfin... Bon j'essaie absolument de m'en défendre mais de temps en temps on est quand même obligé de d'avancer un peu quoi ! Et 'fin c'est vrai que, au bout de trois fois, quatre fois en retard... c'est compliqué donc c'est ouais globalement... on n'a pas les mêmes euh... les mêmes contraintes. (temps MG)

Est-ce que vous ressentez des difficultés dans la prise en charge de ces enfants ?

Alors la difficulté c'est l'observation des recommandations enfin... des conseils, l'hygiène... l'hygiène corporelle, l'hygiène dentaire euh... et puis après l'application de... euh des, des

traitements, voilà, l'application des, des vaccins, 'fin de... voilà ! « Faudra pas oublier le vaccin de telle date ». Vous le marquez, rappel à six ans, sur le carnet, mais le carnet il est pas ouvert. Et encore, quand le carnet est là ! Une autre difficulté c'est le manque de suivi parfois du carnet quoi. « Ah mais non j'l'ai oublié ! » Ah oui oui ! Et du coup on sait pas ce que l'autre médecin a fait, c'est ...c'est...
(carnet, soutien parentalité, compréhension prise en charge)

Est-ce que vous avez des émotions, associées à ces situations là ? Ou des frustrations peut être ?

Frustrations, j'en ai eu beaucoup sans doute. (rires) Pas qu'avec les enfants euh... en précarité. Faut apprendre euh... dans ce métier à... faut oublier un peu nos perfectionnismes ! Ce qui est pas forcément simple, parce qu'on aimerait tellement tout bien faire ! (rires) (frustration) Mais pour tout bien faire il faut... en face... alors frustrations ? C'était quoi déjà la question ?

Est-ce que vous avez des émotions en général que vous...

Les émotions... c'est soit la frustration quand euh... j'arrive pas à... et sinon c'est des émotions plutôt positives, dans le sens où... on sent qu'il se passe vraiment quelque chose... vous voyez ? Ce que je veux dire c'est-à-dire que... On a été là au bon moment, et on a pu dire la parole qu'il fallait. (reconnaissance) Donc euh... ça oui. Y a eu aussi des... alors c'est pas vraiment, ça sort peut être de votre cadre de la précarité mais ça fait partie des émotions. Euh c'est une petite fille qui avait des troubles alimentaires, troubles du comportement alimentaire... et la famille m'a quitté. Et un an après, la maman m'a téléphoné pour me dire « Mme M on vous a quitté parce que c'était trop dur pour nous vraiment d'entendre ce que vous étiez en train de nous expliquer mais vous aviez raison ». Et, un an après... la maman a pris le téléphone et ça c'est des vraies émotions, positives. Parce que sur le moment bah vous vous sentez frustrés parce que...et puis inquiet, parce que l'inquiétude fait partie des émotions. Parfois on se sent inquiet, mais voilà. Et, voilà, après...

Comment vous pouvez décrire le rôle du médecin généraliste face à la santé de l'enfant en situation de précarité ? Pour vous, quel est votre rôle ?

Un rôle de conseil, pour l'enfant lui-même, euh... j'essaie moi avec les enfants, toujours de les impliquer. Dès qu'ils peuvent quoi hein. C'est-à-dire c'est eux. Enfin... je suis en train de m'occuper d'eux. Et... de leur santé dont il s'agit. Euh... après il faut essayer de rester quand même euh... suffisamment humble pour euh bah voilà... on va pas révolutionner les choses. (relation trio, recul) Mais que l'enfant en tout cas, lui, il se sente bien dans mon bureau. Voilà. Donc euh... ça c'est important pour moi que l'enfant se sente rassuré. Et puis que, au moins, dans cette demi heure qu'il passe avec moi et ben il puisse euh... et parfois je, il pose des questions, cette petite fille, hein c'est vraiment elle qui m'a soucie le plus, maintenant elle a grandi, elle doit être en CP là maintenant et elle est vraiment pertinente quoi et ici quand je lui dis parfois quelque chose, elle se retourne parfois vers sa mère, qui elle est plus en difficulté je pense, intellectuelle et psychique, elle lui dit « Tu vois

maman, j't'avais bien dit ! » (rires) Mais que l'enfant lui-même puisse se prendre en charge, enfin qu'il apprenne à être un petit peu acteur... même si il est jeune, et tout petit parfois il peut être acteur déjà hein. Expliquer à un enfant que c'est important qu'il se brosse les dents parce que voilà... où qu'il mange de la viande où qu'il mange voilà... j'pense que... On m'a été dit après, en retour, « ah bah puisque vous lui avez dit » voilà, nous on nous écoute pas et puis... L'enfant peut être acteur ouais. (relation trio, niveau éducatif, soutien parentalité)

Est-ce que vous avez été formée ou sensibilisée à ces thèmes : la précarité ou les inégalités sociales de santé ?

