



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Approche de l'accès aux soins
des bénéficiaires des « Restos du Coeur » :
étude qualitative menée dans quatre centres de la métropole lilloise**

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2014 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Thibault PUSZKAREK

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Remerciements

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Professeur des universités, praticien hospitalier - Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement - Chef de service à l'hôpital gériatrique Les Bateliers

*C'est un honneur que vous me faites en présidant ce jury de thèse
Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt
que vous avez porté à mon sujet de recherche*

A mon juge et Maître,

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Professeur des universités en médecine générale - Directeur du département de médecine générale de la faculté de médecine - Coordinateur adjoint du résidanat à la faculté de médecine - Coordinateur régional du DES de médecine générale

*Votre présence au sein de ce jury m'est précieuse
Soyez assuré de mon profond respect pour votre investissement
au sein du département de médecine générale*

A mon juge et Maître,

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Maître de conférence associé en médecine générale

*Je suis fier de te compter parmi les membres de ce jury
Merci pour ta simplicité, ton dévouement pour la médecine générale
et pour toutes les connaissances humaines et médicales que j'ai apprises à tes côtés*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Professeur associé des universités en médecine générale

*Je te remercie sincèrement de l'aide que tu m'as apportée
Ton expérience, ta réactivité, ta patience et ta sympathie
ont permis à ce travail d'aboutir*

Aux « Restos du Coeur »,

Monsieur Jean-Marc ALSBERGHE

pour avoir m'avoir autorisé à mener cette étude

Messieurs Francis MARTINET et Bernard WINDELS

pour votre accompagnement, votre bienveillance et votre disponibilité

Aux référents prévention-santé

pour votre accueil chaleureux dans les centres de distribution alimentaire

Aux bénéficiaires des « Restos du Coeur »

pour avoir accepté de partager votre quotidien

Au Docteur Michel CUNIN

pour ton dynamisme et ta pédagogie dont j'ai eu la chance de pouvoir profiter

À mes amis

pour les bouffées d'oxygène que vous m'apportez

A ma famille

pour votre amour et votre soutien

Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'Etat
API	Allocation parent isolé
APL	Aide personnalisée au logement
ASF	Allocation de soutien familial
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASSEDIC	Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
RSA	Revenu de solidarité active

Table des matières

Résumé.....	8
Introduction.....	9
I. Les « Restos du Coeur ».....	9
1. Généralités.....	9
2. Les missions des « Restos du Coeur ».....	9
3. Les ressources mobilisées par les « Restos du Coeur ».....	10
4. L'aide alimentaire des « Restos du Coeur ».....	10
II. Les populations précaires.....	11
1. Généralités.....	11
2. L'accès aux soins des populations précaires.....	11
3. La place du médecin généraliste.....	12
III. Objectif de l'étude.....	12
Matériels et méthodes.....	13
I. Type d'étude.....	13
II. Centres.....	13
III. Période de recueil.....	13
IV. Modalités de sélection.....	13
V. Entretiens.....	14
VI. Analyse.....	14
VII. Fin de l'étude.....	15
VIII. Ethique et secret médical.....	15
Résultats.....	16
I. Difficultés financières.....	18
1. Coût des consultations en médecine générale.....	18
2. Coût des consultations hors médecine générale.....	21
3. Coût des hospitalisations.....	22
4. Coût des médicaments.....	22
5. Coût des lunettes.....	25
6. Coût des séances de kinésithérapie.....	27
7. Absence d'aides.....	28
II. Difficultés administratives.....	33
1. Absence de logement.....	33
2. Absence de papiers.....	35
3. Absence de travail.....	37
III. Difficultés organisationnelles.....	38
1. Délai des rendez-vous en médecine générale.....	38

2. Délai des rendez-vous hors médecine générale.....	40
3. Eloignement.....	42
4. Manque de disponibilité.....	43
5. Handicap.....	45
IV. Difficultés humaines.....	49
1. Manque de motivation.....	49
2. Mauvaise relation médecin-patient.....	55
3. Barrière de la langue.....	60
4. Alcoolisme.....	60
5. Crainte de la douleur liée aux soins.....	63
6. Préjugés sur les médicaments.....	64
7. Manque de soutien psychologique.....	66
8. Sexe du médecin.....	70
Discussion.....	71
I. Principaux résultats.....	71
1. Le médecin traitant.....	71
2. La CMU-C.....	72
3. Les « Restos du Coeur ».....	72
II. Discussion des méthodes.....	73
1. Choix des méthodes.....	73
2. Limites des méthodes.....	74
III. Comparaison à la littérature.....	76
1. Les populations défavorisées.....	76
2. Les bénéficiaires des « Restos du Coeur ».....	81
IV. Perspectives.....	83
1. Solutions possibles aux difficultés financières.....	83
2. Solutions possibles aux autres difficultés.....	84
Conclusion.....	86
Références bibliographiques.....	87
Annexes.....	89

RÉSUMÉ

Contexte : L'exercice de la médecine générale nécessite de connaître les difficultés d'accès aux soins éprouvées par les patients, notamment les plus défavorisés. Cette étude apprécie celles des bénéficiaires des « Restos du Coeur » de la métropole lilloise.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative multicentrique par entretiens semi-dirigés durant la campagne d'hiver des « Restos du Coeur » 2013-2014. Les personnes interrogées étaient choisies au hasard et de manière consécutive. L'analyse était effectuée en théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : La saturation des données a été obtenue en 24 entretiens. 23 freins et leurs caractéristiques ont été rapportés et organisés en quatre catégories. Difficultés financières : coût des consultations, hospitalisations, médicaments, lunettes, kinésithérapie, et absence d'aides. Difficultés administratives : manque de logement, de papiers et de travail. Difficultés organisationnelles : délais de rendez-vous, éloignement, manque de disponibilité, handicap. Difficultés humaines : manque de motivation, mauvaise relation médecin-patient, barrière de la langue, alcoolisme, crainte de la douleur, préjugés sur les médicaments, manque de soutien psychologique, sexe du médecin. A chacun de ces freins ont été rattachées les caractéristiques suivantes : explications, facilités existantes, réponses trouvées, et parfois conséquences, motivations et théorisations.

Conclusion : L'analyse des caractéristiques respectives de chaque difficulté permet d'en appréhender toute la dimension et d'en comprendre l'impact. En plus de l'aide alimentaire, les « Restos du Coeur » apportent de nombreuses aides, prenant en compte la globalité des individus et de leurs besoins, notamment santé, logement, emploi, activités culturelles. Cette prise en charge de la personne en globalité est fondamentale. Elle caractérise l'exercice même de la discipline médecine générale.

INTRODUCTION

I. Les « Restos du Coeur »

1. Généralités

Fondés par Coluche en 1985, les « Restos du Coeur » sont une association loi de 1901, reconnue d'utilité publique depuis le 7 février 1992 sous le nom officiel « Les Restaurants du Coeur - Les Relais du Coeur ». Ils ont pour but « d'aider et d'apporter une assistance bénévole aux personnes démunies, notamment dans le domaine alimentaire par l'accès à des repas gratuits, et par la participation à leur insertion sociale et économique, ainsi qu'à toute action contre la pauvreté sous toutes ses formes »⁽¹⁾.

2. Les missions des « Restos du Coeur »

Selon le rapport annuel 2013⁽²⁾, « leur mission globale, portée par des initiatives bénévoles, inclut :

- l'aide alimentaire gratuite,
- l'accompagnement social,
- l'insertion socio professionnelle,
- le retour ou le maintien dans le logement, allant de l'hébergement d'urgence à une location stable,
- l'aide aux gens de la rue,
- l'accompagnement scolaire et la lutte contre l'illettrisme,
- l'aide à la gestion budgétaire et l'accès au droit,
- l'accès à la culture, aux sports et aux loisirs, outil de lutte contre l'exclusion,
- le micro crédit,
- ou toute initiative non énumérée ci-dessus mais pouvant contribuer, à titre expérimental ou de façon plus générale, aux objectifs de l'association ».

3. Les ressources mobilisées par les « Restos du Coeur »

Durant la campagne 2012-2013, leurs ressources avoisinaient les 181 millions d'euros, dont 46.1 % étaient issues des dons et legs⁽³⁾.

Cette association est également rendue célèbre et soutenue par les « Enfoirés ». Les concerts (et produits dérivés) de cette troupe d'une quarantaine d'artistes amènent un peu plus de 22 millions d'euros chaque année, soit autant que l'aide européenne, permettant d'offrir 22 millions de repas⁽²⁾.

L'aide européenne dépend du Programme Européen d'Aide aux plus Démunis (PEAD). Celui-ci, né d'une idée de Coluche et voté en 1987, représente un effort d'un euro par Européen et par an⁽²⁾.

4. L'aide alimentaire des « Restos du Coeur »

L'association fonctionne grâce à soixante-six mille bénévoles. Depuis sa création, un milliard et demi de repas ont été distribués. En 2012-2013, 130 millions de repas ont été offerts. Durant la campagne 2013-2014, l'association a accueilli un million de bénéficiaires, soit l'équivalent de la ville de Marseille⁽²⁾.

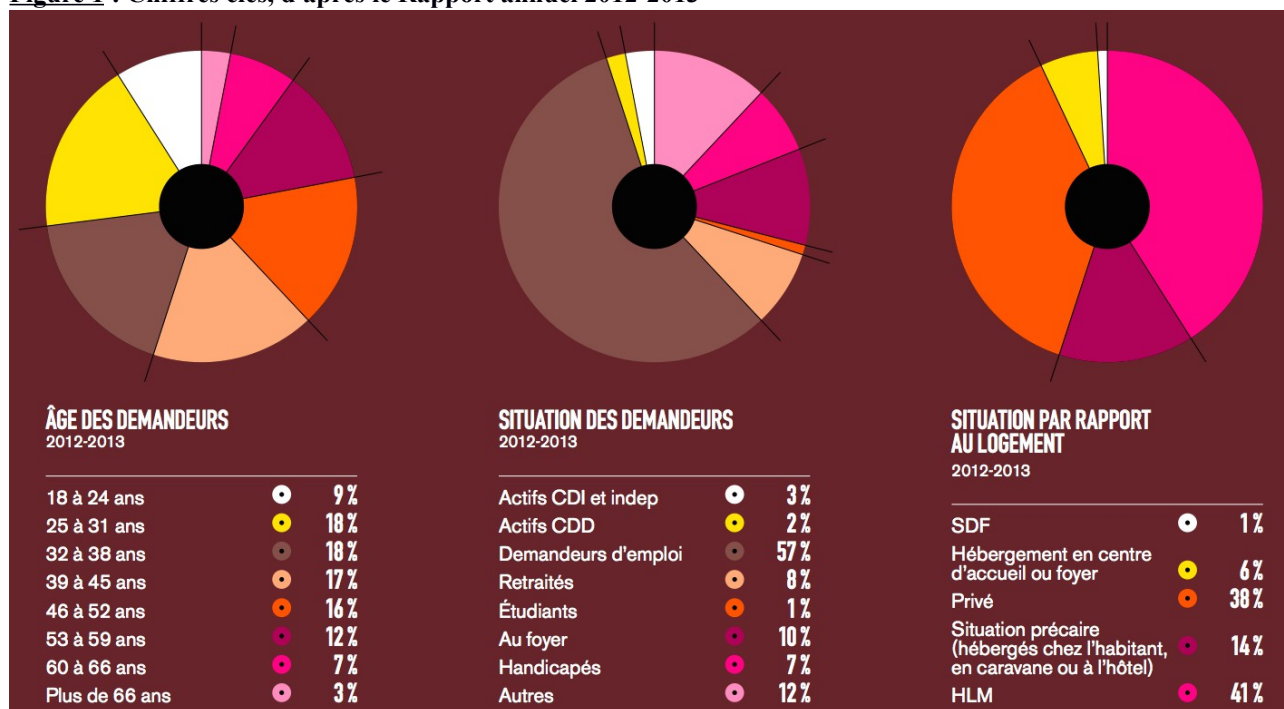
Le seuil de ressources pour bénéficier de l'aide des « Restos du Coeur » est globalement équivalent à celui du Revenu de Solidarité Active (RSA)⁽⁴⁾. Pour une personne seule bénéficiant du RSA et des APL, cela équivaut à 634 euros mensuels.

Sur le plan national, en 2012-2013⁽³⁾, les bénéficiaires se répartissent ainsi :

- ils sont de tous âges, avec 9 % de jeunes de moins de 25 ans exclus du RSA,
- 8 % sont des retraités,
- 5 % ont un emploi,
- 21 % connaissent de graves difficultés pour se loger décentement,
- 35 % sont seuls,
- 45 % viennent pour la première année.

Chaque année, ce sont davantage de familles monoparentales, de sujets âgés et de travailleurs pauvres qui sont accueillis.

Figure 1 : Chiffres clés, d'après le Rapport annuel 2012-2013⁽²⁾



II. Les populations précaires

1. Généralités

En France, 8.7 millions de personnes vivent actuellement sous le seuil de pauvreté si l'on utilise le seuil de 60 % du niveau de vie médian⁽⁵⁾ (seuil privilégié par Eurostat et désormais le plus publié par les pays européens⁽⁶⁾). Ainsi, un Français sur sept (14.3 %) vit avec moins de 977 euros par mois.

4.9 millions de personnes bénéficient actuellement de la CMU-C⁽⁷⁾, soit un peu plus d'un Français sur quatorze (7.4 %).

2. L'accès aux soins des populations précaires

Un article de la revue *Exercer*⁽⁸⁾ fait état en trois points des difficultés d'accès aux soins en médecine générale en se basant sur trois sources différentes⁽⁹⁻¹¹⁾.

Tout d'abord, l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES)⁽⁹⁾ souligne les difficultés persistantes des ménages pauvres en matière d'accès aux soins, leur mauvais état de santé, et leur moindre recours aux soins et aux démarches de prévention.

Ensuite, selon un rapport de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)⁽¹⁰⁾, les catégories les plus défavorisées consultent en France plus tardivement que les autres. Comme dans les 21 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), elles consomment moins de soins à égalité d'état de santé.

Enfin, 14 % des Français déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, selon les premiers résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006⁽¹¹⁾. Ce pourcentage monte à 32 % pour ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire.

3. La place du médecin généraliste

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Comme le souligne l'article de la revue *Exercer*⁽⁸⁾, les médecins généralistes en sont des observateurs privilégiés. De par leur accessibilité et leur position de premier recours, ils sont en contact direct avec cette population précaire et silencieuse.

Comme l'a rappelé Madame la Ministre de la Santé Marisol TOURAINE au Congrès de la Médecine Générale de France, la médecine générale assure l'égalité de tous face à l'accès aux soins. « C'est le coeur de notre pacte social ».

III. Objectif de l'étude

Il semblait incontournable pour un futur médecin généraliste de bien connaître toutes les difficultés d'accès aux soins éprouvées par chacun de ses patients, et notamment les plus défavorisés.

Au moment de la mise en place de cette étude, seules deux thèses^(12,13) étaient recensées sur la population des bénéficiaires des « Restos du Coeur », mais elles ne s'intéressaient pas directement à leurs difficultés d'accès aux soins. Aucun travail n'avait été mené sur ce sujet.

L'objectif de cette étude était donc d'apprécier les difficultés d'accès aux soins des personnes démunies à travers celles des bénéficiaires des « Restos du Coeur » du département du Nord en 2013.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Le choix d'une étude qualitative s'imposait, puisque son objectif était d' « explorer le sens et la valeur de phénomènes sociaux et/ou de construire une hypothèse, développer une théorie »⁽¹⁴⁾.

II. Centres

Cette étude était multicentrique, basée sur quatre centres des « Restos du Coeur » de la métropole lilloise : Roubaix Flandres, Roubaix Macé, Hem et Lille Saint Sauveur. Le choix de ces centres a été motivé par les conseils des référents prévention-santé des « Restos du Coeur ».

Les centres Roubaix Flandres, Roubaix Macé, et Hem assuraient la distribution de denrées alimentaires et accueillaient une population majoritairement constituée de travailleurs pauvres ou de chômeurs.

Celui de Lille Saint Sauveur servait des repas chauds à consommer sur place et accueillait des personnes plus défavorisées, majoritairement sans domicile fixe.

III. Période de recueil

Le recueil des données a été effectué entre décembre 2013 et mars 2014, durant la 29ème campagne des « Restos du Coeur ».

IV. Modalités de sélection

Le mode de recrutement était aléatoire et consécutif, sur la base du volontariat.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

V. Entretiens

Le recueil s'est fait par le biais d'entretiens individuels anonymes, semi-dirigés, avec enregistrement audio (via l'application « dictaphone » d'un iPhone) après accord préalable des participants.

A Roubaix Flandres, Roubaix Macé et Hem, une table et des chaises étaient simplement intégrées dans la chaîne de distribution des denrées alimentaires afin d'inviter les personnes souhaitant participer à l'étude. Ces dernières étaient informées par l'investigateur lui-même, afin de garantir une information claire et loyale tout en évitant d'influencer leurs réponses potentielles.

A l'inverse, à Lille Saint Sauveur, c'est l'investigateur qui se déplaçait et invitait directement les personnes à participer tout en poursuivant leur repas.

Le guide d'entretien, disponible en *annexe 1*, comprenait deux types de questions. Tout d'abord quatre questions ouvertes afin de laisser les personnes interrogées s'exprimer librement, toutes formulées de façon positive et claire. Elles commençaient par une question « brise-glace », ouvrant le dialogue sur un sujet facile. Les questions suivantes étaient progressivement plus difficiles, abordant des points sensibles ou intimes. Venaient ensuite douze questions fermées, permettant d'obtenir les caractéristiques socio-professionnelles et les aides en place des personnes interrogées.

VI. Analyse

Chacun des enregistrements a été retranscrit de façon intégrale, à l'aide d'un ordinateur MacBook et du logiciel LibreOffice, constituant des verbatims.

Ceux-ci ont ensuite été codés grâce au logiciel QSR NVivo 10. Le codage ouvert a été réalisé par deux chercheurs de manière indépendante afin d'obtenir une triangulation des données et, ainsi, de réduire la subjectivité des interprétations. Le deuxième chercheur était Madame LE LOUP LEGER Catheline, interne en médecine générale à la Faculté de Lille. L'analyse était considérée correcte lorsque plus de 70 % des codes étaient communs. Dans le cas contraire, de nouveaux codes étaient mis en place. Le codage axial a ensuite permis d'obtenir une analyse thématique des données.

L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée. Elle a donc été effectuée au fur à mesure des entretiens, générant des hypothèses directement et uniquement issues des données, sans catégories prédéfinies⁽¹⁴⁾. Afin que les résultats puissent émerger sans aucun cadre pré-établi, la recherche bibliographique préalable à cette étude a été minimale. La comparaison à la littérature n'a été effectuée que dans un second temps.

VII. Fin de l'étude

L'étude était jugée terminée une fois la saturation des données obtenue dans les deux types de centre : d'abord à Roubaix Flandres, Roubaix Macé et Hem, puis à Lille Saint Sauveur. Elle était considérée comme telle après qu'un entretien n'ait apporté aucune nouvelle information, et confirmée par le fait que deux entretiens supplémentaires n'en apportaient pas non plus.

VIII. Ethique et secret médical

L'avis du Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV a été sollicité sous la référence « HP 13/82 ». Après avoir examiné le protocole de l'étude et sollicité l'avis d'experts psychologues et juristes du Comité, celui-ci l'a considérée comme non interventionnelle, ne requérant donc pas l'accord des autorités compétentes.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée.

Cette étude s'est déroulée avec l'accord de l'association « Les Restos du Coeur », par l'intermédiaire des responsables du site de Wattrelos, Messieurs Jean-Marc ALSBERGHE et Francis MARTINET.

L'identité des personnes interrogées n'a jamais été connue. Les adresses ou autres détails qui auraient pu permettre de les identifier, qu'elles ont parfois laissé échapper, ont été anonymisées dans les verbatims.

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

RÉSULTATS

Vingt-quatre personnes ont été interrogées pour parvenir à saturation des données. Leurs caractéristiques sont résumées dans le *tableau 1*.

Un seul entretien a été réalisé à trois personnes, l'aidant principal ayant participé à la discussion. Au cours de tous les autres entretiens, une seule personne a été interrogée.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des personnes interrogées

	Interviewés (n = 24)
Sexe	
Féminin	10
Masculin	14
Âge (années)	
< 30	2
30 - 39	9
40 - 49	8
50 - 59	3
≥ 60	2
Situation familiale	
Seul	19
En couple	5
Personnes à charge	
Aucune	14
Une	2
Deux	4
Trois	3
« Plusieurs »	1
Logement	
Aucun	5
Location	18
Possession	1
Moyen de transport principal	
A pied	8
Vélo	1
Transports en commun	10
Véhicule personnel	2
Se fait conduire par un proche	1
Non connu	2

Revenus personnels mensuels (euros)	
Aucun	3
< 500	5
500 - 599	2
600 - 699	2
700 - 799	4
800 - 899	4
900 - 999	1
≥ 1000	3
Source de revenus citée	
Aucune	3
ASSEDIC	12
RSA	5
Travail	1
Retraite	1
AAH	2
Autres aides	
ACS	0
API	1
APL	14
ASF	5
ASS	0
Complémentaire santé	
Aucune	5
AME	3
CMU-C	11
Mutuelle	5

Au total 5 heures et 51 minutes d'entretiens ont été enregistrées, soit une moyenne de 14 minutes et 38 secondes par entretien. Les extrêmes allaient de 6 minutes à 39 minutes. 6 entretiens ont été réalisés à Roubaix Flandres, 3 à Roubaix Macé, 2 à Hem et 13 à Lille Saint Sauveur.

