

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 37

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de médecine générale)

par

Eléna JOSELZON

née le 25 avril 1984 à Albertville

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2011

**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.

JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur Jacques BARRIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Adeline SCANVION

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian AGARD

Membre du jury : Monsieur le Professeur Mohamed HAMIDOU

Membre du jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Liste des Abréviations

ASAMLA : Association Santé Migrant Loire-Atlantique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CJG : Consultation Jean Guillon

CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculose

CMU : Couverture Médicale Universelle

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCEM 2 : Deuxième Cycle des Etudes Médicales (deuxième année)

MG : Médecin Généraliste

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MSF : Médecins Sans Frontières

OMS : Organisme Mondial de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé

P1 : Premier Cycle des Etudes Médicales (première année)

PH : Praticien Hospitalier

SDF : Sans Domicile Fixe

Sommaire

AVANT PROPOS	3
INTRODUCTION	5
MATERIEL ET METHODES	6
1. <i>Choix de la méthode</i>	6
2. <i>Population étudiée</i>	6
3. <i>Entretiens</i>	6
4. <i>Guide d'entretien</i>	6
5. <i>Retranscription</i>	7
6. <i>Méthode d'analyse des résultats</i>	7
RESULTATS	8
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	8
II. CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL PREALABLE AU STAGE	9
1. <i>Catégorie socio-professionnelle des parents des médecins interrogés</i>	9
2. <i>Sensibilisation ou contact préalable à la précarité pour 7/14</i>	9
3. <i>Éléments pris en compte par l'interne au moment du choix du stage</i>	10
4. <i>Trajectoire d'internat</i>	11
III. VECU DU STAGE	11
1. <i>Sur le plan professionnel</i>	11
2. <i>Vécu de la relation médecin - patient</i>	13
3. <i>Difficultés ressenties</i>	14
4. <i>Implication personnelle et sentiments exprimés</i>	15
IV. ACTIVITE ACTUELLE	17
1. <i>Mode d'exercice</i>	17
2. <i>Activité professionnelle en lien avec la précarité pour 4/14</i>	17
3. <i>Souhait d'avoir plus tard une activité en lien avec la précarité</i>	17
4. <i>Obstacles évoqués par ceux n'effectuant pas de vacances à la PASS</i>	18
5. <i>Implication auprès de populations précarisées des médecins généralistes installés ou remplaçants</i>	18
6. <i>Engagement social privé pour un seul des médecins interrogés</i>	19
V. MODIFICATION DES PRATIQUES SUITE A CE STAGE	19
1. <i>Modification du cursus universitaire</i>	19
2. <i>Influence du stage sur le mode d'exercice</i>	20
3. <i>Impact du stage dans l'exercice de la médecine</i>	20
4. <i>Acquisitions de principes éthiques</i>	22
5. <i>Impact du stage sur le plan personnel</i>	23
DISCUSSION	24
I. DISCUSSION DE LA METHODE	24
1. <i>Biais et limites méthodologiques</i>	24
2. <i>Oublis de l'enquête</i>	24
II. DISCUSSION DES RESULTATS	25
1. <i>Contexte socio-professionnel préalable et orientation du choix du stage</i>	25
2. <i>Modification de la trajectoire professionnelle</i>	27
3. <i>Modification des pratiques professionnelles</i>	29
4. <i>Médecine générale libérale et précarité</i>	36

CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES.....	46
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	46
ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	47

Avant Propos

Il semble important, afin de pouvoir appréhender la suite de ce travail, de situer la Consultation Jean Guillon, de sa mise en place aux objectifs qui lui sont dédiés.

La consultation Jean Guillon (C.J.G) est une consultation médico-sociale, pivot central du dispositif PASS du CHU de Nantes.

Les PASS sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale intégrés à l'hôpital public, résultant de la **loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions [1]**.

Cette loi est venue conforter les mesures déjà prises suite à la circulaire du 17 septembre 1993, destinée à promouvoir l'implantation au sein des locaux hospitaliers d' « une **cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits** »

Les objectifs des PASS sont définis sur le plan législatif comme suit : « l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics en situation précaire nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux, et que les actions de santé ne se limitent pas aux soins mais accordent une place essentielle à la prévention. »

Entre 1998 et 2003, 369 PASS sont ainsi créées dont 21 en Pays de la Loire (et 4 en Loire Atlantique).

En novembre 1999, un groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré un **projet de dispositif PASS au sein du CHU de Nantes**, devant pouvoir répondre aux **objectifs suivants** :

- permettre une meilleure identification des situations de précarité
- favoriser l'accès aux droits
- faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité
- participer à la consultation et au développement du réseau entre professionnels de santé et professionnels du social
- contribuer à informer et former les personnes aux problèmes de précarité
- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste : la **Consultation Jean Guillon**.

A Nantes, la PASS est considérée comme un dispositif transversal, mis en place au niveau des différents services et unités accueillant des personnes en situation de précarité, comme la pédiatrie, la gynécologie obstétrique (UGOMPS), l'Equipe de Liaison Psychiatrie – Précarité (ELPP) et le Centre de Soins Dentaires.

La CJG représente une unité fonctionnelle du pôle de Médecine - Cancer - Hématologie du CHU de Nantes, rattachée à la Médecine Interne. Elle dispose donc des moyens techniques du CHU.

L'équipe de la CJG est composée d'un médecin généraliste, d'un interne en médecine générale, de 3 infirmières, de 2 assistantes sociales, d'une aide-soignante et d'une secrétaire. Cette équipe est complétée par des médecins généralistes vacataires présents l'après-midi.

Les patients accueillis à la CJG sont donc pris en charge à la fois sur le plan médical, leur permettant ainsi d'avoir accès aux soins et aux traitements nécessaires, ainsi que sur le plan

social, dans l'optique de faire valoir leurs droits et de les guider au sein des démarches administratives.

La CJG travaille en partenariat avec des associations ou organismes sociaux tels qu' AIDA (Accueil d'Information des Demandeurs d'Asile), Médecins du Monde, le GASPROM (Groupement Accueil, Service, Promotion du travailleur immigré), le Samu Social, qui peuvent donc orienter les patients vers la CJG.

D'après les données du rapport d'activité du dispositif PASS de Nantes établi en 2009 [2], la file active de patients suivis à la CJG compte 1850 consultants. La population accueillie est d'origine étrangère (majoritairement non francophone) à 84 %. L'absence de couverture sociale est le principal obstacle aux soins motivant l'orientation vers le dispositif PASS (80%), avec ensuite l'absence de médecin traitant (en raison de la précarité de logement, de la langue) et la difficulté d'avance des frais. La problématique du logement apparaît majeure pour les patients primo-consultants car présente chez 77% d'entre eux.

Deux-tiers des primo-consultants n'ont aucune couverture sociale à leur arrivée; les interventions sociales se font majoritairement sur l'accès aux droits administratifs, mais également sur l'accès au logement, et aux aides diverses, comme les orientations vers les structures caritatives pour des vêtements ou de l'alimentation.

La prise en charge effectuée à la PASS revêt un caractère transitoire : l'objectif est de réorienter le patient vers le système de soins de droit commun; mais cela ne peut s'envisager qu'une fois les démarches sociales accomplies, qu'avec des conditions de vie relativement stables leur permettant de trouver des repères au quotidien, et une maîtrise minimale de la langue.

Introduction

Plusieurs études font état des difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans leur exercice par rapport à des populations en situation sociale défavorisée [3,4,5]: cela relève autant de problèmes d'organisation, que de connaissances ou d'idées préconçues stigmatisant ces patients. Cela conduit donc à une difficulté de prise en charge de ces patients, parfois inadaptée, et plus important, au refus d'installation de certains médecins au sein de zones définies comme « socialement défavorisées ».

Si la demande des médecins généralistes en terme de formation sur le thème de la précarité est un sujet récurrent [5,6], peu de structures sont à même d'y répondre, sous forme d'enseignement théorique déjà, mais surtout pratique.

Le rôle du médecin est indéniable dans l'atténuation des inégalités sociales de santé : leurs mécanismes et leurs processus doivent donc être connus ; les pathologies en lien avec des conditions de vie précaires, les problèmes d'observance, les situations à risque : dépités.

Développer ces compétences nécessite donc une formation adéquate.

Le stage à la Consultation Jean Guillon, dispositif PASS du CHU de Nantes, semble représenter un cadre d'apprentissage pouvant répondre à ces objectifs.

Il s'agit d'une consultation de médecine générale, destinée à des populations rencontrant un obstacle à l'accès aux soins, de par une absence de couverture sociale, un manque de moyens financiers, une absence de logement, ou la barrière de la langue. Cela constitue donc un cadre d'apprentissage particulier, où l'interne est amené à prendre en charge des situations médicales chez une population en situation de grande précarité, étrangère et non francophone en grande partie. L'abord de la relation médecin-patient prend ici un aspect plus complexe, du fait des difficultés linguistiques et des représentations de la maladie variant suivant l'origine du patient. Cela exige une extension des connaissances médicales aux pathologies liées à la précarité et à l'origine de ces patients, ainsi qu'une volonté accrue de l'interne de s'adapter à chaque situation.

Il a donc paru intéressant de mener une étude à partir d'entretiens individuels réalisés auprès de médecins ayant effectué un stage d'interne de 6 mois au sein de la Consultation Jean Guillon.

L'objectif de ces entretiens a été de définir si un contexte socio-professionnel particulier a déterminé l'orientation de l'interne vers ce stage, quelle influence cette expérience a pu avoir sur la trajectoire professionnelle et sur l'exercice actuel du médecin. De par ces particularités (citées plus haut), il sera intéressant de voir en quoi ce stage peut s'inscrire dans le parcours de professionnalisation de l'étudiant, et si celui-ci sera plus à même par la suite de dépister et prendre en charge les patients en situation de précarité.

L'originalité de ce travail est de chercher à mettre en évidence un lien entre formation et exercice médical, et ce auprès de médecins en exercice ; si plusieurs travaux ont été réalisés auprès d'internes en médecine concernant l'influence de stages réalisés pendant l'internat, il n'a pas été retrouvé de données bibliographiques évaluant le point de vue de médecins a posteriori.

Matériel et méthodes

1. Choix de la méthode

Afin de pouvoir appréhender le vécu et l'impact personnel et professionnel du stage à la Consultation Jean Guillon chez l'interne, une approche qualitative a semblé la plus adaptée. Cette méthode, issue de la sociologie, permet d'accéder aux représentations subjectives du sujet concernant cette expérience, en le laissant s'exprimer librement sur sa trajectoire et autour des thèmes abordés [7]. Il a été adopté ici une démarche exploratoire à usage principal [8] basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. Contrairement à l'utilisation d'un questionnaire, l'enquête par entretien a permis de ne pas avoir à établir auparavant un choix de facteurs discriminants, et convenait à l'étude d'un groupe restreint.

2. Population étudiée

La population étudiée comprenait l'ensemble des médecins ayant effectué lors de leur internat un stage à la Consultation Jean Guillon entre novembre 1999 et mai 2010. Ce qui constituait un ensemble de 19 internes (une interne ayant effectué 2 stages consécutifs). Ont été exclus un interne n'ayant pas terminé son cursus, et moi-même, ne pouvant être à la fois observatrice et observée. 3 internes ont été déclarés « perdus de vue » car vivant à l'étranger ou non joignables.

L'accès aux médecins interrogés s'est fait par le biais d'un listing de coordonnées pré-établi.

Ils ont d'abord été prévenus par un courrier expliquant le but de ma recherche, puis contactés par téléphone. Tous ont accepté une rencontre.

3. Entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé entre juin et décembre 2010.

Le choix de la date et du lieu de rendez-vous a été laissé au médecin sollicité (en fonction, cela s'est déroulé : à son domicile ou son lieu de travail, à la Consultation Jean Guillon, dans un café ou à mon domicile). L'attention a été portée sur l'attitude à adopter tout au long de ces entretiens, qui se devait d'être la plus neutre et empathique possible, dans le souci d'orienter au mieux l'écoute et les interventions de l'investigateur, toujours en fonction des hypothèses de recherche.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de la personne interrogée, afin de permettre une retranscription la plus fiable possible.

4. Guide d'entretien

Dans l'objectif d'un entretien semi-directif, un guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré pour que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses de départ. Cela diffère du questionnaire dans le sens où le guide d'entretien structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours, et peut être modulable au fur et à mesure de l'avancement du travail.

L'ordre des thèmes abordés a été adapté en fonction de chaque entretien, afin de ne pas compromettre la fluidité et la spontanéité de la discussion. Les questions ont été formulées de manière à ne pas en orienter la réponse.

Le guide d'entretien se divisait en **4 grands thèmes** :

- le contexte socio-professionnel de l'interne préalable au stage
- le vécu de son stage de troisième cycle à la Consultation Jean Guillon
- son activité actuelle
- l'impact personnel et professionnel de ce stage

5. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits de manière littérale au fur et à mesure de leur réalisation (Annexe 2).

6. Méthode d'analyse des résultats

L'analyse a été effectuée en deux temps, à partir du corpus d'entretiens.

Dans un premier temps, une analyse du contenu de chaque entretien a été effectuée afin de percevoir le raisonnement et la trajectoire de chaque médecin interrogé. L'unité de découpage est ici le fragment de discours portant une signification.

Dans un deuxième temps, l'ensemble des entretiens a été soumis à une analyse thématique (correspond à une analyse transversale), où l'unité de découpage est alors le thème, défini en fonction des hypothèses de recherche.

C'est à partir de cette analyse que le travail de rédaction a pu être élaboré.

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

Quatorze entretiens individuels ont été réalisés, d'une durée moyenne de 28 minutes, le plus court ayant duré 11 minutes et le plus long 65 minutes.

La rencontre a eu lieu au domicile du médecin interrogé (M 10, M 13, M 14), sur son lieu de travail (M 1, M 2, M 3, M 5, M 9, M 11), dans un café (M 6), à la CJG (M 7, M8) ou à mon domicile (M 4, M 12).

Médecin	Sexe	Année du stage	Semestre	Activité actuelle (A.I.)	Situation familiale
M 1	F	2003	6	MG installé (2007)	Couple avec enfants
M 2	F	2001	6	MG installé	Couple avec enfants
M 3	F	2003	NP	MG installé (2006)	Couple avec enfants
M 4	F	2006	6	MG installé (2010)	Couple avec enfants
M 5	M	2002	2	MG installé	NC
M 6	F	2007	6	Mi-temps chez MSF Paris et SOS médecins	Célibataire sans enfant
M 7	F	2002	6	MG installé	Couple avec enfants
M 8	F	2005 - 2005	5-6	PH temps plein à la CJG	Couple avec enfants
M 9	M	NP	5	MG installé (2007)	Couple avec enfants
M 10	F	2006	5	MG installé	Couple avec enfants
M 11	F	2000	2	Psychiatre au SISMLA	Couple avec enfants
M 12	F	2007	5	MG remplaçant	Célibataire sans enfant
M 13	F	2008	SN + 6	Médecin en Soins de Suite Gériatriques	Couple avec enfant
M 14	M	2009	5	MG Remplaçant	Couple sans enfant

Liste des abréviations utilisées :

1-2-3-4-5-6 : semestre d'internat où l'interne a effectué son stage à la CJG

A.I. : Année d'Installation (quand elle est connue)

M : Médecin (classé selon l'ordre de réalisation des entretiens)

N.P : Non précisé lors des entretiens

II. Contexte socio-professionnel préalable au stage

1. Catégorie socio-professionnelle des parents des médecins interrogés

- Concernant les **CSP représentées** :

- * ouvrier : 4
- * profession intermédiaire : 6
- * chef d'entreprise : 2
- * employé : 1
- * profession intellectuelle supérieure : 3 (dont 1 médecin biologiste)

* Deux des médecins interrogés n'ont pas précisé la profession de leurs parents, en dehors du fait qu'ils ne sont pas médecins.

- Représentation de la **profession médicale dans l'entourage proche** pour 1/14

2. Sensibilisation ou contact préalable à la précarité pour 7/14

2.1 Activités humanitaires lors de leurs études pour 3/7

« L'activité était difficile, mais en même temps si j'avais pu je serais repartie » (M 3), « Mon dernier stage d'externat je l'ai fait au Bangladesh avec l'association Terre des Hommes (ONG suisse), pendant 2 mois. » (M 13), « appréhender une autre médecine » (M 13), « C'est peut être ça qui m'a amené à me demander si en France on peut œuvrer plus pour les gens plus nécessiteux car il y a je pense un vrai besoin de médecins » (M 13)

2.2 Formation théorique optionnelle lors de leurs études pour 2/7

« J'avais fait un mémoire de santé publique en quatrième année qui abordait ce thème-là, et on avait rencontré à l'époque des médecins qui s'occupaient de la prise en charge de la précarité à Paris dont le Dr Maisondieu » (M 11), « J'avais fait l'option médecine humanitaire pendant l'internat » (M 14)

2.3 Sensibilisation par des activités extra-professionnelles au contact de populations précarisées pour 2/7

« C'est un public qui m'a toujours beaucoup attirée [...] les sans-abris, la précarité, les personnes en situation d'exclusion, à Paris, que j'ai pu aider, avec le Secours Catholique par exemple [...] je me suis toujours sentie très à l'aise, puis humainement la relation était toujours forte » (M 8)

2.4 Sensibilisation au préalable par un contact avec la précarité lors de l'activité hospitalière pour 2/7

« C'est quelque chose qui m'a toujours interpellée, touchée, leurs situations, où j'avais envie d'y être acteur [...] Savoir quoi faire pour les aider. » (M 4), « En tant qu'externe, je travaillais à l'hôpital saint Antoine qui faisait partie des consultations pionnières, et j'avais effectué plusieurs stages en médecine interne à laquelle était rattachée la consultation donc je baignais déjà dedans » (M 11)

3. Eléments pris en compte par l'interne au moment du choix du stage

3.1 9/14 ont choisi ce stage pour l'activité de consultation en premier lieu

Parmi ces 9 médecins,

- Sept ne souhaitent pas effectuer un stage dans un service d'hospitalisation traditionnelle:
« Sans avoir à « pousser le chariot » car je déteste ça. » (M 9), « C'était mon seul stage au CHU, et le seul qui me paraissait intéressant pour ma pratique »
- Un souhaitait avoir une activité de suivi des patients

Quatre mettaient en deuxième position l'intérêt pour l'activité en lien avec une population précarisée et/ou pour la dimension sociale, et 4 ont pris en compte le côté « pratique » du stage (horaires fixes, proximité du domicile)

Pour 5 d'entre eux, le travail avec une population précarisée ne constituait pas un objectif en soi.

3.2 Pour 4/14, l'activité en lien avec les populations précarisées a été déterminante

et 2/4 mentionnent que l'activité de consultation et le coté « pratique » ont aussi motivé leur choix.

Ces 4 médecins évoquent une motivation de l'ordre de la « **vocation** » vers une médecine « **sociale** » : « Je me sens pas plus « utile » mais cela correspond plus à ma vision de la médecine.. » (M 8), « Moi la médecine générale je la vois dans le social, j'ai l'impression que c'est aussi mon rôle. » (M4), « Cela fait chez moi écho à ce qui me motive dans la médecine, à la vocation médicale, le fait de pouvoir donner ses soins à tous » (M 11), « Et quand j'ai fait médecine, c'était vraiment le coté humanitaire qui me plaisait, le coté précarité aussi » (M 13).

3.3 1/14 a choisi ce stage essentiellement pour son coté « pratique »

Pour 7/14, le fait d'en avoir discuté avec des internes ayant déjà effectué ce stage a contribué à les orienter vers ce stage.

3/14 ne connaissaient pas la structure avant d'effectuer ce stage.

4. Trajectoire d'internat

- Six ont effectué ce stage en dernier semestre
- Cinq en cinquième semestre (dont 4 l'ont fait après le stage chez le praticien de niveau 1)
- Deux l'ont effectué en deuxième semestre,
- Un l'a fait après le stage chez le praticien mais ne sait plus à quel moment de son cursus.

III. Vécu du stage

1. Sur le plan professionnel

- 11 considèrent que l'activité de consultation à la PASS correspond à une **activité de consultation de médecine générale** :

« C'est par rapport à ce que les gens attendent, on est les premiers interlocuteurs pour un problème donné » (M 2), « C'était vraiment une activité de médecine générale » (M 3), « J'arrivais à me projeter dans l'après, dans une activité de médecine générale, de consultation » (M 6), « Activité similaire [au stage chez le praticien] oui, dans le sens où on est seul à gérer son temps, ses consultations, revoir les gens, faire du suivi de patients [...] je me suis retrouvé dans un cabinet médical » (M 9)

- 2 mentionnent l'avantage de disposer d'un **temps de consultation plus souple** :

« On avait plus de temps, cela était très agréable, car il n'y a pas la même notion d'urgence que sur un planning serré en libéral » (M 12), « A la PASS on fait du bon boulot, on a le temps, on peut prolonger une consultation si besoin, on ne met pas toute sa consultation en l'air. Et si un ne vient pas et qu'un autre vient à sa place, c'est prévu » (M 8)

- 6 considèrent que ce stage a contribué à **élargir leurs connaissances médicales** :

« Après c'est intéressant d'avoir vu autant de pathologies infectieuses et dermato que je n'aurais pas vues sinon ou beaucoup moins » (M 13), « Avec les pathologies rencontrées aussi, car le CLAT n existait pas encore... Ou des pathologies dermato fréquentes, comme la gale, que je n'avais pas l'habitude de prendre en charge. » (M 8), « Passionnant sur le plan médical [...] une vraie proposition de soins » (M 4), « Ce sont des gens qui souvent ont peu eu accès aux soins et présentent des pathologies parfois avancées, démarche intellectuelle intéressante pour le médecin » (M 8)

- 3 se disent plus sensibles aux **principes de prévention et de dépistage** :

« C'était de la médecine générale avec des aspects plus infectieux, de dépistage... Cela sensibilise à la prévention » (M 14)

- 5 mentionnent une **mise en autonomie rapide** :

« Cela reste mon meilleur stage, en tant qu'interne. Chez le praticien, c'était très passif, alors que là j'étais seul le matin et avec un senior l'après midi. J'étais donc en autonomie, c'était intéressant ! » (M 5) « Une autonomie très rapide, cela m'a vraiment plu ! » (M 6), « C'est très formateur, cela apprend le système D. » (M 9), « Je n'avais jamais fait de médecine générale, donc j'ai appris sur le tas ! » (M 10), « Au début cela m'a fait peur [...] que je ne me sentais pas compétente pour faire face... Après je me suis rendu compte qu'il y avait beaucoup de choses que je savais gérer... Et je n'avais pas le choix » (M 12)

- 11 ont apprécié le **travail en équipe** :

« Le fait de travailler en groupe c'est quelque chose que j'aimais bien » (M 1), « Le travail d'équipe aussi, beaucoup de choses enrichissantes, par rapport à une activité isolée, ou quand on se retrouve devant des situations sociales compliquées sans savoir à qui se référer, par exemple quand j'étais chez le praticien » (M 6), « De pouvoir effectuer ces consultations au sein du CHU, en équipe, présentait pour moi un avantage supplémentaire par rapport à une activité libérale » (M 8) « Le fait de travailler en équipe, d'être entouré. » (M 9), « Savoir travailler en équipe, avec les interprètes, les assistantes sociales, ce côté multidisciplinaire était très intéressant » (M 10), « On a des moyens que l'on a pas en libéral [...] C'était important d'avoir ce soutien lors des moments un peu difficiles » (M 12), « Cela change des rapports avec les équipes en hospitalisation. On fait des tâches différentes ensemble, comme l'éducation. Cela permet de se faire une idée de comment vouloir travailler plus tard » (M 14)

2. Vécu de la relation médecin - patient

2.1 L'adaptation à la situation de chaque patient est qualifiée d'intéressante pour 12 des médecins interrogés

« Je trouvais cela intéressant de devoir parfois creuser, chercher à se faire comprendre » (M 1), « Je trouve qu'on est dans une partie du suivi intéressante, au début, au moment de l'accroche. C'est là que l'on peut faire entendre au patient l'importance du soin pour eux, et les préparer à la réalité du cabinet en médecine générale [...] Je trouve cela passionnant, attirant, inconnu! Et très intéressant ! » (M 6), « Je m'adaptais au patient en face de moi comme je le fais tous les jours en fonction de la personnalité de mes patients, je ne faisais pas de différence. » (M 7), « Cela n'a pas été difficile mais demande un temps d'adaptation [...] c'est une population qu'il a fallu apprendre à connaître pour pouvoir travailler avec eux [...] La relation est à mon sens plus complexe qu'en ville » (M 8), « Il faut faire avec le patient, ses croyances, ce qu'il pense, notamment le diabète avec les Roms » (M 10), « Une fois qu'on connaît les règles et qu'on peut les expliquer aux gens cela se passait bien. [...] Ici on investit plus la consultation car il faut anticiper à leur place » (M 13)

2.2 6 ont eu l'impression de pouvoir instaurer un suivi auprès de certains patients :

« Ce que j'aimais beaucoup à la PASS, c'était de suivre les patients, et c'est ce qui me plaît en médecine générale. C'était la première fois que j'expérimentais ça » (M 4), « L'avantage c'est que là on suivait les gens, comme en médecine de ville. Et ce suivi était très intéressant » (M 5), « J'étais ravie de ce lien que j'arrivais à établir » (M 4)

2.3 8 ont trouvé le contact humain particulièrement enrichissant :

« J'aime ce contact humain là » (M 3), « C'est un relationnel que j'aime bien » (M 4), « La variété des cultures, qui impose de s'adapter, apprendre à connaître les différents modes de fonctionnement, les patients ont différentes expériences de la médecine en fonction de leur pays d'origine, et donc au lieu d'imposer notre médecine il faut déjà essayer de comprendre. » (M 8), « Et je trouve cela passionnant, car cela impose de réfléchir à comment fonctionne la personne en face, d'adapter son langage, et cela sert après même si la personne ne vient pas d'Afrique, en médecine générale, il y aura toujours des gens qui pensent de manière différente, et donc il faut s'adapter, je pense à l'entretien motivationnel car c'est quelque chose qui me touche. » (M 4)

3. Difficultés ressenties

3.1 Barrière de la langue pour 8 d'entre eux :

« Le langage me mettait en difficulté » (M 2), « La barrière de la langue, même si le langage passe par d'autres choses, par le regard » (M 4), « Ce n'était pas toujours évident à cause de la barrière de la langue, mais c'était une sorte de défi ! » (M 5), « Il y a toujours le problème de la langue, mais tu développes d'autres moyens de communiquer. » (M 12), « Je n'étais pas très à l'aise sur le plan du secret médical [à propos du travail avec les interprètes] » (M 6), « La barrière de la langue, si.. Je n'avais pas connu cela auparavant. » (M 7), « En anglais, quand on peut se débrouiller avec le patient, ça n'est pas un frein dans la relation. Mais avec un tiers, cela change la façon dont se passe la consultation. » (M 9), « Car de passer par l'interprète, attendre sa réaction, là cela rendait le contact difficile pour moi, et dans le souci d'expliquer son geste, de pouvoir examiner les gens... Mais c'est aussi cela qui fait la richesse de cette consultation... » (M 11)

Mais **2 ne voyaient pas cela comme un obstacle** : « Pour la langue on se débrouillait avec les interprètes » (M 1)