Formée non, sensibilisée euh oui. J'crois que c'est euh... Je pense que moi j'avais fait en partie médecine pour, par rapport à ça, par rapport à ces problèmes là. Après on se forme euh... un peu soi même hein. Parce que en travaillant avec les travailleurs sociaux on apprend (formation MG) enfin de mon temps (rires) enfin on nous apprenait pas, on nous apprend à être technicien, on nous apprend pas beaucoup à être dans le soin et ça c'est un vrai problème, à mon sens. Parce que en médecine générale on n'a pas, on est... enfin vous avez entendu ça partout mais on est un petit peu submergé par l'administratif et les contraintes horaires... et moi j'ai envie de développer le « prendre soin » et le côté technique, performance, ça me... voilà. (rire).

Merci.

Entretien 10 Médecin 10 (M10)

Alors ma première question est : peux tu définir la précarité avec tes mots ?

(rires) Comme ça direct ! (définition compliquée) Euh... Ce sont des personnes qui... sont en difficultés euh... financière ou euh... moral et qui ont... ou psychologique, ou les trois à la fois, et qui ont des difficultés pour subvenir à leurs propres besoins, on va dire ça. (précarité matérielle, précarité sociale-gradient)

Et est ce que parmi les enfants que tu suis tu as des enfants qui sont d'une manière ou d'une autre en situation de précarité ?

Oui ! Des enfants, des parents... des parents d'enfants. (intergénérationnel) Oui oui j'en ai, j'en ai, là j'pense surtout à un couple qu'on voit souvent, et il y en a d'autres hein. Quelques un oui, pas énormément mais il y en a quand même quelques uns.

Est-ce que tu peux m'expliquer un peu la situation à laquelle tu penses ?

Les enfants, la famille à laquelle je pense ? Décrire la situation de leur vie de famille ou... ?

La situation qui fait que tu considères qu'ils sont en situation de précarité...

Ah oui, alors euh, c'est-à-dire que c'est des jeunes parents, qui devaient avoir à l'époque 19 ans quand ils ont eu leur premier enfant. 18 ou 19 ans, tous les deux. Elle n'a jamais travaillé du coup, elle est retombé enceinte tout de suite après derrière, donc ils en ont eu un deuxième. Et, elle ne travaille toujours pas, lui euh, il travaille un peu il fait des petits boulots. Euh famille difficile parce que la grand-mère est alcoolique, et lui est un ancien enfant battu...Et elle, elle a fait de nombreux foyers. Euh, voilà pour cette famille là. (intergénérationnel)

Et as-tu remarqué des retentissements sur la santé pour ces enfants ?

On peut dire ça oui ! Les plus parlant pour cette famille là, c'était euh le petit...alors attends, ça a commencé par l'ainé qui a fait de l'asthme du nourrisson on va dire, et ils vivaient dans un logement insalubre, et où je pense il y avait un problème hein de... de salpêtre ou je sais pas ce qu'il y avait dans ce logement, je suis pas allé sur place, mais on l'a signalé plusieurs fois. (pathologie, précarité logement) Et euh... il faisait crise d'asthme sur crise d'asthme à cause de beaucoup d'humidité, et le deuxième surtout, le deuxième a été hospitalisé plusieurs fois à cause de ça. Et depuis qu'ils ont déménagé, ça a amélioré pas mal de choses. Est-ce que c'est le fait de déménager, ou aussi mieux pris en charge la maladie (compréhension prise en charge) mais enfin, toujours est-il que quand même j' pense que, quand même depuis qu'ils ont déménagé, ça a été le plus important. Après bon... côté éducatif aussi, la violence dans le couple aussi ça a été compliqué... ils se sont séparés, donc les enfants sont moins bien, l'éducation est plus difficile enfin les choses comme ça quoi. (difficulté parentalité)

Est-ce tu as d'autres exemples de retentissement sur la santé ?