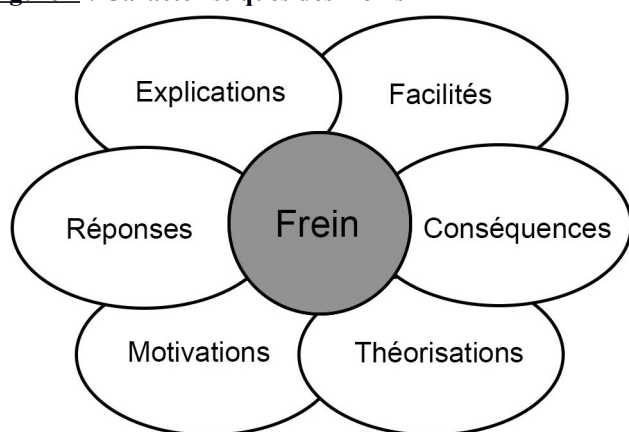
L'accès aux soins des bénéficiaires des « Restos du Coeur » a été analysé selon les caractéristiques suivantes :

- **Freins** : les difficultés d'accès aux soins éprouvées
- **Explications** : les raisons expliquant que ces freins constituaient, pour eux, une difficulté d'accès aux soins
- **Facilités** : les aides existantes mentionnées pour palier à ces difficultés
- **Réponses** : les solutions non officielles, astuces, utilisées pour accéder néanmoins aux soins

- **Conséquences** : les conséquences de ces difficultés d'accès aux soins
- **Motivations** : ce qui motivait ces personnes à consulter malgré ces difficultés
- **Théorisations** : comment ces personnes expliquaient la présence de ces difficultés

Ainsi, autour de chaque frein ont été rattachés leurs explications, facilités, réponses, conséquences, motivations et théorisations, comme l'illustre la *figure 2*.

Figure 2 : Caractéristiques des freins



Ces freins ont ensuite été organisés en quatre catégories de difficultés : financières, administratives, organisationnelles et humaines.

I. Difficultés financières

1. Coût des consultations en médecine générale

a) Explications

Pour expliquer le frein à la consultation du fait de son coût, les personnes interrogées mettaient d'abord en avant l'absence d'argent disponible, la nécessité d'avance de frais et le coût des complémentaires santé (I2, I6, I7).

Le fait de devoir avancer de l'argent malgré la présence d'une mutuelle était notamment une source d'incompréhension et d'indignation (I2, I6, I13) :

« Oui. La mutuelle, moi j'pensais, 'fin j'ai toujours pensé, vous avez une mutuelle, vous avez rien à avancer, elle se charge de tout. Mais en fin de compte elle se charge de rien du tout,

vous avancez et après ils vous remboursent. Mais ça c'est pas bien. Quelqu'un qui est à la CMU il avance rien du tout ! » (I2)

Le remboursement était lui aussi problématique : délais jugés trop longs, augmentés par la présence de deux organismes différents (sécurité sociale et complémentaire santé) :

« Et même quand on dit on vous avance les frais après la mutuelle va rembourser, oui, mais elle va rembourser une partie, après faut attendre la Sécu ! Donc des fois quand on a besoin de l'argent, on peut pas ! » (I2)

Une personne craignait tout simplement de ne pas être remboursée (I9).

Le fait d'être orienté vers un spécialiste d'organe, dont la consultation serait plus onéreuse, constituait également un frein (I7).

b) Facilités

Au contraire, certaines mesures facilitaient l'accès à la consultation malgré son coût. Etaient rapportées la pratique du tiers payant par le médecin traitant (I7), la dispense d'avance de frais grâce à la CMU-C (I6, I7, I9, I10, I11) ou l'AME (I5, I22).

Une personne estimait que la CMU-C, en lui facilitant l'accès à son médecin traitant, lui permettait d'être légitimement orientée aux urgences le cas échéant :

« Mais si j'aurais pas eu cette CMU, j'aurais dû aller TOUT DE SUITE à l'hôpital plutôt qu'emmener mon p'tit garçon au médecin traitant AVANT. Donc j'me serais fait engueuler par les urgences » (I11)

La possibilité de bénéficier de la mutuelle de son entreprise était également rapportée (I23).

c) Réponses

Certaines astuces leur permettait d'accéder néanmoins aux consultations. La réalisation d'actes gratuits du médecin traitant était rapportée (I2), de même que des arrangements avec celui-ci :

« C'est mieux le médecin traitant, mais quand, comme j'veus dis si on n'a pas l'argent pour payer le médecin... Y'a des médecins qui sont arrangeants hein ! Mais pas tout l'temps. » (I11)

Certains médecins déclaraient toutes les consultations comme conformes au protocole ALD ce qui, grâce à l'utilisation combinée du tiers payant, dispensait leurs patients d'avance de frais (I18).

Faute de pouvoir payer son médecin traitant, une patiente expliquait qu'elle n'avait pas d'autre choix que de consulter directement aux urgences :

*« I : c'est pour vous expliquer que, quand on peut pas payer la consultation on court chez euh...
M : ...directement aux urgences...
I : ...aux urgences, voilà. Heureusement qu'elles existent en fait. » (I11)*

D'autres ne consultaient que des médecins exerçant au sein d'associations caritatives, afin de ne pas avoir de frais à avancer (I17, I22).

d) Conséquences

Les conséquences rapportées étaient le renoncement à un suivi médical régulier ainsi qu'un retard pour aller consulter, provoquant un retard de prise en charge à l'origine :

- d'une dégradation de l'état de santé,
- de la nécessité de traitements plus chers, qui ne seraient pas forcément pris du fait de leur coût,
- d'une perte économique pour les patients ainsi que pour l'Etat Français :

*« I : parc' que comme on dit, les antibiotiques c'est pas automatique, mais quand on n'a pas de CMU, pas de mutuelle, rien, on attend vraiment la dernière minute qu'on peut plus. Donc à ce stade on est obligé de donner des antibiotiques, alors que si j'y vais avant, un p'tit truc dans le nez, regardez, comme là, si j'y vais, un p'tit truc dans l'nez, ça va passer, et puis j'vais attendre, attendre, et puis ça va être infecté, ça va tourner en... voilà !
M : D'accord, faut prendre les choses plus tôt en fait.
I : Donc ça reviendrait moins cher à l'état, et moins cher à nous. » (I2).*

2. Coût des consultations hors médecine générale

a) Explications

L'orientation par un spécialiste d'organe vers un autre spécialiste d'organe était rapportée comme une difficulté (I9).

Une autre personne déplorait l'absence de remboursement des médecines parallèles (I7).

b) Facilités

La réalisation du suivi contraceptif par le médecin traitant évitait à une personne le surcoût lié à une consultation avec un gynécologue (I8).

Une autre personne faisait part de la possibilité d'obtention d'une aide financière ponctuelle par la CPAM pour ses soins dentaires :

« En fait j'ai demandé une fois une aide à la CPAM pour mes dents, alors j'ai réussi à avoir 4500 alors que mon dentiste me demandait 6600 » (I19)

Enfin, il était rapporté la possibilité d'accords entre mutuelles et certains professionnels de santé pour dispenser de l'avance de frais (I2).

c) Réponses

Certaines personnes disaient consulter là où les coûts étaient moins importants, là où il n'y avait pas d'avance de frais :

« Mais à l'époque, quand j'avais vraiment une rage de dents ou quoi, l'endroit où j'allais par' que c'est pas cher, c'est la Faculté Dentaire de Lille. Moi j'vais à la Faculté Dentaire de Lille, mon fils a été suivi là-bas, même à l'époque ça allait bien hein ! » (I2)

D'autres rapportaient leur participation aux bilans de santé, gratuits, mis en avant par les « Restos du Coeur », qui proposaient de donner directement un horaire de rendez-vous (I1, I2, I9) :

« C'est grâce à ce fameux rendez-vous avec les Restos que... » (I2)

d) Conséquences

Les conséquences rapportées étaient un mauvais état dentaire (I2, I14), le renoncement aux soins dentaires (I2, I7), au suivi gynécologique (I2), au suivi ophtalmologique (I7), au suivi dentaire (I2), et aux dépistages (I2, I7), sauf s'ils étaient gratuits, ce qui était le cas des bilans de santé :

« Y'a que quand c'est gratuit que j'peux l'faire. C'est pour ça que j'ai accepté de faire... Mais c'est malheureux ! » (I2)

3. Coût des hospitalisations

a) Explications

L'avance de frais malgré la mutuelle était à nouveau déplorée. Une personne rapportait son refus de payer l'hospitalisation et les problèmes judiciaires qui ont suivi :

« Quand on... j'ai été plusieurs fois à l'hôpital pour des membres cassés, après, donc, ça coûte assez cher, donc après, moi j'leur dis que j'ai une mutuelle, euh j'leur dis que j'ai une sécurité sociale ; mais, comment j'vais dire, les hôpitaux, sont pas coopérateurs, sont pas coopératifs avec nous, alors ils disent "On a enregistré" mais ils font rien, ils faut payer la somme donc on la paye pas ; alors après il s'avère que si on paye pas, et on donne la carte de mutuelle et tout, mais si on paye pas y'a des problèmes, y'a des, il vous envoie des... des relances, et après c'est les huissiers et voilà ; et après on a des problèmes quoi. C'est pas très facile. » (I13)

b) Réponses

L'une des réponses trouvées était de fuguer de l'hôpital avant de devoir payer :

« Ben après, pour la sortie, ou j'fuyais... 'fin c'est pas qu'j'fuyais mais... j'passais pas par les bureaux, mais on m'a capté, hein. On est quand même capté, hein, parc' que j'avais une adresse à Lille. » (I12)

4. Coût des médicaments

a) Explications

Étaient principalement mis en cause les nombreux médicaments non remboursés (I2, I10, I11) ou récemment déremboursés (I1, I9), la franchise médicale (I2), l'avance de frais malgré une mutuelle (I2, I6, I13).

Des difficultés de démarches pour obtenir un remboursement étaient également rencontrées, notamment pour les substituts nicotiniques :

« La sécu offre cinquante euros, ma mutuelle offre cinquante euros. Mais, alors, ma mutuelle faut avancer et s'faire rembourser après. La sécu, faut faire la demande ! Donc l'temps d'faire la demande, autant que j'essaie moi-même ! » (I2)

Devoir consulter son médecin traitant pour renouveler un traitement que l'on sait « à vie » était également une source d'incompréhension et de frein aux soins, du fait du coût engendré :

« Mais j'dois prendre ça à vie ! Mais j'dois, ça oblige d'aller au Docteur chaque fois ! Ils nous font un renouvellement, deux renouvellements ! Et après c'est rebelote, après on s'dit que, mais j'peux pas parler trop moi, on s'dit que la Sécurité Sociale elle est en déficit, mais c'est de leur faute ! Si on a un médicament à vie, pourquoi qu'on doit toujours retourner au Docteur ? [...] Alors, elle me fait le papier, la Doctoresse, ça demande 5 minutes, voilà, elle gagne l'argent. Et après la Sécurité Sociale elle est en déficit, j'y comprends rien moi. C'est pas normal » (I13)

b) Facilités

Les facilités rapportées étaient la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CMU-C (I10, I11), et le fait qu'EDF déduisaient les frais liés au fonctionnement de la ventilation en pression positive continue (I18).

c) Réponses

Pour palier à ces difficultés, certains médecins prescrivaient en ALD des médicaments qui n'auraient pas dû l'être :

*« Y : Admettons il rajoute un médicament pour son coeur, il s'arrange pour que... il s'arrange pour pas... y'a la pommade qu'on doit payer, ben il le fait passer en...
M : ...en ALD.
Y : Oui. Sinon on paie et...
I : ...oui parc' que j'ai un... J'prends du DEXERYL pour mettre entre les jambes, du fait que j'suis toujours été assise ou été alitée. Et ben ça il m'le met en ALD, parc' que quand même, ça commence à être... » (I18)*

D'autres médecins questionnaient leurs patients sur leurs capacités financières avant de prescrire et, le cas échéant, ne prescrivait pas de médicaments trop coûteux :

« Ou alors, "est-ce que vous pouvez vous l'acheter ?", enfin il me l'demande toujours avant. Mais c'est vrai que, y'a des médecins ils font pas attention, ils savent pas, ben ce médicament j'le prends pas parce qu'il faut payer... » (I2)

Cette même personne rapportait le fait que son médecin traitant rédigeait des ordonnances au nom d'une autre personne, moins précaire :

« Et, bon ben, j'sais pas si j'ai l'droit de l'dire, mais, mes médicaments, il me les met au nom de ma sœur. Pour que j'puisse ne pas payer les médicaments. J'ai pas le choix ! » (I2)

Cette personne ayant acquis une mutuelle, le pharmacien lui permettait de différer le paiement au début du mois suivant :

« ...ou à la pharmacie elle est souvent sympa, elle dit "ben c'est pas grave, vous l'prenez vous m'la paierez au début du mois". [...] ben ils sont obligés maintenant hein, ils connaissent l'état, ils savent. Ils sont obligés, si y veulent garder leur clientèle, ils ont pas le choix, malheureusement. Voilà. C'est vrai hein. » (I2)

Enfin, une dernière personne confiait volontairement ses médicaments à l'infirmier d'une association afin de s'empêcher de les revendre, et pour ne pas le regretter ensuite :

I : Ben comme maintenant j'ai été là, et mon traitement il est là... [Me montre la manche de son blouson]. J'dois aller le donner à l'infirmière moi-même.
M : D'accord, pour qu'elle fasse le pilulier, ouais.
I : Ouais ben y vaut mieux ! Parc' que si tu gardes ton traitement tu vas vouloir le vendre à la gare, là là là... Et là après quand t'en as plus, ben c'est quasiment [?] pour avoir... Hein ?! J'connais quelqu'un qui a fait ça, il regrette. » (I17)

d) Conséquences

Un état de manque était déploré, conséquent au renoncement des substituts nicotiniques du fait de la complexité des démarches de remboursement :

« Mais j'me dis, là c'est vrai que j'vois, depuis trois semaines, j'ai pas acheté de cigarettes. Mais le problème qui se pose, c'est que ça m' suffit pas, j'suis en manque ! Je l'vois, j'm'énervé pour rien, même lui m' le dit, je l'vois. » (I2)

Renonçant à un médicament non remboursé, une personne disait se mettre en danger :

« Parc' que quand je fais mes crises d'asthme, je n'arrive plus à respirer donc je n'arrive pas à prendre la VENTOLINE. Moi pour me calmer j'suis obligée de respirer. Le problème c'est que, le médecin m'l'a prescrit, j'suis allée à la pharmacie, dix-huit euros ! Ben j'les ai pas les dix-huit euros. J'peux pas. Donc pas de baby haler » (I2)

Une autre personne rapportait son angoisse de ne pas pouvoir soigner ses enfants si les médicaments prescrits n'étaient pas remboursés :

« Euh, une chose, pas par rapport à moi mais à mes enfants c'est, s'ils sont malades, est-ce que les médicaments seront remboursés par la CMU. Parce que sinon je ne pourrai pas les soigner. C'est ça en fait, ma plus grande crainte quand j'y vais, pas pour moi personnellement mais en ce qui concerne mes enfants. Parce que moi, je me concerne pas là-dedans, moi j'm'en fous si je me soigne pas. Mais mes enfants, comme là récemment mon fils a attrapé un rhume des hanches, j'ai dû partir à l'hôpital et tout, faire des prises de sang et tout, j'ai eu peur, j'ai eu peur du résultat, et j'ai eu peur si y'a un traitement, est-ce que ce sera remboursé. » (I11)

Par ailleurs, certaines personnes se sacrifiaient en n'achetant que les médicaments destinés à leurs enfants ou au conjoint, les estimant plus fragiles :

« Comme je suis plus solide qu'elle euh... Point de vue santé je suis quand même plus solide qu'elle. Donc, je préfère la soigner et payer les médicaments... Moi, j'verrais plus tard. » (I18)

Du fait de la nécessité de consulter pour obtenir le renouvellement d'un traitement dit « à vie », une patiente l'avait tout simplement arrêté (I13).

5. Coût des lunettes

a) Explications

Les explications de ce frein étaient essentiellement le coût des verres et de la monture (I7, I12), celui des consultations chez les ophtalmologistes (I7, I12), et celui de l'assurance en cas de dommage sur les lunettes (I9) :

« I : Ben, pour mes yeux, et là ça doit faire quatre ans que j'ai pas pu y aller. Donc j'attends...
M : Pourquoi ?
I : J'attends. Financièrement là. Parce que rien que la consultation, cinquante euros, et après les lunettes derrière, c'est pas donné. » (I7)

Une autre personne déplorait également l'impossibilité de faire réparer ses lunettes, lui imposant d'en racheter d'autres, et sa méconnaissance des critères de remboursement dans ce cas :

« Bon ici c'est autr' chose, j'avais cassé mes lunettes, j'ai renouvelé donc euh au mois de janvier mes lunettes, parc' que, parc' que ben... parc' que j'ai été voir l'opstalgo, ah j'sais plus y'a eu un problème donc j'ai renouvelé mes lunettes donc en janvier, je sais qu'à la sécu c'est tous les ans, les lunettes c'est tous les ans, c'est une fois par an. J'les ai fait tomber, y sont cassées, et impossible de les faire réparer ! » (I9)

b) Facilités

A nouveau, la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CMU-C était rapportée comme facilitant l'accès aux lunettes :

« Mais c'est toujours pour les enfants, et je suis bien contente d'avoir la CMU pour eux. Ne serait-ce que pour les lunettes, sinon je pourrais pas mettre des lunettes à mes enfants ! » (I11)

c) Réponses

La personne rapportant des difficultés à faire réparer ses lunettes avait, à force de négociation, réussi à obtenir gratuitement une autre paire de lunettes (I9).

Une autre fois, elle avait opté pour l'achat de lunettes peu chères, mais inadaptées :

« J'les ai fait tomber, y sont cassées, et impossible de les faire réparer ! Donc j'dis j'vais en rach'ter une autre paire... 29 euros ! C'est pas... excessif hein ? Mais, la seule chose c'est que j'peux pas regarder de loin ni de près. J'peux voir que de près, donc, avec ces lunettes-là, j'peux pas regarder d'loin, c'est pas des verres euh, progressifs, c'est tout. » (I9)

De même, un autre bénéficiaire des « Restos du Coeur » déclarait :

*« I : Et, je paye que 59... 60 euros la paire, avec les carreaux. Pis c'est tout quoi.
M : Là vous voyez bien avec ?
I : Biiiiin non, parc' que c'est déjà des lunettes de récupération, 'fin j'vois mais, sans plus quoi, parc' qu'elles sont vraiment esquinées. » (I12)*

Afin de payer moins cher, cette même personne disait avoir déjà récupéré des lunettes d'occasion dont les verres semblaient lui convenir :

« J'ai retrouvé des lunettes que j'ai achetées d'occasion parc' que les carreaux ils m'allaient, mais les... les... comment on appelle ça... la monture n'était pas ça, donc j'ai dû acheter la

*monture et refaire les carreaux pour mettre sur la monture, ça m'a coûté cher quand même. »
(I12)*

Enfin, elle rapportait la solution de consulter directement un opticien qui diagnostiquait le trouble visuel et délivrait les lunettes en une seule fois :

*« Ben j'ai été voir, y'a des ophtalmo à la gare Lille Europe, ils font euh spécial... euh ils font les lunettes, et en même temps ophtalmo. [...] Donc, ils vérifient vos yeux, et puis ils font les deux. »
(I12)*

d) Conséquences

Les conséquences rapportées étaient le renoncement aux lunettes, et donc le fait de vivre avec ses troubles visuels (I7), l'utilisation d'une correction inadaptée ou de montures cassées, faute de pouvoir les faire réparer (I9, I12).

Les personnes disaient également retarder le plus possible la consultation chez l'ophtalmologiste du fait de son coût (I7, I12).

6. Coût des séances de kinésithérapie

a) Explications

Étaient à nouveau mis en cause l'avance de frais malgré une mutuelle, les retards dans les remboursements et l'abondance des démarches administratives pour être remboursé :

*« Ben c'est pas compliqué tant qu'on a... J'ai eu plein de papiers partout à tous les endroits on doit passer le kiné, on doit faire des radios, alors vous recevez plein... Maintenant j'ai plus rien parc' que... maintenant c'est quelqu'un qui va s'occuper, mais je veux dire c'est embêtant quoi ! »
(I13)*

Cette même personne déplorait également la nécessité de devoir retourner consulter son médecin traitant pour obtenir une nouvelle prescription de rééducation.

b) Conséquences

Les conséquences rapportées étaient des difficultés à la marche qui se pérennisaient et l'hésitation à recommencer des séances de rééducation :

*« M : Et du coup vous disiez que vous hésitez à retourner même chez le kiné parc' que du coup ça vous fait des grosses sommes à payer ?
I : Ben maintenant oui ! Mais normalement je devrais parc' que j'ai du mal de marcher ! » (I13)*

7. Absence d'aides

a) Explications

En cause étaient cités la complexité des critères d'obtention des aides et des démarches administratives (I2, I7, I15, I17, I24), et leur calcul selon des revenus anciens plutôt que ceux en cours (I5, I7, I24) :

*« I : Bon en payant... je paye 130 euros de loyer, et j'ai ma mutuelle 50 euros parce que j'avais pas droit à la CMU, comme je dépassais le plafond !
M : Avec 500 euros ?
I : Ouais mais, eux, ils se basent parce que... Oh la la...
M : C'est compliqué mais ils se basent sur ce qui s'est passé avant ouais
I : Ouais voilà, ils se basent sur... l'année euh... Moi aussi je comprenais rien avant. J'ai laissé tomber. » (I24)*

Certaines personnes faisaient part de leur manque de motivation pour réaliser ces démarches administratives (I19, I20) :

*« I : Je pourrais avoir la CMU, mais j'me bouge pas l'cul pour aller... aller la prendre, quoi. [...] J'attends... une illumination, être bien en me réveillant, faire mon ménage, aller chercher la CMU et faire tout ce que j'ai à faire [...] Faut juste que j'y aille et que j'fasse les papiers, et tout et... [Silence]
M : Dans les gros obstacles que vous avez justement pour accéder aux soins, y'a essentiellement la paperasse et tous les papiers qu'il faut remplir pour avoir les aides...
I : ...ouais... ça me saoule la paperasse ouais... » (I19)*

L'importance du délai entre la demande et l'obtention des aides était également mise en cause (I3, I5).