3.2 Différence socio-culturelle pour 7 des médecins interrogés

« On pouvait parfois demander des choses qui culturellement parlant ne correspondaient pas à leurs attentes » (M 2), « Certaines incompréhensions culturelles, ou certaines barrières que eux peuvent avoir avec le soin » (M 9), « J'avais du mal à comprendre leur mode de pensée ... Les Roms ont un côté méditerranéen qui fait qu'ils me semblaient plus faciles à aborder, mais des différences quand même , qu'il y a certaines choses qui ne les atteignent pas ... Ils ont des conditions de vie différentes qui font que cela n'est pas leur priorité » (M 4), « Ce qui me paraissait bizarre c'était justement de ne pas ressentir cette souffrance, sûrement culturelle » (M 7), « Et quand on voyait les gens du voyage à 6 dans la voiture avec les enfants non attachés, ou qu'à six mois on leur donne du Coca, cela ne me laisse pas indifférente, c'est pas possible ! » (M 10)

3.3 L'observance thérapeutique pour 6 d'entre eux

« On voyait quand ils revenaient que les consignes n'avaient pas été trop suivies... Alors on reprenait ! » (M 1), « Des gens qui se négligeaient de par leur situation, parce qu'ils devaient trouver des solutions à des problèmes plus importants que leur santé » (M2), « La médecine n'est pas forcément une priorité, qui fait que ce qu'on dit n'est pas toujours suivi avec parfois des périodes de découragement, une envie de baisser les bras » (M 8), « C'est parfois démoralisant quand on les voit pour la cinquième fois pour un diabète toujours déséquilibré.. » (M 13), « C'était parfois difficile de les amener à prendre conscience de ce qui nous paraît grave à nous, mais pas pour eux » (M 14), « L'éducation qui est toujours plus difficile à appréhender. » (M 10), « Pour les faire adhérer à un soin, un traitement, l'entretien motivationnel ; je savais faire mais cela ne marchait pas.» (M 4)

3.4 Agressivité de certains patients pour 3/14

« Des gens qui forçaient le passage, parfois un peu agressifs. » (M 7), « Certains pouvaient parfois être très revendicatifs » (M 5), « Après dans les rapports il y avait des émotions plus violentes car ils avaient vécu des choses difficiles, beaucoup de colère, de choses qu'ils n'avaient pu exprimer avant et tout sortait là, dans le cabinet » (M 12)

3.5 Manque d'encadrement pédagogique pour 3 d'entre eux

« Ce que je reprocherai quand même c'est d'être un peu laissée toute seule sans supervision, surtout que je n'avais pas fait de médecine générale » (M 10)

4. Implication personnelle et sentiments exprimés

4.1 Satisfaction pour 5 d'entre eux :

« Quand il y avait de bons résultats on était content, d'avoir réussi à faire quelque chose malgré tout les obstacles » (M 1), « Mais sur le plan personnel et implication j'ai trouvé cela beaucoup plus excitant, plus intéressant [que le stage chez le praticien] » (M 6), « C'était d'autant plus gratifiant que personne ne veut les soigner, quand on arrivait à faire des choses et qu'on s'en sortait pas trop mal » (M 9) « Quand cela fonctionne on est super content, » (M 10), « Là les gens sont démunis, ils ont besoin de cet accès au soins, et que tu es utile tout de suite. Lorsqu'ils sortent cela va tout de même mieux, même si ce n'est pas grand-chose cela a un impact immédiat » (M 12), « De créer cette accroche, d'avoir l'impression de pouvoir faire quelque chose avec eux, d'avoir le cadre porteur pour ça » (M 13), « Mais j'avais l'impression de pouvoir apporter de l'humanité dans son histoire, même si c'est une goutte d'eau. J'avais peur de me sentir impuissante, mais je trouvais que la structure apportait des choses, je n'étais pas frustrée » (M 4)

4.2 Sentiment de valorisation pour 7 d'entre eux :

« L'impression d'être privilégiée aussi, d'être là à un moment de leur vie, et un peu actrice, enfin non passive justement, plus témoin...Je me sentais privilégiée de par la confiance qu'ils nous donnent. » (M 4), « Et beaucoup plus gratifiant, tu as le sentiment d'être beaucoup plus utile, car tu viens au contact d'une population qui n'a pas du tout, ou du moins pas de la même façon, accès aux soins, et c'est tout de suite beaucoup plus valorisant. [...] Pour le rapport privilégié que tu as avec des gens, à un moment critique de leur vie. » (M 12)

4.3 Sentiment d'impuissance pour 7 des médecins interrogés :

« Notre impuissance sur certaines choses [...] même si l'on sait qu'ils vont dormir dehors, en sachant que l'on n'a pas toujours de solutions. [...] Qu'on ne pouvait pas prendre en charge pour des raisons financières » (M 2), « J'ai trouvé ça dur par contre, de se sentir parfois impuissant. C'était la partie la plus dure... » (M 3), « Il faut arriver à passer au-dessus sinon on y arrive pas... Le temps de consultation, après on est un peu perturbé, puis l'on passe à autre chose. Je pouvais en parler avec l'équipe. » (M 5), « Tu te sens très impuissant, sur le plan politique notamment ... » (M 12), « C'est quand je me suis retrouvé devant des gens dans des situations sociales impossibles, ou ne parlant pas la langue, je me suis senti parfois seul, ou très démunis » (M 14), « Je me sentais plus impuissante que les assistantes sociales » (M 4), « C'est toujours un peu décevant quand on n'a pas pu apporter de solutions.. Après c'est d'en discuter avec les assistantes sociales pour voir ce que l'on peut faire, et de faire au mieux, car on n'est pas magicien ! » (M 10), « la vraie souffrance, morale et sociale, de ces gens, et notre impuissance sur certaines choses. » (M 3)

4.4 Sentiment de découragement pour 3 des médecins interrogés :

« Je crois que j'ai fini ce stage déprimé ! On se rendait compte qu'on pouvait les aider un peu, mais qu'on était obligé de les renvoyer à la rue » (M 14), « ce qui était parfois peine perdue » (M 5)

4.5 Distance à prendre par rapport à l'histoire personnelle du patient pour 4 d'entre eux :

« Je ne me suis jamais totalement investie, puis c'était le but, de ne pas créer de lien.. » (M 7), « Après, je pense que c'est le piège pour tout le monde, c'est de ne pas trop s'investir affectivement, car ce sont des gens très démunis, moi cela me touchait beaucoup et il m'était difficile de ne pas trop m'impliquer sur le plan personnel » (M 12), « c'est parfois très dur, plusieurs nuits un peu difficiles au début quand on ne sait pas quoi faire de l'histoire des gens. » (M 13), « « J'arrive à absorber et ne pas me laisser envahir par ce que j'entends ici mais je ne peux pas faire plus. De prendre du temps pour faire autre chose comme ce projet de PASS régionale des Pays de la Loire permet de souffler un peu. » (M 8)

4.6 Enrichissement personnel pour 9 des médecins interrogés

« Mais surtout très enrichissant, très large en apport tant sur le plan personnel que professionnel » (M 5), « Ma vie personnelle en a peut être été plus marquée que sur le plan professionnel » (M 7)

IV. Activité actuelle

1. Mode d'exercice

- 8 ont une activité de MG libérale, installés en cabinet de groupe et ont dans leur patientèle moins de 10% de patients bénéficiant de la CMU.
- 2 sont MG remplaçants
- 1 est qualifiée en psychiatrie, travaille au SISMLA et souhaite s'installer à mi-temps en psychiatrie libérale
- 1 est PH temps plein à la CJG
- 1 travaille à mi-temps MSF Paris /SOS médecins Nantes + départ en mission humanitaire à Haiti avec MSF hiver 2010
- 1 est PH en MPR au CHU et réfléchit à son orientation future

2. Activité professionnelle en lien avec la précarité pour 4/14

- 1 est PH temps plein à la CJG
- 1 effectue régulièrement des vacances à la CJG
- 1 travaille chez MSF (PARIS)
- 1 travaille en psychiatrie auprès de populations précarisées

3. Souhait d'avoir plus tard une activité en lien avec la précarité

3.1 Vacations à la PASS

- 1/14 souhaiterait faire des vacances mais n'est pas encore thésé

3.2 Planning Familial

- 1 souhaiterait travailler au PF : « Avec le côté social, mais via le planning » (M 2)

3.3 Activités humanitaires en France ou à l'étranger pour 3/14

« Je suis en Vendée, je ne me sens pas le courage de monter une structure comme celle-ci mais s'il venait à s'en ouvrir une j'aimerais y participer. » (M 7), « J'aimerais y retourner [à Madagascar] mais quand mes enfants seront grands » (M 3), « L'impression de se sentir vraiment utile, d'avoir un rôle important, de voir un effet immédiat » (M 3), « Je suis toujours dans l'optique de vouloir travailler à l'étranger, mais cela ne dépend pas que de moi » (M 13)

4. Obstacles évoqués par ceux n'effectuant pas de vacations à la PASS

9/14 ne font pas de vacations pour des raisons d'organisation : « Oui, j'aurais voulu! Puis quand j'ai été installé, j'ai vu que c'était difficile de libérer une demi-journée pour aller à Nantes » (M 5)

Un mentionne **le caractère ponctuel de la prise en charge** du patient : « Mais en y réfléchissant, j'ai peur de trouver cela frustrant de voir les patients de manière ponctuelle. » (M 4)

1 mentionne la **rémunération insuffisante**

1/14 avait commencé mais a du arrêter pour des problèmes d'organisation : « J'en ai fait quelques-unes [à propos des vacations à la CJG]... Mais le planning était déjà bien rempli, puis prise par mes remplacements.» (M 7)

5. Implication auprès de populations précarisées des médecins généralistes installés ou remplaçants

5.1 6/10 ne prennent pas en charge de population précarisée

▪ Par manque de temps pour 2/10

« Non... Car ce n'est pas la même précarité, ce sont des gens qui avaient déjà la CMU, déjà pris en charge, et on se posait pas trop la question car c'était en ville, avec des consultations tout les quart d'heure, et les gens ne venaient pas pour ça » (M 5), « J'aurais peur de me dire que je vais travailler avec cette population et de me dire que je vais pas faire du bon boulot car je n'aurais pas le temps, que je serais énervée s'ils arrivent tous en retard, de ne pas être disponible » (M 13)

▪ Par non fréquentation de ces populations due au lieu d'installation 4/10

« C'est que des fois ce n'est pas forcément évident à gérer en libéral dans notre pratique de tous les jours! Après tout dépend aussi de l'endroit où l'on est installé. Ici je n'ai jamais pris en charge ce type de population, ni dans les remplacements que j'ai pu faire. » (M 1), « Aussi car nous sommes à Clisson, et pas dans le centre ville de Nantes. Mais je ne les refuse pas ! » (M 2), « Mais on ne voit pas ici de patients dans les situations sociales de la PASS. Je n'ai quasiment pas de populations étrangères, sauf des vacanciers ! » (M 9)

▪ Trois ne souhaitent pas prendre en charge ces populations compte-tenu de l'inadaptation du cadre libéral

« Puis je n'aurais pas pu travailler qu'avec ce genre de population. Psychologiquement peut-être un peu fragile pour assumer ça... Tant au niveau du suivi que du contact, du contexte social » (M 7), « Mais pas d'avoir cette pratique en ville, mais je pense qu'en cabinet cela doit être terrible, car les gens ne parlent pas français, on n'a pas les informations » (M 13)

et difficulté de travail en réseau pour 1/10

« Je n'ai aucune relation avec les assistantes sociales de secteur par exemple. Cela peut se faire mais c'est compliqué. On ne se connaît pas. » (M 9)

5.2 5/10 ont travaillé auprès de populations précarisées lors de périodes de remplacement

« J'ai remplacé à Bellevue, et là je voyais beaucoup d'étrangers, avec des papiers mais migrants. Parfois même des patients de la PASS. » (M 4), « J'ai remplacé dans un cabinet où je voyais beaucoup de CMU, de populations étrangères, qui viennent n'importe quand, ou ne parle pas la langue... » (M 7), « J'avais remplacé chez le Dr T., où il y a beaucoup de patients plus précaires. Cela m'avait plu ! » (M 10), « La précarité n'est pas la même, ils parlent la langue, mais ce sont des gens fragilisés, qui ont besoin d'attention, donc oui on retrouve un peu cela quand même.. » (M 12), « J'ai eu quelques sans-papiers à Saint-Nazaire, cela me rappelait la PASS » (M14)

5.3 1/10 a une orientation sociale de sa pratique

« En tout cas il est clair que je ne fuyais pas du tout ces populations là. Je suis installée au Nord de Nantes. J'ai l'impression que j'attire les migrants ! Car je suis à mi-temps avec un autre médecin, et quand je suis là je vois beaucoup d'étrangers, avec des papiers mais migrants » (M 4)

6. Engagement social privé pour un seul des médecins interrogés

« Mais à titre personnel je continue de donner de mon temps tant que possible à ce type de population. Là j'ai des enfants en bas âge, mais j'envisage tout à fait de repartir, à l'étranger pourquoi pas ... Ou de consacrer une partie de mon revenu à ne pas en percevoir, à travers ce type d'activité là. » (M 11)

V. Modification des pratiques suite à ce stage

1. Modification du cursus universitaire

1.1 Modification de leur parcours d'internat suite à ce stage pour 2 des médecins interrogés : « J'ai demandé une dérogation pour effectuer un deuxième semestre ici » (M 8), « J'ai demandé une dérogation pour pouvoir retourner au CHU » (M 13)

1.2 4/14 ont dit avoir effectué leur thèse en lien avec la PASS

2. Influence du stage sur le mode d'exercice

2.1 Orientation vers une activité en lien avec la précarité pour 3 des médecins interrogés :

« C'est ce stage qui m'a donné l'impulsion de faire ce genre de choses. » (M 6), « Le fait de pouvoir allier mon côté social avec le côté médical me plaisait encore plus » (M 8)

2.2 Confirmation du souhait d'avoir une activité de médecine générale pour 3 d'entre eux :

« Convaincue je ne sais pas, confortée plutôt ! » (M 2), « Cela a conforté chez moi le désir d'avoir une activité de consultation » (M 3), « Cela permet de se faire une idée de comment vouloir travailler plus tard. » (M 14)

2.3 Modification du lieu d'installation pour s'orienter vers une patientèle plus précarisée envisageable pour 2 d'entre eux :

« Oui, si j'avais été toute seule ; mais j'étais déjà mariée, et suis donc venue m'installer dans la région où mon mari travaille » (M 3), « En tout cas il est clair que je ne fuyais pas du tout ces populations là ! Je ne voulais pas une population exclusivement bourgeoise... Mais ce n'est pas ce qui a joué le plus. Ce qui était important, c'était le lieu et la personne avec qui je m'associe, et la patientèle du cabinet. » (M 4)

3. Impact du stage dans l'exercice de la médecine

3.1 Acquisition de connaissances du réseau social et précarité

▪ *Importance accordée à l'identification des situations de précarité pour 2/14*

« Sauf de prendre en compte les facteurs environnementaux et financiers » (M 10), « Cela a changé mon mode d'exercice. On cherche plus à voir son environnement social. Cela influence forcément mais je ne peux pas te dire concrètement car je n'ai pas exercé ensuite [en libéral] » (M 13)

▪ *Apport des connaissances et utilisation d'un réseau social mentionné par 7/14*

« C'est vrai que peut-être si j'avais continué à travailler avec une patientèle un peu plus défavorisée, mais là avec la patientèle que j'ai , je n'ai pas besoin d'un réseau social » (M1), « J'en ai vraiment beaucoup moins besoin, mais je me sers des connaissances de ce réseau pour orienter les gens » (M 4), « Le travail avec l'assistante sociale, des notions que je n'avais pas du tout auparavant » (M 7), « J'ai beaucoup discuté avec les assistantes sociales, pour comprendre le cheminement des patients » (M 2)

3.2 Prise de conscience de la possibilité d'améliorer la qualité des soins par une activité pluridisciplinaire pour 8/14

« Le travail d'équipe aussi, beaucoup de choses enrichissantes, par rapport à une activité isolée, ou quand on se retrouve devant des situations sociales compliquées sans savoir à qui se référer » (M 6), « Et puis passionnant sur le plan médical, avec la possibilité de parler avec des médecins.. » (M 4), « Savoir travailler en équipe, avec les interprètes, les assistantes sociales, ce côté multidisciplinaire était très intéressant » (M 10)

3.3 Influence sur la qualité de la relation médecin - patient

3.3.1 Influence sur la prise en charge des patients pour 4/14

« J'ai pris conscience des difficultés que pouvait avoir la population immigrée » (M 2), « Je suis plus vigilante par rapport aux problèmes infectieux » (M 3), « Mais des gens qui ont eu un gros traumatisme, ont été déracinés, qui fonctionnent sur le même schéma, oui. Et là je vais me sentir plus à l'aise, creuser, cela m'intéresse » (M 12), « Que certaines pathologies n'ont pas la même signification en fonction de l'origine du patient. C'est une démarche pour soigner les gens que j'ai prise à la PASS, de prendre en compte le contexte du patient » (M 12), « Cela sensibilise à la prévention » (M 14), « Je me suis retrouvé auprès d'une population portugaise, très bien intégrée mais ne parlant pas le français. Je retrouvais cette même barrière de la langue. Où l'enfant qui va à l'école fait l'interprète. J'étais moins choqué de le faire » (M 9)

3.3.2 Développement de l'empathie pour 6/14

« Et je trouve cela passionnant, car cela impose de réfléchir à comment fonctionne la personne en face, d'adapter son langage, et cela sert après même si la personne ne vient pas d'Afrique, en médecine générale, il y aura toujours des gens qui pensent de manière différente, et donc il faut s'adapter, je pense à l'entretien motivationnel car c'est quelque chose qui me touche... C'est là qu'il faut savoir être patient » (M 4), « On est plus à l'écoute, à les encourager, au vu du contexte » (M 5), « Mais culturellement c'est intéressant de voir certaines réactions, si je suis plus à l'aise maintenant ! Avec certaines populations en vacances que je rencontre ici. Savoir aussi comment se placer vis-à-vis du patient. Et s'intéresser au pays d'où vient le patient, cela crée vraiment le contact. » (M 9), « J'avais commencé à bosser en dehors de la PASS sur la communication, comment décoder les attitudes, les schémas, et cela m'a beaucoup aidé pour définir la réelle demande de ses patients et définir leurs besoins [...] Cela me sert maintenant tout les jours ! [...] J'ai compris que les gens qui étaient agressifs, dans la revendication, c'est qu'il y a quelque chose à la base... Et maintenant je vais chercher ce qui a pu déclencher ça. Ce que je ne faisais pas du tout avant la PASS » (M 12), « J'ai appris à mieux parler aux patients » (M 14), « La patience, de prendre le temps de se comprendre, l'ouverture d'esprit, devant des parcours très divers.. La tolérance, connaître permet de mieux comprendre » (M 4), « J'ai l'impression d'avoir appris à entendre ce que le patient croit, comprendre de sa maladie, et c'est de s'adapter qui me permet de faire passer le message » (M 14)

3.3.3 Porter un autre regard sur la pratique libérale pour 4/14

« Relativiser un peu notre pratique en ville » (M 7), « Après la PASS, au niveau des demandes des patients, j'avais envie de leur dire aussi « c'est pas grave », ils ne se rendent pas compte de la chance qu'ils ont » (M 9)

3.3.4 Amélioration de la gestion de l'activité de consultation pour 2/14

« Cela m'a appris à gérer un planning. » (M 9), « Cela m'a aidé à plus hiérarchiser, à bien bâtir la consultation » (M 14)

4. Acquisitions de principes éthiques

4.1 Respect de la confidentialité des patients évoqué par 8/14 à travers le travail avec les interprètes

« Cela implique un changement de pratique, où l'on va faire plus attention à sa relation avec l'interprète, et que le patient voie toujours les même personnes » (M 6), « Elles étaient toutes assez professionnelles, à nous aider à prendre du recul, il faut toujours relativiser aussi. Mais je préférerais une interprète qu'une tierce personne. » (M 13), « Cela rendait les choses très compliquées, car de passer par l'interprète, attendre sa réaction, là, cela rendait le contact difficile pour moi, et dans le souci d'expliquer son geste, de pouvoir examiner les gens » (M 11)

4.2 Justice et équité d'accès aux soins pour 7/14

« C'est apporter du soin à des gens qui n'ont pas la possibilité d'y avoir accès [...], une espèce d'éthique qui se forge petit à petit quand on choisit de travailler avec ces populations-là, puisque c'est quand même un choix de travail et de pratique qui pour moi, tous les jours est un challenge... Il y a quelque chose qui dysfonctionne au niveau de l'accès aux soins en France, et je suis fière, contente, de travailler là où il y a ces carences. » (M 6), « Du fait que pour une fois nous avons quelque chose à proposer au patient malgré les obstacles, alors qu'en médecine générale si l'on a pas un super réseau social, paramédical, ça devient très compliqué de mettre en place des soins. » (M 6), « Je crois que c'était cela l'important, que ce genre de structure existe pour pouvoir leur offrir cette écoute. » (M 7), « Je comprends un peu mieux quel peut être l'accès aux soins des gens en difficulté. » (M 7), « On a l'impression d'apporter quelque chose d'efficace à des gens qui en ont besoin. [...] Au début c'était vraiment pour continuer, et déontologiquement parlant je trouvais cela bien de le faire. Il me paraît important que des médecins le fassent, cela me plaît et tant pis si c'est mal payé » (M 13), « Puis sur le plan politique, je crois que c'est important. » (M 14)

5. Impact du stage sur le plan personnel

5.1 Prise de conscience politique pour 5/14

« Une prise de conscience importante, même politique. J'ai l'impression que cela m'a ouvert les yeux, d'y être confrontée. . C'a été un grand choc pour moi, de travailler avec des personnes sans couverture sociale, de réaliser ce qu'on pouvait rencontrer comme obstacles aux soins, et ce pour toutes les populations » (M 6)

5.2 Ouverture d'esprit pour 5/14

« Une remise en question c'est évident... Ma vie personnelle en a peut être été plus marquée que sur le plan professionnel » (M 7), « Cela ouvre énormément l'esprit » (M 10), « Je savais que cela existait, mais là d'y être confronté vraiment, cela élargit l'esprit, on relativise » (M 14), « C'est une population que l'on n'a pas l'habitude d'accueillir en cabinet » (M 10)

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

1. Biais et limites méthodologiques

1.1 Limites liées à la méthode

La méthode d'enquête par entretien semblait la plus adaptée à l'objet de recherche, permettant de comprendre la trajectoire personnelle et professionnelle de chaque interne, et cherchant à mettre en lumière la diversité des points de vue des médecins interrogés.

Cette étude a été réalisée au sein du CHU de Nantes uniquement : on ne peut donc pas extrapoler ces résultats à l'ensemble des internes ayant effectué un stage au sein d'autres dispositifs PASS français ou de structures accueillant des patients en situation de précarité (limite de la validation scientifique).

D'autre part, l'impact sur la trajectoire professionnelle des autres stages réalisés lors de l'internat n'a pas été envisagé ici: on ne peut donc pas mettre en évidence une influence plus marquée sur la vie professionnelle du stage à la CJG par rapport aux autres.

1.2 Biais de l'enquête

- Biais de **perdus de vue** : l'enquête a été réalisée auprès des médecins ayant pu être contactés, et ne prend donc pas en compte la trajectoire professionnelle de trois des anciens internes partis à l'étranger ou non joignables.

- Les entretiens ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien pré-établie, mais basés sur une majorité de questions ouvertes. Suivant l'orientation du discours, certains éléments n'ont pu être recueillis par **omission de la question**. Ainsi, la profession des parents n'a pas été évoquée pour 2 des médecins interrogés, le statut familial n'est pas toujours connu, le cursus universitaire de troisième cycle n'a pas été précisé pour deux d'entre eux.

- L'ensemble des entretiens a été réalisé par un **enquêteur unique**, ce qui peut naturellement avoir orienté leur réalisation et leur interprétation. D'autre part, le statut de l'investigateur pouvait induire un biais en soi : d'une part ayant effectué ce stage, de l'autre par la connaissance personnelle de certains des médecins interrogés ce qui facilitait les échanges mais a pu influencer sur le discours.

Il faut prendre en compte qu'en tant qu'investigateur débutant, la réalisation des premiers entretiens a été moins pertinente que les suivants.

2. Oublis de l'enquête

Au cours de l'analyse des résultats, sont apparus certains éléments qu'il aurait été intéressant d'aborder lors des entretiens. En effet, il ne leur a pas été demandé si ce stage avait répondu à leurs attentes; d'autre part, il aurait été intéressant de leur faire préciser ce qu'ils entendaient par patient « précarisé » au sein de leur activité actuelle.

II. Discussion des résultats

1. Contexte socio-professionnel préalable et orientation du choix du stage

1.1. Contexte socio-professionnel préalable

Au sein de la population interrogée, on observe qu'un seul a un de ses parents travaillant dans le domaine médical (ce qui a pu avoir une influence sur sa décision d'entreprendre des études médicales). L'ensemble des catégories socio-professionnelles est représenté avec une prédominance de professions intermédiaires et d'ouvriers, sans que l'on observe de lien entre profession des parents et pratique professionnelle ultérieure du médecin interrogé.

Les facteurs ayant pu favoriser le choix d'une carrière médicale n'ont pas été envisagés lors de la réalisation de cette étude ; en dehors d'une sensibilisation transmise par le biais d'activités extra-professionnelles, le rôle favorisant du milieu familial vers une activité en lien avec la précarité ne peut être déterminé.

1.2. Orientation du choix du stage

1.2.1. Contact préalable avec la précarité

La moitié de la population interrogée a eu avant d'effectuer ce stage un contact avec des populations précarisées, par le biais d'activités professionnelles pour la majorité. Que ce soit une mission humanitaire à l'étranger ou une formation théorique, il s'agissait toujours de démarches basées sur le volontariat.

Ces médecins évoquent une curiosité à satisfaire, la volonté d' « appréhender une autre médecine » (M 13) ou d'être en contact avec « une population qui m'a toujours beaucoup attirée » (M 8).

L'effectif concerné ne permet pas de conclure au caractère prédisposant de ces activités ou non : on observe néanmoins que seuls les médecins ayant eu une sensibilisation préalable ont exprimé le désir de travailler auprès de ces populations.

1.2.2. Vers une activité de consultation pour la majorité d'entre eux

Avoir une activité de consultation est un déterminant majeur du choix de ce stage par l'interne en médecine générale : en effet, cela lui permet d'effectuer au sein du CHU un stage de consultation. Sept d'entre eux mentionnent expressément avoir préféré cette forme d'enseignement à celle d'un stage au sein d'un service d'hospitalisation « traditionnelle », qu'ils considèrent souvent comme une activité inadaptée à leur formation.

En dehors du stage chez le praticien (obligatoire) ou éventuellement du stage en SASPAS (facultatif et non disponible en nombre suffisant pour accueillir l'ensemble des internes), l'interne en médecine générale a peu l'occasion au cours de son cursus d'avoir une activité

de consultation quotidienne, et donc d'expérimenter la pratique qu'il souhaite avoir ultérieurement. Cette demande de formation est exprimée par la quasi-totalité des médecins interrogés.

Pour une majorité d'internes ayant choisi ce stage, le travail avec une population précarisée ne constituait pas un objectif en soi, et certains s'y sont dirigés sans connaître la structure.

Il faut noter que cela n'a pas constitué un obstacle au choix de ce stage.