Alors euh... un exemple précis euh j'ai du en avoir, euh j'ai vu de l'anorexie chez l'enfant, un peu plus jeune, huit ans, j'ai un enfant qui est anorexique. Il y a une précarité sociale, des parents qui ne sont pas spécialement pauvres mais par contre il y a un manque de... certainement de quelque part affectif ou éducatif ou... on a gamin qui est anorexique, il est suivi en pédiatrie à V et en psycho aussi donc là on peut dire quand même j' pense qu'il y a un retentissement. (pathologie, difficulté parentalité)

Comment tu repères ces situations ?

C'est surtout euh... il peut y avoir, ça va être, effectivement si c'est financier ça va être plus facile, soit les gens ont la CMU mais c'est pas systématique hein, c'est pas parce que les gens ont la CMU qu'ils vont être dans une situation de précarité. (repérage administratif) L'avantage dans notre métier c'est qu'on revoit les gens assez régulièrement donc on finit par les connaître un peu plus, ils finissent par se dévoiler aussi, ils nous expliquent leurs problèmes qui ne sont pas que médicaux purs quoi. (repérage relation privilégiée) C'est aussi social. Ça peut arriver que je demande aussi. Par exemple

pour la famille dont je parlais tout à l'heure, ça va être... on va demander euh... comment ça se passe à la maison, tout ça. (questions) Et ça peut... on peut être amené... souvent même, pas que pour les enfants, pour les adultes, savoir si ils ont des problèmes de logement tout ça, ça revient quand même assez régulièrement en consultation. Des familles qui ont des problèmes pour se nourrir à la fin du mois, ça arrive aussi... les enfants sont plus grands adolescents mais... on pose la question hein savoir comment ça se passe. (précarité matérielle, précarité logement, précarité alimentation)

Es- ce que tu as des prises en charge particulières ? Notamment des interlocuteurs ou des structures ?

Alors prise en charge particulière dans le soin non pas vraiment. C'est des enfants qui ont plus de problèmes de soins mais finalement on va les soigner de la même façon hein. (égalité) L'asthme ça va pas changer, l'anorexie non plus mais les interlocuteurs effectivement. Quand il y a besoin d'une aide éducative on va se tourner davantage vers la PMI pour qu'ils mettent en place euh des aides éducatives si il y a besoin, avec les assistants sociaux, quand même c'est pas mal. (réseaux) Et puis euh éventuellement les spécialistes enfin j'dirai qu'on va prendre un charge en fonction de qu'on a besoin, comme d'habitude quoi.

Est-ce que tu penses que l'accès aux soins peut être plus compliqué pour certains enfants ? Et pour quelles raisons ?

Oui oui alors ici on est à V, et donc et ben ils ont pas accès aux spécialistes facilement donc il y a un problème de transport. C'est-à-dire que les gens par exemple, si ils veulent aller voir un spécialiste c'est sur V', il faut prendre le car, donc quand ils travaillent c'est un peu compliqué, quand ils ont pas de moyen de transport ou pour mettre de l'essence dans leur voiture. C'est arrivé aussi des fois, ils ont pas d'argent pour mettre de l'essence dans leur voiture pour aller voir le spécialiste, donc c'est compliqué pour y aller. Euh...c'est vraiment, ça va être lié à ça, à la situation géographique. (accès transport) Hein on va dire que... bon après ils viennent en consultation nous voir donc euh ceux qui sont au cabinet tout le monde les connaît donc ils ont pas de difficulté pour venir en consultation, après ça va être plus pour les examens complémentaires, là c'est compliqué. Le fait de ne pas en avoir sur place non plus, ça complique beaucoup les choses ça c'est vrai, ça crée je pense de l'inégalité entre celui qui est pris en charge à V' et celui qui est pris en charge ici à V. C'est clair. (discrimination)

Est-ce que tu as des difficultés ?

