



Mémoire de Maîtrise en médecine N°362

Précarité au cabinet du médecin de premier recours : perceptions de la précarité de leurs patients par 47 médecins romands

Etudiant : Thomas Golano

Tuteur : Dr Patrick Bodenmann

Co-tuteur : Prof. Thomas Bischoff

Expert : Prof. Francesco Panese

Lausanne, le 15.12.2011

**Mes sincères remerciements pour leur aide et leur
contribution à ce travail à :**

Dr. Patrick Bodenmann, Prof. Thomas Bischoff, Prof. Francesco
Panese, les 52 médecins ayant participé à l'étude, Dr. Paul
Vaucher, Dr. Lilli Herzig, Dr. Giovanna Meystre-Agustoni et
Lara Van Leckwyck

Résumé

Introduction

La précarité définit ce dont l'avenir, la durée ou la solidité ne sont pas assurés. Elle se développe notamment lorsque le niveau socio-économique est défavorable. Elle se définit par rapport à la communauté et peut être matérielle ou relationnelle. Le rapport entre précarité et santé peut se comprendre sous l'angle des déterminants sociaux de la santé, énoncés en 2004 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : les conditions et les habitudes de vie influencent l'état de santé. Ayant un large accès à la population, les médecins de premier recours (MPR) sont des témoins privilégiés de la précarité et des inégalités sociales. La littérature définit la mission des MPR, mais il est essentiel de connaître leurs points de vue sur la question de la précarité, dans la réalité pratique.

Méthode

Ce travail de recherche a débuté par une revue approfondie de la littérature concernant les problématiques psychosociales en médecine. Une approche qualitative était ensuite nécessaire, sous forme d'entrevues semi-dirigées avec cinq différents médecins de la région lausannoise, afin de réaliser un questionnaire à soumettre à 47 autres médecins de premier recours, dans l'ensemble de la Suisse Romande, après validation par la commission cantonale vaudoise d'éthique.

Résultats

Cette enquête met en évidence l'existence et l'importance de la problématique de la précarité au sein du système de santé en Suisse Romande. Difficile à cerner, complexe et multifactorielle, certains ont tenté de la définir mais chacun l'apprécie différemment selon son vécu et sa sensibilité. Hormis ceux qui renoncent aux soins ou qui recourent aux urgences en dernier recours, la population qui consulte les MPR comporte entre 10 et 20% de patients précaires, proportion en augmentation ces dernières années et dépendant de la localisation. Les MPR détectent la précarité grâce à l'anamnèse psychosociale et certains marqueurs extérieurs. Leurs points de vue sont au cœur de notre question initiale. Pour eux, c'est leur rôle de détecter et prendre en charge, du moins partiellement, la précarité. Ils réfèrent ensuite souvent les patients vers d'autres structures ou corps de métiers mieux spécialisés. Ils ressentent, selon les situations, de la frustration, du surmenage, de l'impuissance mais aussi de la satisfaction personnelle dans ce type de prise en charge. La précarité complique souvent la prise en charge médicale : elle influence la survenue ou l'évolution du problème de santé, augmente le temps de consultation pour les patients précaires, induit une tendance chez les MPR à adapter le traitement ou réaliser moins d'investigations complémentaires en raison des difficultés économiques des patients et entraîne souvent des factures impayées. Les pathologies ou problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés dans ces populations sont les troubles dépressifs, les addictions, les douleurs chroniques et le syndrome métabolique. Enfin, au delà du simple constat, les MPR expriment certains besoins pour mieux faire face à la précarité : ils souhaiteraient entre autres un carnet d'adresses utiles, un score mesurant la précarité et une formation continue à ce sujet.

Conclusion

La précarité est un sujet d'actualité et peut notamment influencer l'état de santé des populations, et inversement. Les MPR sont des témoins essentiels de cette problématique et la clé de sa détection, de par leur accès à une large population. Connaître leurs points de vue paraît donc essentiel si l'on souhaite imaginer des interventions visant à réduire les inégalités en matière de santé, pour une meilleure équité des soins. Entre ce qu'ils ressentent et les problèmes concrets d'organisation des consultations de patients précaires, le risque est un certain renoncement aux soins de la part des médecins, qui accentuerait celui des patients déjà existant. Finalement, la pénurie grandissante des MPR nécessite également de mieux comprendre leur mission et leurs conditions de travail, afin d'aider à redéfinir l'avenir du métier, pour continuer à exister et détecter ces situations à prendre en charge, visant à restaurer une santé solide et équilibrée, physique, mentale et sociale.