1.2.3. Vers un travail en lien avec des populations précarisées

Sur les 7 médecins ayant effectué au préalable des activités en lien avec la précarité, quatre se sont orientés vers la CJG spécifiquement pour travailler auprès de ces populations, même si 2 d'entre elles (car ce sont toutes des femmes) ont été attirées en parallèle par une activité de consultation.

Toutes emploient les mêmes termes de « vocation » vers une médecine « sociale », et que ce stage en est la mise en application.

Il est aussi évoqué « le fait de pouvoir donner ses soins à tous » (M 13), qui souligne l'intérêt porté à la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, élément qui sera développé plus loin.

Un travail de thèse réalisé en 2003 à Lyon [9] montrait que sur 200 étudiants en médecine interrogés, 51% souhaitaient participer plus tard à une (des) action(s) de santé auprès de populations démunies, et 82% étaient, toutes années confondues, demandeurs d'un stage au sein de structures accueillant des populations en situation de grande pauvreté. Ces résultats devant être considérés avec réserve, compte tenu des changements de projets professionnels qui s'opèrent tout au long des deuxième et troisième cycles.

On peut cependant s'étonner que si une telle proportion d'étudiants se dit intéressée par une formation auprès de populations défavorisées, seule la moitié des médecins interrogés l'ait envisagée, et que cela n'ait été déterminant que pour 4 d'entre eux.

Cela peut s'expliquer par le fait que le choix du stage est soumis à un classement (dont les modalités ont changé en fonction des médecins concernés) et non selon la motivation de l'interne d'exercer auprès de populations précarisées.

Cela a toutefois l'avantage, pour les étudiants s'y étant orientés uniquement pour l'activité de consultation ou le côté « pratique » (horaires fixes, localisé au centre ville de Nantes), de pouvoir découvrir la structure et être sensibilisé à la problématique de la prise en charge de ces patients.

Cet argument plus « organisationnel » est intervenu dans le choix du stage pour 7 des médecins interrogés, et a été déterminant dans le choix pour un seul.

La facilitation de l'organisation de la vie familiale est le plus souvent évoquée comme motif.

2. Modification de la trajectoire professionnelle

Vocation et choix professionnel

« C'est ce stage qui m'a donné l'impulsion de faire ce genre de choses. » (M 6).

Quatre des médecins interrogés ont suite à ce stage envisagé une pratique de la médecine orientée vers les populations précarisées, que ce soit au sein de la CJG, chez MSF à Paris, ou à travers une activité de psychiatrie. On observe que ces 4 médecins font partie de ceux ayant choisi ce stage en premier lieu pour la prise en charge spécifique de populations précarisées suite à une sensibilisation préalable. On peut alors penser que choisir ce stage s'inscrit dans une trajectoire logique, liée à leur vision de la médecine comme acte « social », d'où leur investissement dans l'accès aux soins pour tous : auquel cas, le stage a-t-il eu un rôle dans l'orientation de ces carrières? Ou alors ces médecins auraient-ils même sans cette expérience trouvé une manière d'exercer en lien avec leurs convictions ? On est à même de penser que cela a en effet permis à deux d'entre eux de suivre cette voie, comme mentionné plus haut (M 6), ainsi que pour celui actuellement PH à la CJG, qui avec la volonté de prendre en charge des populations précarisées, s'orientait initialement vers ce stage « un peu par hasard ». Il faut souligner que ces médecins exercent tous leur activité au sein d'une structure hospitalière.

Une majorité de médecins généralistes libéraux

Sur l'ensemble des médecins interrogés, plus de la moitié sont installés en médecine générale, dans des cabinets de groupe, et 2 sont médecins généralistes remplaçants ayant l'intention de s'installer prochainement. Cela correspond aux chiffres donnés par l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) dans son rapport 2006-2007, selon lequel 60% des médecins généralistes diplômés exercent ensuite en tant qu'omnipraticiens [10]. Tout en sachant que cela peut être biaisé du fait que ce stage est choisi principalement par des étudiants souhaitant avoir une activité de consultation de médecine générale et ayant déjà le projet d'exercer ensuite en libéral pour la plupart; la population étudiée n'est donc peut être pas représentative de l'ensemble des internes en médecine générale.

Trois soulignent que ce stage a confirmé cette volonté ; tous avaient déjà effectué leur stage chez le praticien. C'est donc que l'étudiant a besoin de se confronter à l'activité qu'il va exercer ensuite, pour l'expérience clinique déjà, puis pour « se faire une idée de comment vouloir travailler plus tard » (M14).

Deux auraient pu modifier leur lieu d'installation pour s'orienter vers une population plus précarisée : mais ce qui a prédominé dans le choix est le rapprochement familial et/ou les personnes impliquées dans la collaboration. Cela concorde avec ce que conclue M. Tellier Muls dans son travail réalisé en 2010 portant sur l'« Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale » [11], qui observe que sur 15 médecins interrogés, 13 choisissent leur lieu d'installation pour des raisons logistiques, et 2 pour être au contact de populations précarisées.

Le choix du lieu d'installation est une façon de sélectionner sa patientèle ; ce n'est pas le motif évoqué par les médecins installés rencontrés, qui ne refuseraient pas de voir en consultation des patients plus précaires, mais qui n'en ont pas l'occasion. En effet, la moitié d'entre eux a été amenée lors de périodes de remplacement préalable à prendre en charge des patients en situation sociale difficile et cela leur avait plu.

Tous par contre évoquent des raisons familiales qui ont prédominé dans ce choix. Une enquête réalisée par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) d'Ile de France en 2008 [12] montrait que pour les futurs médecins ou les nouveaux installés, les critères de sélection du lieu d'installation étaient les suivants : qualité de vie dans le quartier, possibilité professionnelle du conjoint, proximité d'autres professionnels de santé, proximité familiale, possibilité d'exercer en groupe. Le type de patientèle n'est ici pas pris en compte.

Néanmoins, un des médecins récemment installé à proximité de Nantes a « l'impression d'attirer les migrants » (M 4). Même si ce n'est pas ce qui a prédominé dans son choix, il témoigne d'une curiosité et d'un désir de prendre en charge ces patients, sans que cela ne le mette en difficulté.

Vacations à la CJG : faible recrutement au sein des anciens internes

Un seul des médecins interrogés effectue régulièrement des vacations à la CJG, un autre avait débuté mais a dû arrêter pour des raisons d'organisation.

Les raisons invoquées par les autres médecins sont majoritairement des difficultés « logistiques » (éloignement, difficulté de s'absenter du cabinet médical). Il est aussi évoqué la crainte d'un exercice « frustrant » du fait d'une intervention ponctuelle, ainsi que la faible rémunération « Mais sur le plan pratique cela est très peu rémunéré, et je devais faire les trajets en voiture, c'était plus du bénévolat ! » (M 10)

Sur l'ensemble des médecins installés en libéral, aucun n'intervient donc à la CJG. Si l'exercice lors du stage leur avait plu, ils n'ont pas souhaité par la suite pérenniser cette activité. Il est vrai que cela impose une organisation du planning de consultation différente ; et tous les médecins installés sauf un sont situés à plus de 40 minutes en voiture du centre ville de Nantes.

Le médecin effectuant régulièrement des vacations a organisé son activité principale en fonction, et évoque deux motivations principales : le désir de garder une activité de médecine générale, donc de se former, et le principe éthique, de travailler dans le sens de l'accès aux soins pour tous. La prise en compte de ce dernier aspect semble essentielle dans le choix d'avoir ou non une activité médicale à caractère « social ».

L'internat, un moment clé

Si l'on se réfère aux travaux de thèse qui se sont intéressés à l'influence des stages réalisés sur le choix professionnel ultérieur, on observe qu'il existe une évolution du projet professionnel tout au long des stages de troisième cycle pour 73% d'entre eux et majoritairement en sixième année [13] : par exemple 50% des étudiants auraient orienté leur choix vers de la médecine générale libérale à l'issue du stage en autonomie de niveau 1, et 45 % qui hésitaient avec une activité mixte hospitalière se sont dirigés vers de la médecine générale libérale suite à un stage en SASPAS [14]. Il paraît donc primordial que les internes aient accès au cours de leurs cursus à ce type de formation ; c'est une période où il semble opportun de sensibiliser et former le futur médecin généraliste aux problématiques d'accès aux soins, en ce sens que celui-ci va pouvoir l'intégrer ensuite dans sa pratique quotidienne.

Une étude réalisée en 2010 auprès de 300 internes en médecine générale franciliens [15] relevait que pour une grande majorité les vulnérabilités spécifiques et les difficultés d'accès aux soins étaient globalement ignorées, la protection maladie, les dispositifs publics de prévention ou de facilitation de l'accès aux soins telles que les PASS ou la possibilité de recours à l'interprétariat professionnel restaient également méconnus. Il en est de même pour une majorité de la population interrogée qui ne connaissait pas le dispositif ou très peu avant le stage.

Au sein des universités de médecine françaises, le thème de la précarité est désormais abordé obligatoirement au cours du deuxième cycle puisque figurant au programme des ECN. Un « état des lieux », réalisé en 2011 auprès des Départements de Médecine Générale de 30 UFR françaises, relève que 13 dispensent un enseignement théorique autour du thème de la précarité et de la prise en charge des populations migrantes (dont la faculté de médecine de Nantes); seules 8 proposent à leurs internes un stage pratique au sein de structures accueillant ce type de population.

Donc, comment espérer ensuite, si cela n'est pas systématiquement pris en compte dans le cadre de la formation initiale obligatoire, que les médecins généralistes puissent prendre en charge ces patients de manière adaptée, s'ils n'ont connaissance ni des problèmes de santé en lien avec la précarité, ni du réseau d'aides sociales existant ? Et surtout qu'ils aient l'envie de travailler auprès de ces populations ?

Le rôle de l'université dans ce cadre-là a été défini lors de la quarante-huitième assemblée mondiale de l'OMS du 12 mai 1995 [9] qui demandait alors aux états-membres :

- d'étudier la contribution particulière des écoles de médecine à l'instauration de la santé pour tous
- de réorienter l'enseignement en faveur de la santé pour tous

Actuellement, sur l'ensemble des universités de médecine françaises, moins du tiers des facultés abordent le thème de la précarité dans le cadre de la Formation Médicale Continue accessible aux médecins généralistes ; il paraît donc primordial que cela soit intégré au cursus universitaire.

3. Modification des pratiques professionnelles

3.1. Par l'acquisition de connaissances biomédicales

Au sein de la CJG, les médecins reconnaissent avoir été relativement vite autonomes (positif pour 5 d'entre eux), et donc amenés à prendre en charge les patients tout-venant, sur rendez vous ou en consultation libre. Il y avait toujours la possibilité de joindre un médecin pour avis si besoin.

L'activité de la CJG est assimilée par la plupart des médecins interrogés à une activité de consultation de médecine générale : « C'est par rapport à ce que les gens attendent, on est les premiers interlocuteurs pour un problème donné » (M 2).

C'est cette diversité de pathologies présentées par les patients qui a incité un des médecins interrogés à venir régulièrement effectuer des vacations à la CJG « pour garder une activité de médecine générale, de voir de la gynéco, de la pédiatrie » (M 13).

En effet, si l'on se réfère aux données médicales du rapport d'activité de la PASS de Nantes pour l'année 2009 [2], les motifs de consultation sont sensiblement les mêmes qu'en médecine générale libérale. On observe une prédominance de problèmes infectieux, une forte activité de gynécologie avec des suivis de grossesse prolongés (les services relais étant saturés). L'interne va aussi être confronté à un certain nombre de pathologies chroniques, notamment des problèmes de diabète survenant chez des patients jeunes, présentant des complications précoces, notamment au sein de la population Rom, de par des conditions de vie difficiles, une hygiène alimentaire inadaptée et une observance

thérapeutique médiocre. Cela souligne les besoins majeurs en éducation à la santé de ces populations.

Selon D. Billy Rouis [3], la grande précarité implique le plus souvent un « illettrisme à la santé qui se manifeste par une moindre sensibilité aux symptômes morbides ». C'est ainsi que les patients se présentent fréquemment avec des tableaux cliniques déjà avancés, nécessitant une « démarche intellectuelle intéressante » (M 8) selon certains médecins.

La prise en charge nécessite parfois de développer un « système D » (M9) : car l'accès aux médicaments est plus limité (à ce qui est disponible à la pharmacie de l'hôpital ou à ce qui est sur la liste des médicaments remboursés par la Sécurité Sociale), l'organisation de consultations spécialisées, de traitement chronique, ou d'examen complémentaires plus complexes. L'étudiant va donc mener une réflexion autour de la prescription, ce qui est parfois peu abordé en milieu hospitalier, le médecin traitant prenant le relais au retour à domicile du patient.

Par ailleurs, comme le montre le rapport d'activité de la PASS réalisé en 2009 [2], l'activité de dépistage des maladies infectieuses est fondamentale à la consultation Jean Guillon et les chiffres retrouvés confirment que les patients pris en charge peuvent être considérés comme une population à risque. Sur l'ensemble des patients dépistés, 11,4% présentent une hépatite B ou C chronique active, et 2,1% une sérologie VIH positive. Cela va donc conduire l'interne à adopter une conduite plus systématique vis-à-vis de ces pathologies, et de manière plus large à se familiariser avec des sujets de médecine préventive, peu abordés au cours du cursus de troisième cycle sur le plan pratique, en dehors du stage en médecine générale libérale.

3.2. Par le vécu du stage

❖ **Vécu de la relation médecin-patient**

Il est intéressant de constater que si seule une minorité d'entre eux souhaitait au départ travailler auprès de populations précarisées, tous les médecins interrogés se sont dit satisfaits de leur stage.

Les éléments les plus fréquemment cités pour définir leur vécu de cette relation, particulière au vu du contexte, sont le caractère **intéressant** lié à la situation de chaque patient, le fait de pouvoir établir un **suivi** et le **contact humain** particulièrement enrichissant.

« Il faut faire avec le patient, ses croyances, ce qu'il pense » (M 14), « Je trouvais cela intéressant de devoir parfois creuser, chercher à se faire comprendre » (M 1). La quasi-totalité des médecins interrogés a souligné la nécessaire adaptation vis-à-vis de l'identité et du parcours de vie de chaque patient.

Pour la moitié des médecins interrogés, faire ce stage a contribué à développer ses compétences relationnelles, qu'il applique désormais dans sa pratique quotidienne.

Prendre en charge un patient défavorisé pose en effet au médecin généraliste des problèmes à la fois médicaux et relationnels, qui diffèrent de ceux d'une population plus favorisée de par leur ampleur et du fait qu'ils s'additionnent souvent. D. Roger Achim et D. Barbeau [16], à propos de la prise en charge des patients défavorisés, définissent les éléments permettant d'établir une communication satisfaisante et efficace:

- d'abord s'intéresser au patient et à sa réalité :

Ces patients ont souvent une faible estime de soi, et leur porter intérêt sera déjà thérapeutique ; ils en seront d'autant plus reconnaissants envers le médecin

- prêter attention aux préoccupations du patient :

Le médecin se doit de porter une oreille attentive à ce que le patient exprime, en se montrant sensible au stress ou aux difficultés vécues, en étant attentif à la perception que le patient a de ses symptômes, en vérifiant qu'il a les moyens ou la capacité de suivre les recommandations.

- utiliser un mode de communication simple et efficace

- responsabiliser le patient et l'inclure dans la prise de décision

Cela peut se faire en adoptant des objectifs adaptés définis avec lui.

En reprenant l'ensemble des entretiens, on observe que les médecins ont le plus souvent instinctivement adopté ces principes, par exemple : « S'intéresser au pays d'où vient le patient, cela crée vraiment le contact. » (M 9), « On est plus à l'écoute, à les encourager, au vu du contexte » (M 5). Ces principes de communication, essentiels à une attitude empathique envers le patient, ne sont pas réservés aux populations migrantes ou défavorisées. Comme le mentionne un des médecins interrogés, « cela me sert maintenant tout les jours ! » (M 12).

Au-delà de connaissances biomédicales, **l'apport en terme de qualités relationnelles** est reconnu par une majorité de la population interrogée.

Il aurait été intéressant de comparer le stage à la CJG à d'autres services hospitaliers en terme d'apport sur le plan relationnel vis-à-vis du patient.

Ces critères de communication sont ainsi définis parmi les 12 compétences du médecin généraliste selon la WONCA (World Organization of Family Doctors) [17]: pour communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage, il est nécessaire de développer une écoute active et empathique, d'adapter la réponse aux caractéristiques du patient, d'expliquer une décision, une prescription; annoncer une nouvelle grave, de tenir compte de ses émotions et de celles du patient.

Cette attitude va permettre au soignant **d'éviter certains écueils** lors de la prise en charge de patients plus défavorisés.

Selon une étude américaine réalisée auprès de médecins résidents au sein du cursus de médecine générale [16], la plupart d'entre eux avait une perception négative de ces patients : 25% croyaient que les personnes pauvres l'étaient par paresse, 50% qu'ils étaient plus susceptibles d'abuser du système de santé. On retrouve les mêmes croyances dans une étude réalisée auprès d'internes franciliens en 2010 [15].

Ces résultats sont éloquentes ; mais aucun des médecins interrogés ici n'a soulevé de telles interrogations. La formation initiale nantaise prépare t'elle le futur médecin à la prise en charge de ces patients, limitant ainsi les préjugés possibles ? Il serait intéressant pour cela d'interroger les étudiants de troisième cycle de la faculté de Nantes pour évaluer leurs connaissances et croyances autour de ce thème.

Il est donc indispensable de développer la formation du futur médecin généraliste concernant les particularités que présentent ces populations, afin de limiter ces préjugés. Car une telle attitude de la part du soignant nuira à l'établissement d'un lien thérapeutique. On est à même de penser que l'interne sensibilisé à cette prise en charge va garder ce mode de fonctionnement par la suite.

❖ Difficultés ressenties et obstacles au soin

Les difficultés principalement rencontrées ont été la barrière de la langue et la différence socio-culturelle. La plupart d'entre eux n'avaient jamais été confrontés à ces obstacles auparavant.

La barrière linguistique entrave l'approche du patient, situation d'autant plus difficile que les patients présentent des difficultés d'ordre psychologique ne pouvant être exprimées qu'oralement. L'interne va donc être amené à expérimenter d'autres stratégies de communication « Tu développes d'autres moyens de communiquer. Je mimais beaucoup, je dessinais, cela les faisait rire » (M 12). Certains mentionnent la difficulté de l'examen clinique, « dans le souci d'expliquer son geste » (M 11).

Pour contourner cette difficulté, le médecin peut faire appel à un interprète (soit professionnel, soit un proche): il y a donc l'intervention d'un tiers dans la consultation et donne lieu à un « face à face à trois » [18]. « Cela implique un changement de pratique, où l'on va faire plus attention à sa relation avec l'interprète » (M 6). La prise en charge de patients migrants ne parlant pas français est donc quelque chose de nouveau pour l'interne : il doit veiller à bien cerner la demande du patient et à se faire comprendre lui-même. Il peut être amené à conduire une consultation en anglais.

Pour un des médecins interrogés, cela facilite certaines consultations qu'il peut avoir aujourd'hui auprès d'une population immigrée : « Car je me suis retrouvé auprès d'une population portugaise, très bien intégrée mais ne parlant pas le français. Je retrouvais cette même barrière de la langue. Où l'enfant qui va à l'école fait l'interprète. J'étais moins choqué de le faire. Je sais maintenant que je suis capable de mener une consultation en anglais » (M 9). Un autre dit désormais « parler avec les mains » (M 14), mécanisme acquis lorsque l'obstacle de la langue ne permettait pas de verbaliser certaines recommandations et qu'il garde comme un réflexe.

On observe donc qu'être confronté à cette barrière linguistique lors de son cursus va permettre à l'étudiant de développer des moyens de la contourner, soutenu initialement par l'intervention des interprètes professionnels au sein de la structure (par le biais de l'ASAMLA à Nantes). On peut donc penser que le médecin généraliste ensuite installé en libéral se sentira moins démuni, aura appris par exemple à se sentir à l'aise en menant une consultation en anglais, ou si l'intervention d'un proche est nécessaire. Car l'intervention des interprètes en médecine de ville est rare en dehors du cadre associatif.

Il est intéressant de souligner que la plupart ont nuancé l'importance de cette difficulté par un commentaire plutôt positif « Mais c'est aussi cela qui faisait le charme » (M 9), « C'est aussi cela qui fait la richesse de cette consultation » (M 11).

Outre la variété linguistique, la diversité des cultures des patients consultant à la CJG, de par leur origine, leur mode de vie ou leurs croyances, implique l'adaptation du soignant à chaque situation.

Selon A. Masullo [4], « On trouve [chez les patients précarisés] comme inquiétudes dominantes : les moyens de survie, le combat contre l'incertitude concernant les ressources, le logement, les relations avec les proches, etc. Cette relégation a pour corollaire la fréquence des attitudes de prise de risque, les rapports particuliers des personnes précaires au système de soins, un recours tardif aux soins ainsi que le motif financier qui joue un rôle très important dans le délai pour se soigner, comme, sans doute, dans le suivi approximatif des prescriptions. »

Plusieurs éléments propres au patient migrant ou défavorisé vont donc être à prendre en compte par le soignant pour aborder la démarche de soins [16] :

- la personne vivant dans des conditions précaires va se préoccuper le plus souvent de sa santé immédiate : elle n'a pas d'aspirations liées à sa santé à long terme puisque sa survie immédiate absorbe toutes ses préoccupations.

On comprend donc qu'il sera difficile de faire passer et surtout de faire entendre les messages de prévention.

- la personne est néanmoins prête à des changements dans son mode de vie, si toutefois ceux-ci lui paraissent réalistes

- les représentations liées au corps et à la maladie, ainsi que l'expression des symptômes varient selon les cultures et les croyances,

- la personne lorsqu'elle se présente en consultation vient le plus souvent pour des motifs multiples, avec des degrés d'avancement de la pathologie plus ou moins importants.

Si la différence socio-culturelle avec en corollaire le problème de l'observance thérapeutique a été considérée comme un obstacle au soin pour la moitié des médecins interrogés, autant disent que cela a contribué à développer chez eux un sens de l'écoute et une attitude plus empathique.

On s'aperçoit que les principes évoqués plus haut ont tous été mentionnés lors des entretiens, comme une prise de conscience par l'interne : « ils ont des conditions de vie différentes qui font que cela [le soin] n'est pas leur priorité » (M 4)), « La variété des cultures, qui imposent de s'adapter, apprendre à connaître les différents modes de fonctionnement, les patients ont différentes expériences de la médecine en fonction de leur pays d'origine, et donc au lieu d'imposer notre médecine il faut déjà essayer de comprendre. » (M 8).

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, il n'y a pas de différence à ce niveau entre ceux ayant déjà eu un contact avec la précarité ou déjà confrontés à ses populations, et les autres.

« J'ai l'impression d'avoir appris à entendre ce que le patient croit, comprend de sa maladie, et c'est de s'adapter qui me permet de faire passer le message » (M 14)

Cinq autres des médecins interrogés expliquent que si à la CJG cela prend une place essentielle, ce sont des mécanismes mis en place et utiles dans leur pratique de médecine générale quotidienne. Et un d'expliquer que cela lui a appris « à plus hiérarchiser, à bien bâtir la consultation » (M14)

Ainsi, si les différences linguistiques et culturelles ont été abordées comme des difficultés initialement, on constate que cela n'a pas été source pour le médecin de rejet mais plutôt de curiosité et d'intérêt. Et que **cela lui a permis de prendre conscience que la différence culturelle ne réside pas uniquement dans l'origine ou le milieu de vie du patient**. C'est un recul sur la pratique qui semble primordial avant d'envisager une pratique de médecine générale où le soignant est confronté en permanence à des individus dotés de croyances et de représentations pouvant différer des siennes, bien qu'ils semblent en apparence issus d'origine ou de milieu semblables .

❖ Implication personnelle

Au sein des différents entretiens, 3 thèmes sont apparus récurrents concernant les **sentiments ressentis** lors du stage : la satisfaction, la valorisation, et surtout la notion d'impuissance.

Impuissance quant à la situation sociale du patient, quant à son histoire... L'interne est mis face à des situations sociales inextricables ou des parcours de vie ponctués d'atrocités : « C'a été un grand choc pour moi » (M 6). L'illusion de toute-puissance souvent inconsciente du soignant est ici mise à mal : l'interne doit trouver sa place, et garder son rôle sans vouloir

accomplir celui de l'assistante sociale. L'impuissance est surtout associée aux difficultés sociales et aux conditions de vie du patient : « C'est quand je me suis retrouvé devant des gens dans des situations sociales impossibles, ou ne parlant pas la langue, je me suis senti parfois seul, ou très démuné » (M 14) « C'est toujours un peu décevant quand on a pas pu apporter de solutions...Après c'est d'en discuter avec les assistantes sociales pour voir ce que l'on peut faire, et de faire au mieux, car on n'est pas magicien ! » (M 10)

Il ressort que les 4 médecins qui se sont par la suite orientés vers un exercice en lien avec les patients précarisés (à noter que ce sont ces 4 médecins qui ont choisi ce stage en premier lieu pour travailler auprès de ces patients) n'ont pas exprimé de sentiment d'impuissance.

Il est évident que le médecin n'a pas à se sentir responsable de toute l'aide à apporter au patient, pour régler tous ses problèmes liés à la composante psycho-sociale. Connaître le contexte social du patient est indispensable pour décider d'une prise en charge médicale adéquate ; il doit néanmoins connaître ses limites et le travail en équipe prend là tout son intérêt. La CJG, en réunissant du personnel soignant et des travailleurs sociaux va permettre à chacun de garder sa place auprès du patient. Comme l'exprime un médecin actuellement PH à la CJG : « Je ne voulais pas faire du social, mais vraiment de la médecine générale » (M 8). On peut donc penser que ces 4 médecins, en ayant cette volonté, ont déjà un recul quant à l'objectif de leur prise en charge et n'ont pas vocation à gérer la dimension sociale de la prise en charge du patient.

Ne pas se limiter à son propre « champ d'action », en l'occurrence le soin pour le médecin, conduit donc au sentiment d'impuissance pour la moitié des médecins interrogés, reconnue comme « la partie la plus dure » (M 3) : il s'agit d'une notion importante, en ce qu'elle peut générer de souffrance personnelle déjà, de découragement (mentionné par 3 d'entre eux), et de désinvestissement de la part du médecin.

En effet, ces médecins ne se sont pas par la suite orientés vers un exercice auprès de populations défavorisées, bien qu'ayant trouvé le stage « intéressant » et « enrichissant ». Alors si d'autres facteurs sont intervenus, comme vu précédemment, on peut penser que cette difficulté ne les a pas incités à persévérer dans cette voie, certains s'estimant « Psychologiquement peut être un peu fragile pour assumer ça.. Tant au niveau du suivi que du contact, du contexte social » (M 7).

La **satisfaction** et la **valorisation** sont par contre rapportées à des prises en charge médicales ayant pu aboutir malgré les obstacles rencontrés. On observe que les 4 médecins investis actuellement auprès de populations précarisées ne se sentent pas valorisés de par leur activité, « je ne me sens pas plus utile » (M 8), car cela correspond pour eux à des principes plus « éthiques », comme s'investir dans l'« accès aux soins pour tous ».

La moitié des médecins interrogés ont considéré que l'activité exercée à la CJG pouvait être « gratifiante », ou donner le sentiment d'avoir « un rapport privilégié » avec les patients à un moment de leur histoire, d'être « utile tout de suite ». Il y a donc un investissement très personnel de la consultation de par la situation des patients qui sort du champ strictement professionnel.