Oui, alors la difficulté, la première, ça va être que ces enfants là, souvent, demandent beaucoup plus d'attention (énergie), enfin, plus de consultations et c'est pas toujours facile de répondre à la demande, donc ça c'est un des premiers problèmes. Bon, heureusement on travaille en groupe donc du coup tout le monde les connaît et puis et peut les voir. Ces enfants là qui posent problèmes, donc un problème de temps hein. C'est clair, faut être assez disponible. (temps MG) Toujours est-t-il que... toujours dans ces limites de... géographique quoi. Si il y a pas les infrastructures pour... pour les examens, pour les

transports ça c'est compliqué oui. D'autres difficultés... après je sais pas si c'est spécifique des cas de précarité mais... les gens qui comprennent pas les traitements, les gens qui... c'est pas non plus spécifique de la précarité, les gens qui reviennent plusieurs fois... ça arrive... sur pas mal aussi hein. (compréhension prise en charge) Qu'est ce qu'on peut avoir d'autres... Là c'est vrai que chez ces personnes là, il y avait des hospitalisations itératives quand même, ça revenait souvent, ça pose problème quand même... (utilisation système soin)

Est ce que tu as des émotions...quelle qu'elles soient, que tu peux associer à ces situations ?

Des émotions...

Des émotions, ou aussi des frustrations ?

Ah, des émotions ou des frustrations. Effectivement, ce qu'on disait souvent euh... avec les collègues, on réagit pas de la même manière quand on est parent que quand on est pas parent, si on parle des enfants. Mais ça c'est pas lié spécialement à la précarité. On est plus attentif, il y a plus d'empathie dans la... une fois qu'on est parent que quand on est pas parent, dans la prise en charge des enfants... euh après... Dans la mesure du possible peut être qu'on est plus attentif aussi, on est plus prudent... sur les situations précaires, on va essayer de se rendre plus disponible, dans la limite du raisonnable, pour ces enfants là. Euh... dans les frustrations, oui et non, enfin on se protège quand même un peu parce que sinon on ne pourrait pas travailler. Euh... pas plus dans cette situation qu'une autre quoi, enfin je dirai pas... (pas d'émotion particulière, recul)

Est-ce que tu as été formé ou sensibilisé à ces différentes thématiques ?

Oui parce que j'ai fait un stage pendant 6 mois en PMI, donc j'étais forcément en contact avec des situations précaires et des situations difficiles de soins etc. Plus un passage aux urgences pédiatriques qui fait qu'on rencontre plus de situations difficiles, donc j'ai une formation assez euh... plus diversifiée là-dessus que d'autres, d'autres collègues qui n'ont pas eu cette formation là. (formation MG)

Pour résumer un petit peu ce qu'on a dit, pour toi quel est le rôle du médecin généraliste pour la santé de l'enfant en situation de précarité ?

Euh, le même que pour tous les patients, c'est de la prévention, c'est d'être disponible, c'est dépister les situations qui peuvent être difficile, qui peuvent amener à la précarité... et dépister d'autres choses également... donc voilà dans un premier temps, c'est dépister, donc amener à... à proposer des consultations plus fréquentes sur les suivis des nouveau-nés au départ, pour dépister ce genre de situation, voir avec les parents, les inviter à reprendre rendez-vous euh assez fréquemment. (égalité, s'adapter) Euh... être assez disponible, plus que les urgences ou les spécialistes, parce que... normalement on a des créneaux de disponibilités, toutes les semaines... enfin tous les jours. Dans la

mesure du possible. C'est un petit peu plus compliqué. Donc être disponible, puis traiter quand même, faire le suivi, traiter les problèmes médicaux quand ils existent et puis orienter éventuellement puis coordonner les soins entre les spécialistes par exemple pour l'enfant qui est anorexique et le CMP aussi. (temps MG, s'adapter) Etre présent avec les parents, expliquer aux parents, se mettre à la portée des gens, puisqu'ils comprennent pas toujours les mots des spécialistes... quand ils vont à l'hôpital ou quand ils vont aux urgences... On est là pour expliquer aux gens et qu'ils aient une meilleure observance du traitement, parce que c'est ça le problème aussi...voilà. (relation trio, soutien parentalité, compréhension prise en charge, premier recours) J'essaie de pas faire de différence, enfin pas essayer, je traite tout le monde de la même façon, c'est le boulot de tous les jours quoi. Sauf que des fois il y a peut être un peu plus de travail, faut être honnête. Plus de temps, voilà. On va dire ça. (égalité, énergie, temps MG)