Par ailleurs était dénoncée l'absence d'aides aux revenus modérés, n'ayant pas assez pour s'en sortir seuls, mais ayant trop pour être aidés (I2, I7) :

« En fait on dit qu'aux Etats-Unis si on est riche on a tout. Si on n'a pas d'sous on n'a aucun soin. En France, c'est pas ça, on est riche on a des soins, on n'a rien on a des soins, on est entre deux on a droit à rien ! Et ça, ça devient problématique. » (I2)

Cette même personne regrettait l'absence de prise en compte des dépenses obligatoires (loyer, électricité, gaz) dans les critères d'attribution de la CMU-C, qui ne considéraient que les revenus :

« I : Ce qui est complètement ridicule, parc' que, en fait le problème c'est qu'ils s'basent sur c'qui rentre, pas sur c'qui sort. Je gagne 1100 euros, mais vous prenez mon loyer 660 euros, mon électricité 258 euros, il reste pratiquement plus rien. J'paye après la moitié assurance voiture, assurance maison, internet, téléphone, parc' que, ben c'est des enfants, ils ont b'soin de... et ben... y'a plus rien ! J'ai même pas assez pour tout payer ! Donc en fait, quand ils font la CMU c'est bien, ils prennent en compte les ressources mais, ils demandent pas le loyer, ils d'mandent pas c'qu'on paye, ils d'mandent pas... C'est c'que j'vous dis, quelqu'un qui gagne le SMIC, donc il s'en sort pas !

M : En fait, ce qui vous semblerait plus logique, ce qui me semble aussi plus logique mais bon, c'est qu'au final on prenne en compte à la fois ce que vous gagnez mais aussi ce que vous devez payer tous les mois ?

I : Mais pas euh, mais les charges courantes, c'est-à-dire loyer, électricité, gaz, ce qui est obligatoire. Eau. Internet, on pourrait inciter à dire que c'est pas obligatoire donc on l'prend pas en compte ; téléphone portable, donc... » (I2)

Elle était également révoltée par l'absence totale d'aide lorsque les revenus provenaient d'un salaire et non du RSA, même si ce salaire n'était pas supérieur au RSA : salariée, elle disposait finalement de moins d'argent qu'une personne au RSA.

« Ben quand on a un SMIC, on n'a aucune aide, voilà. Donc il vaut mieux être au RSA mais avoir la même chose, plutôt qu'avoir un salaire. C'est malheureux à dire hein ? Parce que même une personne qui gagne le même que moi, mais c'est RSA au lieu de salaire, il a droit à tout. [...]

Mais, on est quand même en France, quand je vois qu'il y a des personnes qui gagnent la même chose que moi, mais c'est juste l'appellation ! [...]

J'me dis moi j'me lève tous les jours, j'suis au SMIC, mais sous prétexte que c'est "salaire" au lieu de "RSA", et ben, j'ai droit à rien. Moi j'trouve que les smicards on devrait les aider. Une personne qui s'lève tous les matins, qui galère et qui gagne juste un SMIC, il devrait avoir droit à la CMU, à l'accès aux soins enfin, à tout. [...]

Donc ils s'retrouvent avec rien, moins que quelqu'un qui est au RSA. Parc' que quelqu'un qui est au RSA va avoir la CMU donc pas de mutuelle à payer, on va l'aider à payer son loyer, on va l'aider à payer si y'a une facture, donc il va s'retrouver quand même avec, même si c'est pas

grand-chose, j'dis pas qu'il a des... mais il va avoir cent euros pour faire quand même un peu d'courses. Moi j'gagne un SMIC, ben je n'peux pas faire de courses, je n'ai rien à faire. Je touche le, quand le salaire est versé, le jour même ben j'les perds, parc' que tout part dans les prélèvements. Voilà, c'est juste dans c'sens là. » (I2)

En cause également, la nécessité de renouveler fréquemment les demandes d'aide avec, en cas d'oubli, le risque de perdre ces aides (I9).

Par ailleurs, une personne avouait sa méconnaissance des aides existantes (I7), et une autre, celle des démarches administratives pour les obtenir (I13).

La nécessité d'être à jour dans la déclaration des impôts pour demander la CMU-C constituait également un obstacle :

*« I : C'est parce que je suis pas à jour au niveau des impôts, uniquement pour la CAF parce que vous devez déclarer vos ressources mais... J'ai ça à faire aussi... Et...
M : Ah oui. Donc il faut d'abord être à jour là-dessus, avant de demander pour la CMU...
I : Ah oui. » (I20)*

b) Réponses

Une personne affirmait qu'une solution était de choisir de ne pas travailler pour bénéficier d'aides et avoir ainsi plus d'argent qu'en travaillant :

*« I : Un smicard il devrait pouvoir avoir toutes les aides que quelqu'un qui est à la maison et qui n'fout rien, souvent par euh... Moi j'suis désolée c'est ce que j'dis, la France crée ses propres assistés.
M : Mmm... On a tous dans notre entourage des gens comme ça qui s'disent, ben non, j'vais pas rechercher un emploi parce que sinon j'vais...
I : ...mais j'en suis arrivée à ce point là ! J'suis depuis trois mois au chômage, je gagne autant que si j'vais travailler. Je gagne 1000 euros aux Assedic plus 200 euros d'APL. Donc j'ai 1200 euros tous les mois. Bon le Trésor Public m'enlève 100 euros. Même si j'm'en sors pas, j'gagne un SMIC ! J'vais aller travailler j'vais gagner la même chose. » (I2)*

Elle saluait par ailleurs les « Restos du Coeur » qui, au contraire de la CMU-C, prenaient en compte le loyer dans les critères d'attribution de l'aide alimentaire :

« J'ai de la chance c'est que les Restos du Coeur ils prennent en compte le loyer ! Rien qu'en prenant le loyer ils m'disent "Madame ça fait un peu plus d'un tiers de c'que vous touchez !"... "plus de la moitié de c'que vous touchez !" pardon. » (I2)

Une autre personne estimait qu'elle ne pourrait tout simplement pas manger sans l'aide des « Restos du Coeur » :

« Mais heureusement que les associations sont là pour manger parc' que sinon... » (I18)

Pour remplir les démarches administratives, d'autres personnes bénéficiaient de l'aide d'éducateurs et d'assistantes sociales au sein d'associations (Croix Rouge, etc.) :

« Ben écoutez, moi, comme je suis suivi par la Croix Rouge, et par deux éducateurs, trois, l'assistante sociale ; donc, ils vont me refaire tous mes papiers, parc' que j'ai plus mes papiers, refaire tous mes papiers, tous les... carte de CMU et tout ; plus moi j'ai l'AAH... » (I12)

Enfin, pour une autre personne, la solution avait été la mise sous curatelle (I13).

c) Conséquences

Finalement ces personnes déploraient des difficultés d'accès aux soins liées aux coûts engendrés. Les conséquences mentionnées étaient que les salariés se retrouvaient avec moins d'argent que les personnes au chômage, n'ayant plus d'argent disponible après avoir payé les dépenses obligatoires :

« Parc' que, ils n'ont pas droit à l'APL, ils n'ont pas droit au médecin, ils n'ont pas droit à rien, donc ils doivent tout payer d leur poche, et côté ils ont aucune aide. Donc ils s'retrouvent avec rien, moins que quelqu'un qui est au RSA. » (I2)

Ainsi, trop aider ceux ne travaillant pas était rapporté comme ne les motivant pas à trouver du travail. Cette personne avait la conviction que l'aide sociale devenait de l'assistanat et entretenait la passivité : personne n'avait intérêt à gagner un SMIC.

« Si, faut d'l'aide sociale, mais trop de social tue l'social. Quelqu'un qui se lève tous les matins pour aller travailler pour gagner 1100 euros, qui n'a droit à rien, j'suis désolée, c'est cette personne-là qu'on devrait motiver à aller travailler, et à aider, et à lui donner la CMU pour accéder aux soins, et non pas une personne qui... tu travailles pas, on a la CMU, on a tout c'qu'on veut... Oui, y'en a ils ont pas d'autres choix, 'fin vous comprenez c'que j'veux dire. [...] Un smicard il devrait pouvoir avoir toutes les aides que quelqu'un qui est à la maison et qui n'fout rien, souvent par euh... Moi j'suis désolée c'est ce que j'dis, la France crée ses propres assistés. » (I2)

Elle culpabilisait de ne pas pouvoir offrir de cadeaux à ses enfants pour Noël, et d'avoir des difficultés à leur offrir une fête d'anniversaire.

Cette personne exprimait un fort sentiment d'abandon par l'État Français. De même, elle disait ne pas se sentir concernée par les débats de société, qui pour elle ne s'intéressaient pas aux points importants :

« Mais quelqu'un qui gagne la même chose que moi mais au lieu de chômage c'est écrit RSA, ben là il a droit à tout. Ben ça, ça m'tue, ça, ça m'tue ! Voilà. [...] Mais les gens y font rien. Ils préfèrent aller manifester pour c'qui s'passe chez les autres, parce que l'autre y veut s'marier avec un homme, ou une femme avec une femme, c'est leur problème ça, ce qui s'passe chez eux ça les regarde, ça nous regarde pas, et pour les choses qui sont réelles et qu'on a besoin, d't'façon, pour changer il faudrait un aut' mai 68, mais les gens, justement, ils peuvent pas faire grève parc' qu'ils ont besoin d'argent, donc ils continueront à travailler. C'est un cercle vicieux hein ! » (I2)

Un sentiment d'incompréhension et d'injustice vis-à-vis des critères d'attribution des aides était exprimé :

- par les « travailleurs pauvres » (gagnant trop peu pour s'en sortir) envers ceux ne travaillant pas (bénéficiaires de la CMU-C),
- par les bénéficiaires du RSA envers ceux bénéficiant des ASSEDIC.

« Donc voilà mais sinon ça fait une difficulté financière, parc' que si je prends pas de ticket j'ai une amende, donc je suis obligée de faire un abonnement pour moi et les enfants ça me revient très très cher ! Parc' qu'y a que ceux qui touchent les ASSEDIC qui ont l'droit. Ce qui est n'importe quoi aussi ! Alors, quand on touche les ASSEDIC on a l'droit à voyager gratuitement ; on touche le RSA, on doit payer moins 50 %. Mais moi je prends le bus tous les jours ! [...] Et j'ai un abonnement. Donc ça, ça me prend beaucoup de... de truc, alors que les gens qui touchent l'ASSEDIC, ils ont droit à voyager gratuit. Je trouve ça dé-gueu-lasse. C'est... c'est c'que je pense, voilà. [...] Je trouve ça dégueulasse, je trouve ça serait l'contraire. [...] C'est de l'injustice ! » (I11)

Enfin, une personne rapportait ses difficultés à obtenir des protections hygiéniques adaptées :

« Le Docteur il avait signé un papier pour avoir... pour rembourser des... des comment j'avais dire, des protections féminines et tout ça, et pour en finir comme j'ai été le porter au Conseil Général, ils ont dit qu'il manquait des papiers, que c'était pas... Bon ben alors maintenant, j'en achetais des biens. C'était bien ! Ils étaient bien confortables, c'était bien grand pour les

incontinences, pour la protection pour être en sécurité quoi ! Mais maintenant j'prends les petites du magasin, parc' que ça coûte pas cher ! Mais sans ça pour en avoir c'est compliqué pour avoir au Conseil Général un bureau quelque part, qu'on m'avait dit d'aller, ils m'ont dit qu'il fallait donner tous les noms de mes enfants. Enfin, c'est compliqué hein ! » (I13)

d) Solutions

Pour résoudre ces inégalités, les solutions avancées par ces personnes étaient :

- prendre en compte les dépenses obligatoires dans l'attribution des aides,
- élargir les critères d'attribution de la CMU-C aux personnes dont le salaire est proche du SMIC.

II. Difficultés administratives

1. Absence de logement

a) Explications

L'absence de logement constituait un obstacle à l'accès aux soins à cause des vols, notamment de papiers d'identité et de carte vitale :

« Voilà. Et, ça m'a... Maintenant j'ai qu'un problème, c'est d'retourner à... à truc là, au grand commissariat Porte de Postes, là. Parc' que mon... j'ai mon... j'ai été porter plainte qu'on m'a volé mes sacs, 'fin j'ai niqué deux cent euros de fringues... Il faut qu'ils m'donnent le double des papiers ! Pour qu'j'puisse faire ma carte de résidence. Ben oui, si j'ai pas les doubles euh... [...] Non mais, franchement, c'est la vérité. On m'a volé mes papiers, et j'suis dégouté. Attention, j'suis vraiment dégouté... » (I17)

Sans domicile, il était également jugé plus difficile d'obtenir des aides :

*« M : Est-ce que vous vous ressentez comme ça des... des difficultés ?
I : Quand on est plus... dehors. On a du mal à avoir les papiers il faut, c'est plus dehors. Quand on a un logement... c'est plus simple quoi. Voilà.
M : D'accord. Quand vous êtes dehors du coup les papiers sont pas à jour, c'est ça que vous voulez dire ?
I : Ouais voilà. On a du mal à mettre les papiers à jour ! Pour la CMU, comme j'ai été trois mois dehors, j'avais plus d'CMU, plus rien, les papiers pour faire tout ça mieux, galère quoi hein. » (I14)*

« Surtout les gens de la rue qui ont perdu tous les papiers. Quand on a besoin de faire un dossier, un renouvellement de CMU... c'est pas évident » (I15)

b) Réponses

Les réponses trouvées étaient l'hébergement et l'aide pour le logement par des associations (notamment Croix Rouge, Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse (ABEJ), Cèdre Bleu), ainsi que l'hébergement chez un proche (I12).

c) Conséquences

Les conséquences rapportées de cette absence de logement étaient une mauvaise qualité de l'accueil aux urgences, un sentiment de mépris de la part du personnel et l'impression que leur plainte n'était pas prise au sérieux (I15, I16) :

« Ouais y'a l'encombrement aux urgences, ça c'est important. Parce que quand on est en fin de... 'fin qu'on a tourné en rond, moi j'ai été SDF pendant 3 - 4 jours, quand on a tourné en rond et qu'on est mal reçu, comme ça... c'est quand même... pas bien. [...] Parc' qu'y a trop de monde, et parce qu'ils nous croient pas. [...] Ah ils pensent qu'on simule, qu'on simule des comas, ou des alcoologies ou des problèmes de... Ça c'était pas terrible » (I15)

Une personne sans domicile fixe s'était sentie blessée par les préjugés des urgentistes sur sa consommation d'alcool (I16).

Par ailleurs, certains éprouvaient un sentiment de persécution, déploraient les agressions subies et le fait de ne pas être aidés par la police :

« Des faux jetons... J'analyse, tu vois quoi, j'analyse... On m'a volé cinq fois au moins mon sac, plus la sixième fois j'sais pas quoi, avec le rapport de police. Tu trouves c'est normal ? A la gare ils te surveillent, si t'as des sous, t'as pas d'sous, et si tu bois, tu bois pas... si t'as quelque chose de valeur, pas d'valeur. [...] On m'a tiré au fusil ! On m'a envoyé dans... dans un ravin ! Ils ont tiré chez moi au fusil, ils sont rentrés chez moi j'croyais qu'c'était le RAID, le GIGN ! Rien du tout ! C'était les ennemis de mon p'tit frère. J'te jure c'est vrai. Ils ont tiré deux coups de fusil, moi j'étais dans un ravin laissé pour mort. La police elle ne fait rien. [Silence] » (I17)

Cette personne avait également perdu ses lunettes et, comme mentionné précédemment, éprouvait des difficultés à en obtenir de nouvelles (I17).

Enfin, une personne expliquait avoir des difficultés à trouver un endroit sûr où se reposer quelques heures :

« I : Faudrait conserver une salle, avec des bancs pis c'est tout quoi ! Avec un infirmier, et peut-être un agent de sécurité de secours.

M : Parce que la fois où vous étiez allé aux urgences justement c'était pas tellement pour avoir un avis médical, c'était surtout pour...

I : ...être abrité et se reposer. Ça faisait trois jours à tourner en rond, si on doit dormir une heure à droite, une heure à gauche, c'est pas du sommeil. » (I15)

2. Absence de papiers

a) Explications

L'absence de papiers d'identité et de carte vitale faisait craindre à une personne de ne pas être admise aux urgences ou de s'en faire expulser. Elle craignait également de devoir payer ses hospitalisations ou ses passages aux urgences :

« M : Est-ce que parfois vous êtes pas allé à l'hôpital parc' que vous aviez peur de quelque chose ?

I : Ben ouais, ça m'est déjà arrivé, une fois ou deux !

M : Peur de quoi ?

I : Peur de payer trop, ou peur de... pas passer !

M : Peur de pas réussir à rentrer parc' que ça coûterait trop cher ou...

I : Ouais voilà, parc' que y en a des fois des médecins, "Hop ! Sortez !" hein. On arrive plus à marcher et tout, ils s'en foutent hein, "Sortez !" » (I12)

Elle rapportait également redouter d'être jugée et méprisée (I12).

b) Réponses

Comme rapporté antérieurement, l'une des réponses trouvées était de fuguer de l'hôpital avant de devoir payer :

« M : Est-ce qu'il y a des choses qui font que parfois vous avez des difficultés à aller consulter ou avant est-ce qu'il y a des choses...

I : ...ben si ! J'avais pas de papier donc j'avais peur de...

M : Pas de papier de...

I : ...pas de sécu, tout ça donc j'avais peur ! Mais j'ai rentré quand même à l'hôpital hein !

M : Ouais, et comment ça se passait alors à l'hôpital ?

I : Ben rien, je rentrais, j'allais aux urgences, et pis je restais... 15 jours.

M : Alors que vous aviez pas vos papiers ? Qu'est-ce qui se passait alors ?

I : Ben après, pour la sortie, ou j'fuyais... 'fin c'est pas qu'j'fuyais mais... j'passais pas par les bureaux, mais on m'a capté, hein. On est quand même capté, hein, parc' que j'avais une adresse à Lille. » (I12)

Les autres réponses étaient de consulter un médecin gratuitement au sein d'une association, n'exigeant pas de papiers (I17, I22), de se faire aider pour les démarches administratives par des éducateurs et des assistantes sociales au sein d'associations telles que la Croix Rouge, ou encore de bénéficier de l'aide et du suivi médical de l'Armée du Salut (I12).

c) Conséquences

Les absences de papiers d'identité et de carte vitale entraînaient l'impossibilité de faire un bilan biologique et de payer la facture de l'hôpital :

« M : Et s'il fallait vous faire une prise de sang, si jamais il fallait faire des choses comme ça, comment ça se passait ?

I : Ben c'était pas possible.

M : C'était pas possible ?

I : C'était pas possible. Même quand j'ai été à l'hôpital, ils m'ont emmené à l'hôpital, ils demandaient euh la CMU...

M : Et vous l'aviez pas ?

I : Ben j'étais pas à jour, j'avais rien à jour, mes papiers étaient pas...

M : Et à l'hôpital, comment ils faisaient du coup ?

I : Ben, ils m'envoyaient la facture.

M : Ouais. Et ça fait des sommes exorbitantes ça.

I : Oui mais après, y'a une lettre derrière, après. Ils essayent de nous faire régler, quoi. » (I14)

d) Théorisations

Ces personnes expliquaient cette absence de papiers d'identité et de carte vitale par le fait qu'on les leur avait volés (I17), par la complexité des démarches et la durée d'attente pour en obtenir de nouveaux (I22).

3. Absence de travail

a) Explications

Comme rapporté à plusieurs reprises, de nombreuses personnes sans emploi n'avaient plus d'argent disponible après leurs dépenses obligatoires (loyer, électricité, gaz) et étaient donc dans l'impossibilité de payer une consultation. Une des possibilités était alors de consulter aux urgences en premier recours, même si elles y renonçaient parfois à cause de la honte et de la longue durée d'attente (I11, I15).

Du fait de leurs faibles ressources, des personnes bénéficiaient de la CMU-C. Parmi elles, certaines éprouvaient de la honte de ne pas pouvoir honorer la consultation, ce qui freinait leur accès aux soins (I11).

b) Théorisations

De nombreuses explications étaient avancées pour expliquer leur absence de travail. Une personne expliquait avoir dû arrêter son travail parce que ses horaires étaient incompatibles avec les besoins de ses enfants. Elle disait rechercher un autre emploi mais déplorait l'absence de financement des formations et l'absence de propositions de Pôle Emploi dans le domaine qui l'intéressait :

« C'est quand j'ai eu mes enfants j'ai dû arrêter la restauration, c'est un métier trop difficile avec des enfants, j'ai dû arrêter ce métier, mais l'ANPE me propose que dans ça. Alors que moi je veux partir dans autre chose, je veux partir dans les métiers de la santé, je veux être assistante euh... aide-soignante pardon. Et ils veulent pas me payer la formation, ils comprennent pas que j'ai pas d'argent. Ils comprennent pas que 4000 euros je peux pas les mettre dans ma formation. Ils veulent me faire faire une formation femme de ménage, mais j'm'en fous ! J'veux autre chose. Et sinon ils veulent me faire retourner dans le restau... dans la restauration. Ils comprennent pas qu'avec un enfant de 5 ans c'est pas possible ! J'ai pas de papa derrière pour me les garder. Donc ils comprennent pas. Donc je peux pas trouver de travail, donc on peut pas enlever ma CMU, donc je dois me taper la honte, voilà. » (I11)

Une autre personne déplorait le durcissement des normes de sécurité :

« Ben c'est le manque de boulot en ce moment. Parce qu'avant, on pouvait travailler... comme on voulait quoi, en intérim, mais maintenant ils ont inventé des petites... lois, il faut telle sécurité, tel numéro de cassette, ça c'est infernal, quoi. [...] Quand on a les compétences, qu'on l'a déjà fait et qu'on peut plus le faire, à cause des normes de sécurité... » (I15)

Enfin une autre expliquait que, les salariés se trouvant souvent plus démunis que les personnes au chômage du fait de l'absence d'aides, cela ne motivait pas à rechercher du travail (I2).

c) Conséquences

Les personnes ne trouvant pas d'emploi exprimaient un sentiment de rancœur, de jalousie et d'injustice. L'une d'elles jugeait que des médecins prescrivaient des arrêts de travail injustifiés et méritaient d'être sanctionnés. Elle en arrivait à jalouser ceux ayant un travail et à stigmatiser les minorités :

« Donc, s'ils me prennent pas c'est qu'y a autre chose ! Donc, j pense que comme c'est tous des gens voilés, ils ont peur que j'mange du porc et que j'salis leur p'tits pains... j'sais pas... Donc vous voyez, y'a toujours des problèmes ! » (I11)

Parmi les autres conséquences étaient rapportés des problèmes d'anxiété, de troubles du sommeil et de l'humeur chez les personnes ne trouvant pas d'emploi (I15).

d) Motivations

De nombreuses personnes exprimaient leur volonté de trouver un travail (I1, I10, I11, I14, I15, I19), notamment afin d'être considérées « comme tout le monde » (I11).