Mais ce ressenti, bien que positif pour l'interne, ne suffit pas à motiver l'orientation de son exercice professionnel vers un public plus défavorisé.

D'autres se sont dit satisfaits de pouvoir exercer au sein d'une structure adaptée, « d'avoir le cadre porteur pour ça » (M 13)

La majorité des médecins rencontrés à reconnu le côté bénéfique du **travail en équipe**, et ce pour plusieurs raisons :

- le fait d'avoir quelqu'un à qui se référer justement en cas de situations sociales difficiles : la plupart reconnaissent avoir acquis des connaissances en terme d'aides existantes et de réseau social, notions peu connues auparavant dans l'ensemble.

- pour le soutien apporté lors de moments difficiles, d'être entouré : cela a permis à certains d'entre eux de prendre le recul nécessaire vis-à-vis de certaines situations.

La grande majorité des médecins interrogés ont exprimé un **enrichissement personnel** important suite à ce stage. On retrouve dans plusieurs entretiens les notions de « prise de conscience politique » (M 12) et d' « ouverture d'esprit ». Cela a été révélateur pour l'un d'entre eux et l'a conduit vers une activité en lien avec les populations migrantes.

Pour les autres, notamment ceux exerçant en médecine générale, cette prise de conscience les a amenés à **porter un autre regard sur leur pratique**, notamment de relativiser les plaintes de certains patients : « ils ne se rendent pas compte de la chance qu'ils ont » (M 9).

3.3. Par l'acquisition de principes éthiques ou sensibilisation au professionnalisme médical

La **charte sur le professionnalisme médical** [19,20,21], base du contrat conclu entre médecine et société, a pour objectif de formaliser l'engagement du médecin, à la fois envers le bien-être de son patient, mais aussi envers l'amélioration du système de soins pour tous.

Dix engagements ont donc été définis, auxquels doit répondre le « bon » médecin, articulés autour de 3 grands principes, qui sont :

- le principe de primauté du bien-être des patients
- le principe d'autonomie des patients
- le principe de justice sociale

En quoi le stage à la CJG intervient-il dans le parcours de « professionnalisation » de l'interne en médecine générale ?

Si tous les aspects du professionnalisme ne sont pas abordés lors du stage, deux points semblent importants :

- D'abord la notion de « **justice et équité d'accès aux soins** » :

Si trois des médecins en s'orientant vers ce stage le faisaient en partie pour des raisons éthiques, dont celle de dispenser des soins à tous, quatre ont pu prendre conscience lors du stage de l'objectif du dispositif PASS et de celui du médecin, dans ce qui est décrit au sein du Code de déontologie et du Code d'Éthique Européen [6] comme un de ses engagements et devoirs. Cela est lié au fait qu'en confrontant l'interne à cette réalité, il va pouvoir comprendre quels peuvent être les obstacles à l'accès aux soins, et quelles sont les structures en place susceptibles d'y remédier. Un d'eux exprime que « dans nos études médicales on ne nous l'apprend pas du tout » (M 13). Donc comment former un médecin sensibilisé à la problématique de l'accès aux soins si cela n'est pas abordé dans son cursus ?

- Puis le « **respect de la confidentialité des patients** » :

Huit des médecins rencontrés disent s'être interrogés quand à la place d'un tiers dans la relation médecin-patient et au respect du secret médical : « cela implique un changement de pratique, où l'on va faire plus attention à sa relation avec l'interprète » (M 6). Ces médecins

ont pris en compte le fait de pouvoir laisser au patient son autonomie décisionnelle, en lui permettant de s'exprimer dans sa langue.

L'intervention d'un tiers, notamment celle d'un proche lors de la consultation, est quelque chose de régulier pour le médecin généraliste face à des patients non francophones. Il est important pour le médecin d'appréhender quels peuvent être les liens entre le patient et le « traducteur », afin d'évaluer si le recours à un interprétariat professionnel est nécessaire. Ce à quoi va être sensibilisé l'interne lors de son stage à la CJG.

Le stage à la CJG semble donc une étape importante pour le développement du professionnalisme de l'interne en médecine générale, en ce sens qu'il va pouvoir au sein de la structure appréhender l'ensemble des principes décrits plus haut. La CJG, de par son activité et la population concernée, constitue un **espace de réflexion autour du patient, de ses droits et du respect de la personne**, et peut ainsi amener l'étudiant à cette prise de conscience.

L'université de médecine d'Ottawa a défini sous la référence « CanMEDS-2000 » un ensemble de compétences à acquérir pour le futur « bon » médecin généraliste [22], à savoir :

- analyse et prise de décision clinique
- adopter une attitude adéquate pour communiquer avec le patient
- savoir travailler en équipe
- implication dans les choix de santé de la société
- être responsable de sa formation
- adopter une attitude responsable en terme de prise en charge des patients et d'éthique.

A travers ce qui a été dit plus haut, on observe que la plupart vont pouvoir être développés à travers ce stage.

Il aurait été intéressant ici de pouvoir comparer en terme de professionnalisation l'apport de ce stage par rapport aux autres, notamment ceux réalisés au sein d'un service hospitalier.

4. Médecine générale libérale et précarité

La population étudiée comportant huit médecins installés et deux médecins généralistes remplaçants, il semblait intéressant d'étudier auprès d'eux si le stage avait pu exercer une influence sur leur façon de percevoir et prendre en charge les patients précarisés en secteur libéral.

4.1. Identification des situations de précarité

A ce sujet, seuls deux des médecins interrogés disent avoir été sensibilisés lors du stage à faire plus attention au contexte social du patient lors de sa prise en charge. La quasi-totalité des médecins installés dit ne pas mettre en œuvre la connaissance du réseau d'aides sociales acquise lors du stage au vu de leur patientèle. Cela doit-il être considéré comme un échec de la formation dispensée à la CJG ?

La définition de J. Wresinski, lors de son rapport remis au Conseil Economique et Social en 1987 [23], montre que la précarité ne se réduit pas aux personnes sans domicile fixe ou migrante. Elle présente la précarité comme « un état d'instabilité sociale caractérisée par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et famille d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

Et I. Parizot [24] souligne que "les personnes concernées [les populations précaires] ne forment pas une communauté sociale, ni même un groupe statistique saisissable par des critères socio-économiques traditionnels. Elles sont confrontées à un ensemble hétérogène de situations instables, génératrices de difficultés diverses. Bien souvent, elles n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une dissociation progressive des liens sociaux. Aussi, faut-il envisager la pauvreté, non comme un état, mais comme un processus multidimensionnel, susceptible d'écartier toujours davantage de l'activité économique diverses franges de la population, et de conduire à la rupture du lien social".

C'est ce qui est mentionné par un des médecins interrogés : « Mais les populations en psychiatrie sont en grande précarité. Ce n'est pas visible mais ce sont des gens en isolement social majeur, avec des revenus insuffisants. » (M 11)

Un seul des médecins exerçant en libéral le souligne :

« En Vendée il n'y a pas de Roms... Mais il y a une grande population de bénéficiaires de la CMU. La précarité n'est pas la même, ils parlent la langue, mais ce sont des gens fragilisés, qui ont besoin d'attention, donc oui on retrouve un peu cela quand même... » (M 12)

Il est intéressant de constater que l'ensemble des autres médecins généralistes installés ou remplaçants a dit ne rencontrer que très peu de patients précarisés, l'expliquant par la faible fréquentation des zones excentrées par les populations migrantes. Entendaient-ils alors par « précarité » le fait d'être migrant, d'avoir des conditions de vie instables ou de ne pas parler français ? Cela peut être lié au sujet de l'entretien, qui fait qu'ils n'ont pas pris en compte leur patientèle française ou intégrée... Ou le stage à la CJG stigmatise-t'il la précarité sous sa forme la plus extrême ?

Si la pauvreté et les inégalités sociales sont moins marquées au niveau des Pays de la Loire [25] que dans d'autres départements français, il n'en reste pas moins que 10% de la population est considéré comme « pauvre ».

Il est important de prendre en compte que le taux de pauvreté est plus élevé dans l'espace rural que dans l'espace urbain ; touché par les réductions d'emploi dans l'industrie ou l'agriculture, l'espace rural affiche un taux de pauvreté, en 2006, de 13,7% contre 11,3% pour le milieu urbain. D'autre part les personnes âgées isolées, davantage exposées à la pauvreté, y sont plus nombreuses. La majorité des ménages pauvres habitent en milieu urbain, où résident généralement les personnes les moins favorisées (personnes seules, jeunes, familles monoparentales).

Avec un taux d'emplois précaires multiplié par 2 en 10 ans pour atteindre 12% en 2007, le risque de changement brutal des conditions de vie par perte du revenu est d'autant plus fréquent.

Il paraît donc essentiel que les facteurs de précarisation du mode de vie soient envisagés par le médecin et donc dépistés, et ce même en milieu rural, que les médecins interrogés

semblent considérer comme plus protégé. Celui-ci occupe une place d'observateur et de témoin privilégié des populations, de leurs problèmes et de leurs besoins de santé.

Au plan comportemental, il est retrouvé chez le patient « précarisé », comme formes de compensation au "mal être" ressenti par l'individu des conduites addictives plus fréquentes (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie), ainsi qu'une surconsommation de tranquillisants et d'antidépresseurs qui procèdent de la même démarche. Le "syndrome de la précarité" se traduit, également, par la fréquence des troubles du sommeil, de céphalées, de gastralgies [6]. S'ajoute à cela un moindre accès aux campagnes de dépistage et à la prévention de manière générale.

L'interne en formation à la CJG va être confronté à ces problématiques : chez les patients migrants, mais aussi chez des patients SDF, ou ceux pour qui les conditions de vie actuelles ne permettent plus d'avoir accès au système de santé de droit commun : sera-t-il donc plus à même de les dépister par la suite ?

Le fait que la majorité des médecins dit ne pas avoir de populations précarisées au sein de leur patientèle peut s'expliquer de deux façons : soit n'y ont-ils pas fait allusion lors de l'entretien, soit ils ne cherchent pas à dépister la précarité sous cette forme... A la question « avez-vous dans votre patientèle des patients en situation précaire », la plupart répondent en fonction du nombre de patients bénéficiant de la CMU, sans mentionner ceux ne pouvant financer une mutuelle complémentaire ou pour qui l'emploi est précaire. Il paraît pourtant essentiel que le médecin s'enquière de manière systématique de la couverture sociale de ses patients, l'aspect financier pouvant interférer avec l'observance du traitement prescrit.

S'agit-il d'un manque de sensibilisation préalable, lors de la formation initiale ? Ou d'un manque de disponibilité du médecin vis-à-vis de ces patients, par manque de temps essentiellement ?

La question du repérage des situations de précarité est complexe : d'abord, comme il a été défini plus haut, il ne s'agit pas d'une catégorie sociale mais de personnes associant un cumul de vulnérabilités, ce processus évoluant dans le temps ; d'autre part car la volonté de catégoriser risque de stigmatiser ces patients.

Deux approches en terme de vulnérabilité sociale ont ainsi été élaborées au sein du secteur hospitalier :

*la première, à partir d'indicateurs objectifs, testés auprès de consultants des urgences hospitalières au CHU de Nantes [26]. Une grille d'auto-questionnaire avait alors été établie abordant la couverture sociale et l'éventuelle assurance maladie complémentaire du patient, s'il rencontrait des difficultés à payer les soins ou les examens complémentaires, s'il avait droit aux minima sociaux, s'il était en recherche ou sans emploi depuis 6 mois.

*la seconde, testée par questionnaire au CHS de Montauban [27]. Les éléments recueillis étaient les suivants :

- Avoir connu plusieurs périodes d'inactivité professionnelle involontaire d'au moins 6 mois
- Avoir rencontré des difficultés financières insurmontables
- Avoir rencontré plusieurs fois des difficultés d'hébergement liées à des problèmes d'argent
- Avoir souffert d'isolement durable

Pourrait-on à partir de ces exemples élaborer un **outil adapté à l'exercice libéral et pouvant être utilisé en routine** ? Cela permettrait de dépister non seulement les patients précarisés mais aussi ceux à risque de le devenir. Et de développer des moyens de prise en charge adaptés, notamment sur le plan de la prévention.

4.2. Activité des médecins généralistes installés

Concernant les huit médecins généralistes installés, un seul dit voir actuellement en consultation quelques patients migrants. Ils ont dans l'ensemble moins de 10% de patients bénéficiaires de la CMU (pour la région des Pays de la Loire, moyenne de 5,88% de patients bénéficiaires de la CMU par médecin généraliste), la majorité exerçant en zone semi-rurale.

Lors des entretiens certains médecins ont évoqué le souhait d'avoir plus tard une activité en lien avec la précarité :

- venir effectuer des vacations à la CJG pour l'un d'entre eux, mais qui n'a pas encore soutenu sa thèse
- avoir une activité à caractère social via le Planning Familial
- participer à des actions humanitaires en France ou à l'étranger pour 3 d'entre eux : 2 avaient déjà effectué ce type de missions lors du deuxième cycle de leurs études ; pour un des médecins ce désir a été émis suite au stage à la CJG.

Tous disent reporter la mise en place de ces projets pour des raisons familiales.

4.3. Éléments de réticence à la prise en charge de populations précarisées

D'après une étude réalisée auprès de médecins franciliens en 2010 [11], il apparaissait que prendre en charge une population précarisée en médecine libérale impliquait certaines spécificités : prise en compte de l'aspect financier dans la prescription de traitement ou d'examen, notion de temps différente (patient absent au rendez-vous..) qui peut désorganiser le planning de consultations, le suivi de maladie chronique qui se révèle plein d'obstacles parfois responsable de lassitude et de découragement chez le praticien, mais aussi des difficultés de paiement par la CPAM.

D'autre part, un rapport de l'Observatoire Régional de la Santé en Ile de France publié en 2000 [28] mettait en évidence 2 caractéristiques faisant qu'un canton était mal pourvu en médecins généralistes : une faible population et/ou caractéristiques sociales défavorables.

Au regard de la population interrogée, plus de la moitié disent ne pas prendre en charge de patients précarisés dans leur pratique quotidienne.

Les **principales raisons citées** sont :

- par manque de temps : prendre en charge un patient ne parlant pas français, ou présentant une problématique sociale complexe va demander plus de temps qu'une autre consultation ; ces patients n'ont pas toujours la même notion de temps, ont d'autres priorités plus urgentes que leur santé : on note donc plus d'absentéisme ou de retard en consultation. On peut donc comprendre que sur un planning de rendez vous cela est source de désorganisation et de retard.

- par non fréquentation de ces populations due au lieu d'installation : un des médecins précise ne pas voir en consultation de « patient dans les situations sociales de la PASS » (M 9), mais ne dit pas s'il a à faire à d'autres formes de précarité.

- par inadéquation du cadre libéral : il est souligné ici l'isolement du médecin généraliste confronté à des situations sociales complexes, et la crainte de ne pas prendre en charge le patient de manière adaptée.

- par inexistence du travail en réseau : par manque de connaissance des personnes ressources et inexistence du lien entre travailleur social et médecin généraliste.

On constate que les difficultés sont les mêmes, que les médecins interrogés aient une activité urbaine ou plutôt semi-rurale.

Ces difficultés étaient déjà explicitées en 1995, au cours d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes [5], en mettant en avant le manque d'information sur les structures existantes et les droits sociaux, le cloisonnement interdisciplinaire, le manque de disponibilité horaire et financière que pose le problème de la rémunération à l'acte, la lourdeur des démarches administratives et les problèmes d'observance thérapeutique.

En réponse à cette problématique, **plusieurs pistes étaient alors évoquées par les médecins eux-mêmes** :

- Introduction d'une formation initiale non optionnelle car soigner les plus démunis ne peut être facultatif (désormais abordée lors du deuxième cycle puisque figurant au programme des Epreuves Classantes Nationales)
- Développer un espace de Formation Médicale Continue autour de ce thème, ainsi que des formations conjointes aux professionnels de la santé et du social
- Développer le travail en réseau

En 2009, le rapport d'activités de la PASS mettait en évidence une croissance plus importante du nombre de patients primo-consultants par rapport au nombre de patients suivis. Cela s'explique par une réorientation vers une prise en charge médico-sociale de ville plus rigoureuse. Ce qui laisse penser que de plus en plus de médecins libéraux vont être amenés à prendre en charge ces patients : il apparaît donc primordial de développer les réseaux de suivi de ces patients, afin que le médecin généraliste ne fuie pas cette population et se sente capable d'avoir auprès d'eux la possibilité d'exercer de manière efficace et compatible avec l'organisation d'un cabinet médical.

La prise en charge de ces populations nécessite en effet un abord médico-psycho-social que le médecin généraliste ne peut assumer seul [29].

Il est intéressant d'observer qu'au sein de la population interrogée, les quatre médecins exerçant au contact de populations précarisées le font au sein d'une structure, hospitalière ou non. L'avantage du cadre est ainsi mis en avant par deux d'entre eux : « Du fait que pour une fois nous avons quelque chose à proposer au patient malgré les obstacles, alors qu'en médecine générale si l'on n'a pas un super réseau social, paramédical, ça devient très compliqué de mettre en place des soins. » (M 6), ou alors : « J'ai l'impression de ne faire que de la médecine et de pouvoir profiter de la relation avec le patient, sans être noyée dans la paperasse. Plus de temps qu'en médecine libérale... » (M 8).

Doit-on alors considérer l'hôpital comme le lieu privilégié de prise en charge de ces patients ?

Plusieurs éléments entrent en considération dans le **recours à la structure hospitalière** :

*de la part des patients : le recours aux soins se fait le plus souvent dans l'urgence [29] ; dans ce contexte d'absence de référents en matière de santé, l'hôpital, et notamment le service d'accueil des urgences, constitue un point de repère facile d'accès. Il n'y a pas d'avance des frais nécessaires. C'est souvent le seul terrain de stage où les étudiants sont au contact de populations précarisées, les SDF notamment.

*de la part du médecin : quand le contexte social rend complexe ou incertaine l'observance ou la surveillance d'un patient, il peut solliciter une hospitalisation pour motif « social », s'il n'a pas de correspondants à qui se référer pour la prise en compte des paramètres sociaux.

Il est vrai que le cadre hospitalier est en mesure d'apporter **certaines réponses** :

*déjà l'unité de lieu : les différents intervenants sont regroupés au sein d'une même structure, facilitant ainsi leur intervention auprès du patient. Comme le mentionne le médecin travaillant à la CJG, « j'ai l'impression de ne faire que de la médecine » (M8) ; la mission de chacun est clairement établie.

*l'hospitalisation permet d'établir un lien avec le patient surtout quand celui-ci est coupé de toute démarche de soin ; on peut ainsi prendre le temps d'instaurer un traitement, d'en vérifier l'observance, et profiter de ce temps pour faire passer certains messages de prévention.

*le fait de travailler en équipe : ce qui permet aux professionnels de discuter de la prise en charge, et de ne pas avoir à assumer seuls certaines décisions, ou de pouvoir bénéficier d'un soutien lorsque cela est nécessaire. Ce qui est un avantage indéniable par rapport à l'isolement du médecin généraliste.

Si l'hôpital semble ici la structure adaptée, pouvant être sollicitée en urgence, il ne peut en aucun cas constituer l'unique recours à la santé de ces patients.

On constate que depuis 1995 les réticences et les demandes des médecins généralistes n'ont pas évolué. C'est donc que les réseaux et structures en place actuellement ne sont pas suffisants, ou que la communication entre professionnels ne se fait pas de manière adéquate.

Du point de vue des médecins hospitaliers, d'après une étude réalisée en 2001 concernant les dispositifs PASS de la région Centre [30], un des principaux dysfonctionnements relevés était le manque d'implication des autres acteurs de santé, et notamment le faible engagement de la médecine de ville.

Différentes pistes pourraient être envisagées pour **développer les liens entre structure hospitalière et médecine de ville autour de la prise en charge de ces patients**.

- Le travail de thèse, réalisé par M. Giraud auprès de 290 médecins généralistes en 2011 [31], montre que pour 45% d'entre eux l'accessibilité aux médecins hospitaliers du CHU [de Grenoble] s'avère problématique. Et cela n'est pas un phénomène isolé, puisqu'en 2007 la Fédération Hospitalière de France a défini un ensemble de recommandations, afin de pallier les difficultés du lien ville-hôpital [32]. Il ressort que les médecins de ville ont besoin de repères et de référents. On pourrait donc imaginer la création d'un numéro unique, afin de pouvoir joindre un médecin référent en terme de prise en charge médico-psycho-sociale, que le médecin traitant pourrait utiliser si une situation le nécessite.

- D'autre part, on pourrait proposer l'instauration d'une rencontre pluridisciplinaire, dans le cadre du suivi de ces patients, à laquelle les médecins généralistes de ville auraient accès, afin de pouvoir discuter de dossiers complexes, ou en cas de difficultés après réorientation. Cela permettrait de pallier l'isolement du médecin traitant dans certaines situations, en définissant une attitude décisionnelle collective et en lui fournissant certaines « clés » de prise en charge, notamment sociales. Cela impliquerait alors de diffuser largement aux médecins généralistes concernés une information à ce sujet, afin qu'ils aient connaissance de cette possible ressource.

Ces éléments de réponse ont été évoqués dans le rapport « La santé des sans chez-soi » [33] remis en 2009 au Ministre de la Santé. Ses auteurs recommandaient la création de « Maison d'accompagnement, de liaison et de suivi socio-sanitaire » (MALISS). Elles

auraient pour fonction l'accompagnement, le lien, le suivi et la coordination des soins pour les personnes sans chez-soi, en assurant un accueil téléphonique et physique. Ces structures seraient ainsi accessibles aux médecins libéraux, comme lieu ressource en terme de formation, d'échange des pratiques et d'aide au suivi de ces patients.

- Les médecins interrogés ici n'effectuant pas de vacations à la PASS évoquent principalement des difficultés organisationnelles, et une rémunération insuffisante du temps passé à la CJG. Or, c'est une façon de se familiariser avec ce type de patientèle et de prise en charge, et d'être en lien avec les différents intervenants médicaux et sociaux. Faut-il donc revaloriser l'intervention des médecins généralistes vacataires (statut actuel de praticien attaché peu attractif)? Si cela est défini, il est vrai, dans les rôles du médecin généraliste d'œuvrer dans le sens de l'accès aux soins pour tous, il s'agit semble t'il d'un élément à prendre en compte, certains créneaux de vacation restant actuellement non pourvus [24].

Conclusion

La CJG fournit donc un cadre d'enseignement riche et diversifié à la formation de l'interne en médecine générale. En effet, elle est amenée à prendre en charge des patients d'origines diverses, pour des motifs de consultation variés, et cela au sein d'une équipe soignante très impliquée.

Au-delà de l'aspect bio-médical, l'étudiant va appréhender lors de ce stage différents aspects de la précarité, souvent sous sa forme la plus extrême. Sensibiliser au dépistage systématique d'une précarité moins « apparente » au sein d'une patientèle de médecine de ville apparaît ici comme un objectif indispensable du travail pédagogique.

Si d'être confronté à la prise en charge de populations précarisées n'a pas fait naître de « vocation », il a néanmoins pour certains conforté la volonté d'orienter leur exercice vers les populations défavorisées. Pour les autres, médecins généralistes installés ou remplaçants, tout en reconnaissant l'apport du stage à leur pratique, ils se sentent dans l'incapacité d'accueillir ces patients à leur cabinet : pour des raisons d'organisation, par crainte de ne pas arriver à gérer le temps et les différentes problématiques soulevées par ces situations de précarité.

Sont évoqués l'isolement du médecin libéral, l'absence de lien avec le réseau d'aides sociales et les structures hospitalières concernées. Pallier ces carences permettrait de favoriser le suivi de ces patients par la médecine de ville, leur donnant ainsi accès aux mesures de prévention. Cela éviterait le recours - souvent tardif - aux soins par le biais des urgences, qui ne peut assurer qu'une prise en charge ponctuelle.

La création de centres de soins multidisciplinaires apparaît comme une solution souhaitée par une grande partie des internes de médecine générale, ainsi que des conditions d'exercice plus adaptées qui pourraient les inciter à s'installer dans des quartiers socialement défavorisés.

De plus, ce stage permet aux étudiants d'avoir accès à une activité de consultation au sein du CHU, peu représentée parmi les stages qui y sont proposés. Si la formation au sein d'un service hospitalier reste indispensable au regard de son apport pédagogique, il n'en reste pas moins que l'apprentissage de la profession du médecin généraliste ne peut se limiter au stage chez le praticien (un semestre) ou au SASPAS (un semestre). Le choix de ces internes souligne par là-même la priorité à donner au développement de ces stages de mise en situation de leur activité future.

Par l'acquisition de compétences éthiques et relationnelles, cette expérience s'inscrit dans le parcours de professionnalisation de l'interne comme une étape importante ; à savoir que le projet thérapeutique ne peut se définir sans la prise en compte du patient et de son environnement.