Merci beaucoup.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Pauvreté dans les pays de la Loire, la crise accentue les inégalités-BEH, 136, 2014. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/insee>
2. Enquête ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France. Premiers résultats de l'enquête quantitative. 2014 oct.
3. Pauvreté et inégalités moins marquées dans les Pays de la Loire - BEH, 71, 2007. Disponible sur: <http://www.insee.fr/frf>
4. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Arch Pédiatrie. août 2007;14(8):1011- 9.
5. Suesser P. Pratiques et enjeux de la prévention en petite enfance. Arch Pédiatrie. mai 2013;20(5, Supplement 1):H23- 4.
6. Lang T. Inégalités sociales de santé. Trib Santé. 3 juill 2014;n° 43(2):31- 8.
7. Bréchat PH, Lebas J. Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP. 2012. 512 p.
8. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins. Médecins du Monde; 2013. (Direction des missions France).
9. Les inégalités sociales de santé en France en 2006-BEH, 26, 2007. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
10. de Saint Pol T. Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge. La santé en action. INPES. déc 2013;20- 2.
11. Bois C, Guillemot G. Inégalités sociales de santé à quatre ans dans les Hauts-de-Seine (France). Rev D'Épidémiologie Santé Publique. juin 2013;61, Supplement 2:S47- 59.
12. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Comité de Santé Publique; 2009 déc.
13. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. déc 2009;57(6):429- 35.
14. Trannoy A. Les inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. oct 2008;56(6):S353- 4.
15. Bricard D, Jusot F, Tubeuf S. Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? Questions d'économie de la santé n°154. IRDES. mai 2010;
16. Jusot F, Tubeuf S, Trannoy A. Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ? Econ Stat. 2012;455(1):37- 51.
17. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Allonier C. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Paris: IRDES; 2010.
18. Carter B. Child poverty : limiting children's life chance. J Child Health Care. 2014;18(1):3- 5.

19. De Saint Pol T. Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2006. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Institut de veille sanitaire. sept 2011;
20. Tchicaya Anastase, Lorentz Nathalie. Inégalités sociales d'état de santé des enfants et des adolescents : cas du surpoids et de l'obésité infantile. LISER Work Pap Ser. 2010;
21. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. Arch Pédiatrie. déc 2003;10(12):1100- 8.
22. d'Autume C, Musher-Eizenman D, Marinier E, Viarme F, Frelut M-L, Isnard P. Conduites alimentaires et symptômes émotionnels dans l'obésité infantile : étude exploratoire transversale à partir d'autoquestionnaires chez 63 enfants et adolescents. Arch Pédiatrie. août 2012;19(8):803- 10.
23. Tounian P. Conséquences à l'âge adulte de l'obésité de l'enfant. Arch Pédiatrie. juin 2007;14(6):718- 20.
24. Floc'h G. Antécédents, accès aux soins et précarité des jeunes enfants: enquête à partir des données des carnets de santé de 50 enfants âgés de 2 à 6 ans consultant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2008.
25. Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Etudes et résultats n°588. Drees. 2007;
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142- 5.
27. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research : ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012;12(1):1- 8.
28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. sept 2007;19(6):349- 57.
29. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. Rev Prat. 2004;(54):2221- 7.
30. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Réduire les inégalités sociales de santé. INPES; 2010.
31. Groupe de travail universitaire et professionnel. Pourquoi et comment enregistrer la position sociale d'un adulte en médecine générale ? Collège de la médecine générale; 2014.
32. David-Meslin A, Vanwassenhove L. Comment les médecins généralistes de Loire-Atlantique repèrent-ils les situations de précarité de leurs patients ? Nantes; 2013.
33. Ernst Toulouse C, Nollet C, Jourdain M. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé: perspectives en médecine générale. France; 2014.
34. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidémiologique Hebd. (14).

35. Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen J-M, Lombrail P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? *Sci Soc Santé*. 2006;24(3):33.
36. Nicolas J, Bernard F, Vergnes C, Seguret F, Zebiche H, Rodière M. Précarité et vulnérabilité familiale aux urgences pédiatriques : évaluation et prise en charge. *Arch Pédiatrie*. 2001;8:259- 67.
37. Manificat S, Dazord A, Cochat P, Nicolas J. Évaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Arch Pédiatrie*. déc 1997;4(12):1238- 46.
38. Dazord A, Manificat S, Escoffier C, Kadour J-L, Bobes J, Gonzales M-P, et al. Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans les situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). *L'encéphale*. 2000;26:46- 55.
39. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres. *Insee Prem*. 2007;(1161).
40. Calvet L, Moisy M. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Etudes et résultats n° 847*. DREES. juill 2013;
41. Aderno M. Accompagnement et prise en charge sociale de la tuberculose en pédiatrie : La tuberculose infantile, actualités et perspectives. *Support Soc Care Tuberc Paediatr Engl*. cover date 2012;(264):33- 4.
42. Azria E. Inégalités sociales en santé périnatale. *Arch Pédiatrie*. oct 2015;22(10):1078- 85.
43. Tudor Hart J. The inverse care law. *The Lancet*. févr 1971;297(7696):405- 12.
44. Thélot B. Épidémiologie des accidents de la vie courante chez l'enfant. *Arch Pédiatrie*. juin 2010;17(6):704- 5.
45. Berthier M, Oriot D. Le pédiatre et l'enfant exclu. *Arch Pédiatrie*. juill 1997;4(7):607- 14.
46. Chevallier B, Benoist G, Sznajder M. Accidents de la vie courante de la première année de la vie. *Stratégies de prévention*. *Arch Pédiatrie*. mai 2014;21(5):275- 6.
47. Billard C, Fluss J, Ducot B, Warszawski J, Ecalle J, Magnan A, et al. Étude des facteurs liés aux difficultés d'apprentissage de la lecture. À partir d'un échantillon de 1062 enfants de seconde année d'école élémentaire. *Arch Pédiatrie*. juin 2008;15(6):1058- 67.
48. Fluss J, Ziegler J, Ecalle J, Magnan A, Warszawski J, Ducot B, et al. Prévalence des troubles d'apprentissages du langage écrit en début de scolarité : l'impact du milieu socioéconomique dans 3 zones d'éducatons distinctes. *Arch Pédiatrie*. juin 2008;15(6):1049- 57.
49. Pouessel G, Dumortier J, Lagrée M, Pierre M-H, Ganga-Zandzou P-S, Ythier H, et al. La gale : une infection fréquente en pédiatrie. *Arch Pédiatrie*. nov 2012;19(11):1259- 60.
50. Toutain F, Le Gall E, Gandemer V. La carence en fer chez l'enfant et l'adolescent : un problème toujours d'actualité. *Arch Pédiatrie*. oct 2012;19(10):1127- 31.
51. Institut de veille sanitaire (France). Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France: résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007.

52. Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. mars 2012;19(3):242- 7.
53. Guthmann J-P, Chauvin P, Le Strat Y, Soler M, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Moindre couverture vaccinale par le vaccin anti-pneumococcique conjugué dans les ménages aux revenus faibles : une étude en Île-de-France. Arch Pédiatrie. juin 2014;21(6):584- 92.
54. Heremans P, Deccache A. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. Santé Publique. 1999;1(2):225- 41.
55. Seban L, Lanusse-Cazalé P, Vu-Dinh F, Bridier D. Les enfants Roms: problématique de santé. Arch Pédiatrie. juin 2012;19(6, Supplement 1).
56. Lombrail P, Lang T, Pascal J. Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». Santé Société Solidar. 2004;3(2):61- 71.
57. Gee L, Kushel M. Associations between housing instability and food insecurity with health care access in low-income children. Ambul Pediatr. 2008;8:50- 7.
58. Yasushi I, Sachiko O, Osamu T, Takuro S, Shigeaki H, Tsuguya F. Factors affecting health care utilization for children in Japan. Pediatrics. janv 2012;129(1).
59. Rode A. Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. Grenoble; 2010.
60. Coordination Mission France. « Je ne m'occupe pas de ces patients » Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Médecins du Monde; 2006.
61. Bazin F, Parizot I, Chauvin P. Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans cinq zones urbaines sensibles de la Région parisienne en 2001. Sci Soc Santé. 2006;24(3):11.
62. Glenn Flores M, Sandra C, Tomany-Korman M. The language spoken at home and disparities in medical and dental health, access to care, and use of services in US children. Pediatrics. juin 2008;121(6).
63. Cassidy A, Fairbrother G, Newacheck P. The impact of insurance instability on children's : access, utilization, and satisfaction with health care. Ambul Pediatr. oct 2008;8(5):321- 8.
64. Philips H, Rotthier P, Meyvis L, Remmen R. Accessibility and use of primary health care : how is the social-economical situation in Antwerp ? Int J Clin Lab Med. 70(2):100- 4.
65. Boché C, Agard C. Prise en charge médico-sociale à la consultation Jean Guillon (PASS du CHU de Nantes): analyse de 159 patients réorientés auprès d'un médecin traitant sur une période de 2 ans. France; 2005.
66. Maugein L, Lambert M, Richer O, Runel-Belliard C, Maurice-Tison S, Pillet P. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. févr 2011;18(2):128- 34.