Mots-clés : précarité, médecin de premier recours, perception, psychosocial, cabinet du généraliste

Table des matières

Table des matières	1
1. Introduction	2
1.1 Définitions	2
1.2 Contexte	3
1.3 Etat des connaissances	5
1.4 Justification et objectifs de l'étude	6
2. Méthode	7
2.1 Revue de la littérature	7
2.2 Approche qualitative	7
2.3 Approche quantitative	9
3. Résultats	10
3.1 Résultats quantitatifs	10
3.2 Résultats qualitatifs	19
4. Discussion	28
5. Conclusion	33
6. Bibliographie	35
7. Annexes	36

*„Die Medizin ist eine soziale
Wissenschaft, und die Politik ist
nichts weiter als Medizin im Großen.“
- Rudolf Virchow.*

1. Introduction

1.1 Définitions

La précarité définit « ce dont l'avenir, la durée, la solidité ne sont pas assurés; ce qui peut à chaque instant être remis en question. Elle définit une situation incertaine, instable, délicate ou fragile. »¹ La précarité s'accompagne de différentes épithètes (précarité sociale, précarité relationnelle, précarité matérielle) et l'adjectif précaire permet de qualifier de nombreux éléments (état de santé précaire, emploi précaire, situation précaire). Ces notions pouvant être larges et leurs perceptions subjectives, il convient donc de les préciser selon le domaine traité.

Nous pouvons considérer que la précarité est « un état d'instabilité sociale, caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante ou quand elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »² Les situations de précarité se développent lorsque les conditions concernant le « niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique »² sont défavorables. « Elle se définit par rapport à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. Elle peut être matérielle (faisant

allusion aux biens et aux commodités de la vie) ou relationnelle (relations familiales, au travail ou dans la communauté). »³ Une instabilité psychique et une instabilité sanitaire peuvent s'y associer.

La notion de précarité se définit donc plus difficilement que la pauvreté, plus objective, que les statistiques établissent comme étant en deçà du revenu-seuil de pauvreté, propre à chaque pays ou région. Il n'existe pas encore de seuil de précarité, mais le seuil de risque de pauvreté permet d'apprécier la précarité économique (par convention, l'Union européenne fixe le seuil de risque de pauvreté à 60% de la médiane du revenu disponible équivalent) et signifie donc disposer de revenus significativement inférieurs à ceux de l'ensemble de la population, une situation qui entraîne un risque d'exclusion sociale. En 2009, 14,6% de la population vivant en Suisse, soit près d'une personne sur sept, est exposée au risque de pauvreté, dont le seuil se monte à 28'701 francs par année (montant directement appliqué à la situation financière d'une personne seule).⁴

Quant au rapport entre précarité et santé, il peut se comprendre sous l'angle des déterminants sociaux de la santé, énoncés en 2004 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).⁵ Les inégalités de santé d'origine sociale, le stress, les conditions de vie de la petite enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, la qualité du soutien social, les dépendances, l'alimentation, les modes de transports et la mobilité sont autant de facteurs, possiblement vecteurs de précarité, qui influencent l'état de santé.

1.2 Contexte

De leur conception au XIX^{ème} siècle -principalement grâce à Rudolf Virchow en Allemagne- à aujourd'hui, la médecine sociale et la santé publique ont évolué selon les régions et les circonstances. Plusieurs événements du XX^{ème} siècle ont induit des réflexions profondes, portées par différentes politiques globales, revalorisant notamment ces notions de médecine sociale et de santé publique.⁶ La déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires de santé en 1978 constitue une synthèse de leur idéal. L'objectif était d'offrir à l'humanité tout entière l'accès à un niveau acceptable de santé en l'an 2000.⁷ « Plus de 30 ans plus tard, nous constatons que malgré des progrès spectaculaires de la médecine, des millions d'enfants meurent de maladies qui auraient pu être prévenues, les inégalités Nord/Sud se font plus criantes »⁸ et des inégalités sociales en santé continuent d'exister, si elles n'augmentent pas parfois avec le temps et en fonction du contexte. En 2011, l'espérance de vie à la naissance se situe en Angola à 38.76 ans, tandis qu'au Japon elle est de 82.25 ans.⁹ A l'intérieur même des pays, il existe également de grandes inégalités : par exemple, l'espérance de vie des populations avantagées dépasse de 20 ans celles des populations défavorisées aux Etats-Unis.¹⁰