Bibliographie

- [1] Circulaire n° 98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
- [2] Rapport d'activité de la PASS. Nantes, 2009.
- [3] Billy Rouis D. Santé, précarité et exclusion. Lyon, mars 2003.
- [4] Masullo A. Santé et recours aux soins des populations précaires. ERIS, 2006.
- [5] Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris, Flammarion 1998.
- [6] Ducloux M. (rapporteur). Rôle du médecin face à la précarité. *Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999.*
- [7] Bénony H, Chahraoui K. L'entretien clinique. Dunod, 2001.
- [8] Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. Armand Colin, 2009.
- [9] Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. *Santé publique* 2003, volume 15, n° 4, pp. 479-484.
- [10] La médecine générale, tome 1. Rapport 2006-2007 de l'ONDPS.
- [11] Tellier Muls M. Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale. Th : med : Paris 5 :2010 ; 45.
- [12] Recherche médecin désespérément. Dossier de presse URML. 22 janvier 2008.
- [13] Del Vecchio R. Evolution des projets professionnels des étudiants en troisième cycle de médecine générale en fonction de leurs stages au sein de la faculté de médecine de Créteil. Th : med : Paris 12 : 1015.
- [14] Rodin T. Influence du SASPAS en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de médecine générale. Th : med : Paris 5 : 2010 ; 165.
- [15] Sallé J. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Île de France. Th :med :Paris 6 : 2010 ;
- [16] Richard C, Lussier M-T. Communication professionnelle en santé. ERPI. 2005.
- [17] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002.
- [18] Guerrero O. La place de l'interprète dans le soin. Mémoires, num 35-36, mars 2007. [www.primolevi.org]

- [19] Projet pour le professionnalisme médical (Medical Professionalism Project) développé par l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, l'American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation et l'European Federation of Internal Medicine (EFIM). Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 43-45
- [20] Cruess R, Cruess S. Professionnalisme, éducation médicale et la « Charte internationale ». *Pédagogie médicale* 2004 ; 5 : 7-10.
- [21] Barrier J, Brazeau Lamontagne L, Colin R, Quinton A, Llorca G. La formation au professionnalisme des futurs médecins. Recommandations du Conseil Pédagogique de la CIDMEF. *Pédagogie médicale* 2004 ; 5. : 75-81.
- [22] Seely J. The physician as a professional. Student skill workbook. Ottawa, Canada.
- [23] Définition de la grande pauvreté et des populations concernées. Conseil Economique et Social, par M. Joseph Wresinski : Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale, 1987, p. 6 : I.
- [24] Parizot I. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Ecole nationale de santé publique. Module interprofessionnel de santé publique. 2007.
- [25] Pauvreté et inégalités moins marquées dans les Pays de la Loire. INSEE, Rapport Aout 2008 Num 71.
- [26] Pascal J, Lombrail P, Agard C, Quélier C, Nguyen JM. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? *Sciences sociales et santé*, Vol 24 numero 3, 2006. Déterminants socio-économiques des inégalités de santé, pp. 33-58.
- [27] Estecahandy P. Sujets en situation de précarité, facteurs de risque et évaluation. Item 46 Module 3. Version 2008.
- [28] Les médecins libéraux en Ile-de-France, répartition géographique. Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. Décembre 2000.
- [29] Granier A. Précarité et demandes de santé. *La santé, l'expert et le patient*. Projet n°263. Septembre 2000.
- [30] Cailliet V. Le rôle de l'hôpital dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : les PASS en région centre. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique. 2001.
- [31] Giraud M. Coopération ville-hopital : le point de vue des médecins généralistes. Th :med : Grenoble : 2010
- [32] Ducreux JC, Causse D. Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière. Fédération Hospitalière de France. Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale. 25 mars 2007.
- [33] Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. *Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports*. Novembre 2009. [www.onpes.gouv.fr]

Annexe 1 : Guide d'entretien

- I- Choix du stage
 - a. Antériorité :
 - Sociologique : catégorie socio professionnelle des parents, milieu dont il est issu
 - Professionnelle : études effectuées, contact avec la précarité, mission humanitaire dans les pays en voie de développement
 - Personnelle : activités extra professionnelles en lien avec des populations précarisées (bénévolat...)
 - b. Orientation du choix
 - déterminants professionnels :
Volonté d'avoir une activité de consultation : pourquoi ? qu'est ce qui a pu plaire ou pas dans le cadre de l'activité hospitalière ?
Côté « pratique » (horaires, lieu) : influence ?
 - déterminants personnels : pourquoi s'orienter vers une population en situation de grande précarité ? sensibilisation préalable ? curiosité ? croyances ?
 - c. Trajectoire d'internat
 - en quel semestre le stage a-t-il été effectué ?
 - cela a-t-il modifié leur parcours d'internat ?
- II- Appréciation du stage
 - approche de la médecine générale :
 - Satisfaction sur le plan professionnel, pédagogique, personnel ?
 - Convaincu de leur orientation vers une activité de médecine générale ou pas ? pourquoi ?
 - difficultés ressenties : oui/non ? pourquoi ?
 - Barrière de la langue
 - Interculturelle
 - Manque de moyens lié à la précarité
 - Pathologie
 - appréciation de la relation médecin patient
 - Implication personnelle : réaction : empathie, agacement, patience, ... ?
- III- Activité du médecin généraliste
 - Influence suite au stage ? modification reconnue des pratiques professionnelles ?
 - Quelle activité actuelle : libérale, hospitalière
 - Quelle clientèle ? implication sur le plan social ?
 - Vacations à la CJG (ou médecins du monde par exemple), oui/non ? pourquoi ?
 - Connaissance du réseau social pour population en situation de précarité ?

Annexe 2 : Retranscription des entretiens

Entretien M 1

- Pouvez vous me parlez de votre activité actuelle ?
- J'ai d'abord remplacé à Nantes chez les praticiens chez qui j'étais, puis plutôt ici (Saint Lyphard) car j'ai de la famille dans le coin, et finalement je me sentais plus à l'aise de remplacer au bord de la mer. Je me suis donc installée ici, et remplacer beaucoup dans ce coin là, puis quand un médecin est parti à la retraite je me suis installée en 2007.
- Et vous avez quel type de patientèle ?
- Moi j'ai plutôt une patientèle jeune, et quelques personnes âgées. Je vais une fois par semaine à la maison de retraite mais sinon c'est une patientèle plutôt jeune. Et comme il y a peu de femmes installées je fais pas mal de gyneco et pas mal de pédiatrie.
- Vous avez une activité en cabinet exclusivement ?
- Oui, en dehors de la maison de retraite
- Pendant votre période de remplacement, avez-vous travaillé par exemple avec Médecins du Monde, continué à faire des vacances à la PASS ?
- Non pas du tout, puis comme je suis rapidement arrivée dans la région je n'avais plus trop l'occasion d'aller à Nantes, donc je ne me suis pas orientée par là.
- Et donc ici rencontrez vous des patients en situation de précarité ?
- J'ai 1 famille qui bénéficie de la CMU ! Donc ce n'est pas la majorité, loin de là !
- Donc vous êtes installée depuis 2007, vous aviez fait vos études à Nantes ?
- Oui, j'ai tout fait à Nantes.
- C'est quelque chose que vous vouliez faire depuis longtemps ?
- Depuis le lycée au moins ...
- Avec un désir particulier ?
- Au départ je voulais faire de la recherche, et puis j'ai trouvé ça dommage de s'enfermer et de ne pas voir les gens... Puis j'ai voulu faire de la gyneco, mais je détestais le bloc opératoire. Donc j'ai décidé d'être généraliste, comme ça je peux faire de la gyneco, en cabinet !
- Vous aviez des parents médecins, qui vous ont mis sur la voie ?
- Pas du tout !
- Et pendant vos études, vous avez participé à des missions humanitaires, du bénévolat ?
- Non, pas du tout
- Ce qui vous avait attiré à la PASS...
- Et bien c'était pour faire un stage de plus de consultation de médecine générale, j'avais déjà fait pas mal de choses à l'hôpital, et j'avais fait le stage chez le prat aussi. Et puis c'était aussi intéressant au niveau couverture sociale, des gens défavorisés, de voir quelles en étaient les particularités...
- Et quel ressenti en gardez vous ?
- Moi j'ai passé un très bon semestre, on voit plein de choses, parfois atypiques, des gens qui viennent de partout. Après c'est aussi une consultation de généraliste, c'était ça qui m'intéressait, et j'ai appris pas mal de choses au niveau des couvertures sociales parce que ce n'est pas quelque chose qu'on apprend forcément à l'hôpital.
- Vous hésitez en pratique libérale et hospitalière ?
- Non pas du tout, j'étais sûre de vouloir faire du libéral. C'est pas que l'hôpital ne me plaisait pas, sauf les stages de chirurgie ! Mais je préférais l'activité de consultation, puis d'être en libéral me permet d'organiser mon temps!
- Lorsque vous étiez en stage, est ce que le fait d'être confrontée à cette population en grande précarité est quelque chose qui vous mettait en difficulté ?
- Pas particulièrement. Pour la langue on se débrouillait avec les interprètes !
- A la fin de votre stage, est ce que vous avez eu envie de poursuivre ce type d'activité en cabinet ?
- C'est que des fois ce n'est pas forcément évident à gérer en libéral dans notre pratique de tous les jours! Après tout dépend aussi de l'endroit où l'on est installé. Ici je n'ai jamais pris en charge ce type de population, ni dans les remplacements que j'ai pu faire.
- Et reprendre des vacances c'est quelque chose que vous envisageriez ?
- Là ça va être difficile, je suis un peu loin ! Mais je serais restée à Nantes, pourquoi pas, c'est quelque chose qui m'aurait intéressée ! Et puis l'ambiance hospitalière, le fait de travailler en groupe, c'est quelque chose que j'aimais bien ! Après, avec l'éloignement, le cabinet...
- Au niveau de la relation avec les patients, vous trouviez ça facile ? Ou complexe du fait de la langue...
- Moi cela ne me dérangeait pas, au contraire, je trouvais ça intéressant, de devoir parfois creuser, chercher à se faire comprendre, c'était pas toujours évident ! On voyait bien parfois que l'information n'était pas passée, quand ils revenaient, que les consignes n'avaient pas été trop suivies... Mais bon on reprenait! Mais c'est vrai que quand il y avait de bons résultats on était contents, d'avoir réussi à faire quelque chose, malgré tout les obstacles, la langue, les conditions de vie qu'étaient pas toujours évidentes pour se soigner...
- Et donc vous avez fait ce stage en dernier semestre ?
- Oui
- Et au niveau de la pathologie...

- J'ai appris pas mal de choses! Surtout en dermato, maintenant je sais reconnaître une gale ! En infectieux aussi... J'ai fait ma thèse sur les motifs de consultation, à la PASS, ils me semblent que cela revenait fréquemment! C'était des choses que j'avais vu chez le prat, moins en infectieux
- Dans l'ensemble j'avais plutôt apprécié...
- A posteriori est ce que vous avez l'impression que le vécu que vous avez eu de ce stage en plus du prat a pu modifier votre pratique, votre écoute....
- C'est difficile de vous répondre! C'est vrai que peut être si j'avais continué à travailler avec une patientèle un peu plus défavorisée, peut être que oui, éventuellement, le fait d'y avoir déjà été confrontée... Mais là avec la patientèle que j'ai je n'ai pas tellement l'impression... Je n'ai pas besoin d'un réseau, etc...

Entretien M 2

- A quelle période avez-vous effectué votre stage à la PASS ?
- En dernier semestre
- Vous aviez donc déjà effectué votre stage chez le prat ?
- Oui, je l'avais fait en troisième semestre
- Et vous aviez choisi ce stage pour des raisons particulières ?
- Des raisons pratiques essentiellement, au début! Que je n'ai jamais regretté d'ailleurs! Il ne me restait que mon stage CHU à faire, je n'avais aucune envie d'aller dans un service hyper spécialisé car je ne voyais pas ce que j'allais y faire, que j'avais déjà fait mes urgences et que je n'avais pas envie d'y retourner.. La PASS existait depuis 1 an, je devais être la 2 ou troisième interne, alors je me suis dit pourquoi pas.. Parce que c'était des consultations, avec le coté pratique c'est-à-dire des horaires fixes, car j'avais un bébé à l'époque, peu d'astreintes, quelques gardes aux urgences, donc un coté « confortable ».
- Avant d'y aller vous connaissiez un peu le service ?
- Non, pas très bien. C'était très récent comme ouverture, j'avais vu ça un peu par hasard, et quand j'avais vu ce stage sur la liste je m'étais renseignée, j'avais du aller voir le Pr. Barrier, et contacter une ancienne interne pour prendre des renseignements.
- Et est ce qu'auparavant, dans vos différents stages, vous aviez été sensibilisée à ce type de populations, très précarisées...
- Pas plus que ça, un petit peu aux urgences, mais moins qu'aux urgences du CHU. Il y avait peu de personnes SDF, ou admises pour ivresse aigue, mais le contexte social était différent. Sinon dans les autres services, un petit peu... Si, il m'est arrivé une fois ou deux d'être confrontée à des gens, des populations étrangères qui avaient besoin de soins ; j'ai en tête un exemple, quand j'étais à Cholet, d'une patiente étrangère, et c'est vrai qu'on ne savait pas trop, même les assistantes sociales étaient un peu démunies, on ne connaissait pas disons, le parcours de soins, voilà..
- Vous avez fait vos études à Nantes ?
- Oui
- Et quand vous étiez externe, avez-vous participé à des projets, humanitaires par exemple, ou d'autres actions bénévoles ?
- Non, jamais, cela ne c'est pas fait, je ne sais pas pourquoi.
- Et par rapport à un stage hospitalier ?
- Et bien je ne voyais pas ce que cela pouvait m'apporter. J'avais déjà fait quelques remplacements, je commençais à me rendre compte de ce que pouvais être la médecine de ville, et aller faire un stage très spécialisé je ne voyais pas ce que j'allais y faire étant donné que j'avais déjà fait des stages en neurologie, en cardiologie, et je n'avais pas envie de me retrouver dans quelques choses d'un peu étriqué, comme peut l'être un service de spécialité. Et puis l'idée d'un service de consultation, si on ne passe pas là bas, bon maintenant il y a le stage chez le prat, on ne sait pas ce que c'est qu'une activité de consultation de médecine générale. Alors c'est pas vraiment de la médecine générale la PASS, c'est un peu particulier, mais on s'y retrouve quand même un peu plus.
- On garde une activité de médecine disons « libérale »..
- C'est pas tant par rapport au coté libéral ou hospitalier, c'est par rapport à ce que les gens attendent, par rapport aux motifs de consultation ; on est les premiers interlocuteurs pour un problème X. C'est comme en médecine générale, les gens viennent pour telle ou telle plainte, et en fonction de ce qu'on évoque on peut les orienter vers un spécialiste si besoin.
- Est-ce que stage vous a convaincu de votre orientation ?
- Convaincue je ne sais pas, confortée plutôt !
- Et que vous reste t il du vécu de ce stage, de la relation médecin patient ?
- La souffrance quand même... La vraie souffrance, morale et sociale, de ces gens, et notre impuissance sur certaines choses.. C'est vrai que dire à des gens le soir « oui on a fait ça » mais maintenant il faut que vous partiez, même si l'on sait qu'ils vont dormir dehors, en sachant que l'on a pas toujours de solutions.. Des souvenirs aussi de gens qui avaient des pathologies lourdes, qu'on ne pouvait pas particulièrement prendre en charge pour des raisons financières. J'avais en tête en patient à qui l'on avait diagnostiqué un cancer pulmonaire, enfin je ne me souviens plus des raisons exactes mais la prise en charge n'était pas possible, Des gens qui se négligeaient de part leur situation... Par exemple des patients pour qui les sérologies VIH étaient revenues positives et que l'on avait perdu de vue.. Parce que c'était des gens qui bougeait beaucoup, parce qu'ils devaient trouver des solutions à des problèmes qui étaient plus important que leur santé...

- Vous avez le souvenir d'une population en majorité étrangère ? Est-ce que vous vous sentiez en difficulté dans cette relation là ?
- Oui, le langage me mettait en difficulté. Car il y avait une vraie barrière de langue quelquefois..
- Malgré la présence de l'interprète ?
- Oui, les fois où il n'y avait pas d'interprète ! Un peu la barrière culturelle, quelquefois aussi, car on pouvait parfois demander des choses, qui culturellement parlant ne correspondait pas à leurs attentes, et l'on devait vraiment se justifier.. Je n'ai plus d'exemples en tête, c'est plutôt un sentiment.
- Mais globalement je retiens plutôt la barrière de la langue, après c'était des consultations comme les autres, des femmes dont on suivait la grossesse, des enfants enrhumés, après c'est universel !
- Et concernant votre activité actuelle ? Vous faites des vacances à la PASS?
- Oui, je suis installée. Non j'y pense mais je ne l'ai pas encore fait. Parce que je sais qu'ils cherchaient des vacataires à la PASS ! J'aimerais faire autre chose, mais qui ne serait pas la PASS. En fait, j'aimerais travailler au planning, j'aime bien faire de la gynéco. Avec le côté social, mais via le planning. Après il y a un côté « organisation », mais c'est autre chose.
- A la fin de votre stage, vous aviez l'envie de revenir faire des vacances ?
- Non, pas tout de suite. (Interruption entretien) et puis j'ai quitté le centre ville de Nantes, donc pour des raisons pratiques.. Et puis après l'internat, j'avais envie de passer à autre chose... Je voulais quitter le CHU !
- Ce n'était pas l'activité que je trouvais pesante, au contraire. Peut être au niveau de l'organisation, car je me souviens des mois d'été où il est arrivé régulièrement que je consulte toute seule, et j'ai senti que cela reposait un peu plus sur mes épaules. Mais très formateur cependant ! Quand on est interne, se retrouver au pied du mur... C'est plus ce côté là que je trouvais pesant que la population . Non, je la trouvais même attachante ! Parfois je trouve que patients ici me pèse plus.
- Et ici, vous avez quel type de patientèle ?
- Semi rurale, beaucoup de femmes et d'enfants, un peu plus de personnes âgées depuis le départ en retraite d'un confrère..
- Vous avez des patients en situation de précarité ?
- Non, quelques CMU, mais peu, moins de 10%. Aussi car nous sommes à Clisson, et pas dans le centre ville de Nantes. Mais je ne les refuse pas ! On a quelques patients en difficultés sociales, mais personne à la rue.
- Et donc au regard de votre activité actuelle, ou celle que vous avez pu avoir suite à votre internat, est ce que vous avez l'impression que d'avoir fait ce stage là vous a amené à prendre conscience de certaines choses, ou de modifier vos pratiques ?
- Oui, j'ai pris conscience des difficultés que pouvait avoir la population immigrée, pour se faire soigner, pour intégrer ce circuit, pour obtenir des papiers.. J'ai beaucoup discuté avec les assistantes sociales, pour comprendre leur cheminement. Par rapport aux aides, à l'AME, je ne sais pas si ça existe encore...
- Et par curiosité, votre choix de faire médecine...
- Depuis que je suis toute petite ! Je m'étais toujours dit que je serais médecin...
- Vous avez des médecins dans votre entourage ?
- Non, mon père était ouvrier, ma mère au foyer. Si, j'avais l'image du médecin de campagne, un vieux monsieur qui se promenait en blouse blanche, et qui sentait l'éther, très charismatique ! Après, est ce que c'est pour ça que j'ai voulu faire médecine...

Entretien M 3

- Est-ce que vous vous souvenez à quel moment de votre cursus vous avez effectué votre stage à la P.A.S.S ?
- Oui, en 2003. Après mon stage chez le praticien.
- Vous saviez déjà que vous vouliez exercer une activité de consultation ?
- Oui, j'étais certaine de vouloir faire de la médecine générale.
- Et quelle était votre motivation pour effectuer ce stage ?
- Premièrement, car il s'agissait d'une activité de consultation qui correspondait à ce que j'allais faire ; ensuite la population.
- Vous aviez déjà eu l'occasion dans votre cursus de travailler avec ce type de population, à l'hôpital ou dans le cadre d'activités autres ?
- J'ai fait un stage de 3 mois en Afrique, en pédiatrie. L'activité était difficile... Surtout qu'en rentrant je suis allée en néonatal au CHU, et là le décalage était énorme. En même temps si j'avais pu je serais repartie, alors c'est quand même que cela m'avait plu. Mais ensuite, non, je n'ai pas eu d'autres activités de ce genre.
- Et quand vous avez débuté à la PASS, confrontée à ces patients, comment l'avez vous vécu ?
- Bien, cela ne m'a pas posé du tout de problème ! Par rapport à la langue on arrivait à avoir des interprètes, alors non, je n'ai pas eu de problème particulier...
- Et avez-vous eu l'impression que votre expérience professionnelle à l'étranger vous a orientée vers ce service ?
- Non, je ne crois pas. J'avais déjà travaillé à l'étranger en fait, quand j'étais en P1 : je suis partie à Madagascar, travailler dans un dispensaire tenu par des religieuses. J'aimerais y retourner, mais quand mes enfants seront plus grands !
- Et concernant votre orientation vers de la médecine générale, il s'agissait d'un choix, ou l'activité hospitalière ne vous plaisait pas ?
- C'est parce que j'aime la médecine générale... Ce n'est pas par dépit, j'ai besoin de voir les gens, de consulter, je n'aurais pas aimé travailler à l'hôpital.

- Comment qualifieriez-vous la relation que vous pouviez établir avec les patients de la CJG ?
- Enrichissante... Parfois difficile ! Certaines incompréhensions culturelles, certaines barrières que eux peuvent avoir concernant le soin. Mais plutôt enrichissante que difficile ! Ensuite c'était vraiment une activité de médecine générale, il ne me semble pas avoir vu de pathologies vraiment liées aux gens de la rue, à part peut-être les plaies chroniques. Ni liées à leur ethnie... Beaucoup de troubles psychologiques chez les gens venant de l'est, de problèmes psychosomatiques aussi. J'ai trouvé cela dur par contre, de se sentir parfois impuissant. Enfin cela faisait partie du stage, mais c'était la partie la plus dure, sinon c'était du tout venant...
- En consultation vous étiez parfois seule ?
- Oui, mais je trouvais toujours quelqu'un pour répondre à mes questions !
- A la fin de votre stage, vous aviez le souhait d'y retourner en tant que vacataire ?
- Oui! Mais j'ai eu mes enfants... J'ai toujours l'intention d'y retourner, mais il faudrait que j'ai plus de temps pour moi, c'est plus un problème organisationnel !
- Vous êtes installée depuis quand ?
- Depuis 2006.
- Et vous avez quel type de patientèle ?
- Plutôt jeune... Beaucoup de femmes, de pédiatrie. Une médecine générale plutôt rurale.
- Vous prenez en charge des patients précarisés ?
- Oui, quelques-uns. Je ne pourrais pas vous dire le pourcentage de CMU, j'en vois environ un par jour... On suit 2 familles Roms installées pas très loin.
- Et cela vous donne l'occasion de travailler avec un réseau d'aides sociales ?
- Non, car ces familles la sont sédentarisées... Vivant en caravane mais installées. Ils sont bien intégrés, les enfants sont scolarisés, ils parlent français.
- Est-ce que le fait de vouloir travailler avec des populations précarisées aurait pu jouer sur votre lieu d'installation ?
- Oui, si j'avais été toute seule. Mais j'étais déjà mariée, et suis donc venue m'installer dans la région où mon mari travaille. Je serais partie à l'étranger sinon, dans le cadre de mission, je ne me serais pas installée tout de suite.
- Qu'est-ce qui fait que vous souhaitez travailler à l'étranger ?
- Au début par curiosité, pour voir comment cela se passait...L'impression de se sentir vraiment utile, d'avoir un rôle important. De voir un effet immédiat. Parfois ici on a l'impression de faire de la bobologie. Et de vivre autre chose... Et puis j'aime ce contact humain, à Madagascar cela c'était très bien passé.
- Si vous repreniez des vacances, cela serait dans quel but ?
- J'aime ce travail là, le contact avec les patients, puis je croyais savoir qu'ils cherchaient des médecins...Et j'aimais bien l'équipe ! Au niveau de la consultation cela ne m'apporterait pas grand-chose maintenant, mais c'est plus au niveau du contact humain, que cela est différent...
- A la suite du stage, avez-vous eu l'impression que cela a modifié vos pratiques en consultation ?
- Je suis peut-être plus vigilante par rapport aux problèmes infectieux type hépatites... Après je ne vois pas... Mais je pense pourtant qu'au niveau du contact humain cela a joué, sur des choses que j'ai désormais intégré et dont je ne me rends pas compte! Je n'avais pas été confrontée à ces populations étrangères auparavant, ou je ne m'en souviens pas... Cela a confortée chez moi le désir que je voulais avoir une activité de consultation.
- Pour finir, vous avez toujours voulu faire de la médecine générale ?
- Non, j'ai décidé cela en terminale. C'était ça ou institutrice. Je n'ai pas de médecins autour de moi, ma mère est secrétaire, mon père ouvrier. Je savais que je voulais être auprès des gens, rendre service aux gens, soit dans l'éducation, soit dans le soin... Et j'ai choisi le soin, sans vraiment de facteur déclenchant. Et je ne regrette pas!

Entretien M 4

- Quand êtes-vous passée en stage à la CJG ?
- En 2006, après le prat, en dernier stage...
- Et qu'est ce qui vous avez poussé à faire ce stage ?
- Et bien, au début je ne connaissais pas du tout cette activité. J'en avais parlé avec Adeline je crois. Ce qui m'intéressait surtout c'était de pouvoir faire de la médecine générale, en lien avec l'hôpital. Et de travailler avec des populations migrantes, de connaître le réseau d'aides sociales, le travail d'équipe. Pour moi, c'est de la médecine générale, avec un travail d'équipe, et c'était une très bonne transition avec l'après résidanat, enfin là je parle à posteriori.
- Vous aviez déjà travaillé avec des populations migrantes, ou à l'étranger auparavant ?
- Non. Mais c'est quelque chose qui m'a toujours interpellé, touchée, leurs situations, où j'avais envie d'être acteur. Dans les services, c'était surtout des Roms que l'on rencontrait. Mais surtout une grande curiosité, de ces vies différentes, et de savoir quoi faire pour les aider, connaître les différentes mesures...
- Et donc d'y être passée, qu'est-ce que cela vous a apporté, comme réponses peut-être ?
- La patience, de prendre le temps de se comprendre... L'ouverture d'esprit, devant des parcours très divers... La tolérance, connaître permet de mieux comprendre. Et puis passionnant sur le plan médical, avec la possibilité de parler avec des médecins... J'ai aussi beaucoup parlé avec les assistantes sociales, et cela m'a permis de savoir ce qui existait au niveau des aides. Et cela m'aide aujourd'hui, de savoir ce qui existe, et donc ce que l'on peut apporter aux gens. Après, je ne suis pas assistante sociale, mais ça permet de le toucher du doigt...
- C'est un réseau dont vous vous servez actuellement ?

- J'en ai vraiment beaucoup moins besoin.. Mais je me sers des connaissances de ce réseau, pour orienter les gens...

- Car vous avez quel type de patientèle ?

- C'est très varié! Je vais m'installer au nord de Nantes, mais c'est marrant, j'ai l'impression que j'attire les migrants ! Car je suis à mi-temps avec un autre médecin, et quand je suis là je vois beaucoup d'étrangers, de patients CMU. D'ailleurs en sortant de la PASS, j'ai remplacé à Bellevue, et là je voyais beaucoup d'étrangers, avec des papiers mais migrants. Parfois même des patients de la PASS.

- C'était un souhait de votre part ?

- D'abord par hasard, mais oui un souhait aussi ! Et très intéressant de par la diversité de population, les motifs de consultation.

- Vous aviez envie de venir faire des vacances ?

- En sortant oui, j'étais très motivée ! Mais je n'ai passé ma thèse que 2 ans plus tard. Là je suis thésée depuis quelques mois et je n'ai pas encore pris le temps de faire la démarche. Mais en y réfléchissant, j'ai peur de trouver cela frustrant de voir les patients de manière ponctuelle. Car ce que j'aimais beaucoup à la PASS, c'était de suivre les patients. Moi c'est ce qui me plaît en médecine générale. Et à la PASS, c'était la première fois que j'expérimentais ça. Du coup je suis peut-être un peu moins motivée. Peut-être que si j'avais été thésée plus rapidement, j'y serais plus facilement retournée.

- Comment est-ce que vous arriviez à instaurer un suivi avec les patients de la CJG ?

- Très variable. Avec certains patients on avait du mal à avoir un suivi... La barrière de la langue, ça dépend, même si la relation passe aussi par d'autres choses, par le regard, elle est freinée. Les différences culturelles aussi. Qui font que c'est plus long de tisser le lien. Là en fait je te dis ça au regard de mon activité aujourd'hui. Je ne t'aurais pas dit la même chose en sortant, car j'étais ravie de ce lien que j'arrivais à établir. J'ai des souvenirs de patients que j'ai pu suivre qui m'ont marqué, touché, de par leurs histoires... L'impression d'être privilégiée aussi, d'être là à un moment de leur vie, et un peu actrice, enfin non passive justement, plus témoin. Quoiqu'on aide quand même, sur le plan médical. Mais d'être là surtout pour leur accueil, pour leur offrir une écoute. Je me sentais plus impuissante que les assistantes sociales par exemple. Je me sentais privilégiée de par la confiance qu'ils nous donnent.

Au début j'avais l'impression d'effectuer mon devoir d'accueil de gens en souffrance, et c'est un relationnel que j'aime bien. Et sur le plan médical, une vraie proposition de soins.

- Tu t'es parfois sentie en difficulté, sur le plan professionnel ou personnel ?

- Quelques souvenirs précis, notamment une petite fille atteinte du SIDA, à qui il fallait l'annoncer. Dont la mère était morte du SIDA, le père n'était pas là.