67. Berthier M, Martin-Robin C. Les consultations aux urgences pédiatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Arch Pédiatrie. mai 2003;10, Supplement 1:s61- 3.
68. Millet M, Thin D. Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité. Lien Soc Polit. 2005;(54):153.
69. Scanvion A, Pascal J, Picherot G, Lombrail P, Pasquier V, Barrier J-H, et al. Les enfants en situation de vulnérabilité sociale: expérience au sein d'une consultation médicosociale d'un centre hospitalier universitaire. Arch Pédiatrie. oct 2007;14(10):1247- 8.
70. Berthier M, Trailer S, Gambert C, Oriot D. Pourquoi les consultations pédiatriques augmentent-elles dans les structures de soins pour exclus ? Arch Pédiatrie. juill 1998;5(7):793- 8.
71. Lordier N, Merer-Scanvion A. De la PASS au droit commun: état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients réorientés de la PASS du CHU de Nantes en 2010 et 2011. Nantes, France; 2013.
72. Petitclerc-Roche S, Capron V. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale. Nantes, France; 2013.
73. Wilkinson RG. L'égalité c'est la santé. Paris: Demopolis; 2010.
74. Le Bihan G, Rotily M, Michaud C, Brixi O. Alimentation et santé des populations défavorisées dans les pays développés : quelle relation ? Médecine Mal Infect. avr 1996;26, Supplément 3:363- 5.
75. Knowles M, Rabinowich J, Cuba SE de, Cutts DB, Chilton M. « Do You Wanna Breathe or Eat? »: Parent Perspectives on Child Health Consequences of Food Insecurity, Trade-Offs, and Toxic Stress. Matern Child Health J. 9 juill 2015;20(1):25- 32.
76. Houzelle N, Rebillon M. Promouvoir la santé dès la petite enfance. Accompagnement de la parentalité. INPES; 2013.
77. Munoz M, Kapoor-Kohli A. Les barrières de la langue : comment les surmonter en clinique ? Médecin Qué. févr 2007;42(2).
78. Marpeau P. Comment la PMI de Vanves travaille pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La santé en action. INPES. déc 2013;33- 5.
79. Bois C, Guillemot G. Apport des bilans PMI en maternelle dans la compréhension des inégalités sociales de santé à quatre ans. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. juin 2013.
80. Lopez A, Schaetzel F, Moleux M, Scotton C. Les inégalités sociales dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. France: Inspection générale des affaires sociales; 2011.
81. Delour M. Protection maternelle et infantile : historique et perspectives. Arch Pédiatrie. mai 2013;20(5, Supplement 1).
82. Grall J-Y, de Penanster D, Goyaux N, El Ghazi L, Rustico J. Un programme de médiation sanitaire en direction de femmes et de jeunes enfants Roms en France. Arch Pédiatrie. juin 2012;19(6, Supplement 1).

83. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature. Grenoble, France; 2011.
84. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* févr 2005;56(2):139- 46.
85. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Santé Publique.* 2 févr 2016;27(6):837- 40.
86. Dumaret AC. Soins médicosociaux précoces et accompagnement psychoéducatif : revue de la littérature étrangère. *Arch Pédiatrie.* mai 2003;10(5):448- 61.
87. Titran M. Bientraitance parentale et grande précarité. *Prat Psychol.* mars 2004;10(1):65- 77.
88. Demée-Eyraud A, Canévet J-P. Attentes des parents lors de la consultation du premier mois du nourrisson en médecine générale. France; 2013.
89. Sabatier C. Les relations parents-enfants dans un contexte d'immigration. Ce que nous savons et ce que nous devrions savoir. *Santé Ment Au Qué.* 1991;16(1):165.
90. Suremain C-É de. Heurts et malheurs de l'alliance thérapeutique. La relation soignant-soigné durant la consultation pédiatrique (Bolivie). *Face À Face Regards Sur Santé.* oct 2007. Disponible sur: <http://faceaface.revues.org>
91. Guide pratique : Migrants - étrangers en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale. COMEDE; 2005.
92. Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. *J Health Econ.* 2003;22:89- 116.
93. Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber AC, Lepage B, Rolland C, Afrite A, et al. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education ? *Soc Sci Med.* 2011;73(9):1416- 21.
94. Kagawa-Singer M, KAssim-Lakha S. A strategy to reduce cross-cultural miscommunication and increase the likelihood. *Acad Med.* 2003;78(6):577- 87.
95. Schouten BC, Meuwesen L. Cultural differences in medical communication : A review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2006;64(1):21- 34.
96. Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. *Santé Publique.* 1 déc 2003;15(4):479- 84.
97. Joselzon E, Merer-Scanvion A, Agard C. Vécu et impact du stage à la Consultation Jean Guillon (dispositif PASS du CHU de Nantes) sur l'orientation professionnelle de l'interne en médecine générale: étude qualitative rétrospective réalisée auprès de 14 médecins généralistes ayant effectué ce stage lors de leur cursus. 2011.
98. Ben Hammou K, Thiberville J. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. France; 2014.

99. Maharaj V, Rahman F, Adamson L. Tackling child health inequalities due to deprivation: using health equity audit to improve and monitor access to a community paediatric service. *Child Care Health Dev.* 1 mars 2014;40(2):223- 30.
100. Versini D. Les enfants vivant des situations de précarité visibles ou invisibles à Paris. 2013 sept.
101. Comité régional de l'Europe. Organisation Mondiale de la Santé. Investir dans l'enfance : la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020. 2014.
102. Les enfants premières victimes de la pauvreté. Croix Rouge Française; 2015.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de la thèse : Quelles sont les difficultés des médecins généralistes face à la santé de l'enfant en situation de précarité ? Enquête qualitative auprès de dix médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée.

Résumé

Introduction : Les inégalités sociales de santé commencent dès la grossesse et se creusent ensuite pendant l'enfance et au long cours. La santé de l'enfant en situation de précarité réunit des problématiques médicales, sociales, relationnelles. L'objectif principal de ce travail était d'explorer les difficultés des médecins généralistes face à la santé globale de ces enfants, avec une approche qualitative. Les objectifs secondaires de ce travail sont de rendre compte des moyens mis en œuvre par les médecins généralistes pour s'occuper de la santé de ces enfants de manière adaptée.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels auprès de 10 médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée.

Résultats et discussion : Le médecin généraliste doit dépister les enfants ayant besoin d'une prise en charge spécifique. Si les scores de précarité existent, le dépistage informel lors des consultations est la pratique la plus répandue, certains critères d'évaluation sont subjectifs. La situation de précarité de l'enfant peut se repérer par ses conséquences sur sa santé globale (physique, psychique et sociale). Ensuite, pour faire face aux difficultés d'accès aux soins primaires et secondaires, le médecin généraliste doit affirmer sa place de premier recours au cœur d'un réseau de soin, les PMI jouant un rôle clé. La communication médecin famille doit être adaptée afin de renforcer l'accès aux soins, et de soutenir la parentalité en respectant les principes de non jugement et d'*empowerement*. Le temps du médecin généraliste est une difficulté conséquente, en revanche, la relation privilégiée que peut entretenir le médecin traitant avec les familles constitue une aide précieuse à chaque étape.

Conclusion : Insister sur les liens entre précarité et santé lors de la formation initiale des médecins est indispensable. Nous proposons un outil synthétique, d'aide à la prise en charge de ces enfants, regroupant quelques concepts clés, les « feux rouges médicaux en pédiatrie : précarité, inégalités sociales de santé. »

Mots clés

pédiatrie-précarité-inégalités sociales de santé-médecin généraliste-difficultés-accès aux soins-parentalité-PMI.