III. Difficultés organisationnelles

1. Délai des rendez-vous en médecine générale

a) Explications

Certaines personnes rapportaient leur crainte d'une perte de chance liée au retard diagnostique (I2, I6) :

« Faut deux mois pour avoir un... je trouve que c'est trop long. Pour quelqu'un qui est très malade, pour déceler soit disant même les cancers en avance et tout, c'est peut-être un peu long, hein ?! [rires], il est peut-être déjà bien avancé ! » (I6)

Du fait de ce délai, elles avouaient une diminution de la motivation pour aller consulter (I2, I6) :

« Après je me dis aussi que du fait d'attendre on n'y va plus. Enfin je dis ça, moi c'est trop long, je me dis tant pire, je me sens un peu après, j'vais pas y aller. » (I6)

Une autre personne rapportait la fréquente diminution voire l'arrêt des symptômes avant le rendez-vous, alors perçu comme inutile :

« Les délais ! Ben après je sais que, c'est long ! Quand on a mal aux poumons, et qu'on vous dit faut voir un pneumologue mais qu'vous avez rendez-vous quatre mois après mais qu'y a plus rien ! [...] Mais j'vais appeler aujourd'hui, j'suis malade, j'peux avoir rendez-vous que dans deux jours. Et dans deux jours c'est pareil, j'aurai plus rien peut-être ! » (I2)

b) Facilités

En revanche, la disponibilité du médecin traitant (I1, I3, I14, I15, I23), sa réponse immédiate (I1) et la précocité du rendez-vous proposé (I1, I7, I10, I11, I23) étaient mises en avant comme facilitant l'accès aux soins :

« Je l'appelle, il me donne un rendez-vous, toujours dans la journée, même que y a plus de place pour un rendez-vous ; un jour il avait plus de place, mais comme mon fils il avait une supsicion, une supsicion, bref, vous avez compris, d'appendicite, mais il m'a pris à 8 heures ! Il m'a dit de venir à 8 heures après toutes ses consultations ! Donc, c'est vraiment un bon médecin. J'ai pas... et j'lui téléphone j'ai un rendez-vous dans la journée ! » (I11)

D'autre part, l'existence de plages de consultations sans rendez-vous chez le médecin traitant était saluée, de même que celle de créneaux horaires réservés aux urgences (I2, I23).

c) Réponses

Une personne rapportait le fait qu'une négociation agressive au téléphone permettait d'obtenir un rendez-vous plus précocement :

« Ben non parce que dès qu'il râle il a quand même son rendez-vous. » (I7)

d) Conséquences

En conséquence de ce retard de prise en charge, certains déploraient une dégradation de leur état de santé et, pour l'État Français, une perte économique.

Une autre personne rapportait s'être détournée de la médecine traditionnelle pour se tourner vers les médecines parallèles, offrant des rendez-vous plus précoces (I7).

e) Théorisations

Les personnes interrogées théorisaient ce délai de rendez-vous par :

- un agenda plein, du fait du grand nombre de patients vus par leur médecin traitant (I7),
- de nombreuses consultations sans raison valable, ce qui augmentait les délais de rendez-vous (I2),
- le manque de médecins, notamment en milieu rural (I2),
- le manque de vocations, le métier de médecin traitant étant ingrat, avec un salaire de départ faible, de longues études, et une lourde responsabilité (I2).

A l'inverse, et justement du fait de cette lourde responsabilité, cette personne trouvait normal et rassurant que les futurs médecins soient sélectionnés et que leurs études soient longues :

« Quand on dit "oui, mais la moitié des médecins sont éliminés la première année !" Ben oui mais faut bien ! Ils vont nous soigner quand même ! On peut pas, ça au niveau des études, la formation, on peut pas faire plus, pas moins, c'est impossible. C'est impossible. » (I2)

2. Délai des rendez-vous hors médecine générale

a) Explications

Sont compris dans ce paragraphe les délais spécifiques des rendez-vous chez les médecins spécialistes non généralistes, chez les paramédicaux, et pour les examens complémentaires.

Une personne rapportait sa crainte de se faire réprimander par les médecins pour avoir oublié le rendez-vous, parce que trop tardif :

« C'est plus le délai qui me fait peur parc' que des fois on va m' donner rendez-vous dans six mois, j'vais oublier dans six mois que j'avais eu rendez-vous. Et après les médecins ils râlent, parc' que j'peux les comprendre, ils perdent une place, ils m'disent, c'est déjà long ! » (I2)

Une autre se sentait désemparée devant la nécessité d'un soutien psychologique immédiat :

*« I : Sans rendez-vous y'a pas d'place ! Donc pour le moment j'téléphone à ma sœur pour... voilà.
M : Et ça ça va du coup, avec votre sœur ça permet de...
I : ...ça m'apaise. Mais pas tout mais ça m'apaise, quoi. [Silence] » (I14)*

Enfin, comme dans le chapitre précédent, était rapportée la crainte d'un retard de prise en charge provoquant une perte de chance, notamment à cause des délais des examens d'imagerie (I6).

b) Facilités

Une personne saluait la précocité du rendez-vous en cas d'urgence :

« Le lundi le dermatologue, celui qui m'a opérée, est rentré, il a vu les résultats, il m'a appelée tout de suite, il m'a dit "je veux vous voir au bloc mercredi" » (I9)

De même, une autre soulignait la précocité de celui obtenu en médecine parallèle en cas d'urgence :

« Non, non, si vraiment c'est urgent je l'ai dans la journée. Elle trouve toujours un créneau, bon, même si c'est 19 heures le soir hein, mais au moins elle nous prend. Ça c'est quelque chose de bien ! Parce que le généraliste de mon mari, si on appelle, il ne peut jamais vous prendre tout de suite hein ! C'est toujours le lendemain ou le surlendemain. » (I7)

c) Réponses

Une personne disait s'accommoder du rendez-vous proposé pour ne pas l'éloigner davantage :

« Ben, il faut gérer hein. Etant donné que justement les rendez-vous sont tellement loin, moi, j'me dis dans ma tête que j'peux pas me permettre de râler en disant "ouais mais c'jour-là ça m'convient pas, na na na". Non, on me donne ce jour là j'le prends. » (I2)

Une autre réservait le rendez-vous suivant dès la fin de la consultation :

« Non, c'est tous les six mois dès la date qu'on a prise, six mois après faut que j'reprends un rendez-vous après. » (I8)

Enfin, plusieurs personnes, face aux difficultés rencontrées pour obtenir un soutien psychologique immédiat, disaient chercher réconfort dans leur entourage (I14, I18, I23) :

« Ben... quand j'suis pas bien soit que je pleure un bon coup, ou... j'téléphone à des amis, j'me fais consoler par ceux que j'aime et qui m'aiment. » (I18)

d) Conséquences

A cause des délais de rendez-vous, une personne disait avoir renoncé à un suivi gynécologique :

*« M : Et là, il y a des soins auxquels vous renoncez, actuellement encore ?
I : Gynéco. Trop long » (I2)*

3. Eloignement

a) Explications

Parmi les explications avancées, l'éloignement constituait un frein à l'accès aux soins du fait du coût des transports en commun (I1, I11), de l'essence (I2), des réparations de voiture impossible à assumer (I2), et du taxi (I18).

La crainte de conduire était également rapportée par une personne (I6). Une autre craignait les contraventions :

« C'est sûr que la vie elle est chère, hein de toutes façons. Faut pas le cacher, hein. Moi j'suis au RSA, donc j'essaye de tout faire à pied. Au minimum. Pour pas prendre de PV ou j'sais pas quoi. » (I1)

Enfin, une autre personne faisait part d'un problème podologique, l'empêchant de se déplacer comme elle l'aurait voulu :

« A moi d'bouger en vérité, mais j'ai un durillon à mon pied qui m'empêche de trop bouger... de trop bouger ! » (I17)

b) Facilités

D'autres facteurs étaient jugés comme facilitant l'accès aux soins, comme la possession d'un véhicule personnel (I7) ou l'utilisation des transports en commun (I1, I2, I10, I18) :

« Ah, transport ? Bah, avec Transpole. Par métro ou par bus » (I10)

La proximité du cabinet du médecin traitant avec le domicile ou avec le Centre Hospitalier Régional (CHR) réduisait le recours aux transports :

« I : Et en plus c'est pas loin du CHR, quand je sors de l'hôpital, j'avais voir le médecin tout de suite, ça c'est... »

M : C'est pratique !

I : Ouais. » (I18)

Enfin, une personne louait la proximité géographique avec de nombreux spécialistes :

« J'veux dire, on est à Roubaix, on est bien, moi j'parle pour nous, on est bien desservi, euh j'veux dire y'a des médecins partout, y'a des spécialistes partout, ou sinon tout est regroupé à l'hôpital, donc y a pas besoin... Voilà. Donc ça, niveau, on n'est pas en campagne, on n'est pas isolés. » (I2)

c) Réponses

Parmi les réponses trouvées, plusieurs personnes avouaient frauder dans les transports en commun (I1, I8, I15) :

« Je fraude, je fraude régulièrement. [...] On est obligé de frauder pour pas payer. » (I15)

Plusieurs fois rapportée, une autre solution était de privilégier les déplacements à pied, qu'importe la distance (I1, I5, I8, I9) :

« Marcher ça m'dérange pas. J'ai toujours dit, il faut marcher c'est bon pour la santé. » (I9)

Une autre personne privilégiait les déplacements à vélo (I20).

Enfin, se faire conduire en voiture par un proche était également rapporté (I3, I18).

4. Manque de disponibilité

a) Explications

Parmi les explications avancées était rapportée la nécessité d'être présent au domicile pour garder ses enfants (I1).

Une autre personne disait devoir poser un jour de congé lorsque le rendez-vous était pendant les horaires de travail. En cas de report d'un rendez-vous, il lui était alors impossible de poser un autre jour de congé et donc de l'honorer :

« I : Ou alors pour un travail aussi, on peut pas... il suffit que eux ils annulent, on peut plus annuler nous pour notre travail, ben on y va pas hein, c'est tout.

M : Je suis pas sûr d'avoir compris ce que vous avez dit...

I : Je voulais dire que, quand je travaillais, si on me donne un rendez-vous le vingt, après ils me téléphonent pour une cause ou pour une autre, c'est annulé ils ont reporté, après je n'irai pas. Parce que je peux pas demander deux fois à...

M : Alors que vous aviez déjà demandé à vous absenter le vingt ?

I : Voilà. » (I6)

b) Réponses

Une des solutions trouvées était de prendre rendez-vous pendant les horaires scolaires, afin d'éviter de devoir trouver une solution pour garder ses enfants :

« Ouais mais moi ça va, j'ai eu toujours des rendez-vous en expliquant que j'ai des enfants. Donc ils me donnent toujours des rendez-vous hors enfants. Là ils vont à l'école à huit heures cinq jusque trois heures et quart. Ils me donnent dans les temps. » (I1)

Une autre consistait à poser un jour de congé pour aller au rendez-vous, ou de faire accompagner leurs enfants à leur rendez-vous par un proche (I2).

Finalement, cette même personne disait devoir s'accommoder du rendez-vous du fait de sa position de faiblesse, avec le sentiment que ce sont les patients qui ont besoin des médecins et non l'inverse :

« Mais, non ! C'est déjà long, si en plus on chipote en disant, ouais mais c'jour là, gn gn gn... Non. C'est plus nous qui sommes j'trouve à la disposition des médecins, que les médecins à la nôtre. [...] De nos jours on peut pas se plaindre, c'est nous qui devons être au service des rendez-vous des médecins que l'inverse. Parc' que c'est pas nous qui avons besoin d'eux, 'fin... Eux ils ont tellement de demandes qu'ils ont... C'est nous qui avons besoin d'eux, vous comprenez ? Comme y a pas beaucoup ! » (I2)

5. Handicap

a) Explications

Une des bénéficiaires des « Restos du Coeur », I18, présentait un handicap moteur la contraignant à se déplacer majoritairement en fauteuil roulant. Elle estimait que cela constituait un obstacle aux soins pour de nombreuses raisons :

Sur le plan de l'aménagement des cabinets médicaux, tout d'abord, la simple présence d'escaliers rendait son accès difficile. Elle pouvait les monter à pied mais craignait de se faire voler son fauteuil roulant en le laissant au bas des escaliers, et l'absence de rampe lui faisait craindre de tomber. Les pentes étaient également jugées difficiles à monter en fauteuil roulant. Enfin, le manque d'espace autour de la porte d'entrée et la fermeture de la porte non amortie étaient également déplorés :

« Y : ...y'a, y'a des médecins qui sont pas adaptés du tout. Et le... le radiologue...
I : ...ah oui, rue de Bouvines ! Fallait faire des radios... des échographies tout ça, c'est pas adapté du tout, non.
Y : Y'a des marches, et y'a même pas de rampe.
I : Ouais y'a rien. Mais bon c'est dur là, là j'ai du mal ! Là c'est dur quand j'vais au radiologue.
Y : Ouais. Parce que la porte elle est tout de suite sur le côté, déjà !
M : Y'a pas d'espace du tout.
Y : Non, pas du tout. Y'a quelqu'un qui a laissé son fauteuil dehors, un jeune, il s'est fait voler son fauteuil. » (I18)

La table du scanner et celle de son kinésithérapeute étaient jugées trop hautes :

« Je suis allée faire du kiné il y a deux trois mois de cela, et le kiné il était pas adapté, sa table n'était pas adaptée. [...] Alors je devais monter sur les marches, même risquer de tomber, alors que, je sais pas là maintenant... [...] Et sur les brancards c'est pareil ! Sur les brancards à l'hôpital... Des fois c'est haut, les brancards ne se baissent pas à la hauteur des gens » (I18)

La deuxième catégorie de difficultés concernait les trajets. Le sol glissant et le terrain irrégulier dans la rue les rendaient périlleux. L'accès aux stations de métro était difficile du fait de la présence d'escaliers. De même, elle devait renoncer au métro lorsque l'ascenseur de la station était en panne. Les autres usagers des transports en commun, peu compatissants, ne l'aidaient pas et ne la laissaient pas passer. Par ailleurs, elle disait s'être déjà fait refuser l'accès à un bus et se désolait de la majoration du prix du taxi du fait

de son fauteuil. Elle expliquait également qu'un service de transport en commun pour handicapés existait, mais qu'il nécessitait un délai d'attente conséquent, le rendant inutile en cas de besoin immédiat. Enfin, elle déplorait le fait que les ambulances n'étaient pas toujours fiables :

« Y : On doit payer pour la chaise roulante aussi, hein ! Quand on prend un taxi on paie pour la chaise roulante hein ! [...] »

I : Ouais. Hein, les Handisport ! Mais le problème faut prévenir une semaine à l'avance. Donc quoi, si j'ai une urgence ou quoi, je vais les appeler ils viendront pas. Une fois y'avait pas de métro rien du tout, ben j'ai dû me déplacer, j'ai dû annuler mon rendez-vous à l'hôpital parce qu'ils ont pas pu venir. Mais bon, une fois j'ai appelé l'ambulance, elle est jamais venue, alors euh... » (I18)

Troisièmement, n'ayant pas de fauteuil roulant électrique, elle souffrait de sa dépendance totale vis-à-vis de son aidant principal. Plusieurs facteurs expliquaient l'absence de ce fauteuil. Elle dénonçait tout d'abord les délais d'attente et la complexité des démarches. Le coût de la consultation non remboursée avec le médecin rééducateur pour obtenir la prescription était également en cause, de même que celui de l'assurance du fauteuil. Puis, sa taille devant être choisie en adéquation avec le domicile, elle avait demandé le déplacement du fournisseur afin de faire les essais et l'achat, ce qu'il avait refusé. Enfin, elle redoutait de ne pas savoir diriger ce fauteuil :

« I : ...et y'a une assurance aussi à prendre, mais ça l'assurance, ça va être pris sur ma pension quoi ! Cent soixante euros par ans. »

Y : Le médecin, spécialisé, on a dû lui donner...

I : ...cent euros, non remboursable !

M : Ah bon ?

Y : Non remboursable. Et, pour finir, on doit écrire à l'Espoir, avec un courrier du médecin qui détaille tout, l'envoyer, si on a un rendez-vous pour le fournisseur, essayer le fauteuil sur place. Si lui il se déplace aussi, le fournisseur, hein.

M : Ah oui oui oui !

Y : Faut que la date et lui correspondent hein ! C'est compliqué comme tout. On a téléphoné au fournisseur il est pas content du tout.

M : Ah bon ? Pourquoi il est pas content ?

Y : Ben lui il voulait que ça se passe comme ça, amener le fauteuil, on le prend et on l'emmène là-bas. Mais non, c'est lui qui doit venir...

I : ...non mais il va voir, il va me rappeler là, il va me redonner un rendez-vous avec [?] pour qu'il vienne chez moi, pour vérifier que ce soit adapté à ma maison » (I18)

Par ailleurs, disposer d'un fauteuil roulant électrique n'aurait pas comporté que des avantages. Son poids l'aurait rendu impossible à porter dans les escaliers, l'empêchant notamment d'accéder au centre de distribution alimentaire des « Restos du Coeur » :

« I : Non, ben non, ici y'a des marches j'peux pas. Mais le jour que j'aurai un fauteuil électrique je pourrai pas venir ici avec parc' que cause qu'on pourra pas le monter euh...

M : Ouais. Et puis c'est plus lourd j'imagine aussi ?

I : Ben ça fait 110 kilos quand même hein ! » (I18)

Sur le plan financier, le coût des réparations d'un fauteuil roulant acheté aurait été difficile à assumer, la privant notamment d'argent pour consulter ou pour manger. Il en était déjà ainsi avec l'achat des chaussures et du lit médicalisés :

« Y : Ben la chaise roulante ça a un gros coût hein ! Franchement, pour changer une roue c'est 200 euros.

I : Pourtant c'est une petite plaque comme ça avec deux vis, pour raccorder euh la, la... la fourche de la chaise 50 euros. Non remboursés par la Sécu. [...] Ah oui. Parc' que c'est des fauteuils qui sont un achat avec la Sécu, mais quand y'a un problème, quand y'a une grosse casse au fauteuil, c'est à nos frais. Par contre, quand c'est en location on paye rien du tout.

[...]

I : Ils permettent d'avoir une pension d'invalidité aux gens qui sont en invalidité, mais je vous assure que... on n'a pas assez quand il faut payer les frais de chaise roulante... Bon j'ai une mutuelle, la mutuelle pour nous deux j'paye 120 euros par mois, bon par an ça va, heureusement que j'ai un dossier social par chez eux, on m'verse 500 euros tous les ans, quand ils l'décident, mais sinon, c'est comme ça que j'me débrouille quoi. Mais heureusement que les associations sont là pour manger parc' que sinon... » (I18)

La dernière explication était les railleries de certaines personnes :

« ...mais vous savez que, moi ma vie... Vous savez ce qu'on m'a dit ici ? On m'a dit que, avec mon fauteuil roulant, ben j'passais dans toutes les associations pour mendier. Ils sont méchants les gens hein ?! Jusqu'à dire ça. » (I18)

b) Facilités

A l'inverse, certains aspects facilitaient l'accès aux soins malgré la présence du fauteuil roulant. En premier lieu, l'accès handicapé au cabinet médical, notamment par le biais de pentes et d'ouvertures larges en facilitait l'accès. Sa proximité avec le CHR et les autres professionnels de santé était la bienvenue pour limiter les déplacements :

« I : Oui y'a une pente et tout, c'est impeccable. [...] Et en plus c'est pas loin du CHR, quand je sors de l'hôpital, j'vais voir le médecin tout de suite, ça c'est...

M : C'est pratique !

I : Ouais. » (I18)

L'utilisation des transports en commun et leur place disponible pour le fauteuil roulant facilitaient les déplacements, de même que le service dédié aux handicapés (Handipole). Les transports étaient également facilités par la carte d'invalidité :

« Y : C'est la carte lé... d'invalidité. Voilà. Quand vous prenez le... le TGV, vous avez pas de carte orange, et qu'ils vous montent en première classe parc' que vous avez un fauteuil roulant, vous avez un procès. 180 euros.