Avec des patients d'Afrique sub-saharienne, la différence culturelle faisait qu'on avait du mal à se comprendre sur la façon dont ils exprimaient leur mal être, par exemple quand ils ont mal, dire « j'ai chaud ! »... J'avais du mal à comprendre leur mode de pensée. Avec les Roms aussi, mais moins. Pour les faire adhérer à un soin, un traitement, l'entretien motivationnel tu vois ; je savais faire mais cela ne marchait pas. Et je trouve cela passionnant, car cela impose de réfléchir à comment fonctionne la personne en face, d'adapter son langage, et cela sert après même si la personne ne vient pas d'Afrique, en médecine générale, il y aura toujours des gens qui pensent de manière différente, et donc il faut s'adapter, je pense à l'entretien motivationnel car c'est quelque chose qui me touche. Cela m'a paru difficile. Les Roms ont un côté méditerranéen qui fait qu'ils me semblaient plus faciles à aborder, mais des différences quand même qu'il y a certaines choses qui ne les atteignent pas. Je pense au Coca chez les enfants, je leur expliquais mais ils s'en fichaient, cela ne les touchait pas, ça ne leur parle pas ; ils ont des conditions de vie différentes qui font que cela n'est pas leur priorité ; je trouve ça difficile et passionnant. Et c'est là qu'il faut savoir être patient.

- Plus qu'en médecine générale ?

- Oui, plus que chez le prat ; mais je l'ai fait tôt, je crois que j'étais trop stressée par le côté technique pour vraiment m'interroger sur la relation.

- En arrivant à la PASS tu t'orientais déjà vers une pratique libérale ou tu réfléchissais à une activité hospitalière ?

- Plutôt libérale. Pendant longtemps j'ai hésité avec travailler à l'hôpital, car j'aime le travail en équipe et j'avais peur d'une activité libérale. Mais j'aime l'activité de médecine générale, le suivi...

- Il y avait des choses qui te déplaisaient à l'hôpital ?

- J'aime beaucoup le travail d'équipe à l'hôpital, même si cela peut-être le paradis comme l'enfer! Non, c'est surtout que j'aime prendre en charge le patient dans sa globalité, ce que l'activité à l'hôpital ne permet pas. J'aime le côté social en médecine générale, le suivi. Ce qui pourrait me plaire, c'est l'équivalent de la PASS, avec donc un suivi.

- Est-ce que le fait de vouloir travailler avec des populations précarisées aurait pu influencer ton lieu d'installation ?

- Il y a en fait tellement de choses qui ont joué ! En tout cas il est clair que je ne fuyais pas du tout ces populations-là ! Je ne voulais pas une population exclusivement bourgeoise. Mais ce n'est pas ce qui a joué le plus. Ce qui était important, c'était le lieu et la personne avec qui je m'associais, et la patientèle du cabinet. Je dois avoir environ 10% de CMU, ce n'est pas énorme.

- Tu as toujours voulu faire médecine ?

- Plus ou moins, au début je n'osais pas le dire, j'avais peur, d'être jugée peut-être, on me disait que médecine, c'est une vocation, et je ne me sentais pas prête. Alors j'ai fait mat sup', je ne voulais pas choisir. Au bout d'une semaine je savais que cela ne me plaisait pas, j'ai fini mon année, et j'ai fait médecine ensuite. Je n'étais pas du tout d'une famille de médecin, ma mère est prof et mon père ingénieur. Ma mère avait une image du médecin comme un Dieu, celui qui se donne aux autres, et à vouloir faire médecine c'était comme prétendre à devenir

une sainte! C'était peut-être pour plaire à ma mère finalement! J'ai choisi médecine aussi pour ce côté naïf, très beau je trouve, de vouloir faire le bien. J'ai toujours eu envie d'être ce bon médecin généraliste! Moi la médecine générale je la vois dans le social, j'ai l'impression que c'est aussi mon rôle. Et c'est aussi cela qui m'a orienté à la PASS.

- Rôle difficile à avoir à la PASS car limité ?

- Oui. Je savais que je pouvais moins que l'assistante sociale. Mais j'avais l'impression de pouvoir apporter de l'humanité dans son histoire, même si c'est une goutte d'eau. J'avais peur de me sentir impuissante, mais je trouvais que la structure apportait des choses, je n'étais pas frustrée. Peut-être qu'en restant longtemps je l'aurais été, de voir que certaines choses n'avancent pas. J'étais contente de découvrir cette structure, de savoir que cela existe et je trouve ça génial. On est un pays d'accueil en ce sens là.

- Et travailler avec Médecins du Monde ?

- Je ne sais pas, je n'y avais même pas pensé. Quand je suis sortie de la PASS je voulais vraiment faire des vacances, puis les choses se sont enchaînées...

- Tu as fais ta thèse à la PASS ?

- Euh... Je l'avais commencée... Sur le suivi des patients à qui l'on a diagnostiqué un VIH à la PASS. Puis j'ai eu mes enfants, et j'ai complètement changé, je l'ai fait sur les troubles mictionnels de l'enfant. Cela m'a beaucoup intéressée car la prise en charge est essentiellement basée sur l'entretien motivationnel... Donc voilà !

Entretien M 5

- Est-ce que vous vous souvenez à quel moment vous êtes passé en stage à la PASS ?

- Je devais être dans les premiers, en 2002... En deuxième semestre. Je voulais avoir une activité de médecine générale, faire des consultations, car j'en avais marre du service hospitalier, de faire des visites tous les jours...

- Vous connaissiez la population concernée ?

- Oui, on m'en avait parlé... Ce n'était pas forcément pour le côté précarité au départ, mais j'ai trouvé cela très intéressant.

- Vous y aviez été confronté auparavant, même de manière extra professionnelle ?

- Non, pas du tout. Ou de manière très anecdotique, aux urgences, où l'on ne suivait pas les gens. L'avantage c'est que là on suivait les gens, comme en médecine de ville. Et ce suivi était intéressant.

- Et cela vous a convaincu de votre orientation vers une pratique libérale ?

- Oui, c'est ce que je dis toujours à mes externes ! Cela reste mon meilleur stage, en tant qu'interne. Chez le praticien, c'était très passif, alors que là j'étais seul le matin et avec un senior l'après midi. J'étais donc en autonomie, c'était intéressant !

- C'était donc votre première activité de consultation, comment l'avez-vous vécu ?

- Très bien ! Je m'adapte en général assez facilement aux situations ! Très bon accueil par l'équipe.

- Au niveau de la relation avec les patients ?

- Bien ! Je n'ai en général pas d'a priori sur les patients et avec certains on se liait un peu quand ils revenaient, c'est là que cela devenait intéressant, comme en médecine générale. Ce n'était pas toujours évident à cause de la barrière de la langue, mais c'était une sorte de défi ! De comprendre pourquoi ils venaient, et de les orienter en fonction tant sur le plan médical que social !

- Et de travailler avec les interprètes ?

- Sur le plan médical cela ne me posait pas de problème, cela nous aidait beaucoup ! On pouvait parfois se débrouiller sans interprète, mais ensuite pour les douleurs....

- Au niveau de la relation médecin patient, pendant la consultation cela vous demandait plus de patience, ou de temps...

- Certains pouvaient parfois être très revendicatifs.. Mais surtout très enrichissant, très large en apport, tant sur le plan personnel que professionnel. Et puis avec l'équipe, les médecins étaient disponibles même si je les appelai rarement. C'était vraiment une activité de médecine générale libérale.

- Vous avez l'impression que cela a joué sur la suite de votre internat ?

- Oui ! Je n'avais aucune envie de retourner à l'hôpital !

- Vous étiez plus sensibilisé aux problématiques sociales des patients hospitalisés ?

- Oui, sauf que j'en voyais peu.. J'ai été en long séjour ensuite, parfois certaines situations précaires mais c'était différent. J'avais l'impression que l'on voulait plus les aider et que l'on créait plus de lien à la PASS, l'assistante sociale est déjà passée...

- Et quand vous dites « plus les aider » ?

- On est plus à l'écoute, à les encourager, au vu du contexte... On pouvait passer le message grâce aux interprètes, pour les soutenir, ce qui était parfois peine perdue...

- Ce n'est pas forcément évident à vivre comme situation...

- Ah non, pas évident du tout. Il faut arriver à passer au dessus sinon on y arrive pas... Le temps de consultation, après on est un peu perturbé, puis l'on passe à autre chose. Je pouvais en parler avec l'équipe.

- Et maintenant, quelle activité avez-vous ?

- Je fais de la médecine générale classique, plutôt semi rurale, avec pas mal de patient agés... Je suis installé depuis 5 ans, sur le plan social pas trop de difficultés, j'ai quelques patients CMU, environ 10% je pense.

- Après votre stage, vous souhaitiez faire des vacances à la PASS ?

- Oui, j'aurais voulu ! Puis quand j'ai été installé, j'ai vu que c'était difficile de libérer une demi journée pour aller à Nantes. A la Roche j'ai travaillé dans certains quartiers où je voyais une population précarisée.

- Et vous avez eu l'impression que votre expérience à la PASS vous a servi ensuite pour prendre en charge certains patients ?
- Non... Car ce n'est pas la même précarité, ce sont des gens qui avaient déjà la CMU, déjà pris en charge, et on se posait pas trop la question car c'était en ville, avec des consultations tout les ¼ d'heure, et les gens ne venaient pas pour ça.. Quand on est remplaçant il faut déjà plus de temps par consultation, et l'on a pas forcément le temps..
- Le fait de vouloir travailler avec des populations précarisées aurait pu influencer votre lieu d'installation ?
- Non... Car j'habitais déjà ici, et je voulais m'installer dans la région.
- Et sur vos stages suivants, cela a-t-il influencé vos choix de stage ?
- Non, je ne crois pas...
- Vous avez toujours voulu faire médecine ?
- Oui ! Dès la sixième ! Mes parents étaient agriculteurs, ils ne me voyaient pas faire ça ! Je ne voyais pas ce que je pouvais faire d'autre.
- Vous vous représentiez le médecin de quelle manière ?
- Je ne sais pas... Au départ je voulais faire de la biologie, puis c'est venu naturellement, comme ça. Sinon j'aurais fait un métier manuel !

Entretien M 6

- Alors, quand es-tu passée en stage à la PASS ?
- J'y suis restée de juin à novembre 2007, en dernier semestre.
- Tu avais déjà fait ton stage chez le praticien avant, tu étais sûre de vouloir t'orienter vers une pratique libérale ensuite ?
- Non, pas du tout ! Je n'avais pas d'idée fixe sur quelle activité par la suite, mais je savais que ce ne serait pas une activité hospitalière. Et en terme d'installation, ce n'est pas encore fixé dans ma tête. Je crois que j'avais besoin de prendre de la distance avec l'hôpital que l'on fréquente beaucoup pendant nos études ! Je n'avais pas encore exploré toute la dimension sociale, donc cela me plaisait de faire de la médecine plus orientée dans ce secteur là.
- Tu avais déjà été confrontée à ce type de population auparavant ?
- Pas du tout ! En dehors des expériences que l'on peut avoir sur le tas, notamment aux urgences, où l'on côtoie la misère sociale, où j'ai vu des roms pour la première fois, les SDF aussi... Dans les services hospitaliers cela reste des cas isolés...
- Tu es donc allée à la PASS pour travailler avec cette population ?
- Oui, car on me l'avait recommandé comme un stage très intéressant, et aussi pour l'activité de consultation...
- Tu avais déjà fait de l'humanitaire auparavant, du bénévolat ?
- Oh, de manière anecdotique, aux Restos du Cœur... Cela m'avait moyennement plu car je n'ai pas réitéré l'expérience... C'est plutôt le contact avec les autres bénévoles qui ne m'avait pas plu..
- Quel vécu gardes-tu de ton stage à la PASS ?
- Oh j'ai plein de choses à en dire... Déjà une autonomie très rapide, cela m'a vraiment plu ! J'arrivai à me projeter dans l'après, dans une activité de médecine générale, de consultation, avec le confort d'avoir des soins infirmiers directement disponibles, et des avis spécialisés à disposition.. Le travail d'équipe aussi, beaucoup de choses enrichissantes, par rapport à une activité isolée, ou quand on se retrouve devant des situations sociales compliquées sans savoir à qui se référer, par exemple quand j'étais chez le praticien. C'a été un grand choc pour moi, de travailler avec des personnes sans couverture sociale, de réaliser ce que l'on pouvait rencontrer comme obstacles aux soins, et ce pour toutes les populations.. Une prise de conscience importante, même politique. J'ai l'impression que cela m'a ouvert les yeux, d'y être confrontée.
- Cela t'a mis en difficulté dans tes prises en charges ?
- Bien sûr, au début. Mais à la fois c'était pour moi ce qui m'intéresse. C'est apporter du soin à des gens qui n'ont pas la possibilité d'y avoir accès. Ce n'est pas du tout en terme d'ego, mais plutôt de l'ordre du challenge, une espèce d'éthique qui se forge petit à petit quand on choisit de travailler avec ces populations là, puisque c'est quand même un choix de travail et de pratique qui pour moi, tout les jours est un challenge. Il y a quelque chose qui dysfonctionne au niveau de l'accès aux soins en France, et je suis fière, contente de travailler là où il y a ces carences.
- Qu'est-ce que tu as actuellement comme activité ?
- J'ai une double activité : à mi-temps chez SOS Médecins à Nantes, et à mi-temps à Paris pour MSF, dans un centre de soins et d'écoute, comme un CMP, c'est une équipe de psychologues, un médecin et un travailleur social, et on reçoit exclusivement des patients demandeurs d'asiles qui souffrent de troubles psycho-traumatiques. Je m'occupe de leur suivi somatique, et des prescriptions de psychotropes, mais aussi un soutien psychologique qui s'installe au fur et à mesure que l'on apprend à se connaître.
- Cette orientation t'es venue suite à ton stage ou c'était déjà un projet auparavant ?
- Non, je pense que c'est ce stage qui m'a donné l'impulsion de faire ce genre de choses. Ce travail c'est une aubaine... Au départ je voulais partir en mission humanitaire... Et puis je suis tombée sur cette annonce... C'est tout ce que je n'ai pas pu explorer à la PASS, les dépressions, les stress post-traumatiques, que l'on explore peu et donc pour moi c'était l'occasion de découvrir ça..
- Il y a pourtant beaucoup de patients qui présentent ce genre de troubles en consultation...

- Le souvenir que j'ai, il y avait comme un consensus concernant les migrants ayant subi des tortures : les problèmes psychologiques ne peuvent pas être résolus tant que persiste la problématique sociale.. Parfois on les adressait en psy mais c'était toujours compliqué... Et puis peut-être une appréhension de notre part, car ce n'est pas évident d'entendre certaines choses, donc parfois une défense personnelle....
- Tu as eu une formation supplémentaire ?
- Non, j'ai appris sur le tas.. Le fait de travailler avec des psychologues, de faire des débriefings réguliers, on apprend à avoir une autre approche et ne plus avoir d'appréhension vis-à-vis de ces questions de souffrance, post traumatique. On réalise que le soin est possible, même à petite échelle.
- Tu suis les gens sur quelle durée environ ?
- C'est variable, de quelques mois à un an, ou plus..
- Et au niveau des résultats de prise en charge ?
 - Le centre a ouvert il y a 2ans, et moi, en un an, j'ai vu des gens évolués de manière spectaculaire, je suis assez surprise.. Et ce même si la problématique sociale n'est pas résolue.. On leur donne des moyens de refonctionner au quotidien..
- Et tu travailles donc avec des interprètes ?
- Oui. Cette triade n'est pas toujours évidente à gérer, mais quand cela devient systématique, cela implique un changement de pratique, où l'on va faire plus attention à sa relation avec l'interprète, que le patient voit toujours les mêmes personnes. Aujourd'hui ce n'est plus un obstacle. A la PASS oui, car cela était plus ponctuel. Je n'étais pas très à l'aise sur le plan du secret médical. Il faut avoir confiance en l'interprète, et avoir une qualité d'interprétariat.
- Donc tu gardes cette activité pour le moment...
- Oui, encore 6 mois, puis je vais demander à partir en mission. Mon travail chez SOS Medecins, c'est secondaire, plus alimentaire disons. Et je ne me vois pas m'installer pour le moment, à terme oui, mais pas pour le moment.
- A la PASS, la langue, ou les représentations culturelles parfois très différentes des nôtres, cela constituait pour toi des difficultés ?
- Non, au contraire ! Je trouve cela passionnant, attirant, inconnu ! Et très intéressant. J'avais discuté avec les infirmières qui avaient fait une formation avec une ethnopsychiatre. Je continue à me former, je suis allée en consultation avec elle avec un de mes patients.
- Tu as toujours voulu faire médecine ?
- Oui, dès l'âge de 10 ans je pense...
- Tu te représentais cela comment ?
- Je n'ai pas de représentations particulières, ma mère est ingénieur en biologie marine.. Quand j'étais petite, je voyais plutôt un médecin hospitalier, en blouse blanche, avec beaucoup de savoir.
- Après le stage tu te voyais forcément travailler auprès des populations précaires ?
- Non, c'est aussi une question d'opportunités.. Je suis naturellement intéressée par un poste auprès des populations précaires, mais ne suis pas sûre d'en faire ma carrière car les postes ne sont pas très répandus.. Je trouve que le poste d'Adeline est très intéressant, d'ailleurs si un jour elle n'en veut plus ! Je trouve qu'on est dans une partie du suivi intéressante, au début, au moment de l'accroche. C'est là que l'on peut faire entendre au patient l'importance du soin pour eux, et les préparer à la réalité du cabinet en médecine générale.
- Par rapport à ton stage chez le praticien ?
- En terme de pathologies, je trouvais cela similaire, excepté le suivi de certaines hépatites... Mais sur le plan personnel et implication j'ai trouvé cela beaucoup plus excitant, plus intéressant. Du fait que pour une fois nous avions quelque chose à proposer au patient malgré les obstacles, alors qu'en médecine générale si l'on n'a pas un super réseau social, paramédical, ça devient très compliqué de mettre en place des soins.

Entretien M 7

- A quel moment êtes-vous passée ici en stage ?
- En dernier semestre, en 2002 je crois.
- Vous aviez donc déjà fait votre stage chez le praticien ?
- Oui
- Et vous vous orientiez déjà vers une activité plutôt libérale ?
- Oui !
- Vous aviez choisi la PASS pour des raisons particulières ?
- C'était mon seul stage au CHU, et le seul qui me paraissait intéressant pour ma pratique. Au départ surtout pour l'activité de consultation, et la partie sociale aussi, mais dans un deuxième temps. Et j'ai ensuite trouvé cela très intéressant !
- Et d'effectuer cette activité auprès de populations précarisées ... ?
- Cela m'a plu ! De voir des gens qui n'ont pas l'habitude de voir des médecins, relativiser un peu notre pratique en ville, le côté quand même hospitalier avec l'activité d'équipe et la possibilité de travailler avec les médecins de l'hôpital, c'était assez confortable. Le travail avec l'assistante sociale, des notions que je n'avais pas du tout auparavant ! J'ai appris plein de choses ! Ce qui m'a le plus frappé ici, c'est de voir les femmes, les hommes aussi mais surtout les femmes, qui avaient subi des violences et en parlaient avec le sourire... Je n'avais jamais travaillé auparavant avec ce genre de population mais de voir avec quel détachement ils pouvaient nous parler

des atrocités vécues... Après, on ne sait pas ce qu'ils pensaient vraiment... Je ne m'attendais pas trop à ça. Ce qui me paraissait bizarre c'était justement de ne pas ressentir cette souffrance, sûrement culturelle.

- Et comment vous vous sentiez vis-à-vis de ces récits de vie ? Vous trouviez votre place ?

- Une remise en question c'est évident, parfois mal à l'aise quand je ne savais pas quoi dire, mais j'étais à l'écoute, on leur apporte quelque chose. Je crois que c'était cela l'important, que ce genre de structure existe pour pouvoir leur offrir cette écoute.

- Certaines difficultés ressenties ?

- Pas de choses qui me reviennent comme ça... La barrière de la langue, si.. Je n'avais pas connu cela auparavant.

- Malgré la présence de l'interprète ?

- Oui, lors de certaines consultations, où je sentais qu'il ne c'était rien passé, que je n'avais pas compris... Et puis des choses un peu pénibles... Des gens qui forçaient le passage, parfois un peu agressifs.

- Avant de venir ici, vous aviez déjà travaillé avec des populations précarisées ?

- Non, jamais !

INTERRUPTION

- Vous avez toujours voulu faire médecine ?

- Au départ pour faire de la biologie, comme ma mère ! Puis j'ai mûri et me suis dit que j'aimais bien le contact... Mais j'aimerais bien, je suis en Vendée, je ne me sens pas le courage de monter une structure comme celle-ci mais s'il venait à s'en ouvrir une j'aimerais y participer.

- Quand votre stage s'est terminé vous êtes revenue faire des vacances ?

- Quelques-unes... Mais le planning était déjà bien rempli, puis prise par mes remplacements.

- Et le fait d'intervenir de manière ponctuelle ensuite ?

- Je trouvais cela toujours intéressant... Non, je n'étais pas frustrée de ne pas suivre les gens. Puisque c'est cela aussi la PASS, cela doit rester une étape transitoire... Je ne me suis jamais totalement investie, puis c'était le but, de ne pas créer de lien... On nous disait de ne pas faire toujours les vacances les mêmes jours. C'est toujours frustrant car on lance un bilan sans connaître la suite, mais c'est la règle du jeu.

- Et maintenant, vous avez quel type d'activité ?

- Je suis installée à temps partiel à la Ferrière, commune d'ortoir de la Roche/Yon, je vois surtout des jeunes, beaucoup d'enfants.

- Vous avez à prendre en charge des patients en situation de précarité ?

- Non... Je ne saurais vous dire le pourcentage de CMU mais j'en ai peu.

- De vouloir travailler avec ce type de population, cela aurait-il pu influencer votre lieu d'installation ?

- Non. Déjà je ne souhaitais pas avoir de route à faire. Puis je n'aurais pas pu travailler qu'avec ce genre de population... J'ai remplacé dans un cabinet où je voyais beaucoup de CMU, de populations étrangères, qui viennent n'importe quand ou ne parle pas la langue... Psychologiquement peut-être un peu fragile pour assumer ça... Tant au niveau du suivi que du contact, du contexte social. Un jour par semaine pourquoi pas, mais pas plus.

- Vous avez l'impression que ce stage a modifié votre façon d'exercer ?

- Je comprends un peu mieux quel peut être l'accès aux soins des gens en difficulté. Forcément. Cela marque quand même une vie professionnelle à moins d'être complètement détachée. On n'en sort pas indemne. Cela donne envie de prendre avec un peu plus de légèreté certains patients. J'ai cette chance d'être installée, de voir des gens et de pouvoir dire non. Ma vie personnelle en a peut-être été plus marquée que sur le plan professionnel.

- Travailler à la PASS impose de s'adapter en permanence à la culture des gens, leur mode de vie. Est-ce que cela vous sert aujourd'hui ?

- Et bien, je ne suis pas confrontée à des gens de culture différentes... Mais oui, j'imagine que cela m'aurait servi.

- Par rapport à votre stage chez le praticien, au niveau de la relation avec le patient ?

- J'ai l'impression que cela s'est fait naturellement. Je m'adaptais au patient en face de moi comme je le fais tous les jours en fonction de la personnalité de mes patients, je ne faisais pas de différence. Il reste un patient qui vient voir un médecin, c'était naturel. J'ai peut-être été mal comprise sans l'avoir su.

J'en garde un bon souvenir ! Même si ce n'était pas forcément évident ! Ah si, une chose que j'ai trouvée difficile, ce sont les odeurs ! Je suis très sensible et vraiment des fois c'était difficile !

Cela n'a rien à voir avec ce que je fais maintenant. C'est enrichissant c'est sûr. Un médecin que j'avais remplacé m'avait proposé de travailler dans une structure comme vacataire, mais c'était surtout des suivis de toxicomanes. C'est encore différent, puis je trouve qu'il faut être formé. Elle me disait qu'environ 50% des toxicomanes s'en sortaient, il faut accepter aussi cette difficulté là....

- Vous aviez des exemples de médecins, dans votre entourage ?

- Ma mère biologiste, mon père pas du tout. J'avais l'exemple d'un cousin installé il y a longtemps à la Roche, devenu médecin du travail, il faisait de l'alcoologie, et me parlait beaucoup de ce qu'il faisait. Mais non, personne ne faisait de l'humanitaire, d'ailleurs dans ma famille ils étaient assez effrayés quand je disais que je partais peut-être faire de l'humanitaire ! A un moment je serai bien partie puis j'ai eu ma fille. Et puis est-ce la peine de partir si loin pour faire de l'humanitaire ?

- Quand as-tu fait ton premier stage ici ?
 - En Mai 2005, je suis venue à Nantes pour terminer mon internat (raison familiale), j'avais découvert ce stage avant les choix mais n'en avais pas entendu parler auparavant.
 - Pourquoi avais-tu choisi ce stage ?
 - Déjà car c'était un stage sur Nantes, j'avais 2 enfants dont un tout petit. Aussi car c'est un service de consultation, auprès d'une population précarisée, car c'est un public qui m'a toujours beaucoup attirée.
 - Tu avais déjà travaillé avec ce type de population ?
 - Travailler en tant que médecin, non. Mais en tant que citoyenne, j'avais eu des contacts par des actions auxquelles j'ai participé, comme organiser le Noël des sans-abris quand j'étais étudiante en médecine, ou avec mes parents, le Noël était aussi autour des sans-abris.
 - Et de l'humanitaire ?
 - De l'humanitaire en France, oui ! Mais pas à l'étranger.
 - Donc c'est plus la précarité que les populations étrangères ?
 - Oui, les sans-abris, la précarité, les personnes en situation d'exclusion, sur Paris, que j'ai pu aider, avec le Secours Catholique par exemple. Avec aussi des populations étrangères mais plutôt des SDF dans la rue depuis longtemps, donc une population surtout française...
 - Et qu'est-ce qui fait que tu te sens attirée par ce type de population ?
 - Déjà, parce que je me suis toujours sentie très à l'aise, puis humainement la relation était toujours forte, je n'avais absolument pas peur.
 - Tu connaissais ce type de structure ?
 - A Paris, je n'avais pas entendu parler de la PASS. Mais si j'étais restée à Paris, un stage m'intéressait à Nanterre, un centre d'hébergement pour les sans-abris avec un poste d'interne.
 - Est-ce que tu te souviens de ton vécu du stage, en arrivant ici ?
 - J'ai eu des difficultés au départ avec la barrière de la langue, car je n'étais pas habituée. Avec les pathologies rencontrées aussi, car le CLAT n'existait pas encore... Ou des pathologies dermato fréquentes, comme la gale, que je n'avais pas l'habitude de prendre en charge. Par contre au niveau du lien avec les patients cela ne m'a pas surpris. En revanche, je n'avais pas l'habitude de travailler avec des populations étrangères. Cela n'a pas été difficile mais demande un temps d'adaptation... En 2005, on commençait à voir beaucoup de Roms, c'est une population qu'il a fallu apprendre à connaître pour pouvoir travailler avec eux, je ne l' avais pas anticipé.
 - Et de travailler avec des interprètes ... ?
 - On était tellement content d'avoir des interprètes ! La relation à 3 ne m'a pas posé de problèmes avec les interprètes professionnelles.. C'était plus compliqué sans !
 - Tu avais déjà fait un stage de consultation auparavant ?
 - Oui, mon stage chez le prat, cela m'avait beaucoup plu. Oui, la médecine générale c'est un choix et les consultations me plaisaient. Le fait de pouvoir allier mon côté social avec le côté médical me plaisait encore plus, et de pouvoir effectuer ces consultations au sein du CHU, en équipe, présentait pour moi un avantage supplémentaire par rapport à une activité libérale.
 - Et tu as donc prolongé ton stage ?
 - Oui, j'ai demandé une dérogation pour effectuer un deuxième semestre ici car cela m'avait beaucoup plu, qui a été accordée, donc j'ai fini mon internat ici. Au départ il n'y avait pas de poste de médecin temps-plein ici, cela a été un long cheminement pour ouvrir ce poste, car les Dr Barrier et Dr Agard avait dans l'idée d'ouvrir ce poste, et m'ont demandé si cela m'intéressait...
- D'avoir fait ces 2 stages, cela a confirmé que c'était l'exercice que je voulais avoir, avec cette population-là... Et c'était un ensemble : de la « vraie » médecine générale, variée tant sur le plan de la pathologie que la population, car je ne voulais pas faire du social, mais vraiment de la médecine générale ; d'autant que ce sont des gens qui souvent ont peu eu accès aux soins et présentent des pathologies parfois avancées, démarche intellectuelle intéressante pour le médecin ! Intéressant d'être au CHU, avec accès aux avis et au plateau technique ; cela impose aussi de se former et de se tenir à jour. Les conditions de travail aussi adaptées à ma vie familiale (horaires fixes, salariat) et de travailler en équipe, ou avec les assistantes sociales, les infirmières, la secrétaire, j'ai l'impression de ne faire que de la médecine et de pouvoir profiter de la relation avec le patient, sans être noyée dans la paperasse. Plus de temps qu'en médecine libérale... Le fait d'être en équipe permet de parler des situations, d'autant plus complexe ici.
- Et par rapport à la relation médecin patient que tu avais pu expérimenter chez le prat ?
 - C'est difficile car je n'ai pas d'expérience en ville, d'autant que je voyais peu de patients seule. Ce que je trouve intéressant ici c'est la variété des cultures, qui impose de s'adapter, apprendre à connaître les différents modes de fonctionnement. Les patients ont différentes expériences de la médecine en fonction de leur pays d'origine, et donc au lieu d'imposer notre médecine il faut déjà essayer de comprendre. La relation est à mon sens plus complexe qu'en ville étant donné qu'il y a chez ses patients de multiples facteurs qui entrent en jeu et font que la médecine n'est pas forcément une priorité, et que ce qu'on dit n'est pas toujours suivi, avec parfois des périodes de découragement, une envie de baisser les bras... Mais dans la relation avec ces populations marginalisées, en tout cas les patients français, car il y a plein de patients différents ici, on n'a pas la même attitude avec chacun, car leurs histoires sont tellement différentes ! Et bien avec cette population-là, je retrouve le lien que j'avais quand je faisais de l'humanitaire en France avec les associations.
 - Tu as du coup commencé à t'investir assez jeune ?