Hormis l'espérance de vie et les taux de mortalité, des inégalités en santé sont illustrées par le fardeau de la maladie et l'état de santé des populations. L'espérance de vie corrigée par l'incapacité (disability-adjusted life year, DALY) mesure le nombre d'années passées en bonne santé. Une DALY peut être considérée comme une année perdue de vie en bonne santé et le fardeau de la maladie peut être considéré comme une mesure de l'écart entre l'état de santé actuel et une situation idéale où tout le monde vit dans la vieillesse, exempt de maladies et d'invalidité. En comparaison des valeurs basées sur la seule espérance de vie, le classement des pays diffère. Ainsi, en 2000, les États-Unis n'arrivaient qu'en 24^e position. En fonction de la mortalité, la DALY est basse dans les pays les plus pauvres (moins de 40 ans pour 32 pays) mais s'élève à 74,5 ans pour le Japon. L'OMS classe les régions du monde en fonction du type de fardeau de la maladie : ceux qui sont dominés par des maladies infectieuses (principalement l'Afrique) et ceux qui sont dominés par les maladies cardiovasculaires et des troubles psychiatriques tels que la dépression (surtout l'Europe ou l'Amérique du Nord).¹¹

La Suisse n'est pas épargnée par les inégalités sociales en santé. Par exemple, des différences significatives dans les taux de mortalité en fonction du niveau d'éducation ont été mis en évidence dans une étude en Suisse alémanique portant sur une période entre 1990 et 1997 (diminution du rapport de cote de la mortalité de 7.2% par année supplémentaire d'études chez les hommes, 6.0% chez les femmes).¹² Bien que connue comme l'un des pays les plus riches et prospères, de nombreuses personnes y vivent dans une précarité économique, sans pouvoir quantifier les états de précarité qui peuvent découler de situations sociales ou relationnelles délicates. « En Suisse, il y aurait 40'000 requérants d'asile, et entre 90'000 et 300'000 «sans-papiers» mais aussi 150'000 natifs qui n'ont pas été en mesure durant l'année 2007 de payer leurs primes d'assurance maladie. »¹³ Cette tendance s'est traduite par une augmentation des *working poors* (personnes actives qui vivent dans un ménage pauvre) et des demandes croissantes auprès de l'assistance sociale : non-assurés, indigents, requérants d'asile, « sans-papiers », etc. Ces différents groupes sont souvent reconnus dans la littérature comme étant des « populations vulnérables »¹⁴ : « elles se "défendent" mal et peuvent être plus facilement atteintes dans leur santé. »¹⁵ Il en découle « une vulnérabilité clinique avec des difficultés d'accès aux soins et un risque augmenté de prise en charge inadéquate en termes de qualité des soins, de diagnostic, de traitement, d'orientation, de suivi et de prévention. »¹⁶

Ayant un plus large accès à la population que les médecins hospitaliers, les médecins de premier recours (MPR) sont « des témoins privilégiés de la précarité et des inégalités sociales. »¹⁷ D'un point de vue clinique, ils pourraient offrir la possibilité aux personnes précarisées de raconter leurs situations et proposer une prise en charge bio-psycho-sociale, qui dépasse le domaine bio-médical. D'un point de vue politique, en comprenant la précarité et ses effets sur la santé, ils pourraient « influencer les décideurs au niveau national et international pour réduire le fardeau de la maladie »¹⁸, pour « une santé physique, mentale et sociale, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » comme le propose la définition de l'OMS.¹⁹

La littérature peut donc définir la mission des MPR. « Une attitude empathique, le travail en réseau socio-sanitaire interdisciplinaire, une bonne connaissance des situations de précarité courantes et des ressources disponibles dans ces secteurs (chômage, invalidité, revenu de réinsertion, etc.), l'élaboration de plans de paiement, la prescription de médicaments génériques et la remise d'échantillons gratuits » sont quelques-unes des stratégies utiles et souvent utilisées face à ces patients vulnérables.²⁰ Les médecins devraient documenter les inégalités sociales en intégrant dans leur anamnèse les différentes dimensions des déterminants sociaux de la santé, encourager la prévention et la promotion de la santé auprès des populations désavantagées et « plaider en faveur de ces patients particulièrement vulnérables en tant que médecins, mais aussi en tant que citoyens de la société civile. »²¹ Enfin, l'information, adaptée au niveau de compréhension du patient (littératie en santé)²², et son éducation, constituent des conditions évidentes à une bonne prise en charge.²³

Mais pour appliquer ce rôle des MPR face à la précarité dans la réalité pratique quotidienne, il est essentiel de connaître leurs perceptions sur la question. Ce sont leurs avis et leurs vécus personnels vis-à-vis de la précarité de certains de leurs patients qui vont déterminer s'ils assumeront les rôles définis ci-dessus et continueront de le faire, ainsi que la qualité de la prise en charge qu'ils prodiguent. Les études démontrent que des problématiques psychosociales compliquent la relation médecin-patient et affectent la prise en charge.²⁴ Plusieurs articles décrivent aussi les différentes interventions possibles pour détecter ou gérer la précarité, mais qu'en est-il du point de vue ou de la perception des médecins ? Sont-ils en mesure d'entreprendre ces interventions ? Quels sentiments éprouvent-ils dans la prise en charge de patients précaires ? Comment gèrent-ils cette problématique dans leur pratique quotidienne ?