I : Parc' qu'en deuxième classe y'a pas d'emplacement... » (I18)

Comme rapporté précédemment, la prise en charge par la Sécurité Sociale des réparations des fauteuils roulants loués réduisait les frais. De même pour l'achat du fauteuil roulant électrique en lui-même (hors consultations et assurances) :

« Parc' que avant euh, dans le temps, il y a quelques années de ça, les fauteuils roulants électriques, la Sécurité Sociale ne donnait rien du tout. On devait l'acheter nous-mêmes. Alors ceux qui avaient pas d'argent l'achetaient pas ! Maintenant ça va, ils nous proposent des fauteuils électriques, bien sûr premier prix, mais c'est remboursé par la Sécu. » (I18)

Le soutien de l'aidant principal était également primordial :

« Elle se lève au moins j'sais pas combien de fois pour m'chercher un café, pour aller m'chercher par exemple mes médicaments, ma dextro, mes piqûres, tout ça, c'est elle qui fait tout pour moi, hein. Elle est très reconnaissable, hein, je la félicite ! [...] J'l'aurais pas, j'sais pas si j'aurais eu une personne comme elle, parce que c'est... » (I18)

Enfin, un lit-fauteuil d'hôpital, en cours de développement, était porteur d'espoir :

« Y'a un genre de fauteuil, mais qui se transforme aussi bien en lit qu'en chaise pour se déplacer [...] Génial ! Super ! [...] C'est un lit euh, les gens passent leurs examens, ils peuvent... se déplacer mais vraiment euh... partout. » (I18)

c) Réponses

Les réponses trouvées pour accéder néanmoins aux soins étaient d'être amené en voiture par un proche, et d'être aidé voire porté par d'autres personnes pour franchir les escaliers (I18).

d) Conséquences

A cause des difficultés d'accès à son cabinet, elle rapportait avoir dû changer de médecin traitant :

« Parc' que nous on allait à un médecin sur la rue de Bouvines à Lille, à Fives, mais y'avait douze marches à monter avec la chaise, avant d'aller dans le cabinet, et y'avait trois heures d'attente à chaque fois. Alors j'en ai eu marre, j'ai changé. Et c'était un bon médecin, je le regrette mais bon, j'en ai trouvé un bon quand même. » (I18)

IV. Difficultés humaines

1. Manque de motivation

a) Explications

De nombreuses explications étaient avancées concernant le manque de motivation pour consulter. Nombre de bénéficiaires des « Restos du Coeur » ne considéraient pas leur état de santé comme une priorité (I1, I20) :

*« I : Ben c'est moi, c'est depuis que je suis au chômage, je... j'vous dis, j'ai laissé ma santé de côté...
M : D'accord, c'était pas une priorité du tout quoi, à ce moment là ?
I : [Fait non de la tête] » (I20)*

Les consultations sur rendez-vous étaient également incriminées. Le simple fait de devoir prendre rendez-vous constituait un obstacle (I17). Etaient également avancées la perte de l'impulsivité à aller consulter, l'importance des délais de rendez-vous, et la contrainte induite par ce rendez-vous dans leur organisation :

« ...ben disons que quand on bouge beaucoup, qu'on a est actif pour d'autres personnes, ben c'est plutôt gênant ; ah c'est vrai, j'peux pas y aller parc' que j'dois aller à tel rendez-vous, donc ça ça m'gêne. » (I9)

A l'inverse, les consultations sans rendez-vous constituaient un frein pour d'autres patients, qui préféraient un système avec rendez-vous (I4, I11, I18). Etait notamment incriminé le temps passé en salle d'attente, par crainte d'être contaminé par les autres patients, de contaminer soi-même d'autres patients, et l'impossibilité d'obtenir des enfants qu'ils restent calmes :

« C'est p't-être sur rendez-vous mais c'est pratique. On n'a pas deux heures de queue. On a personne dans la salle d'attente, et en plus on contamine pas les autres ! [...] Parc' que faire trois heures de queue euh... Mes enfants ils ont pas de patience. Et y'a des médecins qui viennent et qui crient en plus. Ca m'est déjà arrivé hein ! Ils ont crié sur, pas les miens, mais sur les autres enfants qui foutaient le bordel quoi. Mais demander aux enfants d'attendre deux heures, franchement... [...] Donc, effectivement, si c'était pas sur rendez-vous, ça me ferait hésiter à y aller. » (I11)

Par ailleurs, la durée d'attente pour les consultations avec rendez-vous constituait également un obstacle (I4). Il en était de même pour l'attente aux urgences, utilisées comme premier recours à cause du coût des consultations chez les médecins généralistes (I11, I15).

La motivation à consulter était également freinée par la crainte d'effets secondaires aux médicaments prescrits :

*« I : Non, à part sur les médicaments, comme je dis, je suis plus côté naturel. Donc du coup le médecin généraliste ils le sont moins, et du coup oui ça m'embête un peu. J'ai toujours peur ! [rire]
M : Mm, donc du coup vous avez des réticences à y aller parce que vous vous dites, ben il va me donner un truc...
I : Voilà, et je vais avoir quelque chose, des effets, des brûlures ou des...
M : Oui, des effets secondaires.
I : Voilà. » (I7)*

La crainte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle et celle des résultats d'éventuels examens complémentaires diminuaient aussi la motivation à aller consulter (I7, I11, I21) :

« C'est vrai que je suis pas souvent malade, mais le peu que je le suis, j'évite le médecin, de peur, oui, qu'on me détecte quelque chose, je préfère éviter les mauvaises nouvelles. » (I7)

« I : Je suis vivant... Après, bon... C'est vrai que... j'ai pas fait de bilan... j'avais fait un bilan de santé quand j'avais, quand j'ai eu 40 ans, et depuis j'ai rien fait... »

M : Pourquoi ?

I : Parce que j'ai pas... j'ai pas envie de savoir » (I21)

De façon plus personnelle, une personne disait craindre que ses symptômes soient l'expression de sa mutation génétique, ou qu'ils soient reconnus par le médecin comme tels. De ce fait, elle consultait le moins possible son médecin traitant, et avouait lui cacher certaines informations :

« Après je sais que j'ai une maladie... 'fin que je peux développer la maladie génétique de ma famille, donc, ça m'inquiète, c'est pour ça que, faut que j'me force aussi à... à le faire mais, en général je refuse d'aller chez le médecin. Voilà. [...]

Y'a beaucoup de choses que je n'dis pas au médecin, voilà. Si j'ai des symptômes bizarres ou quoi, je vais penser à autre chose, je vais pas en parler au médecin [...] » (I11)

Une autre personne rapportait son mécontentement des soins apportés ou son désaccord avec la prise en charge proposée (I10).

De même plusieurs personnes mettaient en cause le manque de crédibilité du médecin (I2, I7 et I24). L'une d'entre elles avait le sentiment que les diagnostics et prises en charge des médecins généralistes étaient toujours les mêmes, et craignait ainsi une erreur de diagnostic et donc de prise en charge :

« Un généraliste oui. J'évite parce que pour moi, c'est beaucoup, beaucoup la même chose. Je suis allée voir pour euh, j'ai deux enfants, je suis allée voir pour mon premier pour un problème qu'il avait à la peau, des boutons, et il m'a conseillé une crème à la cortisone, chose que j'ai pas compris pour un enfant, surtout qu'il avait peut-être six mois. Donc, c'est là où je me suis orientée vers autre chose. Mon mari est "généraliste". Pour mon dernier, comme il a que dix-huit mois, problèmes financiers on est allé voir le généraliste parce qu'au moins il nous fait le tiers payant de suite. On va pas se mentir... Euh, pareil ! Il a le même que son frère, il nous a conseillé pareil, identique, donc oui, non, dès qu'il a quelque chose, enfin... Pour moi ils prennent la facilité les généralistes. Ils sont pas tous pareils hein, je vais pas... » (I7)

Enfin, certaines personnes avaient le sentiment d'être moins bien prises en charge à cause de la CMU-C. Elles craignaient ainsi d'être moins bien soignées et que consulter ne fasse qu'empirer leur état de santé :

« I : Après j'dirais, ben, le fait d'être au RSA, euh c'est du réflexe, tout bête, c'est on se dit "Moi j'ai pas d'argent pour payer le médecin.". Bien qu'en principe on paye pas, et puis y'a la CMU... Mais, voilà, j'pense qu'on y va... j'y vais toujours en me disant bon voilà... On est pauvre euh...

voilà ! On a l'impression... J'pars avec l'idée que je vais sûrement pas être aussi bien soigné que quelqu'un qui est riche quoi.

M : Parc' que vous ne lui donnez pas de l'argent en main propre ?

I : Parce que je suis un pauvre ! [...]

M : Parce que vous dites que le fait de pas donner 23 euros au médecin, vous avez l'impression que du coup il va moins bien vous soigner ? Que ça va être différent ?

I : Ouais euh, j'ai cette perception là, quoi. Parce que j'me dis, si ça tombe, on sera pas bien soigné, on sera... on sera négligé... et que ce sera peut-être pire que mieux quoi. » (I21)

A l'inverse, d'autres personnes rapportaient la crainte d'abuser en consultant pour rien (I11), banalisaient leurs symptômes (I13), espéraient que leur situation s'améliore spontanément (I17) ou, plus simplement, ne voyaient pas l'utilité de consulter pour des symptômes jugés bénins (I4, I21) :

« Non ben j'me sens bien donc j'vois pas pourquoi j'irais embêter le toubib quoi. J'ai déjà assez de produits sans m'occuper de moi [...] Ben, ça sert à rien, j'sais m'guérir moi-même ! Pourquoi j'vais aller voir le médecin ? » (I4)

« Parc' que, j'vais pas... Pareil... J'en ai pas besoin ! Si vraiment j'aurais un gros pépin de santé j'irais ! Mais bon, quand j'ai des bronchites ou des rhumes, j'me débrouille tout seul quoi ! J'vais à la pharmacie, j'prends de quoi et puis bon... Si je sens que j'ai la fièvre, ben je reste chez moi couché deux trois jours et puis voilà quoi. » (I21)

Une autre personne expliquait ne pas consulter car elle ne savait pas quel professionnel consulter :

« Mais j'ai pas de carte vitale, et je sais pas quel médecin voir. [...] ...les dents j'sais même pas où aller euh, faut que j'choisisse. » (I17)

Cette même personne disait également craindre d'être accusée de nomadisme médical si elle suivait les recommandations des autres bénéficiaires des « Restos du Coeur » :

« Ah non mais c'est vrai, merde ! J'suivi par l'Cèdre Bleu maintenant j'manque de respect au Cèdre Bleu. J'vais aller voir un médecin, ben ils vont dire "Il fait plein d'médecins alors, l'Monsieur !" . Moi c'est pas mon truc ! Moi j'suis pas comme ça ! » (I17)

Enfin, certaines personnes expliquaient leur manque de motivation à consulter en mettant en cause leur isolement et leur solitude (I1) ou les intempéries (I10). Quelqu'un s'indignait aussi de n'avoir rien eu à manger aux urgences alors qu'il était affamé :

« Ils m'ont laissé crever de faim toute la soirée, et ils m'ont rien donné à manger ! Quoi c'est normal j'arrache les trucs, j'arrache tout... ça... Ils vont voir... [Mime le fait d'arracher des électrodes de sa poitrine] En plein hiver ! » (I17)

b) Facilités

A l'inverse, certains facteurs motivaient ces personnes à consulter. Parmi eux, la confiance dans le médecin traitant (I1, I2, I4, I7, I9, I11, I14), sa ponctualité (I18) et ses visites à domicile, d'autant plus lorsqu'elles étaient spontanées (I1).

Certains plébiscitaient des consultations libres (I5, I9, I15), tandis que d'autres préféraient des consultations sur rendez-vous (I4, I11, I18).

Le fait de ne pas redouter de devoir se dévêtir constituait un frein de moins pour une personne (I4).

Par ailleurs, une autre personne rapportait avoir un accès facilité chez son psychologue, ses consultations étant organisées par son référent RSA (I14).

Enfin, les « Restos du Coeur » étaient un lieu d'échanges et certaines personnes saluaient l'esprit de communauté qui y régnait, permettant de les maintenir au sein de la société (I4, I17) :

« I : Vous m'connaissez pas parc'que, tout le monde me connaît ici, j'aime bien rigoler. [...] Comme ici, non, ça va, c'est jovial. » (I4)

c) Conséquences

Les conséquences de cette motivation insuffisante étaient l'automédication et l'attente d'une aggravation des symptômes pour finalement consulter :

« Je... j'attendrais un peu plus, qu'il irait mieux par exemple. Ou j'essaierai de trouver chez moi des médicaments. Parc' que faire trois heures de queue euh... » (I11)

Pour une autre personne, la conséquence était le détournement de la médecine traditionnelle pour être suivie, avec ses enfants, par une médecine parallèle (I7).

L'absence de participation aux dépistages était une autre de ces conséquences (I2, I7).

d) Motivations

La crainte d'un retard de dépistage et de prise en charge jouait un rôle moteur. La peur de mourir était exprimée (I1, I11).

Pour une autre personne, c'était la crainte d'être atteinte d'une maladie grave qui la poussait à consulter :

« Ouais, j'y vais souvent ! Parce que... Les douleurs me... les douleurs m'ont rendu hypocondriaque, et du coup j'angoisse sur un cancer de la gorge, un cancer des poumons... » (I19)

Leurs enfants les motivaient grandement, soit du fait d'un sentiment de responsabilité envers eux les poussant à se soigner, soit par peur de mourir et de les abandonner, soit par conquête d'un respect de soi grâce à l'amour qu'ils leur donnaient (I1, I2, I11) :

« Ah ouais. J'ai les enfants, moi, derrière, donc euh. [...] Si j'aurais pas eu mes enfants en fait ! [petit rire]. C'est mes enfants qui... "maman, maman, guéris !" [...] Euh, ben en fait moi j'ai toujours été seule, l'amour de mes enfants c'est déjà beaucoup. » (I1)

« I : C'est ce que j'me dis des fois mais, j'me force par rapport à mes enfants, parc' qu'on m'fait comprendre que si j'm'en vais que j'me soigne pas, si par exemple j'ai quelque chose de grave et j'me soigne pas, avec la médecine de maintenant on peut beaucoup soigner, c'est mes enfants qui vont plus avoir de maman donc euh... Et comme y'a que moi qui est là pour eux, ça risque d'être compliqué. Donc j'me force aussi pour eux, à aller...

M : ...à chaque fois c'est pour eux !

I : Oui, voilà. [Petit rire] J's'rais toute seule euh, j'm'en fous quoi. Mais ils ont besoin de... ils ont besoin de moi, en fait. » (I11)

La nécessité de prendre une mutuelle pour leurs enfants motivait également l'accès aux soins :

« Et j'ai pas le choix parce que, il était sur la CMU de son papa, et il a plus le droit d'y être, parce comme il est déclaré avec moi ils veulent plus. Donc tant que moi, ce n'était que moi, je n'étais pas couverte, mais comme là y'a mon fils j'ai pas le choix. J'suis obligée d'faire une mutuelle. » (I2)

Cette même personne rapportait le fait que, pour elle, la santé constituait une priorité :

« Ben quand même, ben c'est important ! » (I2)

La grossesse jouait également un rôle moteur, du fait du suivi médical qu'elle imposait (I7).

De même, la prise de conscience suite à la découverte d'une maladie ou le décès d'un proche jouait un rôle moteur :

« J'ai eu en 2002 le plus gros appel, alors j'fais attention, j'me soigne. » (I1)

« M : Vous participez à des programmes de dépistage de maladies... ?

I : Oui. Un peu plus depuis que j'ai perdu une sœur dans un cancer. » (I6)

Enfin, c'est parfois le médecin traitant lui-même qui incitait les personnes à consulter plus précocement (I11).

2. Mauvaise relation médecin-patient

a) Explications

Avec le manque de motivation, la mauvaise qualité du relationnel constituait l'un des principaux freins à l'accès aux soins, et ce pour de nombreuses raisons. Certaines personnes rapportaient tout d'abord la crainte d'être jugées, méprisées (I2, I12, I20, I24) :

« Si c'est pour arriver et déjà se sentir euh... [...] Non mais c'est vrai, mais, ils s'en rendent pas compte, mais moi ça me blesse donc. » (I2)

Ce sentiment était d'autant plus ressenti chez les personnes sans domicile fixe ou bénéficiaires de la CMU-C :

« J'avais l'impression qu'il me regardait à cause que j'avais la CMU. [...] C'est juste ça. Après c'est peut-être une impression mais, quand je sens le regard posé sur moi j'aime pas ça. J'ai tendance à... plus y aller quoi ! » (I11)

Par ailleurs, une personne partageait le sentiment d'humiliation éprouvé après un refus de rendez-vous parce qu'elle était bénéficiaire de la CMU-C, et lié à la stigmatisation dont elle se sentait victime lorsqu'on lui attribuait le « déficit de la sécurité sociale ».

« I : Euuuh, 'fin, c'est embêtant quand le toubib il prend pas la CMU...

M : Ah ouais ? Ça vous avez eu plusieurs fois, des refus de CMU ?

I : Oui, j'y vais pas, tout simplement.

M : Ça ça fait partie des raisons pour lesquelles vous y allez pas tout court, en vous disant...

I : C'est humiliant ! » (I16)

« Y'a un médecin qui m'a dit "Vous connaissez pas... le déficit de la Sécurité ?". [...] C'est parce que si on est malade [Voix conspiratrice], que on se fait soigner gratuitement, qu'il y a un déficit. C'est ce qu'il voulait me dire... [...] Ah ben on a pas trop envie de voir ces gens-là. » (I16)

Une autre crainte était celle de réflexions sur le manque d'hygiène ou de suivi médical (I2, I7) :

« Moi j'me sens mal à l'aise. Au lieu de dire, c'est vrai que, mon fils, non, j'suis toujours derrière pour qu'il se lave les dents. Mais moi, j'vais oublier, moi. J'peux rester deux, trois jours, quatre jours, si j'bouge pas de la maison j'vais pas y penser. J'me lève, j'fait mon ménage, j'm'assoie dans le fauteuil, voilà. Si c'est pour arriver et déjà se sentir euh... » (I2)

Un autre frein relationnel rapporté était celui de la honte de ne pas pouvoir honorer la consultation pour certains bénéficiaires de la CMU-C. Ils voulaient pouvoir être perçus comme « tout le monde » et auraient éprouvé de la fierté à payer (I11, I21) :

« J'ai honte de devoir dire "J'ai pas d'argent pour vous payer" en fait. [...] Donc je peux pas trouver de travail, donc on peut pas enlever ma CMU, donc je dois me taper la honte, voilà. [...] Moi j'ai envie de payer ma consultation comme tout le monde en fait. [...] Ah y'en a qui comprennent pas hein ! Y'a des gens, "Mais t'es mieux comme ça, tu payes rien, tu travailles pas tu payes rien, au moins t'es tranquille !" J'sais pas, je paye rien peut-être, mais j'ai pas de dignité tout de même. J'ai pas de fierté ! Je montre pas le bon exemple à mes enfants. » (I11)

D'autres rapportaient être mal à l'aise avec le milieu médical, notamment du fait d'une mauvaise qualité de l'accueil (I2, I21).

Une autre personne disait avoir perdu confiance dans une médecine devenue mercantile, avec l'impression d'être perçue comme un client et que les médecins ne soignaient que pour l'argent :

« Je ne sais pas si c'est un subterfuge. Ouais et puis, maintenant, le médecin euh... le cabinet, c'est... c'est une entreprise ! Enfin c'est pour faire du chiffre d'affaire ! [...] Ben... ceux qui rentrent, ce sont des clients. Ce sont pas des patients, ce sont des clients. [...] Oui oui oui... Quand on parle argent, tout de suite ça c'est euh... [Prend une expression avide] C'est pas pour savoir comment vous soigner ! [Petit rire] C'est pour savoir "Vous avez de la thune ou pas ?". C'est ça hein... [...] On a pas de relation de confiance. Lui il voit... le chèque ! » (I16)

D'autres dénonçaient le manque de crédibilité du médecin. Ils mettaient notamment en cause le manque de communication et d'explication. La consultation manquait d'un véritable dialogue, d'un véritable échange (I2, I7, I21, I24) :

« Ah ouais ouais ouais, ils sont pas terribles. Des fois je me demande s'ils ont vraiment l'diplôme. » (I24)

« D'façon c'est... c'est vraiment des histoires d'être humain à être humain quoi. Faut sentir les gens si... si y'a vraiment... si on est dans un vrai dialogue. » (I21)

Cette dernière personne soulignait la différence de statut social avec le médecin et le rapport de force qui en découlait :

« Ce qui nous gêne je pense que c'est aussi le... le rapport... Il y a tout de même un rapport de statut social, c'est, d'aller chez le médecin c'est toujours impressionnant j'crois. Euh... on se sent toujours un peu... avec quelqu'un qui a fait dix ans de médecine, qui sait tout, donc euh... enfin c'est pas évident quoi... euh... Le rapport est pas évident quoi. On pourrait presque s'croire... ressentir d'être dans un rapport de force, quoi. » (I21)

Elle déplorait également l'absence de prise en compte globale de sa personne, avec sa dimension psychologique, et non en tant que simple pathologie :

« Parc' qu'y'a des gens, ils vont de mettre dans leur, se réfugier derrière leurs directives de médecin et leur savoir, et bon, ils vont regarder le patient comme un patient euh... voilà, avec leurs certitudes qu'il faut soigner comme ça, qu'il faut guérir sans tenir compte, notamment de l'aspect psychologique de la personne, alors que j'pense que c'est une notion à prendre en compte. [...] Quand on sait maintenant que... alors c'est vrai que c'est une part d'irrationnel, mais on sait des fois, y'a des médecins, y'a des... Le mental, pour un malade, c'est important quoi ! Et donc c'est pour ça que la relation de confiance ça compte autant que... On sait qu'il y a des gens, bon voilà, avec le mental, ils arrivent à surmonter... des trucs... » (I21)

Enfin, toujours sur le plan relationnel, elle disait avoir été vexée par l'humour moqueur de son médecin :

« Ben je sais pas, j'dirais y'a humour et humour ! Euh... ben les médecins ils ont leur humour, j'comprends parce que c'est des études difficiles, et... l'humour carabin, c'est... Mais des fois euh... Voilà, on peut le ressentir contre soi quoi. On a l'impression que la personne se fout de vous quoi. 'Fin moi j'prends l'exemple que j'ai quoi, c'est mon médecin de famille, qui est au demeurant un très bon médecin, et... et voilà, cette personne, moi j'ai eu le sentiment que... qu'elle se foutait de ma gueule quoi ! » (I21)

Une autre personne déplorait la mauvaise qualité de l'accueil aux urgences utilisées en accès direct, sans y être adressé par le médecin traitant (I11).

Deux personnes rapportaient le sentiment de ne pas être prises au sérieux aux urgences du fait de leur condition de sans domicile fixe, et avoir été blessées par les préjugés des urgentistes sur leur consommation d'alcool :

« Parc' qu'y a trop de monde, et parce qu'ils nous croient pas. [...] Ah ils pensent qu'on simule, qu'on simule des comas, ou des alcoologies ou des problèmes de... Ça c'était pas terrible » (I15)

« La dernière fois que j'étais à l'hôpital, c'était suite à mon agression [...] La dame, l'infirmière : "Et vous, l'alcool !" J'avais pas bu. "Ah, il faut arrêter l'alcool ! C'est mauvais, l'alcool". [...] Ah ouais... J'sais pas, s'ils avaient fait une prise de sang, pour savoir si j'étais pas bourré. On m'accuse d'être... [petit rire] [Silence] Je suis parti » (I16)

Une personne déplorait que son médecin traitant soit trop souvent remplacé (I9).