- Adolescente... J'ai toujours vu mes parents s'investir pour ces causes-là, me parler de ces gens-là, les aborder dans la rue ; ce n'est pas une population qui me faisait peur.
- Tes parents travaillent ?
- Mon père est militaire, officier de marine, et ma mère a fait plusieurs métiers dont prof et assistante sociale.
- Et ton envie de faire médecine ?
- J'ai toujours voulu faire médecine, depuis que je sais parler ! Il n'y a pas de médecin autour de moi, une tante anesthésiste mais c'est tout. Je ne sais pas pourquoi mais cela a toujours été là, ça n'a jamais changé, c'était le but principal de ma vie.
- Et toujours voulu faire de la médecine générale ?
- Au début, je voulais faire de l'humanitaire, même de la médecine militaire pour pouvoir partir. J'avais même passé le concours de la médecine navale, mais cela ne concordait pas avec la vie de famille que je voulais aussi avoir. Une phase urgence aussi...
- Tu ne te vois pas travailler en ville pour le moment ?
- Si, si je n'avais pas le choix, car c'est de la médecine générale et j'aime ce contact-là. Maintenant je préfère rester ici. Et si je devais partir je chercherais à travailler avec ces populations-là, dans les centres d'hébergement par exemple.
- Tu as l'impression d'apporter plus auprès de ces populations ?
- Non, je n'apporte pas plus. Je ne me sens pas plus « utile » ms cela correspond plus à ma vision de la médecine..
- Et si tu n'avais pas eu ce stage ?
- J'aurais fait de la médecine libérale, et me serais peut-être investie dans une association comme Médecins du Monde ou Brin de caouette. Maintenant, le fait d'y travailler, je me rends compte que je ne peux pas donner tout mon temps pour cette population, à l'extérieur je n'ai pas envie de m'y investir plus.
- Oui, parce qu'il y a quand même un côté lourd à ces prises en charge ?
- Oui... Et j'arrive à absorber et pas me laisser envahir par ce que j'entends ici mais je ne peux pas faire plus. Même dans la semaine, de prendre du temps pour faire autre chose, comme ce projet de PASS régionale des Pays de la Loire permet de souffler un peu. C'est important pour pouvoir tenir dans la durée compte tenu de tout ce qu'on entend...

Entretien M 9

- Est-ce que vous vous souvenez quand vous êtes passé en stage à la PASS ?
- En 5^{ème} semestre avant que je fasse un SASPAS, j'avais déjà fait le prat, les urgences, la psy, la gyneco.
- Qu'est ce qui vous avait orienté vers ce stage ?
- Ça me permettait de valider mon stage CHU, et c'était un stage sans visites, sans avoir à « pousser le chariot » car je déteste ça. J'ai pu faire tout mon internat sans faire de « visites ». Je trouve cela inintéressant. Et je voulais faire de la médecine générale, je faisais déjà des remplacements à l'époque, et c'est ce qui s'en rapprochait le plus.
- Vous étiez déjà sûr de votre orientation vers la médecine générale ?
- Oui. Déjà avant de commencer l'internat. J'avais envie d'avoir une activité de consultation. Puis par le bouche à oreille, par une interne que je connaissais.
- Vous aviez la volonté de travailler avec une population précarisée ?
- Non pas du tout, c'était vraiment pour faire de la consultation de médecine générale au sein du CHU sans avoir le carcan professoral. J'étais déjà passé à un exercice libéral avec beaucoup plus de liberté, je ne me voyais pas jouer l'externe. Après j'ai vraiment adoré !
- Vous aviez déjà fait du bénévolat... ?
- Non, jamais ! Je n'ai jamais fait d'humanitaire, je ne me voyais pas partir à l'étranger, je n'ai pas le caractère pour ! Je ne suis pas assez conciliant, ça m'aurait trop énervé, je n'aurais pas pu me retenir de voir des gens souffrir et des gens à côté qu'en ont rien à faire. J'ai participé au Téléthon, des choses comme ça, mais jamais auprès de populations précaires. Si vous allez voir les externes à Nantes, personne ne connaît la PASS. Moi j'étais pareil !
- Il n'y avait pas encore de médecin temps plein ?
- Non, j'étais seul le matin.
- Vous vous êtes senti à l'aise du fait d'avoir fait votre stage chez le prat ?
- Activité similaire oui, dans le sens où on est seul à gérer son temps, ses consultations, revoir les gens, faire du suivi de patients. Après, les difficultés par rapport aux langues, à la culture, à leur situation sociale... Au début c'est un peu difficile, après on apprend! J'étais relativement autonome au départ donc cela m'a aidé. Puis le fait de travailler en équipe, d'être entouré.
- Et ces difficultés mettaient un frein à la relation médecin patient ?
- Oui, évidemment, à partir du moment où rentre en ligne de compte un tiers. En anglais, quand on peut se débrouiller avec le patient, cela n'est pas un frein dans la relation. Mais avec un tiers, cela change la façon dont se passe la consultation. Je prends des internes en stage, mais ils participent à l'examen clinique, nous sommes 2 médecins. Là, il y a vraiment un tiers, et cela dépend de la qualité de l'interprétariat. Je me souviens de l'interprétariat par téléphone.. Mais c'est aussi cela qui faisait le charme !
- Est-ce que cette relation médecin patient vous satisfaisait ?

- Oui, je trouvais ça marrant ! C'était d'autant plus gratifiant que personne ne veut les soigner, quand on arrivait à faire des choses et qu'on s'en sortait pas trop mal. Après, les barrières de la langue, sociales, culturelles, c'est très enrichissant de faire un maximum de son métier, avec un minimum de moyen et de médicaments... C'est très formateur, cela apprend le système D.

- Vous avez l'impression que cela vous a servi par la suite, en SASPAS ?

- Oui... Car je me suis retrouvé auprès d'une population portugaise, très bien intégrés mais ne parlant pas le français. Je retrouvais cette même barrière de la langue. Où l'enfant qui va à l'école fait l'interprète. J'étais moins choqué de le faire. Je sais maintenant que je suis capable de mener une consultation en anglais ! Les pathologies liées aux migrants, je n'en ai pas dans ma patientèle ici. Je vois des gens du voyage... Je ne vois pas de SDF, c'est une population que l'on ne voit pas du tout en médecine générale. Ils vont à l'hôpital.

- Vous êtes installé ici depuis quand ?

- Depuis 3 ans, je suis originaire d'ici. J'ai une patientèle très variée. L'accès aux spécialistes est très limité... On apprend rapidement à faire soi-même ses prises en charge. Comme à la PASS finalement, qui en dehors du contexte reste une activité de médecine générale !

- Vous connaissiez le réseau d'aides sociales avant votre stage ?

- La prise en charge qui est faite au CHU, ce n'est pas du tout la même qu'en ville. Je n'ai aucune relation avec les assistantes sociales de secteur par exemple. Même pour des patients qui sont en CMU. J'en vois peu, peut-être trois familles. Mais les réunions que l'on fait à la PASS pour parler des patients, et bien ce n'est pas du tout naturel en ville, cela peut se faire mais c'est compliqué. On ne se connaît pas. Mais on ne voit pas ici de patient dans les situations sociales de la PASS. Je n'ai quasiment pas de populations étrangères, sauf des vacanciers !

- Le stage vous a sensibilisé à ses problématiques sociales ?

- Non, peu. Mais quand je vois comme se battent ces gens qui n'ont rien, j'ai du mal avec certains patients... Cela amène quand même à relativiser beaucoup de choses par rapport à la chance qu'on a. Sur le plan humain cela m'a apporté beaucoup.. Il n'y a pas besoin de partir loin pour faire de l'humanitaire et se rendre compte de la misère humaine ! J'ai découvert nombre de pays aussi.

- Et de travailler en équipe ?

- Ce n'est pas ce que je cherchais non plus.. C'est marrant, j'ai de très bons souvenirs, je ne suis pas sectaire, je suis installé avec 3 autres médecins... Mais donner des ordres à une infirmière qui fait les choses, cela n'est pas mon truc, c'est l'hôpital sinon.. Tout le monde était très investi, c'était agréable.

- Vous avez eu envie d'y retourner pour des vacances ?

- Oui ! Mais la distance a fait que cela devenait compliqué. J'y serais allé de temps en temps pour le plaisir de revoir les gens si j'avais vécu plus près de Nantes.

- Vous avez toujours voulu faire médecine ?

- Depuis la seconde ! Avant je voulais faire véto, je me suis dit qu'en médecine on échangeait plus ! Mon médecin généraliste est de l'autre côté du mur ! Je suis le premier de ma famille à avoir eu le bac ! Ma mère était femme au foyer, et mon père marin pêcheur, il avait une PME à St Gilles.

- Vous aviez quelle image du médecin généraliste ?

- J'ai fait cela car j'aime le contact avec les gens, je suis plus scientifique que littéraire, j'adorai la bio. J'ai décidé d'essayer médecine, je vise toujours le plus dur quitte à me rabattre sur autre chose, je voulais être cardiologue ou pédiatre, mais très rapidement je me suis rendu compte que l'hôpital n'était pas fait pour moi (lent, assommant, attendre un poste..). J'ai vraiment adoré mon stage chez le prat, je voulais être mon propre patron, que les choses avancent comme je veux. Dès la 4^{ème} année j'avais décidé de faire médecine générale..

C'a été un stage très intéressant, sur le plan humain certes, mais aussi sur le plan infectieux ! J'ai fait ma thèse là bas sur le rapport d'activité à 5 ans. Je n'avais aucun contact au CHU et cela m'a permis de faire ma thèse avec le Dr Agard. Ce stage a été une bonne surprise, j'avais peur d'aller au CHU, en fait je me suis retrouvé dans un cabinet médical ! Le rythme était assez cool, mais il faut du temps au vu des problématiques multiples. Cela m'a appris à gérer un planning. C'était un exercice de style, cela n'a pas bouleversé ma pratique médicale. Mais culturellement c'est intéressant de voir certaines réactions, si je suis plus à l'aise maintenant ! Avec certaines populations en vacances que je rencontre ici. Savoir aussi comment se placer vis-à-vis du patient. Et s'intéresser au pays d'où vient le patient, cela crée vraiment le contact. C'était très enrichissant. Parfois cela me révolte de voir comment certains patients abusent de la CMU, alors que d'autres sont des situations où il n'y a plus que la PASS pour les soigner. Moi je signale les abus aux patients ! Ceux qui restent le savent ! C'est cela qui me gêne dans la CMU, quand on voit que certains ont des enfants qui ne peuvent être soignés, ne peuvent avoir de l'orthophonie.. Cela me rend fou. Après la PASS, au niveau des demandes des patients, j'avais envie de leur dire aussi « c'est pas grave », ils ne se rendent pas compte de la chance qu'ils ont, ils sont « ayant droit » du système.

Entretien M 10

- Est-ce que vous vous souvenez à quel moment vous avez effectué votre stage ?

- Avant mon stage chez le praticien, en avant dernier semestre, en 2006.

- Pourquoi avoir choisi ce stage-là ?

- D'abord, c'était un stage à orientation médecine générale, de part l'activité de consultation, ensuite car c'est une population que l'on a pas l'habitude d'accueillir en cabinet, puis aussi par rapport aux horaires, car j'avais déjà 2 enfants. Au niveau qualité de vie c'était pas mal, car j'ai choisi mes stages en fonction de mes enfants ! Et puis des copines m'avaient dit que c'était super !

- Vous vouliez déjà vous orienter vers de la médecine générale ?
- Oui oui !
- Auparavant vous aviez déjà été sensibilisée à ce type de population ?
- Non. Et en hospitalisation... Non... L'aspect financier en service hospitalier on ne s'en occupe pas. Hormis les gens du voyage que l'on peut rencontrer à l'hôpital.. J'ai fait tout mes stages en Vendée, donc, non...
- Et là maintenant, qu'est-ce que vous reprenez de ce stage ?
- Je n'avais jamais fait de médecine générale, donc j'ai appris sur le tas! Ce n'était pas forcément évident au début, c'est plus facile d'y passer après le prat je pense. Ça apprend à prendre en compte l'environnement, l'histoire du patient, car c'est vrai qu'il y avait beaucoup de plainte fonctionnelle, et de plainte physique par rapport à ce qu'ils ont vécu, leur trajet de vie... A soigner avec le peu de traitement que nous avons à notre disposition. Savoir travailler en équipe, avec les interprètes, les assistantes sociales, ce côté multidisciplinaire était très intéressant.
- Cette façon de prendre en charge le patient vous a paru difficile ?
- Non. Après, certains témoignages étaient difficiles, ou quand les demandes d'asile étaient refusées... On n'est pas tout seul, donc on peut discuter quand certaines situations nous posent problèmes.
- Au niveau de la relation avec le patient, du lien qui pouvait s'établir ?
- Je trouvais cela bien, avec les interprètes il n'y avait pas trop de souci... Après tout dépendait de si on les revoyait ou pas, c'est plus pour le suivi... Certains disaient qu'il ne fallait pas que ce soit toujours les mêmes vacataires. Après je trouve que quand ils commencent à témoigner de leur histoire, qu'ils se sentent en confiance, c'est bien qu'ils voient toujours la même personne, pour ne pas avoir à recommencer toutes les semaines avec une personne différente. Après, les grossesses étaient peut-être un peu plus difficiles à suivre, pour leur apporter les informations. L'éducation, qui est toujours plus difficile à appréhender.
- Vous trouviez cela plus limité ?
- Non! Après, il faut faire avec le patient, ses croyances, ce qu'il pense, notamment le diabète avec les Roms, les rendez-vous qui n'étaient pas honorés, c'est comme ça, ils n'ont pas que cela à prévoir dans leur journée... Je ne trouvais pas cela compliqué !
- Et par rapport à l'activité que vous aviez chez le prat ?
- Cela n'avait rien à voir. Sauf de prendre en compte les facteurs environnementaux et financiers. En plus j'ai fait mes stages en Vendée, je voyais très peu de familles précarisées !
- Actuellement quel exercice avez-vous ?
- Je suis installée dans une commune de 2000 habitants en périphérie de La Roche /Yon assez rapidement, je n'aimais pas du tout les remplacements. Je me suis installée avec ma maître de stage! Je n'ai pas beaucoup de problèmes de précarité. Je dois avoir un faible pourcentage de CMU, j'en vois quelques-uns mais c'est tout. J'avais remplacé chez le Dr Tregouet, où il y a beaucoup de patients plus précaires. Cela m'avait plu !
- Vous auriez souhaité revenir faire des vacances à la PASS ?
- Au début oui, j'en avais parlé à Adeline. Mais sur le plan pratique cela est très peu rémunéré, et je devais faire les trajets en voiture, c'était plus du bénévolat ! Ensuite avec les enfants. Puis je me suis installée tout de suite.
- Vous avez l'impression que cela a influencé votre pratique ?
- Non... Hormis ce que je vous ai dit. C'est plus compliqué que de la médecine générale compte tenu du contexte.
- Et, le fait de se sentir parfois impuissante vous mettait en difficulté ?
- C'est toujours un peu décevant quand on n'a pas pu apporter de solutions.. Après c'est d'en discuter avec les assistantes sociales pour voir ce que l'on peut faire, et de faire au mieux, car on n'est pas magicien !
- C est un exercice qui vous a plu ?
- Oui, c'était bien, c'était enrichissant ! On travaille avec beaucoup de gens, pas forcément du milieu médical, cela ouvre énormément l'esprit ! Après quand on ne peut rien faire pour eux, que l'on est dans l'impasse, c'est un peu embêtant... Faire cela tout le temps je ne pourrais pas. Et quand on voyait les gens du voyage à 6 dans la voiture avec les enfants non attachés, ou qu'à 6 mois on leur donne du Coca, cela ne me laisse pas indifférente, c'est pas possible ! Travailler aux urgences pédiatriques c'est la même chose, après c'est la population nantaise avec cette précarité, mais ici pas du tout.
- Vous avez toujours voulu faire médecine ?
- Depuis toute petite. Je ne sais pas pourquoi, mes parents sont ouvriers, je n'ai pas de médecins dans la famille ! Après, moi ce que j'aime c'est suivre les gens, les revoir pour une pathologie donnée. A la PASS on les perdait parfois de vue, ça je n'aime pas, les consultations de manière ponctuelle. En tout cas cela reste un très bon souvenir ! Après en pathologie cela restait de la médecine générale, je m'attendais à voir plus d'infectieux peut-être... Des suivis de grossesse aussi. Mais quand on sait qu'elles vont accoucher, aller à l'hôtel, ne rien avoir pour réchauffer... Au début c'est dur... Après on sait que c'est comme ça. C'est comme quand on suit des patients toxico, ou alcooliques, même en leur apportant tout, on sait qu'on ne va pas tout changer. Quand cela fonctionne, on est supers contents, mais après on sait que c'est comme ça et puis c'est tout. Ce que je reprocherais quand même, c'est d'être un peu laissée toute seule sans supervision, surtout que je n'avais pas fait de médecine générale. Au début c'était un peu déroutant. J'aurais aimé qu'on me présente plus le service. Je me suis sentie un peu perdue ! Après en arrivant en médecine générale c'était beaucoup plus simple ! Même en médecine générale, je trouve qu'on fait peu attention à s'ils ont une mutuelle, ils n'en parlent pas.
- Et ça, vous le demandez ?
- Non, pas systématiquement. Là c'est pareil, la consultation s'oriente différemment, mais si on ne le sait pas... J'essaie de donner des échantillons sur les choses pas remboursées...

- A quel moment de votre internat avez-vous fait votre stage à la PASS ?
- En 2^{ème} semestre, j'avais avant fait un stage de pneumologie.
- Qu'est-ce qui vous avait attiré vers ce stage ?
- L'intérêt pour le dispositif, le côté précarité. J'ai fait mon externat à Paris, et en tant qu'externe, je travaillais à l'hôpital Saint Antoine, qui faisait partie des consultations pionnières, et j'avais effectué plusieurs stages en médecine interne à laquelle était rattachée la consultation, donc je baignais déjà dedans... Et j'avais fait un mémoire de santé publique en DCEM 2 qui abordait ce thème-là, et on avait rencontré à l'époque des médecins qui s'occupaient de la prise en charge de la précarité à Paris comme le Dr Maisondieu. C'est donc un sujet que je connaissais, qui m'intéressait, et j'étais intéressée d'y assister en tant qu'acteur... C'est vraiment la thématique, et le fait que cela se mettait en place, c'était novateur.
- C'était donc la première fois que vous aviez une activité de consultation ? Vous avez trouvé cela difficile ?
- Oui. Mais il y avait des médecins généralistes vacataires qui intervenaient, ce qui fait que j'étais doublée au départ... Cela ne m'a pas paru particulièrement difficile. D'autant qu'il s'agissait la plupart du temps de petites urgences que j'avais été amenée à voir aux urgences... J'étais seule le matin, et l'après midi avec le médecin généraliste. Mon stage se déroulait à cheval entre la médecine interne et la consultation...
- Vous vouliez déjà faire de la médecine générale ?
- En fait c'est un peu particulier, car j'ai choisi médecine générale mais je n'en fais pas actuellement... Je suis qualifiée en psychiatrie, j'ai changé après mon internat, parce que je me suis rendue compte que j'étais intéressée par la psy, ce que j'avais pu aborder lors de mon internat. Ici, c'est le SISMLA, c'est une structure d'accueil familial thérapeutique adulte, ce sont des familles d'accueil chez qui sont hospitalisés des patients de psy adulte. En parallèle, je vais m'installer en tant que psychiatre libéral.
- Avant le stage à la PASS, est-ce que sur le plan personnel vous aviez été au contact de populations précarisées ?
- Oui beaucoup! Sur le plan personnel, et par l'externat que j'avais fait. Je suis partie en Côte d'Ivoire pendant mon externat, en lien avec les migrants, et à l'hôpital St Antoine, de par sa localisation géographique, c'était une population très mixte.
- Qu'est-ce qui vous plaisait dans cette prise en charge-là ?
- Cela fait chez moi écho à ce qui me motive dans la médecine, à la vocation médicale, le fait de pouvoir donner ses soins à tous, principalement ça...
- Dans la relation avec le patient, cela vous semblait plus intéressant, plus valorisant ?
- Je ne sais pas quoi répondre... Enrichissant oui, comme tout travail intéressant. Valorisant non, je ne crois pas qu'il faut compter sur ce type de travail pour se sentir valorisé. De faire ce type de vacations, de faire du bénévolat, il ne faut pas faire ce type d'activité pour l'estime de soi... Ce sont des populations qui se débrouillent très bien toutes seules, qui ont leur propre réseau d'entraide, et je ne crois pas qu'il faut en attendre de la reconnaissance.. Je ne crois pas attendre ça, je ne suis pas là-dedans. J'étais vraiment dans la mise en conformité de ce que je me représente être le travail de médecin, aussi donner son soin à l'indigent, cela correspond plus à ces valeurs-là qu'à une valorisation.
- Sur le plan de la pathologie ?
- Le plus souvent, c'était de la MG, avec quelques particularités... Notamment des problèmes de plaies, où je ne savais pas quoi faire... Ou de quelques urgences vitales à gérer, et je me souviens d'un lien difficile avec les urgences...
- Et par rapport à l'origine de la patientèle, à l'époque où tu y étais ?
- La population était en majorité étrangère, beaucoup de migrants... Quelques SDF, mais à l'époque la consultation de Médecins du Monde existait encore. Quelques familles en situation de surendettement.
- Le travail avec ces populations étrangères, par rapport au lien qui s'établissait avec le patient ?
- Cela dépendait des populations. Avec la population maghrébine par exemple, on pouvait communiquer en français... Avec les gens de l'est, là par contre cela rendait les choses très compliquées, car de passer par l'interprète, attendre sa réaction, là cela rendait le contact difficile pour moi, et dans le souci d'expliquer son geste, de pouvoir examiner les gens... Mais c'est aussi cela qui fait la richesse de cette consultation...
- Vous avez par la suite été amenée à travailler avec cette population-là ?
- Etrangère non, précarisée oui. J'ai poursuivi un peu mon idée car j'ai travaillé 4 ans en Psy 4, à laquelle est rattachée l'ELPP. Au centre médico-psychologique (CMP), j'ai eu plusieurs demandes de consultations pour des populations migrantes, mais quelques-unes...
- Au niveau de la PEC du patient, vous utilisiez la façon que vous aviez pu apprendre à la PASS ?
- Quand ils arrivaient au CMP, la plupart des problèmes sociaux étaient réglés... Et c'est que certains problèmes en amont ont été réglés, un lien de confiance qui s'est établi pour que le médecin puisse nous l'adresser... Donc non, je n'ai pas l'impression d'avoir eu besoin de cela ensuite..
- Vous avez l'impression que ce stage a pu modifier la suite de votre internat ?
- Non, je ne crois pas...
- Votre stage en libéral, cela vous avait plus ?
- Moyennement... Le côté libéral m'avait pas mal effrayé, et puis j'ai fait mon stage à Nantes, et je trouvais qu'il y avait un côté très répétitif, et que c'était difficile en tant que stagiaire de trouver sa place. Bon, après j'ai fait quelques remplacements.
- Vous aviez envie après le stage de revenir faire des vacations ?

- Oui, je les avais même sollicité mais toutes les vacances étaient prises... Du coup je me suis orientée vers la PMI (protection maternelle et infantile), et j'ai fait des vacances au planning familial. Je me suis orientée 2 ans plus tard vers un cursus d'études théoriques et pratiques vers la psy...
- Vous avez toujours voulu faire médecine ?
- Oui! Je n'avais pas de médecins dans ma famille. Mes parents avaient une entreprise.
- Ce stage a répondu à vos attentes ?
- Sur le fond oui, en terme de contact, de pathologies, de population. Mais pas sur la forme, car il fallait intervenir en médecine interne aussi et cela ne me plaisait pas du tout.
- Vous n'avez donc pas eu de contact avec la précarité par la suite ?
- Si, mais une autre forme de précarité, en psychiatrie. Mais à titre personnel je continue de donner de mon temps tant que possible à ce type de population... Là, j'ai des enfants en bas age, mais j'envisage tout à fait de repartir à l'étranger, pourquoi pas avec eux... Ou de consacrer une partie de mon revenu à ne pas en percevoir, à travers ce type d'activité là.
- Vous avez quel type d'activité ?
- Oh sur le plan personnel, à titre associatif. Oui, c'est quelque chose que je n'ai pas envie de lâcher. Mais les populations en psy sont en grande précarité. Ce n'est pas visible mais ce sont des gens en isolement social majeur, avec des revenus insuffisants. Cela est important pour moi, c'est une activité que je ne vais pas lâcher si je m'installe en libéral pour faire de la psychothérapie, car je trouve cela équilibrant d'avoir un pied dans chaque activité.