1.3 Etat des connaissances

La perception de la précarité par les soignants et les soignés est cependant peu décrite. Pour apprendre à mieux mettre en évidence la précarité des patients, une étude en cours intitulée « Précarité au Cabinet » (PaC), mise en place par la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU) et l'Institut Universitaire de Médecine Générale (IUMG) à Lausanne, soumet un questionnaire à plusieurs milliers de patients d'un panel de 47 MPR dans l'ensemble de la Suisse Romande.²⁵ Ce questionnaire met en évidence la réalité des patients, mais ne tient que peu compte des médecins. Des études soulignent par ailleurs les attentes des patients concernant les aspects psychosociaux en soins de premier recours²⁶, mais à notre connaissance seule une étude s'intéresse au point de vue et aux attentes des médecins dans la gestion de telles situations, dans le contexte spécifique du système de santé français.²⁷ D'autres études observent comment les médecins différencient leur prise en charge en fonction du statut socio-économique des patients²⁸ ou encore comment les origines ethniques ou le statut socio-économique des patients influencent la perception des médecins et leur attitude vis-à-vis des patients. Notamment aux Etats-Unis, les médecins semblent tendre à percevoir les Afro-américains et les personnes des couches sociales inférieures de manière

plus négative que les personnes de couleur blanche et les personnes des couches sociales supérieures et des *a priori* s'imposent en conséquence quant aux personnalités, capacités, comportements (facteurs de risque), jusqu'à l'adhérence thérapeutique des patients.²⁹ Les stéréotypes des médecins par rapport au sexe de leurs patients ont également été étudiés.³⁰ Les exemples d'études concernant les inégalités sociales en santé ne manquent pas. De nombreuses études existent également pour souligner les différences de prise en charge en fonction de ces inégalités, ou encore la manière dont le médecin perçoit le patient lui-même. Mais à ce jour, aucune étude ne s'est intéressée à comment les médecins perçoivent la précarité de certains patients en Suisse Romande et comment ils s'y confrontent.

1.4 Justification et objectifs de l'étude

Cette étude a donc pour objectif de connaître la perception de la précarité des patients par des MPR, dans la région de la Suisse Romande, faisant appel au même panel des 47 médecins participant à l'étude PaC. De cette manière, il sera intéressant dans un second temps de mettre en parallèle la perception des médecins et la réalité de la précarité de leurs propres patients, afin d'établir si elles se correspondent ou si il existe un certain décalage entre elles.

Cette étude constituera une enquête-pilote permettant de mieux connaître le point de vue et la pratique des MPR relatifs à des problématiques psycho-socio-économiques, dépassant la seule problématique bio-médicale. Elle permettra de mettre en perspective différentes conclusions issues d'études exposant des champs divers, allant des interventions possibles du MPR visant à réduire les inégalités sociales en santé aux constats de différences dans les prises en charge proposées par les médecins à cause de ces inégalités sociales et de la précarité.

Enfin, il sera également imaginable, à l'issue de cette étude et selon ses conclusions, de réfléchir à de nouveaux moyens de collaboration entre le corps médical et d'autres métiers et institutions, notamment les assistants sociaux pour améliorer leur coopération permettant de s'attaquer sous différents angles à l'ensemble des problèmes qu'entraîne une situation précaire au sens large.

2. Méthode

2.1 Revue de la littérature

Ce travail de recherche a débuté par une revue approfondie de la littérature concernant les problématiques psychosociales en médecine et plus spécifiquement des manifestations de la précarité dans des consultations médicales de premier recours et des manières dont les médecins perçoivent les patients. La recherche s'est effectuée autant dans la littérature suisse, comme dans la *Revue Médicale Suisse*, qu'internationale par le biais de *PubMed*, ou dans des revues telles que *BMJ*, *Social Science & Medicine*, *Journal of Public Health Medicine*, *The Journal of Family Practice* et *Annals of Internal Medicine*. Sous *PubMed*, les mots-clés employés ont été : « general practitioner, deprivation, socio-economic deprivation, deprivation perception. » Outre les moteurs de recherche scientifiques, des outils généraux comme *Google* ont permis d'avoir accès à certains articles ou thèses de doctorat effectuées en lien avec les thématiques explorées dans ce travail, utilisant les mêmes mots-clés que *PubMed* ou leur équivalent en français : « précarité, médecin de premier recours, médecin généraliste, perception de la précarité. »

2.2 Approche qualitative

Afin d'appliquer à la réalité locale les propos étudiés dans la littérature, devant l'absence de questionnaire explorant la question précise de la perception par les MPR de la précarité de certains patients et en vue de créer un tel questionnaire à soumettre à plusieurs dizaines de MPR en Suisse Romande, une approche qualitative était nécessaire, sous forme d'entrevues avec différents médecins de la région lausannoise. Au nombre de cinq, ils ont été sélectionnés en fonction de leur expérience en cabinet privé et de leur large patientèle qui exprime différents types de précarité.