Une autre estimait son médecin traitant trop proche d'autres membres de sa famille, et notamment de sa mère. Elle redoutait une absence de confidentialité. Malgré cela, elle gardait ce médecin, n'en ayant pas trouvé d'autre qui lui convienne :

*« I : Il est très complice avec ma mère, alors c'est rare que j'y vais.
M : Vous préférez ne pas y aller parce que du coup vous avez peur que les informations soient données...
I : ...que les informations passent avec ma mère, oui. [...]
M : Complètement, je vous comprends, et du coup pourquoi est-ce que vous ne changez pas de médecin ?
I : Parce que c'est un bon médecin. Et je trouve pas un autre. [...] Non, c'est juste par rapport à ça, il est très proche de ma mère et... j'ai pas envie » (I8)*

Enfin, une personne craignait d'ennuyer son médecin traitant avec une pathologie bénigne qui ne justifierait pas une consultation (I20).

b) Facilités

A l'inverse, nombreux aspects relationnels facilitaient l'accès aux soins. Le caractère attentionné du médecin et son absence de jugement (I2), la confiance qu'il inspirait (I1, I2, I4, I7, I9, I11, I14), et la qualité de son accueil (I2).

La confiance dans les médecins d'autres spécialités était également louée (I9).

D'une façon plus globale, le relationnel était également amélioré par la qualité du dialogue, des explications et des annonces diagnostiques des différents professionnels de santé (I9).

c) Conséquences

Les conséquences d'un mauvais relationnel étaient, à nouveau, l'attente que les symptômes soient graves avant de consulter. (I11).

Une personne disait également avoir changé de médecin traitant à cause d'un mauvais relationnel. Elle ajoutait qu'elle renoncerait à consulter si son médecin actuel était remplacé :

« I : Non, que le mien. Sauf quand il est vraiment pas là et que c'est vraiment... pour l'un de mes enfants. Parc' que même si c'est urgent pour moi j'irai pas.

M : Vous irez pas voir un médecin remplaçant si... D'accord. Et pourquoi justement ?

I : Le regard. [Petit rire] » (I11)

d) Théorisations

Pour une personne, ces problèmes relationnels pouvaient être expliqués par la lassitude des professionnels de santé du fait du nombre de patients vus chaque jour :

« J'peux comprendre ! Ils ont eu une journée dure, peut-être que j'suis la énième cliente à qui il répète la même chose et donc y'a un p'tit peu d'ras l'bol, j'peux comprendre. » (I2)

3. Barrière de la langue

a) Explications

Pour une personne, c'était surtout la barrière de la langue qui rendait l'accès aux soins difficile. Bien que comprenant la langue, elle éprouvait des difficultés à s'exprimer et à expliquer ses symptômes. Prendre rendez-vous par téléphone s'avérait déjà difficile :

« Euh ouais... ouais... c'est vraiment très difficile. J'suis un georgienne, j'ai jamais étudié française, en Georgie seulement anglais comme les alphabètes, c'est tout ! [...] Là c'est la trois ans que je suis là en France j'ai tous apprené sans école. Avec rendez-vous, avec... tout ça, toute seul j'ai apprené le Française. Maiiiiis, pour moi, pour mon complication c'est très difficile. J'ai peut-être possible tous compris, mais, pas possible expliquer. [...] Pour les l'autres euh, c'est vraiment difficile. Parce que, avant de la faire fibroscopie, j'ai pas possible d'expliquer à la médecin pourquoi j'ai mal au ventre » (I10)

b) Réponses

Pour palier à ces difficultés, cette personne choisissait d'annoncer d'emblée à son interlocuteur avoir des difficultés pour parler et comprendre la langue. Elle lui demandait également de parler lentement. En parallèle, elle participait à des formations afin d'apprendre la langue.

Par ailleurs, au sein de sa communauté linguistique, on lui avait recommandé un médecin traitant parlant sa langue maternelle. Celui-ci servait depuis d'interface avec les autres professionnels de santé :

« Ben après, obligé aller généraliste demander noter dans la ordonnance, pourquoi j'ai mal, comment, tout ça, après... » (I10)

4. Alcoolisme

a) Explications

La consommation d'alcool était rapportée comme une difficulté d'accès aux soins. Une personne disait consommer de l'alcool plutôt qu'aller consulter quand elle ne se sentait pas bien :

*« M : Et... quand vous êtes pas bien, quand vous vous sentez pas bien, qu'est-ce que vous faites ?
I : J'picole. [...] C'est... ma grosse connerie je sais. » (I24)*

Une autre expliquait que l'alcool empêchait de se confier car il augmentait l'estime de soi :

« I : Parce que justement avec l'alcool, on se sent mieux, on se sent plus fort, et bon... on sait qu'on ne l'est pas. C'est pour pas se sentir dans un état de faiblesse. [...] »

M : Et par exemple vous trouvez que quelqu'un qui consommerait de l'alcool etc., il va pas en parler, il va avoir de la gêne à en parler ? Et pourquoi vous pensez ?

I : Euh, parce que c'est l'alcool, avec la psychologie, on est moins sensible, on est moins sensible à l'écoute... Peut-être que j'me trompe hein !

M : Ah non, je sais pas ! Quand on boit de l'alcool on est moins sensible à l'écoute des autres ?

I : Oui, je sais pas... On a peut-être plus d'ego justement, ça dope l'ego. » (I20)

Comme rapporté précédemment, une autre personne se disait blessée par les préjugés des urgentistes sur sa consommation d'alcool :

« M : Ils vous ont vexé en fait, en quelque sorte. »

I : Ouais, ben ouais. Après, je ne sais plus. J'suis parti. » (I16)

Enfin, une personne disait éprouver des difficultés à obtenir des papiers car elle avait été refoulée et vexée au commissariat du fait de sa consommation d'alcool :

« I : Mais, ils m'ont dit "Viens à jeun." [Silence] »

M : Ah.

I : Moi ça m'a vexé quelque part, tu vois quoi. [...] Ils savent, mais c'est à moi d'aller me manifester. Mais en allant à jeun. Voilà, la vérité elle est là. Mais moi, parce que on m'a fait une remarque une fois, on m'a dit "Monsieur vous avez bu", mais moi j'viens à midi j'dis "oui, j'ai bu une bière c'matin !". Quel con ! "Quoi vous avez bu une bière le matin ?!" ça veut dire alcoolique quoi.

M : Eux l'ont compris comme ça.

I : J'aurais dit "J'ai bu une bière à midi" au moins j'aurais pas pris, mais là j'ai dit j'ai pris une bière au matin. [...] J'me suis... niqué tout seul. » (I17)

b) Facilités

Les facilités rapportées étaient la prise en charge par un centre d'addictologie, et la prise en charge à 100 % par un protocole de santé :

« Ben en fait, grâce au service d'addictologie, j'ai réussi à... j'ai réussi à avoir un protocole de santé, c'qui, c'qui... c'est qu'en fait, jusqu'en 2016, je suis soigné gratuitement, mes soins sont gratuits, parce que... je suis dans une tentative d'arrêter quoi, et mes médicaments, mes »

antidépresseurs mes anxiolytiques sont gratuits, quand j'avais au médecin c'est gratuit. Ben voilà quoi. » (I19)

c) Réponses

Parmi les réponses trouvées, une personne disait dormir un maximum pour ne pas boire et fumer :

« J'me lève et je pense tout de suite à boire et à fumer, et puis... j'dors même l'après-midi quoi. Tant qu' j'peux dormir j'dors, parce que ça m'évite de fumer. Donc ma vie c'est pas très cool en ce moment, quoi. Voilà. » (I19)

Cette même personne voulait trouver un travail pour s'occuper et, ainsi, ne pas boire et fumer :

« La meilleure chose qui serait... ce qui serait à faire ce serait d'arrêter ! C'est dur, c'est très dur... Euh... je vis pas trop bien avec ça, j'aimerais bien trouver un taf histoire de m'occuper un peu et... et puis de... et puis d'arrêter quoi ! Mais c'est dur, c'est dur. Tous les matins... tous les soirs je pense à arrêter la cigarette, arrêter les bières, et puis le lendemain matin tout est faussé, la première chose à quoi je pense c'est fumer une clope... J'essaye aussi même d'arrêter le cannabis, j'arrive à arrêter une semaine, et puis après... j'reprends... C'est dur. Super dur. » (I19)

Une autre personne disait être aidée par des associations pour sa prise en charge thérapeutique, son suivi médical et son hébergement (I15). Etaient notamment citées la Croix Rouge, l'ABEJ, et l'Armée du Salut.

d) Conséquences

Les conséquences de ce frein lié à l'alcoolisme étaient la perte de l'estime de soi (I19), des épisodes dépressifs et un ralentissement psycho-moteur (I12, I15) :

« Là ça va mieux. L'alcool me mettait un peu... KO ! [...] Même quand j'buvais pas, ça marchait pas, y'a rien qui allait ! Après ça allait plus, plus de force, plus rien.. » (I12)

Les autres conséquences étaient des difficultés à marcher, des hospitalisations répétées, le développement d'une anémie et des fractures traumatiques :

« I : J'avais ci, j'avais là, j'ai rentré cinq six fois à l'hôpital.

M : Ah bon !

I : J'ai eu plein, plein de, plein d'anémie.

M : Ah. Et comment est-ce que ça s'est terminé finalement ?

I : Ben ça s'est pas encore calmé exactement, là j'suis suivi par la Croix Rouge.

M : Oui.

I : Eux ils me donnent des traitements B6 et tout ce qui s'en suit, et des trucs parce que je me suis cassé le bras, enfin le coude et... un peu d'tout quoi. » (I12)

5. Crainte de la douleur liée aux soins

a) Explications

La crainte des piqûres liées aux examens biologiques ou aux soins dentaires était rapportée comme un obstacle :

« I : Non, je l'ai pas fait, la vérité, parce que moi, je n'aime pas, la vérité, le truc des seringues euh...

M : D'accord, d'accord, je comprends. Et pourquoi ?

I : Euh... parce que, quand j'étais petit, je n'aime pas les seringues et tout ça, c'est pour cela » (I5)

« I : Déjà première chose j'ai peur oui. Mais je sais que je dois y aller hein.

M : Peur de l'examen, et des outils qui sont utilisés, etc. ?

I : Des piqûres. Tout tout tout. Dès que je vois une aiguille, déjà en temps normal c'est compliqué. Donc dentiste, oui, c'est vraiment quand on a la rage de dent » (I7)

b) Conséquences

Les conséquences étaient un mauvais état dentaire (I2, I14), un renoncement au suivi dentaire (I2, I7) avec des consultations uniquement en cas de douleurs importantes, et des complications infectieuses :

« ...voilà, que j'ai pas le choix et que je suis vraiment obligée d'y aller. Après je me fais engueuler, c'est sûr ! [rire] Mais bon... » (I7)

« I : Oui... J'ai toutes mes dents qui sont cassées, ils m'ont même fait une cellulose !

M : Cellulite ?

I : Cellulite oui ! j'me suis r'trouvée au CHR à Lille, logiquement on y reste 48 heures, moi j'ai dû signer une décharge au bout d'une semaine pour sortir, parce que ça se résorbait pas ouais. » (I14)

De ce fait, ces personnes se sentaient jugées par les professionnels de santé et subissaient des réflexions désagréables sur leur manque de suivi :

« ...la peur, oui. Et, le jugement ! Parc' qu'y'a certains dentistes qui font "Vous avez attendu autant de temps, vous...". Voilà quoi, j'ai pas envie. [...] ...moi j'me sens mal à l'aise » (I2)

Certaines personnes refusaient catégoriquement les traitements injectables et les prises de sang, renonçant ainsi aux bilans de santé gratuits bien qu'en ayant entendu parler (I5, I7).

c) Motivations

Le regard de leurs enfants, la volonté de rester digne et de leur montrer l'exemple étaient rapportés comme aidant à passer outre la douleur liée aux soins :

« I : Le seul moyen de ne pas avoir peur chez l'dentiste c'est d'y aller avec lui, parc' que lui, il est là, donc du coup on s'dit "mon fils est là, donc faut pas que j'lui montre que j'ai peur, parce que..."

M : Vous prenez sur vous, d'accord.

I : Mais après voilà, si c'est pour qu'ils disent devant mon fils "oui mais elle se lave pas les dents, ben ma mère elle le fait pas pourquoi j'vais l'faire ?" » (I2)

6. Préjugés sur les médicaments

a) Explications

D'une façon générale, le manque d'explications et de communication des médecins sur leurs prescriptions médicamenteuses était décrié (I2, I7) :

« ...on arrive, elle vous fait une ordonnance, "Vous allez prendre ça". "Oui, mais pourquoi ? Expliquez-moi pourquoi". C'est ce que j'avais avec l'autre ophtalmo, j'l'aimais pas du tout pour ça. » (I2)

Une personne était convaincue que les mesures hygiéno-diététiques étaient suffisantes et que son hypertension ne nécessitait donc pas de médicament :

« ...oui, dans la famille c'est ça. On doit être suivi. Mon médecin me râle dessus, mais j'dis toute façon j'le f'rai pas, j'le f'rai pas ! J'ai arrêté de manger trop de sel, les plats cuisinés c'est salé... [...] Moi j'ai diminué, j'me sens mieux » (I9)

Une autre personne était persuadée que les médicaments génériques n'étaient pas de vrais médicaments, et qu'ils n'étaient pas aussi efficaces que les princeps. Elle expliquait qu'ils constituaient une médecine pour les pauvres, mis en avant parce que moins chers :

« I : L'accès aux soins ? Y'a aussi le... 'fin, les génériques, et les vrais médicaments. Ça euh... Moi j'trouve que les génériques ça ne vaut pas les vrais médicaments mais enfin, bon ben c'est tout. [...] Je préfère la vraie médecine à la médecine économique et... voilà. [...] M : D'accord... Et ça pour vous c'est une difficulté d'accès aux soins quelque part ? Ça fait que vous allez réfléchir à ça, au fait qu'un médecin va vous prescrire des génériques plutôt que... avant d'aller consulter ? I : Ça peut être vrai ! Ça peut être vrai, y'a des médecins que bon, si c'est un autre médecin par exemple et qu'on veut celui-là, il va pas nous l'donner, alors que c'est celui-là qui nous est conseillé par l'un, par l'autre ! Voilà. [...] Donc on va pas aller voir ce médecin-là, on va aller voir, on va essayer de conserver notre médecin. M : D'avoir votre médecin ? Quitte à attendre qu'il soit disponible, mmm. » (I15)

Une personne ayant présenté des effets secondaires avait interrompu spontanément son traitement et n'en voulait plus :

« J'ai pris des p'tits cachets mini-doses, j'ai eu une extinction de voix ; alors elle m'a dit de prendre ça le soir, et pas le matin, donc je l'prenais l'soir ; donc extinction de voix pendant... dès le début, enfin pas dès le début il a fallu un p'tit délai, et puis ben quand j'le prenais hop, somnolence, au bout d'une demie heure, fffuit, salut ! Alors au moment de Noël j'vous dis pas, plus d'voix, j'ai dit bon j'l'arrête c'est bon, j'l'ai arrêté d'moi-même, j'ai été voir le médecin, j'ai dit "voilà j'ai arrêté vot' cachet", elle m'a dit "ça arrive, mais c'est rare". Elle dit "ça fait rien, on va vous donner une dose, mais plus importante". J'ai dit "J'le prendrai pas". Et j'le prends pas. J'suis toujours à 17 de tension depuis... » (I9)

La confusion entre allergie et effets secondaires était également source de refus thérapeutique :

« Et j'ai mon grand qui fait la même allergie. Le petit a pas eu encore de problème de ce côté-là mais euh... AUGMENTIN c'est le médicament, j'le dis "Ha, évitez AUGMENTIN hein". Elle dit "Oui oui d'accord". Ben on essaye d' voir une autre famille parce que bon ben... mycoses, c'est c't'historie de mycoses qui... » (I9)

Enfin, une autre personne rapportait avoir perdu un proche, drogué par des médicaments, et avoir elle-même été droguée à son insu par des médicaments :

« Et, on m'a mis de l'ARTANE dans ma bière. [...] Un cachet pour être drogué. 'Fin j'en sais rien, j'me rappelle plus c'qui est arrivé. J'parlais à un arbre, j'croyais que j'parlais à une femme ! Tu t'rends compte, arriver à c'point là ! Mais moi j'sais que j'suis pas un trou d'balle, tu vois quoi, j'sais qu'c'est pas possible de parler à un arbre... » (I17)

b) Facilités

A l'inverse, certaines personnes avaient le sentiment que les médicaments étaient indispensables (I9) et que les génériques étaient identiques aux princeps :

« ...j'm'en fous d'avoir les génériques, parc' que moi j'suis pas médecin, le médecin s'il me dit que ce médicament me convient, eh bien, il me va, j'm'en fous générique ou pas générique, voilà, du paracétamol ou du DOLIPRANE pour moi, c'est la même chose... » (I2)

c) Conséquences

En conséquence de ces a priori sur les médicaments, certains préféraient attendre pour ne consulter que leur médecin traitant, plutôt qu'un remplaçant ou un associé susceptibles de leur prescrire des génériques (I15). D'autres refusaient de prendre un nouveau traitement (I9), ou se détournaient de la médecine traditionnelle pour se tourner vers les médecines parallèles (I7).

7. Manque de soutien psychologique

a) Explications

Une personne estimait que l'aide psychologique était taboue. Elle craignait d'être jugée et méprisée :

« Et ça, y'a personne. 'Fin, pardon, y'a personne pour vous aider moralement, on doit rester forte tout l'temps [retient ses pleurs]. Voilà. J'vais aller aux urgences, j'vais dire "j'ai b'soin d'quelqu'un pour parler" on va m'dire "elle est folle, elle". Donc ben, vous restez, vous gardez tout et, et voilà. C'est bien dommage. [...] ...c'est trop tabou ! » (I2)

Du fait de la stigmatisation des demandeurs d'aide psychologique, elle exprimait son sentiment de honte et, finalement, disait renoncer aux soins :

« Et là, comme la vie fait que, le psy n'est pas quelque chose de courant, c'est assimilé à une maladie mentale, on est fou, on est malade, on y va pas. Voilà. » (I2)

Cette même personne mettait en avant sa crainte qu'on lui retire la garde de son enfant :

« C'est assimilé, on a toujours honte de dire qu'on a besoin de voir quelqu'un. Parce que j'le sais, j'ai ce sentiment de honte en fait, voilà parc' qu'on est assimilé à des gens fous, on va m'enlever mon fils, moi c'est ça hein, j'veais aller voir un psy, on va m'enlever mon fils. » (I2)

Elle déplorait également ne pas savoir où trouver de soutien psychologique et se sentait abandonnée :

« C'est pareil, après on va dire que, quand on va pas bien moralement, y'a personne qui vous oriente nulle part, personne. » (I2)

Elle souffrait de l'impossibilité de soutien de la part de son médecin traitant, du fait du délai de prise en charge et des consultations sur rendez-vous :

« Mais ça par contre y'a personne, pareil, on va vous dire "faut prendre rendez-vous" » (I2)

Elle dénonçait par ailleurs l'absence de remboursement des consultations de psychologie par la sécurité sociale.

Elle évoquait également son expérience d'hospitalisation en secteur qu'elle jugeait inadapté, sans possibilité de s'exprimer avec d'autres personnes dans le même cas qu'elle, et son sentiment de solitude et d'isolement :

« J'ai signé une décharge parc' que j'me sentais mal à l'aise, j'étais pas avec des gens... adaptés. J'parle pas des médecins mais des patients. [...] J'me suis dit "mais qu'est-ce-que je fais au milieu de ces gens-là ?" [...] Ben là non, j'me suis retrouvée avec des gens qui n'avaient aucun rapport avec moi ! Donc j'me suis sentie mal, j'me suis dit j'suis pas à ma place, j'ai signé une décharge, je suis sortie. [...] Vous êtes à côté, justement si on est dans une structure comme ça, j'aurais aimé être avec des gens qui ont les mêmes problèmes que moi... On est devant la télé mais on discute tous ensemble, "Ça va ? Ben alors et toi ?", des groupes de p... Mais là non... Et, j'm'en veux d'avoir signé une décharge pour sortir, mais sans m'en vouloir, parc' que j'étais pas à ma place. » (I2)

Enfin, une autre personne éprouvait des difficultés à se confier à son médecin traitant. Elle aussi disait avoir des difficultés à partager ses problèmes psychologiques, ressentant une certaine pudeur et estimant ce sujet tabou. Elle doutait également de sa capacité d'écoute :

« Parce que un médecin traitant c'est pas un psychologue ! [...] Ouais c'est-à-dire, peut-être euh... pour moi il a pas... dans un médecin, y'a certaines personnes qui arrivent à se confier à leur médecin, mais moi j'y arrive pas. » (I20)

Cette personne craignait, en se confiant et en montrant ses faiblesses, de perdre sa licence sportive voire même de perdre l'estime de son médecin traitant et de détériorer leur relation :

I : Euh... Parce que c'est toujours difficile de se confier, ses problèmes de santé c'est pas... euh c'est sûr que c'est... pour un homme c'est jamais... un mec c'est jamais simple.
M : Ouais... Vous avez peur du regard ou...
I : ...voilà, voilà... » (I20)

b) Facilités

A l'inverse, certaines personnes n'éprouvaient pas de difficulté pour obtenir un soutien psychologique car elles se confiaient à leur médecin traitant (I23) ou obtenaient rapidement un rendez-vous avec le psychologue, consultant au sein d'associations (I15).

c) Réponses

Les réponses trouvées étaient la communication avec leurs enfants ou le soutien psychologique, physique ou téléphonique, par un proche (I14, I18, I23) :

I : Sans rendez-vous y'a pas d'place ! Donc pour le moment j'téléphone à ma sœur pour... voilà.
M : Et ça ça va du coup, avec votre sœur ça permet de...
I : ...ça m'apaise. Mais pas tout mais ça m'apaise, quoi. » (I14)

Une autre réponse trouvée était de détourner l'accès facile, gratuit et démocratisé au psychologue du lieu de travail pour ses propres problèmes :

I : C'est comme moi, le psy c'était, psychiatre c'est comme quand on en ramenait un en garde à vue, voir si y pouvait faire la garde à vue et puis basta quoi. C'est pour les filles ! Mais en fin d'compte non c'est pas pour les filles, ça m'a appris, c'est dans la police, parc' que dans la police on en a partout, y'a toujours quelqu'un même si c'est un psychologue, pour pouvoir discuter, pour débriefing pendant les interventions, même si j'en ai jamais consulté pour le travail, j'ai pu consulter pour moi et ça m'a beaucoup aidée. Et là qu'j'y suis plus parc' que j'ai démissionné, pour un tas de raisons qui ont fait que, euh, ben j'me rends compte que là j'en aurais bien besoin ! [...] Autant au travail, comme on devait pas payer ça faisait partie du travail,

on y allait plus facilement [...] On s'dit tout le monde croit que j'y vais pour une intervention, mais en fait on n'y va pour l'... on y va pour des problèmes perso. [...] Tout le monde fait ça ! Parc' que, voilà ! J'en discutais avec ma meilleure amie, encore maintenant au commissariat quand j'avais les voir, elle me dit "oui, on y va, mais on s'dit tous ça, donc du coup on se sent rassuré !"