Entretien M 12

- Tu te souviens en quel semestre tu es passée en stage à la PASS ?
- Oui, en cinquième semestre, j'avais fait mon prat en troisième semestre.
- Cela t'avais plu ?
- Oui !
- Tu souhaitais déjà t'orienter vers une activité libérale ?
- Oui, c'était déjà déterminé !
- Car tu n'aimais pas l'activité hospitalière ?
- Non, par intérêt, c'est ce qui me plaisait le plus !
- Et pourquoi avais tu choisie la PASS ?
- Car je devais valider mon CHU, et mon stage MAP. J'en avais discuté avec une interne, Laurie, et c'est quelque chose qui pouvait me servir ensuite, qui se rapprochait le plus de la médecine générale. Et la PASS correspondait à tout les critères.
- Auparavant tu avais déjà travaillé avec des populations précarisées ?
- Non, pas du tout, à l'hôpital dans les services, comme tout le monde, mais c'est tout. Mais pas d'activités spécifiques dédiées à ces populations là.
- Et chez tes prat ?
- Non, pas trop...
- Et en arrivant là bas, est ce que cela correspondait à ce que tu en attendais ?
- J'ai trouvé cela très, très intéressant ! Cela se rapprochait beaucoup de la médecine générale classique, à part la langue effectivement.. On avait plus de temps, cela était très agréable, car il n'y a pas la même notion d'urgence que sur un planning serré en libéral! On a des moyens que l'on a pas en libéral, de pouvoir avoir un bilan, un avis spécialisé ou de faire hospitaliser quelqu'un, c'est quand même des recours que l'on a pas en ville, pour de la pathologie de ville dans la plupart des cas. Et beaucoup plus gratifiant, tu as le sentiment d'être beaucoup plus utile, car tu viens au contact d'une population qui n'a pas du tout, ou du moins pas de la même façon, accès au soins, et c'est tout de suite beaucoup plus valorisant.
- Au niveau du lien que tu pouvais établir avec le patient, avec le recul, tu trouvais cela plus difficile ?
- Non, pas plus difficile mais plus valorisant. Au sens où tu pars de rien donc tu fais forcément mieux, et que même faire très peu c'est toujours un petit peu, et ça c'est toujours plus intéressant qu'un rhume en ville. Après, je pense que c'est le piège pour tout le monde, c'est de ne pas trop s'investir affectivement, car ce sont des gens très démunis, moi cela me touchait beaucoup et il m'était difficile de ne pas trop m'impliquer sur le plan personnel. Mais je trouvais cela passionnant et très enrichissant. Et épanouissant. Je n'ai pas eu de difficultés dans le contact. Il y a toujours le problème de la langue, mais tu développes d'autres moyens de communiquer. Je mimais beaucoup, je dessinais, cela les faisait rire. Et il y avait les interprètes quand on avait besoin. Plus compliqué dans la logistique mais pas difficile. Après dans les rapports il y avait des émotions plus violentes car ils avaient vécu des choses difficiles, beaucoup de colère, de choses qu'ils n'avaient pu exprimer avant et tout sortait là, dans le cabinet. Mais tu fais face à la colère tout les jours au cabinet, c'est différent mais compréhensible...
- Et sur le plan social, tu as pu en discuter, c'est quelque chose qui t'intéressait ?
- Oui, surtout qu'avant ça je ne connaissais pas grand-chose! Je n'avais jamais eu de cours. J'ai fait mon externat à Limoges. J'avais commencé à bosser en dehors de la PASS sur la communication, comment décoder les attitudes, les schémas, et cela m'a beaucoup aidé pour définir la réelle demande de ses patients et définir leurs besoins. Cela m'a beaucoup servi.
- Et actuellement cela te sert ?

- Oui, tout les jours! Je m'y intéressais déjà avant, chez le prat, et après j'ai continué, à la PASS cela m'était d'autant plus utile !
- Et sur le plan médical ?
- C'était de la médecine générale... Avec des choses un peu violentes, auxquelles je m'attendais : les certificats après tortures, cela m'était difficile. Après quand on rentre chez soi le soir.. Sinon non... Et quand on ne sait pas on demande un avis. Moi je tombais pendant le congé maternité d'Adeline.. Heureusement que les vacataires étaient là !
- Cette autonomie te plaisait ?
- Au début cela m'a fait peur, car j'estimais qu'ils avaient droit à ce qu'il y avait de mieux et que je ne me sentais pas compétente pour faire face... Après je me suis rendue compte qu'il y avait beaucoup de choses que je savais gérer... Et je n'avais pas le choix! Car quand il n'y avait pas de vacataires j'étais seule, et Christian était rarement joignable !
- Et avec l'équipe ?
- Cela s'est très bien passé! Je m'entendais très bien avec Maryse, qui m'a appris beaucoup de chose! Elle m'a prêté des livres, fait part de son expérience...C'était important d'avoir ce soutien lors des moments un peu difficiles.. J'ai eu quelques cas difficiles dont je me souviens bien... Je ne dormais pas toujours très bien! Tu te sens très impuissant, sur le plan politique notamment...
- Tu arrivais à prendre plus de distance au fur et à mesure du stage ?
- Non.. Et en même temps cela me rassure... Cela me permet aujourd'hui de creuser plus... J'ai compris que les gens qui étaient agressifs, dans la revendication, c'est qu'il y a quelque chose à la base.. Et maintenant je vais chercher ce qui a pu déclencher ça. Ce que je ne faisais pas du tout avant la PASS.
- A la fin de ton stage tu voulais y faire des vacances ?
- Oui, et je ne l'ai pas fait ! Je n'étais pas thésée, je travaillai en Vendée. Mais je pense toujours y retourner! Pour le rapport privilégié que tu as avec des gens, à un moment critique de leur vie... Car quand tu fais médecine, c'est pour aider les gens. Autant un chirurgien a le résultat tout de suite sous les yeux, autant en médecine générale tu fais beaucoup de prévention, d'information, et par moment tu peux avoir ce découragement de te dire que tout cela ne sert pas à grand-chose... Alors que là les gens sont démunis, ils ont besoin de cet accès au soins, et que t'es utile tout de suite. Lorsqu'ils sortent cela va tout de même mieux, même si ce n'est pas grand-chose cela a un impact immédiat. Cela est très agréable, ce sentiment d'utilité. Car cette utilité est réelle je pense. D'avoir un endroit où parler, de gens qui s'occupent d'eux..
- De vouloir travailler avec ces populations là, cela a joué sur le choix de tes remplacements ?
- C'est pas les même populations.. En Vendée il n'y a pas de Roms... Mais il y a une grande population de CMU. La précarité n'est pas la même, ils parlent la langue, mais ce sont des gens fragilisés, qui ont besoin d'attention, donc oui on retrouve un peu cela quand même.. Mais j'avais aussi plus de CMU que les quatre membres du cabinet. Je trouvais cela agréable, ne me pose pas de problème, ça change !
- Tu as l'impression que ce stage a changé des choses dans ta pratique ?
- Oui... Même si les Roms tu n'en vois jamais au cabinet, les gens de la rue, très peu, les gens qui se prostituent, pareil, et les migrants qui ne parlent pas français.. Non, pas du tout... Mais des gens qui ont eu un gros traumatisme, été déracinés, qui fonctionnent sur le même schéma... Oui. Et là je vais me sentir plus à l'aise, creuser, cela m'intéresse. Je vais penser à certaines choses auxquelles je n'aurais pas pensé auparavant... De comprendre que d'être déraciné peut induire certaines pathologies, certaines angoisses. Que certaines pathologies n'ont pas la même signification en fonction de l'origine du patient... C'est une démarche pour soigner les gens que j'ai prise à la PASS, de prendre en compte le contexte du patient. Tu l'apprends de toute façon en médecine générale, mais là plus vite !
- Tu as toujours voulu faire médecine ?
- Oui. Depuis toujours... Je ne supporte pas de voir les gens souffrir. Si je n'avais pas fait médecine j'aurais été infirmière.
- Tu as des médecins autour de toi ?
- Dans ma famille non, ma mère est agent immobilière, et mon père inspecteur dans une compagnie d'assurance.

Entretien M 13

- Tu te souviens quand tu es passée en stage à la PASS ?.
- J'ai fait un surnombre en mai pendant 2 mois puis de novembre à mai 2008. J'avais déjà fait mon prat, j'ai demandé une dérogation pour pouvoir retourner au CHU.
- Qu'est-ce qui t'avait donné envie de faire ce stage ?
- Je voulais y aller depuis le début. Je voulais faire ce genre de stage pendant mon internat. Je connais Gulseren qui est interprète à la PASS et m'en avait parlé. J'en avais aussi entendu parler par des amis qui travaillent dans des associations ; c'est elle qui m'a dit qu'il y avait des internes là-bas. Et quand j'ai fait médecine, c'était vraiment le côté humanitaire qui me plaisait, le côté précarité aussi, je voulais si possible essayer de travailler à l'étranger. De savoir que ce stage existait à Nantes, je me suis dit que c'était un bon moyen de lier tout ça. En dernier semestre cela tombait bien, en demandant une dérogation. Car si c'est un stage qui n'est pas très demandé, il part vite car c'est « pratique ». Beaucoup ne connaissent même pas.
- Tu avais déjà fait de l'humanitaire avant ?

- J'avais dit que j'utiliserais mes études de médecine pour voyager, et donc pourquoi pas faire de l'humanitaire. J'ai fait un stage de 3^{ème} année en Italie (ERASMUS) et mon dernier stage d'externat je l'ai fait au Bangladesh avec l'association Terre des Hommes (ONG suisse), pendant 2 mois.

- Cela t'avait plu ?

- Oui beaucoup ! J'ai fait de la pédiatrie. J'ai toujours aimé partir à l'étranger, ça ne me fait pas peur du tout. En faisant de bons projets on peut se déplacer comme on veut même en faisant médecine. Et appréhender une autre médecine, en dehors du fait que ce sont d'autres gens, cela dépend d'où tu vas, dans quel contexte, de comment tu es perçu ; être avec une ONG c'est assez protégé, tu as des moyens. Cela n'a rien à voir avec la médecine de brousse. C'était très intéressant : de voir de quoi les gens ont besoin, de toi ce que tu peux leur apporter. La réflexion que je m'étais faite, c'est qu'au Bangladesh il n'y avait pas vraiment besoin de médecins, mais plutôt d'organisation et de programme de santé publique. Avec l'idéal que tu as quand tu es jeune, tu veux aller aider! Au Bangladesh, ils ont de très bons médecins, qui sont bien formés, mais qui sont payés une misère et font des petits boulot en plus... Ils manquent de moyens financiers, de missions de santé publique. J'ai trouvé cela intéressant pour ce que ça m'apportait mais que ce n'était pas mon rôle sauf si je faisais de la santé publique. C'est peut être ça qui m'a amené à me demander si en France on peut œuvrer plus pour les gens plus nécessiteux ; car il y a je pense un vrai besoin de médecins, car on a une bonne organisation de soins. On manque de mains, cela n'attire pas les médecins. Je pense que c'est méconnu, il n'y a pas de PASS dans toutes les fac. Quand tu vois qu'à Nantes une majorité ne sait même pas en quoi consiste la PASS. Et dans nos études médicales on ne nous l'apprend pas du tout. Et ce n'est pas mis en valeur autant que d'autres services. Alors qu'à Nantes il y a en plus des moyens, du monde, des locaux.

- Il n'y pas de formations non plus... Tu t'es sentie à l'aise au début ?

- Oui ! D'autant que j'étais en doublure car nous étions 2 internes, on voit vraiment le besoin des gens. Après, on apprend vite la règle de ce qu'on peut faire ou pas, et quels sont les objectifs de la PASS : que ce sont des soins de premiers recours, et qu'il faut réorienter les gens. Une fois qu'on connaît les règles et qu'on peut les expliquer aux gens cela se passait bien.

- Le contact avec les patients te semblait facile, tu arrivais à établir un lien ?

- Oui, oui. Après il y a 3 catégories de patients à la PASS : les SDF, les Roms et les immigrés... Les SDF c'est particulier, quand ils viennent c'est bien de les voir tout de suite! Les immigrés, c'est parfois très dur, plusieurs nuits un peu difficiles au début quand on ne sait pas quoi faire de l'histoire des gens.. Ils comprennent en général assez bien ce qu'on peut faire pour eux. Et les Roms, cela dépend des jours.. Des jours on est content de ce qu'on arrive à faire... C'est parfois démoralisant, quand on les voit pour la cinquième fois pour un diabète toujours déséquilibré... Au début c'est enrichissant, ils sont demandeurs, on arrive à mettre des choses en place. Et puis avec l'aide de l'équipe...

- Cela correspondait à ce que tu en attendais ?

- Je ne sais plus si c'est exactement ce que j'en attendais... Je m'attendais à voir plus d'immigrés. Mais ce n'est pas grave du tout. De découvrir la pathologie des SDF, je ne m'y attendais pas du tout, je n'avais jamais travaillé à leur contact auparavant. De créer cette accroche, d'avoir l'impression de pouvoir faire quelque chose avec eux, d'avoir le cadre porteur pour ça. Avec tous d'ailleurs. C'est chouette de se dire qu'on peut leur délivrer des soins, des médicaments, de les rassurer. Après c'est intéressant d'avoir vu autant de pathologies infectieuses (gale, dermato, hépatite virale) que je n'aurais pas vu sinon (ou beaucoup moins).

- Et de travailler avec des interprètes ?

- C'était très intéressant, cela simplifie les choses, mais après cela dépend des interprètes. Cela peut perturber la consultation quand elles ont du mal à prendre du recul par rapport à ce qui se dit... Sinon tout s'éclaire ! Elles étaient toutes assez professionnelles, à nous aider à prendre du recul ; il faut toujours relativiser aussi. Mais je préférais une interprète qu'une tierce personne. Comme ces nigériennes qui viennent accompagnées d'une dame dont on ne sait pas qui elle est, et qu'on a du mal à croire ce qui est dit, là je me sentais mal à l'aise...

- Après la PASS tu es revenue faire des vacances tout de suite ?

- Je n'avais pas encore ma thèse. J'ai passé ma thèse l'année suivante (à la PASS) et suis donc revenue ensuite. C'est un exercice qui me convient très bien, déjà l'équipe ! J'avais pris beaucoup de plaisir à travailler avec cette équipe et j'étais contente de les revoir. Car ce n'est pas financier, c'est un gros manque à gagner ! D'un point de vue médical cela correspond à ce que j'aime faire... De là à ne faire que ça tous les jours je ne sais pas. De cette manière-là je trouve cela très intéressant. On a l'impression d'apporter quelque chose d'efficace à des gens qui en ont besoin. Et ils ne croulent pas sous les vacataires. Les gens continuent de venir consulter, donc c'est qu'il y a besoin de médecins !

- Et le fait d'intervenir de manière ponctuelle, de ne pas avoir de suivi ?

- C'est difficile à la PASS d'avoir un suivi, sauf quand tu es interne... Mais ce n'est pas très longtemps.

- Donc ce n'est pas ça qui t'attirait à la PASS ?

- Le suivi, ce n'est pas le but de la PASS. L'après-midi, c'est beaucoup d'aigu, de nouveaux. Le matin c'est différent, j'aimais ce côté où l'on peut prendre son temps, voir des bilans, essayer d'apporter des solutions, on n'est pas que dans l'exploration... Ce qui peut-être assez frustrant l'après-midi, mais cela dépend des jours! Par exemple la dernière fois je n'ai vu que des petits de moins de 2 mois, c'était du dépistage chez l'enfant, c'était très intéressant !

- Pour toi cela correspond à une activité de médecine générale?

- Oui, tout à fait. Surtout qu'en ce moment je n'en fais plus... Au début, c'était vraiment pour continuer, et déontologiquement parlant je trouvais cela bien de le faire. Il me paraît important que des médecins le fassent, cela me plaît et tant pis si c'est mal payé ! J'ai un métier qui me permet de le faire, je travaille à mi-temps. J'ai libéré du temps pour moi, pour gérer le quotidien, mais aussi pour avoir une activité professionnelle qui me plaît ;

c'est comme une formation, quelque chose que je m'offre pour continuer à me former. Initialement, j'avais un poste à St-Jacques pour 6 mois, là cela fait un an et demi. Du coup maintenant j'y vais plus pour garder une activité de médecine générale, de voir de la gynéco, de la pédiatrie. Je suis en Soins de Suite Gériatriques. A la fin de mon internat, j'ai remplacé à la campagne à mi-temps pendant 6 mois pour finir ma thèse. Puis le médecin que je remplaçais voulait me laisser la suite, mais c'était loin de Nantes, j'en avais marre de faire la route. Puis je voulais aussi retrouver une activité en équipe. Et là ils m'ont appelé à St Jacques pour un remplacement, dans un service que je connaissais déjà, avec deux autres médecins que je connaissais. Et cela s'est renouvelé... Je voulais garder ce mi-temps pour faire des remplacements en plus. Puis beaucoup de choses se sont enchaînées. Mais là je vais voir à partir de janvier pour remplacer, tout en gardant la possibilité d'aller à la PASS. Ce n'est pas très intéressant pour toi de m'interroger en ce moment car c'est une période où je ne sais pas trop ! L'activité hospitalière ne me suffit plus mais je ne veux pas être exclusive. Cela m'a beaucoup apporté, travailler en équipe, gérer une équipe, prendre de l'assurance vis-à-vis de la pathologie, des patients... Ils me proposent de continuer en attendant une transformation du service..

- Tu voudrais une activité plutôt en ville ?

- Plutôt en ville, savoir comment c'est, mais je ne sais pas si cumuler les 2 activités est faisable, sur le plan organisationnel et financier..

- Le fait de vouloir travailler auprès de populations précarisées pourrait influencer ton choix de remplacement ?

- Oui. Je suis toujours dans l'optique de vouloir travailler à l'étranger, mais cela ne dépend pas que de moi. Mais pas d'avoir cette pratique en ville, je pense qu'en cabinet cela doit être terrible, car les gens ne parlent pas français, on n'a pas les informations. Et en ville, on est souvent pris par le temps. A la PASS on fait du bon boulot, on a le temps, on peut prolonger une consultation si besoin, on ne met pas toute sa consultation en l'air. Et si un ne vient pas et qu'un autre vient à sa place, c'est prévu. J'aurais peur de me dire que je vais travailler avec cette population et de me dire que je ne vais pas faire du bon boulot, car je n'aurais pas le temps, que je serais énervée s'ils arrivent tous en retard, de ne pas être disponible. On a l'impression de faire du bon travail, c'est des gens qui ne doivent pas être vus à la chaîne. Peut-être les voir moins souvent mais mieux ; c'est des gens qui n'ont pas la notion d'horaires à respecter, de planning, et c'est le principe de la PASS, on essaie toujours qu'ils soient vus. Une anecdote qui m'avait frappé : en ville, on hiérarchise les plaintes, on les voit si besoin, et les gens viennent. A la PASS, il est là, je ne le lâche pas et j'en fais un maximum ! Car je ne sais pas quand il pourra revenir! Et cela m'avait frappé !

- C'est une activité qui te demande plus d'énergie ?

- C'est différent ! En médecine générale, on voit plus sur le long terme, sur de la prévention, sur la prise en charge des pathologies. Ici, on investit plus la consultation car il faut anticiper à leur place.

- Cela a changé ta façon d'exercer, ou de voir la médecine générale ?

- Oui quand même. Cela a changé dans mon mode d'exercice. On cherche plus à voir son environnement social. Cela influence forcément mais je ne peux pas te dire concrètement car je n'ai pas exercé ensuite...

Entretien M 14

- Tu as commencé ta thèse ?

- Oui ! Je la fais sur les causes de réhospitalisation de patients en HAD. Ce qui est significatif, c'est que c'est la volonté du patient qui détermine s'il peut rester à la maison ou pas.

- Qu'est ce que tu fais maintenant ?

- Je remplace entre Savenay et Pontchâteau, c'est rural, mais beaucoup de jeunes, bien suivis. Où l'on me propose une collaboration par la suite.

- Pourquoi tu as choisi ce stage ?

- Je sortais de chez le praticien et j'avais envie d'avoir un stage de consultation et non d'hospitalisation traditionnel, ce qui me permettait de valider mon CHU. Et d'avoir l'aspect complexe, multidisciplinaire, pour m'aguerrir un peu, d'apprendre à hiérarchiser. Et le côté humanitaire aussi, en me disant que de cette manière je pouvais aider un peu... Et après j'ai fait un SASPAS.

- Tu voulais déjà faire de la médecine libérale ?

- Oui... Pour le moment en tout cas !

- Auparavant tu avais déjà été auprès de ce type de population ?

- Non... J'avais fait l'option médecine humanitaire pendant l'internat (à Brest).. Par curiosité et pour me renseigner... J'avais eu l'occasion de partir au Mali en DCEM 1 mais cela m'avait fait peur... Je m'en voulais de ne pas l'avoir fait en voyant les gens revenir..

- Tu as toujours voulu faire médecine ?

- Oui, depuis la 6^{ème} ! Au départ pour l'aspect scientifique, biologie plutôt... Puis je me suis intéressé au côté humain..

- Tu as des médecins autour de toi ?

- Non. Mon père était directeur d'école et instit, ma mère éduc spé.

- Quand tu es arrivé à la PASS, comment se sont passés tes débuts ?

- On avait eu un briefing pour voir comment cela s'organise, au niveau de l'équipe cela s'est bien passé. C'est quand je me suis retrouvé devant des gens dans des situations sociales impossibles, ou ne parlant pas la langue, je me suis senti parfois seul, ou très démuné. Du fait d'avoir fait mon prat avant, je connaissais l'activité de consultation, le facteur temps à prendre en compte. C'était beaucoup plus compliqué de hiérarchiser pendant la consultation. C'était parfois difficile de les amener à prendre conscience de ce qui nous paraît grave à nous, mais

pas pour eux ! J'ai l'impression d'avoir appris à entendre ce que le patient croit, comprend de sa maladie, et c'est de s'adapter qui me permet de faire passer le message. Les interprètes nous aidaient pour ça, nous aiguillait.

- Tu as trouvé que ce lien était intéressant ?

- Oui ! Mais je crois que j'ai fini ce stage déprimé ! On se rendait compte qu'on pouvait les aider un peu, mais qu'on était obligé de les renvoyer à la rue... On se sent impuissant, en échec, c'est casse-pieds ! Sur le plan médical on arrivait à peu près à gérer les choses, c'était de la médecine générale avec des aspects plus infectieux, de dépistage... Mais sur le plan social... Je savais que cela existait, mais là d'y être confronté vraiment, cela élargi l'esprit, on relativise... Par rapport à la population en ville, ce sont des gens beaucoup moins suivis, avec plus de complications.

- Tu réussissais à établir un lien avec le patient, comme chez le praticien ?

- C'est difficile à dire... Certains venaient en voulant une carte de séjour... D'autres ne savaient pas pourquoi ils venaient là... Et puis ceux qui venaient parce que bébé toussait...

- Tu as eu envie de revenir faire des vacances ?

- J'y ai pensé, je le garde en tête. C'est un exercice différent de la médecine générale classique, qui me permet de faire un petit peu d'humanitaire, car si chacun fait un peu... Puis sur le plan politique, je crois que c'est important... A l'époque ils voulaient fermer les camps de Roms à Nantes.

- Le travail en équipe te plaisait ?

- Oui, surtout d'avoir un travail en équipe, mais en consultation... Je ne l'ai pas vu ailleurs, peut être va-t-on le développer à l'avenir. Cela change des rapports avec les équipes en hospitalier. On fait des tâches différentes ensemble, comme l'éducation... Cela permet de se faire une idée de comment vouloir travailler plus tard.

- Tu as l'impression que cela a joué sur ta façon d'exercer ?

- Oui, cela sensibilise à la prévention... Pendant les consultations pour les certifs de sport par exemple ! Pour les consultations plus classiques, cela m'a aidé à plus hiérarchiser, à bien bâtir la consultation. J'ai appris à mieux parler aux patients, je parle avec les mains maintenant !

- Par la suite tu as travaillé avec des populations précarisées ?

- J'ai eu quelques sans-papiers à Saint-Nazaire, cela me rappelait la PASS. Je me suis demandé s'il fallait que je l'adresse à la PASS locale, mais il avait l'air de bien se débrouiller... Des gens du voyage aussi, dans des états de santé pas terribles... Je me sentais peut-être plus à l'aise..

- Ce stage correspondait à ce que tu en attendais ?

- Oui je crois ! On ne verra jamais tout, mais c'était bien complet, avec même un peu de médecine interne parfois ! J'étais fatigué, mais content à la fin du stage !

Résumé

La Consultation Jean Guillon est le pivot central du dispositif PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé) du CHU de Nantes. Elle assure la prise en charge médico-sociale de patients en situation de précarité ne pouvant avoir accès à la médecine de ville (3055 consultations médicales pour l'année 2009).

Une étude qualitative rétrospective a été menée auprès de 14 médecins généralistes ayant effectué un stage au sein de cette structure au cours de leur internat, par le biais d'entretiens individuels semi-directifs. L'objectif étant de définir en quoi cette expérience a pu avoir une influence sur leur exercice professionnel actuel.

La quasi-totalité des médecins interrogés a choisi ce stage pour son activité de consultation. Seuls ceux ayant effectué ce stage après une sensibilisation préalable et manifesté la volonté d'exercer auprès de populations précarisées ont par la suite orienté leur activité vers la prise en charge de ce type de patientèle.

Ce stage apparaît comme un cadre d'apprentissage favorisant la professionnalisation de l'étudiant par l'acquisition de compétences biomédicales, éthiques et relationnelles. Les difficultés inhérentes à ces consultations, de par la barrière de la langue ou les différences socio-culturelles, vont imposer à l'interne de s'adapter à chaque situation, afin de définir, selon le patient et son environnement, des objectifs thérapeutiques adéquats.

Les médecins interrogés ont évoqué la problématique du suivi de ces patients par la médecine de ville ; développer le lien ville-hôpital et la mise en place d'une structure de coordination semble être une priorité afin de pallier l'isolement du médecin généraliste face à la prise en charge de ces situations souvent complexes.

Mots clés : médecine générale, PASS, formation, précarité, professionnalisme

Summary

“Personal experience and vocational impact their tenure at the Jean Guillon Consultation (PASS organisation of Nantes University Hospital) had on general medicine interns”

Retrospective qualitative survey carried out with input from 14 general practitioner (GP) having worked as interns within that structure.

The Jean Guillon Consultation is the cornerstone of the PASS structure (Permanent Access to Health Care) of Nantes University Hospital. It offers health care and social services to disadvantaged patients who do not have access to mainstream medical services (3,055 medical consultations for the year 2009)

This retrospective qualitative study was carried out through semi-directed face-to-face interviews, using information provided by 14 GP having worked within that structure during their internship. The object of this initiative was to determine in which ways that experience impacted their current professional life.

Nearly every doctor interviewed chose this internship because they were interested in the consultation activity. Only those who had been provided with relevant information prior to their internship and wanted to work with disadvantaged populations went on to work with that category of patients.

Internships at the Jean Guillon Consultation appear to offer a training framework that enables the professional behaviour of students by allowing them to acquire biomedical, ethical and human relations skills. The difficulties that characterize those consultations, arising from language-related obstacles and social and cultural differences, will force interns to adapt to each situation in order to be able to set realistic medical goals that fit patients and their living conditions at the same time.

The doctors interviewed emphasized that it was problematic for mainstream medical services to keep track of those patients. Therefore, it appears necessary to develop the mainstream-hospital relationship and set up coordinating structures in order to address the isolation of GP faced with those often complex situations.

Key-words: PASS, GP, medical education, professionalism, precariousness