Nous avons choisi l'option d'entretien semi-directif, basée sur une série de questions élaborées suite aux réflexions suscitées par la revue de la littérature, mais permettant aux médecins de s'exprimer selon leur propre inspiration et selon les questions qui semblent les concerner de

manière plus importante. Les questions utilisées sont exposées dans le **tableau 1** ci-dessous. Elles s'organisent selon 3 axes : le savoir (connaissances relatives à la précarité), le savoir-être (attitude vis-à-vis des patients précaires) et le savoir-faire (compétences pour faire face aux problématiques que suscite la précarité). Nous avons préféré cette méthodologie à celle des *focus groups*, où les entretiens prennent plutôt la forme de débats pluriels car la thématique étant très subjective, comme nous l'avons énoncé plus tôt, nous tenions à écouter entièrement chaque point de vue avant de les intégrer et les mettre en relation dans un second temps. La consigne était d'une part de tenter de répondre aux différentes questions, et d'autre part de critiquer lesdites questions, leur qualité, leur pertinence et la facilité ou la difficulté d'y répondre. Les entretiens ont duré entre 24 et 61 minutes, selon le temps à disposition des médecins, après introduction des rencontres, expliquant leurs raisons, structure et objectifs. Nous avons demandé aux médecins l'autorisation d'enregistrer les entretiens afin de se concentrer sur la discussion et le débat plutôt que sur la prise de notes et ainsi étudier les entretiens après retranscription écrite. Les cinq médecins nous ont accordé leur autorisation. Nous les avons également informés que leurs propos seraient exploités de manière anonyme.

Tableau 1.

SAVOIR
1. Pour vous, qu'est-ce que la précarité ? / Etes-vous d'accord avec la définition proposée (cf. questionnaire en annexe) ?
2. Connaissez-vous les déterminants sociaux de la santé ?
3. D'après vous, existe-t-il un ou plusieurs marqueur(s) de la précarité chez les patients ?
4. Connaissez-vous les autres métiers pouvant prendre en charge la précarité ?
5. Avez-vous des attentes ou des besoins pour améliorer vos connaissances sur la précarité ?
SAVOIR-ÊTRE
6. Prenez-vous conscience des différences entre votre propre niveau socio-économique et culturel et celui de certains patients ?
7. Percevez-vous des attentes des patients quant au fait d'aborder les thématiques relatives à la précarité ?
8. Êtes-vous attentif/ve aux a priori et aux stéréotypes que peut susciter la précarité ?
9. Quel est l'impact de la précarité du patient sur lui-même, sur le médecin et dans la relation thérapeutique ?
10. Quelle est la gratification reçue ou espérée dans une telle prise en charge ?
11. Avez-vous des attentes ou des besoins pour améliorer votre attitude vis-à-vis d'un patient précaire ?
SAVOIR-FAIRE
12. Pensez-vous que vous vous comportez différemment avec un patient précaire ?
13. Quelle est la place de l'anamnèse psycho-sociale dans votre évaluation systématique de vos patients ?
14. Influencez-vous vos décisions cliniques en fonction du niveau socio-économique de vos patients ?
15. Prenez-vous plus ou moins de temps pour une consultation d'un patient précaire ?
16. Avez-vous des attentes ou des besoins pour améliorer vos compétences face à un patient précaire ?

2.3 Approche quantitative

L'approche quantitative a succédé à l'approche qualitative. Les réflexions qu'ont suscité les entretiens de l'approche qualitative ont permis la réalisation d'un questionnaire de 21 questions, réparties sur 3 pages, comprenant principalement des questions à choix multiples, quelques questions ouvertes et un espace d'écriture libre pour d'éventuels commentaires (**Annexe**).

Nous avons modifié et réorganisé les questions présentes dans les entretiens de l'approche qualitative, selon les conseils de différents médecins et d'experts de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (IUMSP) et de l'Institut des Sciences Sociales (ISS) de l'Université de Lausanne. Enfin, le questionnaire et un protocole explicitant les détails du projet d'étude ont été soumis à la relecture de la commission cantonale vaudoise d'éthique de la recherche sur l'être humain, qui les a accepté après suggestion de deux modifications dans le protocole qui ont été effectuées.