M : Oui ! Et, on n'est pas jugé.

I : Voilà. Et là, comme la vie fait que, le psy n'est pas quelque chose de courant, c'est assimilé à une maladie mentale, on est fou, on est malade, on y va pas. Voilà. » (I2)

Enfin, une autre personne participait à des activités sportives collectives pour briser l'isolement et se vider l'esprit :

« M : Et qu'est-ce que vous faites quand êtes pas bien justement ? Quand vous vous sentez malade ou que vous êtes pas bien ?

I : J'fais une balade, je suis dans un club donc je peux faire deux sorties par semaine ! Le mercredi, le mercredi et le dimanche. C'est comme... hier on était dimanche, et ben j'ai fait 110 kilomètres. [...] je suis rentré rouge comme une écrevisse, parce qu'il faisait très chaud mais ça m'a... j'me suis senti mieux. » (I20)

d) Conséquences

Du fait de leurs difficultés à obtenir un soutien psychologique, ces personnes ne savaient pas comment évacuer la pression et devaient cacher leur mal-être psychologique :

« C'est pas question qu'on est fou, c'est que j'ai juste besoin d'évacuer un trop plein ou un... J'en ai marre. Me vider. » (I2)

Elles manifestaient le besoin d'être écoutées, rassurées, de se sentir normales :

« Juste besoin d'parler et d'avoir quelqu'un qui vous écoute ! C'est tout. Et qu'on vous dise : "mais non, vous êtes pas folle, c'est normal que vous disiez que cette situation n'est pas normale". Quand la personne en face de vous vous dit "ah c'est toi qui es folle" ça fait du bien d'entendre de la bouche de quelqu'un d'autre "vous êtes pas folle, c'est pas une situation normale" » (I2)

Les autres conséquences rapportées étaient des sorties contre avis médical et des tentatives de suicide, avec le sentiment de culpabilité qui en découlait :

« J'ai jamais euh... Je suis quelqu'un de très fort. J'ai un fort caractère. Fort, fort. Sauf que quand on peut plus on peut plus ! J'ai fait une grosse bêtise le jour de mon anniversaire y'a deux ans, j'ai pris des cachets. J'aurais pas dû. » (I2)

e) Solutions

Les solutions idéales avancées par ces personnes étaient une écoute bienveillante, la démocratisation de l'aide psychologique, et la dédramatisation des fluctuations thymiques (I2).

8. Sexe du médecin

a) Explications

Le sexe du médecin constituait parfois une difficulté d'accès aux soins. Pour une personne, le sexe féminin de son médecin traitant lui faisait perdre en crédibilité :

« Donc j'ai un médecin traitant mais, je l'ai vue juste le jour pour lui faire remplir le papier pour être médecin traitant, et puis c'était une femme et... bon, depuis je suis pas retourné la voir ! » (I21)

Après avoir subi des violences conjugales et familiales, une personne n'acceptait de consulter un gynécologue que s'il s'agissait d'une femme (I1). A l'inverse, une autre personne préférait un gynécologue masculin :

« C'est comme mon gynéco, ben les femmes, certaines vous diront que... moi j' préfère un homme, parc' que les femmes euh, j'ai toujours mal quand c'est des femmes. » (I2)

b) Facilités

Contrairement à I21, une personne déclarait que le sexe du médecin traitant n'était pas important :

« J'veux dire que quand ce soit un homme. Bon, mon médecin de famille, c'est rien. C'est un homme. Mais tout ce qui est gynéco, tout ce qui est le reste, c'est femme. » (I1)

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Les entretiens menés auprès des bénéficiaires des « Restos du Coeur » rendaient compte de nombreuses difficultés d'accès aux soins. Ces freins ont été, avec leurs caractéristiques respectives, organisés en quatre catégories :

- financiers : coût des consultations, hospitalisations, médicaments, lunettes, kinésithérapie, et absence d'aides
- administratifs : absence de logement, de papiers, et de travail
- organisationnels : délai de rendez-vous, éloignement, manque de disponibilité, et handicap
- humains : manque de motivation, mauvaise relation médecin-patient, barrière de la langue, alcoolisme, crainte de la douleur, préjugés sur les médicaments, manque de soutien psychologique, sexe du médecin

Trois acteurs occupaient une place prépondérante dans le parcours d'accès aux soins des bénéficiaires des « Restos du Coeur » : le médecin traitant, la CMU-C, et les « Restos du Coeur » eux-mêmes. Il convient d'analyser leur rôle respectif de manière plus transversale.

1. Le médecin traitant

Le rôle facilitateur du médecin traitant était largement souligné.

Sur le plan financier, il l'était tout d'abord par la pratique du tiers payant et de la dispense d'avance de frais le cas échéant. Afin de limiter les freins financiers à la consultation, certains médecins réalisaient des actes gratuits. Une personne rapportait des « arrangements » avec son médecin traitant, sans avoir voulu donner d'autres exemples après cet entretien que celui d'encaisser les chèques de manière différée. Certains

faisaient le choix de déclarer toutes les consultations comme conformes au protocole ALD, et utilisaient le tiers payant, afin que leurs patients n'aient pas à avancer de frais. Dans cette même optique, des médecins prescrivaient en ALD des médicaments qui n'auraient pas dû l'être. Certains questionnaient leurs patients sur l'argent dont ils disposaient avant de prescrire des médicaments. Ils faisaient alors le choix d'éviter ceux dont le coût était trop élevé, voire rédigeaient des ordonnances au nom d'une autre personne, moins précaire.

D'un point de vue humain étaient soulignés la confiance qu'ils portaient à leur médecin traitant, son absence de jugement, son caractère attentionné, la qualité de son accueil, du dialogue et des annonces diagnostiques. L'ensemble permettait de se confier sans crainte à la recherche d'un soutien psychologique.

La disponibilité du médecin traitant, sa ponctualité, la précocité des rendez-vous proposés, et la présence de créneaux horaires réservés aux urgences étaient également avancés.

2. La CMU-C

L'aide financière apportée par la CMU-C était flagrante. Cependant, par certains aspects humains, elle pouvait parfois constituer un véritable obstacle à l'accès aux soins.

Certains bénéficiaires s'étaient notamment vu refuser la consultation et l'avaient vécu comme une humiliation, de sorte qu'ils ne voulaient plus consulter. Stigmatisés, ils ressentaient également ce sentiment d'humiliation lorsqu'on leur attribuait le « déficit de la sécurité sociale ». Il se sentaient jugés, méprisés. Certains craignaient que consulter ne fasse qu'empirer leur état de santé, redoutant d'être moins bien soignés parce qu'ils bénéficiaient de la CMU-C.

La dispense d'avance de frais pouvait être vécue comme une honte, une perte de dignité : certains auraient été fiers de pouvoir honorer leur consultation, voulant être « comme tout le monde ».

3. Les « Restos du Coeur »

L'existence de cette association était maintes fois saluée. Sans son aide alimentaire, certaines personnes déclaraient qu'elles n'auraient tout simplement pas pu se nourrir. Elle constituait également une aide financière de manière indirecte, permettant de garder de

l'argent de côté pour accéder aux soins. Au contraire des critères d'attribution de la CMU-C, ceux des « Restos du Coeur » déduisaient le coût du loyer des revenus, permettant d'élargir leurs aides à de nombreuses personnes.

Au-delà de cette aide alimentaire, la promotion des bilans de santé, gratuits, par les « Restos du Coeur » permettait d'offrir un accès à des examens de dépistage voire des soins dont ces personnes n'auraient pas pu bénéficier autrement. Ils en facilitaient l'accès en proposant de donner immédiatement un rendez-vous aux personnes intéressées.

Enfin, les « Restos du Coeur » étaient également un lieu d'échanges, avec un esprit de communauté, permettant de maintenir certaines personnes au sein de la société. Ils donnaient notamment l'occasion de partager les noms des associations caritatives offrant gratuitement une prise en charge thérapeutique, un suivi médical et social, voire un hébergement.

II. Discussion des méthodes

1. Choix des méthodes

a) Choix du qualitatif

Cette étude cherchait à connaître en quoi les obstacles rapportés constitueraient une difficulté d'accès aux soins, d'obtenir les expériences vécues et les explications propres à chaque participant afin de les comprendre et, ainsi d'offrir une base de réflexion pour d'éventuelles améliorations. L'objectif était de recenser le plus grand nombre de difficultés d'accès aux soins. Dans ces conditions, obtenir des données chiffrées n'avait pas d'intérêt. La réalisation d'une étude qualitative s'imposait donc, puisqu'elle permet par définition de mettre en évidence, d'analyser et d'explicitier des phénomènes sociaux visibles ou cachés⁽¹⁵⁾.

b) Choix des entretiens individuels semi-dirigés

L'utilisation d'un questionnaire aurait limité le champ de recherche aux seuls points anticipés. S'agissant d'une étude exploratoire, son utilisation était donc impossible. De plus, elle aurait empêché les individus interrogés de partager leur ressenti dans toute sa complexité, de façon libre et personnelle.

De même, des entretiens collectifs n'auraient pas permis aux participants de s'exprimer librement, de nombreux sujets pouvant être tabous et difficiles à aborder en groupe.

Tout comme les questionnaires, les entretiens directifs auraient nécessité de bien connaître le sujet et auraient été inadaptés en recherche exploratoire.

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés offrait la possibilité à l'investigateur de s'adapter au cours de l'entretien, tout en bénéficiant du confort d'une grille de questions pré-établie. Cette méthode était ainsi plus aisée pour un investigateur peu expérimenté.

c) Choix de la théorisation ancrée

Au contraire de l'analyse thématique, cette méthode purement interprétative permettait de découvrir et développer une théorie sur les difficultés d'accès aux soins directement issue des données. Les données étaient recueillies puis analysées sans aucune hypothèse d'analyse, permettant au résultat de ne pas être biaisé par un cadre pré-établi. Aussi la recherche bibliographique préalable a-t-elle été minimale.

2. Limites des méthodes

a) Limites liées au type d'étude

S'agissant d'une étude qualitative, aucune donnée chiffrée ne peut en être extraite.

L'exhaustivité ne concerne que les difficultés rapportées. En aucun cas, les caractéristiques socio-professionnelles de cet échantillon ne sauraient être représentatives de celles de l'ensemble des bénéficiaires des « Restos du Coeur ».

De plus, ces résultats ne peuvent refléter que la population de ces quatre centres, au moment particulier de l'étude.

b) Limites liées au recueil des données

Les personnes interrogées devaient se souvenir d'expériences passées. Si les situations les plus marquantes ont certainement été partagées, ces personnes ont pu oublier avec le temps d'autres situations de frein à l'accès aux soins. De même, elles ont peut-être rapporté davantage les situations récentes que les situations réellement marquantes. Cela constitue donc un biais de mémoire.

Quelques personnes ont finalement refusé de s'exprimer après qu'il leur ait été expliqué que l'entretien, bien qu'anonyme, serait enregistré. Cela constitue un biais de sélection. De même, la présence de cet enregistrement a pu provoquer une certaine retenue dans les propos des personnes interrogées. Certaines situations n'ont peut-être pas été rapportées, constituant un biais d'information.

L'investigateur de cette étude était et se présentait comme étudiant en médecine. De ce fait, les personnes interrogées se sont peut-être exprimées avec retenue, notamment pour aborder certains points de la relation médecin-patient. De plus, le fait que l'investigateur n'ait pas été formé aux entretiens semi-dirigés constitue un biais d'investigation. La façon dont il a abordé le guide d'entretien pouvait influencer les personnes interrogées.

Un entretien a été réalisé à trois personnes, l'aidant principal ayant souhaité participer.

La faible durée des entretiens pourrait également constituer un biais. Elle était liée à leur caractère improvisé et intrusif auprès d'individus qui, soit s'apprêtaient à quitter le lieu de distribution alimentaire, soit étaient en train de manger.

c) Limites liées à l'analyse

L'un des biais majeur de cette étude est que plusieurs entretiens ont été réalisés le même jour, par séries. Comme l'exige une analyse en théorisation ancrée, leurs analyses ont été faites de façon chronologique, mais série par série, et non entretien par entretien. Les entretiens (à part le premier de chaque série) n'ont donc été guidés que par une analyse « à vif » de celui qui les précédait, et non par une analyse écrite, après retranscription et codage. Cette procédure a été imposée à la fois par le peu de temps disponible pour les entretiens (entre décembre 2013 et mars 2014) mais aussi par les horaires d'ouverture des centres qui se superposaient avec les horaires de travail de l'investigateur, avec la nécessité de poser un jour de congé ou de profiter d'un repos de garde pour s'y rendre.

Dans la mesure où le contenu des verbatims n'est pas vérifiable, cela pourrait constituer un biais de déclaration.

Enfin, il existe un biais d'interprétation inhérent au principe même de la recherche qualitative, bien qu'il ait été réduit par la retranscription « ad integrum » des enregistrements, et par la triangulation des données.

III. Comparaison à la littérature

1. Les populations défavorisées

a) Le tiers payant, les dépassements d'honoraires

L'article « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecin générale » de la revue *Exercer*⁽⁸⁾, publié en 2009, énumère les obstacles financiers à l'accès aux soins, à savoir : l'absence de mutuelle, les dépassements d'honoraires, la problématique du tiers payant, les forfaits et les franchises.

Dans notre étude, aucun individu n'a exprimé de difficulté liée à l'absence d'utilisation du tiers payant par son médecin traitant. Cela peut s'expliquer par le fait que, parmi les personnes interrogées n'étant ni bénéficiaires de la CMU-C ni de l'AME, celles n'ayant pas de complémentaire santé privée consultaient gratuitement des médecins au sein d'associations caritatives.

La problématique des dépassements d'honoraires n'a également pas été abordée. L'explication principale est certainement liée au fait que ces personnes consultaient principalement des médecins généralistes exerçant en secteur 1. Les consultations auprès d'autres spécialistes, vraisemblablement peu nombreuses, semblaient se dérouler principalement en milieu hospitalier public, sans avance de frais.

b) Le renoncement aux soins

Selon l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2012⁽¹⁶⁾, près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. Ces renoncements ont été étudiés selon la situation vis-à-vis des complémentaires santé.

Ainsi, les personnes sans complémentaire santé déclarent davantage de renoncements aux soins que celles bénéficiaires de la CMU-C qui, elles-mêmes, en déclarent davantage que celles bénéficiaires d'une complémentaire santé privée. Le principal renoncement concerne les soins dentaires, rapporté par 41.4 % des personnes sans complémentaire santé, 21.6 % des bénéficiaires de la CMU-C, et 16.2 % de ceux bénéficiant d'une complémentaire santé privée. Viennent ensuite les soins optiques (dont l'achat de lunettes et lentilles) avec respectivement 23.8 %, 15.1 % et 8.8 % de renoncement. Les consultations de médecins sont en troisième position avec 14.9 %, 7.8 % et 4.8 % de renoncement.

A l'inverse, les renoncements pour raisons non financières ne sont pas liés aux complémentaires santé ni aux facteurs économiques. Un délai d'attente de rendez-vous trop long a fait renoncer 17 % des personnes à au moins un soin au cours des douze derniers mois. Le fait que le cabinet soit trop éloigné ou qu'elles éprouvent des difficultés de transports a fait renoncer 3 % d'entre-elles.

Ces résultats quantitatifs se rapprochent ainsi de ceux retrouvés dans notre étude.

En 2008, *Prescrire*⁽¹⁷⁾ établit le même constat, basé sur les résultats de l'ESPS de 2006. Il signale que les soins concernés ne sont pas des soins de confort, mais des soins pour lesquels le « reste à charge » pour l'assuré est le plus élevé : les soins dentaires (63 % des personnes défavorisées), les lunettes (25 %), les consultations chez les médecins spécialistes (16 %) et les médecins généralistes (9 %). L'article conclut : « Patients et soignants ont tout intérêt à peser pour un accès aux soins équitables pour tous, pour des raisons sanitaires aussi bien qu'éthiques. ».

Des enquêtes ont été réalisées en 2010 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), puis en 2012 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Dans sa publication du 23 juin 2014, *Etudes et Résultats*⁽¹⁸⁾ reprend les résultats pour s'intéresser à l'état de santé et au renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. Par manque d'argent, 18 et 27 % d'entre-eux disent avoir renoncé, au cours de l'année écoulée, à consulter respectivement un médecin et un chirurgien dentiste, contre 4 et 11 % pour l'ensemble de la population. Leur santé physique et psychique est également moins bonne que celle de l'ensemble des 18-59 ans, avec notamment une plus grande fragilité psychologique.

S'intéressant à l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)⁽¹⁹⁾ observe qu'ils sont également en moins bon état de santé que le reste de la population. Ils sont notamment 1.8 fois plus nombreux à être en affection de longue durée (ALD30) à âge et sexe identique, avec une surmortalité dans toutes les pathologies.

c) Les rendez-vous

Notre étude ne retrouve pas de mode de consultation qui fasse l'unanimité parmi les personnes interrogées. Certaines préféraient des consultations sur rendez-vous, réduisant le temps perdu en salle d'attente, le risque de contagiosité (pour soi et pour les autres patients), et le désagrément causé par les enfants. D'autres préféraient des consultations libres afin de pouvoir rencontrer leur médecin de façon impulsive, sans avoir besoin de le planifier. Pour eux, la prévision d'un rendez-vous était perçue comme une contrainte dans leur fonctionnement, et donc redoutée. La prise de rendez-vous par téléphone pouvait en elle-même constituer un obstacle supplémentaire, du fait notamment de la barrière de la langue.

De son côté le Docteur Philippe FOUCRAS, médecin généraliste, souligne dans le forum de la revue *Prescrire*⁽²⁰⁾ à quel point la pratique du rendez-vous constitue un frein à l'accès aux soins. En premier lieu par le fait de devoir prendre rendez-vous au téléphone, de devoir s'exprimer et motiver la consultation. Ensuite par la difficulté à appréhender le temps : « Lorsqu'on est occupé à gérer le jour même, à chercher le matin ce qu'on va manger à midi ou le soir, penser à la distance d'une semaine, a fortiori de plusieurs mois, n'a absolument aucun sens. Une des définitions de la misère est l'impossibilité de penser à l'avenir ; le rêver peut-être, mais l'organiser jamais. ».

d) Les « travailleurs pauvres »

Notre étude met également en évidence l'absence d'aides aux personnes aux revenus modestes, ayant trop peu pour s'en sortir seules, mais trop pour être aidées. A revenu identique, une personne bénéficiant du RSA plutôt que d'un salaire se retrouve avec plus d'argent disponible. En effet, celle-ci bénéficie de nombreuses aides dont celle de la CMU-C, lui permettant notamment d'accéder à l'offre de soins sans dépense à

charge et sans avance de frais. En résulte un sentiment d'injustice exprimé par les « travailleurs pauvres », avec la conviction que l'aide sociale devient de l'assistanat et entretient la passivité.

Ce déséquilibre en défaveur des « travailleurs pauvres » est également rapporté dans l'article « Accès aux soins et précarité, la situation se dégrade » de la revue *Médecins*⁽²¹⁾. Il constate notamment que « les "travailleurs pauvres" avec des contrats à temps partiel, des retraités sans complémentaire santé, des mères de famille isolées, des mineurs ou des habitants de zones rurales renforcent les rangs des exclus du système de santé. ».

e) Le faible recours aux dispositifs d'aide

Ce même article s'intéresse au décalage entre le nombre de dispositifs existants pour faciliter l'accès aux soins (CMU, CMU-C, ACS, FSVU, AME, etc.) et le faible nombre de personnes qui en bénéficient. Par exemple, entre 20 et 30 % des bénéficiaires potentiels n'ont pas recours à la CMU-C. Selon le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, le nombre de personnes pouvant bénéficier de l'ACS mais ne la sollicitant pas serait de 85%. Dans ce cas précis, trois causes sont identifiées et rejoignent celles de notre étude :

- la méconnaissance des aides,
- la complexité des démarches,
- les freins psychologiques avec notamment la peur de la stigmatisation et des contrôles effectués par les administrations, et le refus de l'assistanat.

f) Les difficultés de la relation médecin-patient

Déjà en 2006, un rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins⁽²²⁾ déplorait ce faible recours aux dispositifs d'aide, et notamment le recours à l'AME. Ce rapport explique en quoi la pratique des rendez-vous constitue un obstacle alors que ces patients en situation précaire sont susceptibles de fréquenter une consultation libre.