Le panel de médecins auquel le questionnaire a été soumis est le même participant à l'étude PaC de la PMU et de l'IUMG. Les critères de sélection sont donc les mêmes : ils font pratiquement tous partie des praticiens collaborant avec l'IUMG (en premier lieu pour l'enseignement). Une partie s'est annoncée suite à une requête des investigateurs de l'étude PaC et le reste a ensuite été recruté individuellement selon des critères de représentabilité (âge, genre, distribution géographique). Cette même sélection facilitera une éventuelle mise en parallèle des résultats de l'étude PaC et de la présente étude dans un second temps. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les médecins participant à cette étude sont plus sensibilisés à la problématique de la précarité que l'ensemble de leurs confrères. Ce biais de sélection impliquerait donc que les résultats de cette étude sont à corriger vers le bas et que parmi la population de MPR ne participant pas à l'étude, nous pouvons imaginer des praticiens offrant moins de considération à la précarité de leurs patients.

Le questionnaire final a été imprimé puis envoyé par courrier avec enveloppe timbrée pour le retour des questionnaires le 15 mars 2011, accompagné du questionnaire d'une autre étudiante de Master en médecine à Lausanne pour son travail sur le thème de la littérature en santé, suivant la même méthodologie, et d'une lettre expliquant les raisons et les objectifs de nos études aux 47 médecins sélectionnés en Suisse Romande. Afin de savoir qui a répondu à l'enquête pour permettre de relancer ceux ne l'ayant pas fait, nous avons numéroté les questionnaires, et cette numérotation a été effacée après clôture du retour des questionnaires, afin de ne pas pouvoir faire correspondre les réponses des médecins à leurs noms et garantir l'anonymat de l'enquête. Nous avons prié les médecins de répondre dans les 2 semaines suivant réception du questionnaire. Après 4 semaines, les médecins n'ayant pas répondu ont été recontactés par téléphone, puis un ultime rappel à 6 semaines a été nécessaire pour les quelques médecins restants. Au delà de cette échéance, nous avons abandonné les démarches de relance.

3. Résultats

3.1 Résultats quantitatifs

Epidémiologie générale. Parmi les 47 MPR à qui nous avons soumis le questionnaire pour l'enquête, 46 y ont répondu, soit 98%, dont 74% d'hommes et 26% de femmes (**figure 1**). Un tiers environ des médecins ont leur cabinet en ville, un tiers en campagne et un tiers en banlieue (**figure 2**). La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 55 ans et la moyenne d'années passées à travailler dans leur cabinet privé tourne autour de 19 ans.

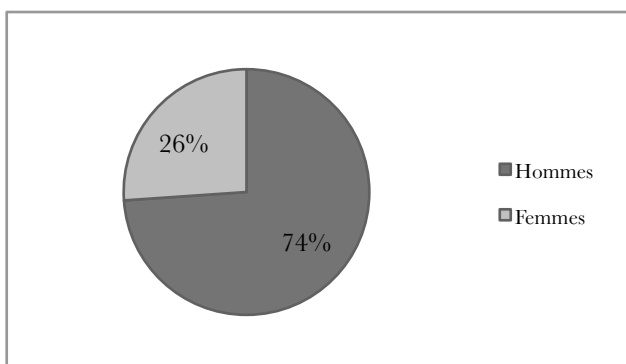


Figure 1 : Répartition des médecins

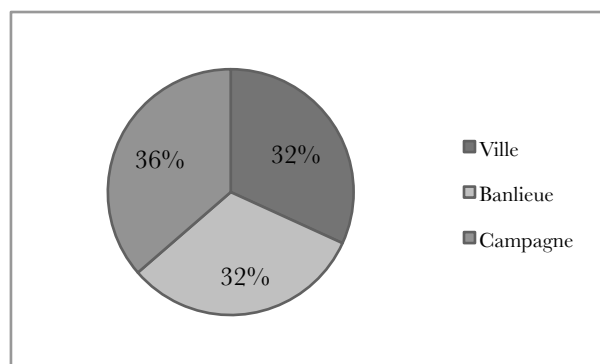


Figure 2 : Répartition des cabinets

Attention portée à la précarité et sa prévalence. Les médecins interrogés accordent une importance moyenne (58%) à forte (42%) à la problématique de la précarité. La moitié qualifierait de précaire entre 10 et 20% de leurs patients, selon la définition proposée (**figure 3**). Concernant l'évolution de cette proportion au fil du temps, nous avons proposé de différencier son estimation au cours des 5 dernières années (2006-2011) et au cours des 10 dernières années (2001-2011) pour apprécier une éventuelle variation entre les deux. 15% des médecins de l'enquête pratiquent depuis moins de 5 ans et n'ont pas pu répondre. Parmi les autres, 73% à 80% des médecins estiment que la proportion de patients précaires a augmenté ces dernières années (**figure 4**). Nous observons que cette hausse est légèrement moins importante au cours

des 5 dernières années par rapport aux 10 dernières années, comme si ce phénomène tendait à se freiner légèrement.

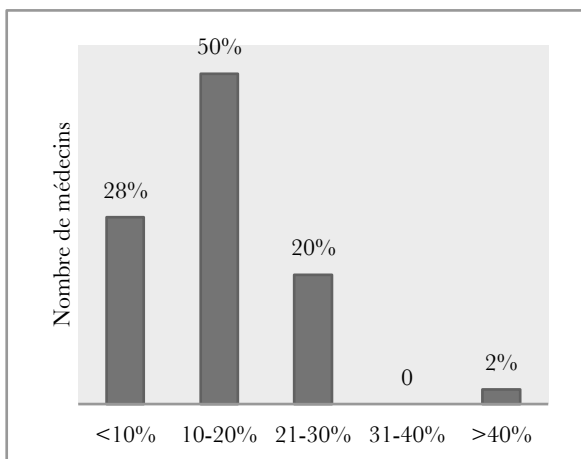


Figure 3 : Proportion de patients précaires

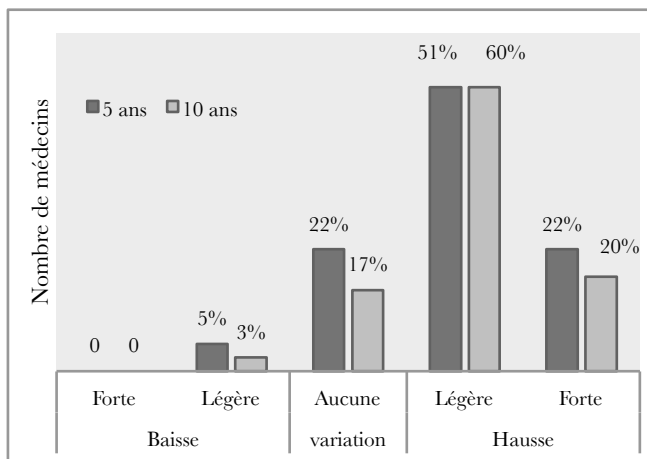


Figure 4 : Variation de cette proportion lors des dernières années

Ressenti personnel des médecins face à la précarité. Les MPR ressentent avant tout que c'est leur rôle de se préoccuper de la précarité de leurs patients : 36% l'approuvent fortement, 37% moyennement, 18% un peu. Ils ressentent également de l'impuissance dans une telle prise en charge : 29% un peu, un tiers moyennement et un tiers également se sent très impuissant face à cette problématique. Viennent ensuite la gratification ou satisfaction personnelle et la frustration : seuls 20% des médecins ne les ressentent pas du tout. 31% des médecins ne sentent pas du tout l'impression d'être surmenés en temps ou en énergie, 40% la sentent un peu, 18% moyennement et 11% beaucoup. Nous constatons donc que les MPR sont affectés d'une manière ou d'une autre par cette prise en charge et que les sentiments qu'ils éprouvent sont parfois ambigus (figure 5).

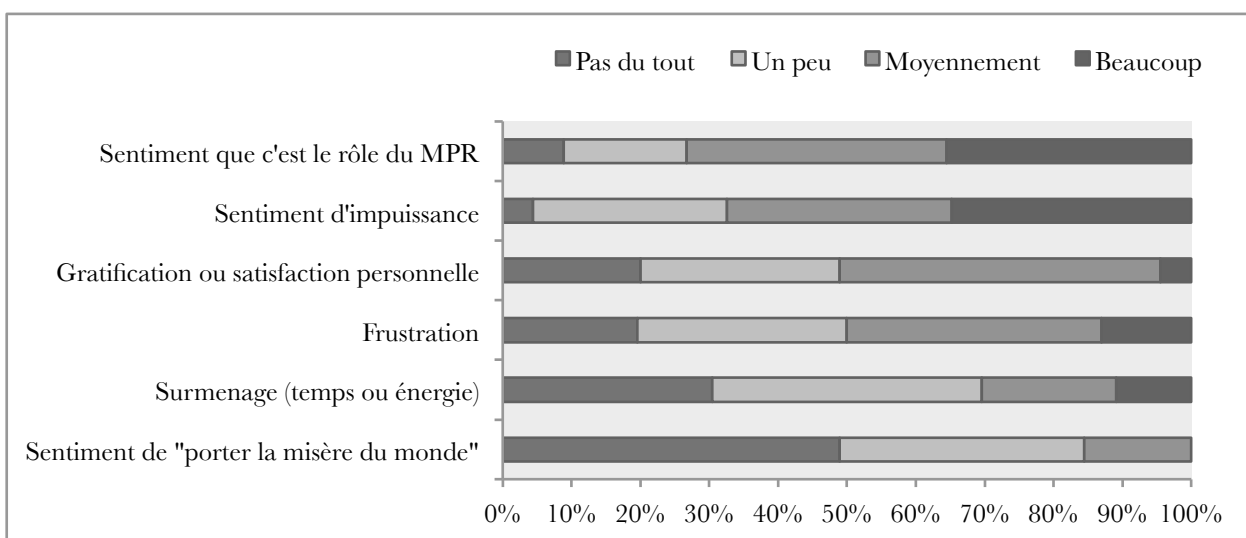


Figure 5 : Ressenti des médecins de premier recours dans la prise en charge de patients précaires