Comme en témoignent des courriers reçus par les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, une fois parvenus dans les cabinets médicaux, ces patients se disent victimes d'attentes injustifiées, de propos racistes ou xénophobes, et d'attitudes méprisantes. Ce dernier trait a également été rapporté dans notre étude.

En retour, les praticiens déplorent les scandales dans les cabinets devant la clientèle habituelle, les difficultés linguistiques, l'alcoolisme et la toxicomanie de certains patients.

L'article « Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné »⁽²³⁾ explique certains des nombreux obstacles aux soins des personnes démunies. Ses résultats sont comparables aux nôtres. Il rapporte notamment les difficultés liées au parcours de soins et les conditions d'accueil dans les structures hospitalières : « On a quand même l'impression qu'on soigne nos papiers d'abord et nous après », « On nous dit d'emblée : "Vous avez vos papiers, vous avez la sécu, une mutuelle, la CMU ?" », « souvent l'agressivité est un signe de défense, à cause de la honte, et c'est la défense devant un système qui nous écrase, un système loin de notre mode de vie. ».

g) La santé n'est pas une priorité

Comme notre étude, le rapport « Santé et Précarité en Savoie » de mars 2012⁽²⁴⁾ objective le fait que la santé et les soins ne sont pas une priorité pour certaines populations précaires. L'une des personnes interrogées déclare : « Souvent nous voyons des personnes pour qui la santé n'est pas la priorité. Nous les voyons se dégrader énormément : au niveau des dents, des douleurs... Et nous n'arrivons pas à accrocher, parce que ce n'est pas la priorité pour eux, leur priorité est de manger... ».

h) La surconsommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C

Parmi les difficultés relationnelles, notre étude mettait en cause la stigmatisation dont les bénéficiaires de la CMU-C faisaient l'objet, en leur attribuant volontiers le « déficit de la sécurité sociale ».

En octobre 2008, une étude a été menée dans le Val-de-Marne sur ce sujet, à savoir le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C⁽²⁵⁾. Selon celle-ci, les bénéficiaires de la CMU-C consomment en moyenne 889 euros par an pour leur santé, répartis comme suit : 329 euros pour les dépenses pharmaceutiques, 250 euros pour les honoraires médicaux, 126 euros pour les soins dentaires, 59 euros pour les actes d'analyse médicale, et 53 euros pour ceux des auxiliaires médicaux.

Sur le même panier de soins, la consommation annuelle des autres bénéficiaires du Régime Général s'élevait à 969 euros, soit un niveau supérieur de 9,1 % à celui des

bénéficiaires de la CMU-C. Cette donnée, bien que basée sur un unique département, va à l'encontre des préjugés sur la surconsommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Une autre étude⁽²⁶⁾, réalisée dans le département des Hauts-de-Seine, vient conforter ce constat. Selon ses résultats, les bénéficiaires de la CMU-C consomment globalement moins que les autres bénéficiaires du régime général, avec une dépense moyenne égale à 848 euros contre 1130 euros. Ce constat est partagé par une troisième étude de l'Assurance Maladie basée sur le Valenciennois⁽²⁷⁾.

Par contre, à âges et sexes équivalents, la consommation des bénéficiaires de la CMU-C est supérieure à celle de la population générale dans ces trois études. Ceci pourrait évoquer un état de santé détérioré par rapport à celui du reste de la population.

Enfin, toujours selon ces études, le recours aux consultations des médecins généralistes est plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C. A l'inverse, ils consultent moins fréquemment des spécialistes d'organes ou des dentistes que le reste de la population. Notre étude semble étayer ce constat, bien que son caractère qualitatif ne lui permette aucune représentativité.

2. Les bénéficiaires des « Restos du Coeur »

Comme mentionné dans l'introduction, seules deux thèses^(12,13) sont actuellement recensées sur la population des « Restos du Coeur », mais elles ne s'intéressent pas directement aux conditions d'accès aux soins de ses bénéficiaires.

a) Les bilans de santé

Un entretien téléphonique a été réalisé avec Madame Blandine LOUVIEAUX, infirmière au Centre Hospitalier de Roubaix, et référente des « Restos du Coeur » pour les bilans de santé. Celui-ci confirme les informations disponibles sur le site internet de l'Assurance Maladie⁽²⁸⁾.

Concernant la population étudiée, les bilans de santé sont réalisés sur l'espace d'une matinée au Centre Hospitalier de Roubaix. Ils comprennent un questionnaire médical, des examens biologiques, un examen dentaire, un examen médical et des examens paramédicaux réalisés par une infirmière (poids, taille, tension artérielle, examen ophtalmologique et auditif, spirométrie, électrocardiogramme, bandelette urinaire). Il est également proposé aux participantes de consulter un gynécologue et de réaliser un frottis

cervico-vaginal. Un médecin fait ensuite le point à l'oral, puis envoie les résultats au participant ainsi qu'à son médecin traitant.

Si une pathologie est découverte au cours du bilan de santé, la première consultation avec le médecin traitant sera prise en charge à 100 % par la sécurité sociale, sans avance de frais, cotée alors SES (« suite examen de santé »).

b) Les référents prévention-santé

La promotion de ces bilans de santé est inscrite sur la « Fiche de poste » des référents prévention-santé des « Restos du Coeur » (*annexe 2*). Ces derniers, au nombre d'un ou deux par centre, ont pour mission de sensibiliser les personnes accueillies à la prise en charge de leur propre santé par le biais :

- d'écoute et de conseils sur le « bien-vivre »,
- d'informations sur l'équilibre alimentaire,
- d'informations sur les actions en prévention-santé, dont le suivi des carnets de vaccination, la sensibilisation et l'organisation des bilans de santé, et les campagnes de dépistage cancer et diabète.

c) La promotion de la santé

Afin de favoriser la participation à ces bilans de santé, une campagne d'affichage est mise en place. Des rendez-vous sont parfois proposés directement, comme cela a été rapporté dans notre étude. Le délai est compris entre deux et trois semaines.

Les participants effectuent le trajet de façon autonome. De rares initiatives locales proposent des départs groupés en bus. Le suivi et l'entretien de la motivation est le fruit d'un travail d'équipe réunissant bénévoles, directeurs de centres et référents prévention-santé.

Si un rendez-vous est organisé un jour de distribution alimentaire, le directeur du centre permet aux participants de recevoir leurs denrées alimentaires de manière anticipée. De plus, s'ils détectent une urgence médicale, les référents santé-prévention peuvent appeler directement le service des bilans de santé afin d'écourter le délai de prise en charge.

Enfin, la santé est également promue de manière indirecte, en aidant les bénéficiaires des « Restos du Coeur » à remplir les démarches administratives afin d'obtenir ou de maintenir leurs aides sociales.

d) Les autres missions des « Restos du Coeur »

Comme mentionné dans l'introduction de notre étude, les missions des « Restos du Coeur » ne se limitent pas à l'aide alimentaire gratuite et la promotion de la santé. Par le biais d'affiches, ils encouragent également la recherche d'emploi, le retour ou le maintien dans le logement, l'accès à des activités culturelles. A titre d'exemple, l'une de ces affiches est disponible en *annexe 3*.

IV. Perspectives

Cette étude avait pour objectif de connaître les difficultés d'accès aux soins éprouvées par les bénéficiaires des « Restos du Coeur ». Quelques pistes de réflexions simples s'imposent naturellement face au désarroi exprimé.

1. Solutions possibles aux difficultés financières

a) Le tiers-payant généralisé

La généralisation du tiers-payant, une des mesures phares de Madame la Ministre Marisol TOURAINE, doit être mise en place en 2017. Elle devrait faciliter l'accès aux soins de ceux pour qui l'avance de frais constitue un frein majeur.

Comme l'indique l'article « Le tiers-payant est-il inflationniste ? »⁽³⁰⁾, cette mesure fait le pari de faciliter l'accès aux soins ambulatoires à court terme pour éviter des complications et des recours aux soins hospitaliers à plus long terme. Autrement dit, en privilégiant une médecine basée sur la prévention, elle espère réaliser des économies sur des soins beaucoup plus coûteux.

Certains médecins apprécieront également de ne pas avoir à parler d'argent au cours de leurs consultations. Il est à souhaiter que la généralisation du tiers-payant s'effectue sans surcroît de contrainte administrative, préjudiciable à l'activité de soin.

b) Les aides en place

L'objectif 33 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁽³¹⁾ est de « réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU-C ». Bien que nous ne puissions pas prétendre juger de leur applicabilité ni de leur impact éventuel, voici quelques exemples de mesures idéales, basés sur les entretiens menés au cours de notre étude :

- prendre en compte certaines dépenses obligatoires, comme le loyer, dans les critères d'attribution de la CMU-C, comme le font les « Restos du Coeur »,
- élargir les critères d'attribution de la CMU-C aux « travailleurs pauvres »,
- offrir systématiquement le droit à la CMU-C aux bénéficiaires du RSA,
- simplifier les démarches pour l'obtention et le renouvellement des aides,
- prendre en compte les variations de revenus dans les critères d'obtention des aides.

2. Solutions possibles aux autres difficultés

a) La communication et l'attitude du médecin

Le travail de thèse de médecine générale du Docteur Mathieu SACHOT⁽²⁹⁾ retrouve des motifs de renoncement aux soins similaires au nôtre. Comme il l'indique, nombre d'entre eux pourraient être levés par l'exercice du médecin traitant.

Par exemple, plusieurs personnes rapportaient renoncer à consulter à cause d'un délai de rendez-vous jugé trop long. L'une des explications était la crainte que leurs symptômes ne se soient amendés et que cette consultation ne soit alors devenue inutile. Il paraît accessible au médecin traitant de leur expliquer que, justement, si les symptômes ont disparu spontanément, consulter plus tôt n'aurait été d'aucune utilité. Au contraire, il peut leur enseigner les consignes de surveillance et les signes de gravité devant les amener à consulter rapidement.

Cet effort de communication serait tout aussi utile dans de nombreuses autres causes de renoncement aux soins mentionnées dans notre étude, et particulièrement celles liées à des difficultés relationnelles et motivationnelles. Cela passe notamment par :

- informer davantage les patients sur le diagnostic et la prise en charge proposée, permettant de renforcer la crédibilité du médecin, de rendre les patients actifs de leur prise

en charge, de leur faire accepter l'éventuelle douleur liée aux soins, et de passer outre la crainte des résultats d'examens complémentaires,

- faire comprendre aux patients, par le biais de quelques mots et d'une attitude empathique, qu'ils ne sont ni jugés ni méprisés, qu'ils ne sont pas perçus comme des clients, qu'ils ne doivent pas avoir honte de ne pas pouvoir honorer directement la consultation, ni honte de partager leurs difficultés psychologiques,

- maintenir quelques plages de consultations sans rendez-vous, afin d'accueillir ceux pour qui la prise de rendez-vous est un frein supplémentaire.

b) Adresser vers certains médecins généralistes

Au début de cette étude, les référents prévention-santé des « Restos du Coeur » déploraient le fait que seule une minorité de leurs bénéficiaires consultait un médecin généraliste. Ils espéraient que ce travail permette de faire évoluer cette situation.

Bien que notre étude ne nous permette pas de les dénombrer, nous avons effectivement pu observer que certaines personnes ne consultaient pas, souvent faute de savoir à quel médecin s'adresser. A l'inverse, nous avons constaté que d'autres consultaient, notamment au sein d'associations caritatives pour les plus précaires.

Les personnes ne sachant pas vers quel médecin s'orienter ne pourraient-elles pas bénéficier d'une harmonisation entre les « Restos du Coeur » et les médecins généralistes exerçant à proximité ? Après sollicitation de l'ensemble de ces médecins, les responsables des centres de distribution pourraient par exemple communiquer aux bénéficiaires les coordonnées de ceux susceptibles de les recevoir.

CONCLUSION

L'objectif de mon travail était de recenser et de comprendre les difficultés d'accès aux soins éprouvées par des bénéficiaires des « Restos du Coeur ». Les échanges auxquels il a donné lieu, extrêmement enrichissants, m'ont fait prendre conscience du nombre et de l'ampleur des difficultés que peuvent connaître les personnes démunies.

Ces difficultés étaient non seulement financières, administratives et organisationnelles, mais aussi humaines. C'est l'analyse des caractéristiques respectives de chaque difficulté, et notamment des explications et des réponses trouvées pour y faire face, qui permet d'en appréhender toute la dimension et d'en comprendre l'impact.

La spécificité de cette population tient aux nombreuses aides apportées par les « Restos du Coeur » : loin de se limiter à offrir une aide alimentaire précieuse, cette association tente de placer leur santé au sein des préoccupations de ses bénéficiaires, en encourageant notamment la participation aux bilans de santé gratuits. Ils soutiennent également la recherche d'emploi, le retour ou le maintien dans le logement, l'accès à des activités culturelles. Cette prise en charge de la personne en globalité est fondamentale. Elle caractérise l'exercice même de la discipline médecine générale.

Nous l'avons mentionné en introduction, 45 % des bénéficiaires de la campagne 2012-2013 venaient pour la première fois, taux similaire à celui des campagnes antérieures. Les « Restos du Coeur » interviennent donc de façon non pérenne pour près de la moitié de leurs bénéficiaires, et vraisemblablement au décours d'un accident de vie. Il serait intéressant de connaître leur devenir social et médical afin d'apprécier le bénéfice à long terme de l'action menée par les « Restos du Coeur ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Restos du Coeur. Présentation [Internet]. [cited 2014 Jul 8]. Available from: <http://www.restosducoeur.org/content/pr%C3%A9sentation>
2. Restos du Coeur. Rapport annuel 2013 - Partie 1. 2014.
3. Restos du Coeur. 29e campagne des Restos du Coeur 2013-2014. 2014.
4. Restos du Coeur. Barème - Campagne 2013-2014. 2013.
5. Insee, DGFIP, Cnaf. Enquête Revenus fiscaux et sociaux. 2011.
6. Insee. Définitions et méthodes - Pauvreté monétaire [Internet]. [cited 2014 Jul 8]. Available from: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>
7. Fonds CMU. Rapport d'activité. 2013.
8. Denantes M, Chevillard M. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer* 2009;85:22-6.
9. Cambois E, Laborde C. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *INED. Populations & Sociétés* 2008;441.
10. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres. *INSEE Première* 2007;1161.
11. IRDES. Premiers résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 2006. Dossier de presse 2008:4-13.
12. Garambois V. Soins de proximité gratuits dans la population précaire: exemple d'une consultation de médecine générale aux Restos du cœur de Carassonne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.
13. Lansun C. La carie de l'enfant en milieu précaire: enquête réalisée au « Resto du cœur » de Carcassonne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de chirurgie dentaire; 2010.
14. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 216 p.
15. Hygin K. Contribution à la recherche qualitative. Université de Franche-Comté; 2008.
16. IRDES. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. 2014 Mai;(198).

17. Prescrire. Des patients renoncent aux soins pour raisons financières. La Revue Prescrire 2008 Sep;28(299):695.
18. DRESS. État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. 2014 Juin; (882).
19. CNAMTS. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Points de repère 2007;8:1-12
20. Foucras P. Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. La Revue Prescrire 2008;295:392-3.
21. Allermoz E, Drault C. Accès aux soins et précarité. 2014 Mai-Juin;(35):17–22.
22. Bicle P. Les soins aux personnes démunies en France. Ordre National des Médecins; 2006 Décembre.
23. Pelsy DHB, Sibue-DeCaigny C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. Laennec. 1 août 2006;54(2):18-30.
24. Navet J. Rapport d'étude Santé et Précarité en Savoie. Revih-sts; 2012 Mar.
25. Assurance Maladie du Val-de-Marne. Etude sur le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. 2008.
26. Assurance Maladie des Hauts-de-Seine. Le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire sur les Hauts-de-Seine en 2006. 2008.
27. Assurance Maladie de Valenciennes. Le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. 2009.
28. Assurance Maladie. ameli.fr - Bilan de santé gratuit pour les adultes [Internet]. [cited 2014 Jul 8]. Available from: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-paris/nos-actions-de-prevention/bilan-de-sante-gratuit-pour-les-adultes_paris.php
29. Sachot M. Le renoncement aux soins: évaluation des déterminants socio-anthropologiques des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle sur la circonscription de Roubaix-Tourcoing [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
30. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste?: étude de l'influence du recours au tiers-payant sur les dépenses de santé. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, éditeur. CREDES, France: Paris; 2000. 89 p.
31. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

- 1. Pouvez-vous me parler de votre état de santé ?**
- 2. Que faites-vous quand vous êtes malade ?**
- 3. Si vous en aviez la possibilité, pour quelles raisons consulteriez-vous un médecin ?**
- 4. Dans ces situations, vous est-il déjà arrivé de ne pas aller chez le médecin ?**
- 5. Caractéristiques socio-professionnelles et aides en place :**
 - Etat civil : Âge
 - Sexe
 - Ville de résidence
 - Situation familiale
 - Nombre de personnes à charge

<u>Caractéristiques socio-économiques et professionnelles :</u>	
	Catégorie socio-professionnelle
	Revenus moyens personnels
	Moyen de transport
	Logement

Couverture maladie :

Régime obligatoire

Complémentaire santé

Prise en charge à 100 %

Autres aides en place : ASSEDIC, RSA, API, APL, ASF, ASS

Annexe 2 : Fiche de poste Référent « prévention-santé »

Fiche de poste Référent « prévention-santé »

A mettre en place dans les centres d'accueil et de distribution des Restos du Cœur

- **mission**: sensibiliser les personnes accueillies à la prise en charge de leur propre santé
- **nombre** : 1 référent, idéalement 2
- **positionnement** : sous la responsabilité directe du responsable de centre
- **Les 3 fonctions du référent** :
 1. *Fonction d'écoute et de conseil sur le « bien-vivre »* :
 - Conseils sur l'hygiène
 - Info sur la prise des médicaments
 - Info sur l'activité physique
 - Info et orientation sur le recours au médecin, à commencer par le médecin traitant
 2. *information sur l'équilibre alimentaire*, tel que :
 - Recettes sur les produits Restos / animation cuisine
 - Décodage boîtes de conserves et autres denrées
 - Campagne obésité-enfants
 3. *information sur les actions de prévention-santé* :
 - Vaccinations adultes et enfants (suivi des carnets de vaccination)
 - Sensibilisation et organisation des bilans de santé
 - Campagnes de dépistage cancer et diabète

Les référents n'ont évidemment pas vocation à remplacer les professionnels de santé mais à écouter, conseiller si nécessaire et orienter : ils reçoivent les bénéficiaires, à leur demande, dans un lieu tranquille du centre.

Des outils d'information sur les différents domaines évoqués seront progressivement mis en place par le groupe de travail prévention-santé, notamment sous forme d'une banque de données des « bonnes pratiques ».

- **Champ des relations** :

Rechercher toute information sur les structures dédiées à la prévention santé dans le périmètre proche du centre et prendre contact avec ces structures pour bien connaître leurs actions, leurs champs de compétence.

Etablir des fiches de suivi individuelles et fiches de liaison avec les structures, si nécessaire.

- **Compétences requises** :

- o Capacité d'écoute et respect de bénéficiaires
- o Respect de la confidentialité des entretiens
- o Disponibilité
- o Sens de l'organisation

- **Formation et accompagnement** :

- o Réunion d'information-formation des référents
- o Rencontres régulières entre référents pour échange d'expériences et de bonnes pratiques

Annexe 3 : Exemple d'affiche visible dans les centres de distribution

**Les Restaurants
du **Cœur**
de la région lilloise**

Les Restos du Cœur
vous apportent
une aide alimentaire.

Les Restos du Cœur, c'est aussi :

- l'accès à des activités culturelles**
(cinéma, musées, concerts, visites)
- la prévention-santé**
(information et orientation pour votre santé)
- le soutien à la recherche d'emploi**
(écoute et orientation vers les structures adaptées)

Sur chacun de ces thèmes, des bénévoles
du centre sont à votre écoute.

Renseignez-vous à l'accueil.

AUTEUR : Nom : PUSZKAREK

Prénom : Thibault

Date de Soutenance : 23 octobre 2014

Titre de la Thèse : Approche de l'accès aux soins des bénéficiaires des « Restos du Coeur » : étude qualitative menée dans quatre centres de la métropole lilloise

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Restos du Coeur, précarité, accès aux soins, inégalités, médecine générale

Contexte : L'exercice de la médecine générale nécessite de connaître les difficultés d'accès aux soins éprouvées par les patients, notamment les plus défavorisés. Cette étude apprécie celles des bénéficiaires des « Restos du Coeur » de la métropole lilloise.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative multicentrique par entretiens semi-dirigés durant la campagne d'hiver des « Restos du Coeur » 2013-2014. Les personnes interrogées étaient choisies au hasard et de manière consécutive. L'analyse était effectuée en théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : La saturation des données a été obtenue en 24 entretiens. 23 freins et leurs caractéristiques ont été rapportés et organisés en quatre catégories. Difficultés financières : coût des consultations, hospitalisations, médicaments, lunettes, kinésithérapie, et absence d'aides. Difficultés administratives : manque de logement, de papiers et de travail. Difficultés organisationnelles : délais de rendez-vous, éloignement, manque de disponibilité, handicap. Difficultés humaines : manque de motivation, mauvaise relation médecin-patient, barrière de la langue, alcoolisme, crainte de la douleur, préjugés sur les médicaments, manque de soutien psychologique, sexe du médecin. A chacun de ces freins ont été rattachées les caractéristiques suivantes : explications, facilités existantes, réponses trouvées, et parfois conséquences, motivations et théorisations.

Conclusion : L'analyse des caractéristiques respectives de chaque difficulté permet d'en appréhender toute la dimension et d'en comprendre l'impact. En plus de l'aide alimentaire, les « Restos du Coeur » apportent de nombreuses aides, prenant en compte la globalité des individus et de leurs besoins, notamment santé, logement, emploi, activités culturelles. Cette prise en charge de la personne en globalité est fondamentale. Elle caractérise l'exercice même de la discipline médecine générale.

Composition du Jury :

Président : Pr. François PUISIEUX

Assesseurs : Pr. Raymond GLANTENET, Dr. Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Pr. Patrick LEROUGE