Pour certaines questions, les médecins avaient la possibilité de suggérer des réponses que nous présenterons sous forme de compilation. Voici les autres sentiments qu'ils éprouvent dans la prise

en charge de patients précaires : *un sentiment de révolte, un mélange de sympathie et d'irritation, un devoir à accomplir, une envie de meilleures prestations sociales, de la colère ou encore de la solitude et de la difficulté dans l'utilisation du réseau médical habituel, le sentiment de vivre une relation très personnelle avec un être humain ou une famille en détresse, ou encore le sentiment que c'est stimulant et que cela force à trouver un chemin.*

Relai par d'autres professionnels dans la prise en charge des patients précaires. Lorsqu'ils ne sentent pas responsables de cette prise en charge ou qu'elle dépasse leurs possibilités, 52% des médecins font souvent appel au relai par les services sociaux, un peu moins souvent par les psychologues (probablement à cause du non-remboursement par les caisses-maladie, comme le suggérait un des médecins interrogés) et par les différentes associations ou organisations d'entraide. Il arrive également qu'ils appellent les employeurs ou les syndicats pour régler certains conflits. Enfin, ils n'appellent que rarement les églises ou centres religieux (**figure 6**).

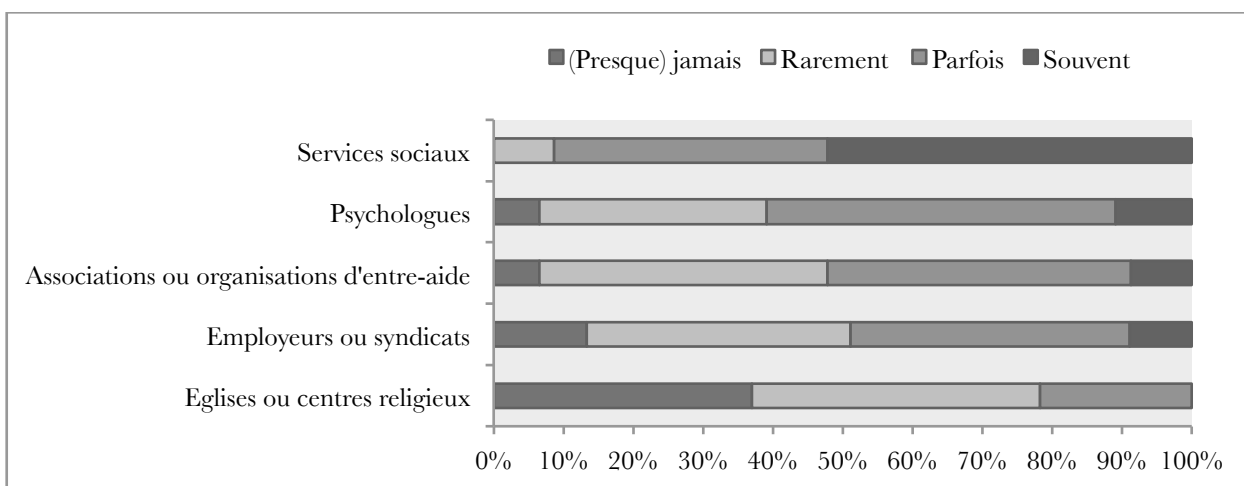


Figure 6 : Appel à différents relais dans la prise en charge de patients précaires

En dehors de ces propositions, les médecins proposent : *un relai de suivi par les communautés linguistiques et culturelles, une collaboration avec la famille ou avec les autorités tutélaires.*

Impact de la précarité et lien entre précarité socio-économique et état de santé vulnérable. La majorité des médecins estiment que la précarité influence d'une certaine manière la prise en charge médicale (39% beaucoup, 24% moyennement et 24% peu). Ils estiment également qu'elle influence, bien que plus modérément, la relation thérapeutique (9% beaucoup, 37% moyennement et 30% un peu). Pour la plupart, la précarité a enfin un impact sur la survenue et l'évolution du problème médical (43% beaucoup d'impact, 44% un impact moyen, 9% un peu d'impact, 4% aucun impact). Certains estiment enfin que la précarité induit *un mode de vie à risque, influence la thymie du médecin et entraîne un appel plus fréquent aux médecins spécialistes.* A travers ces pourcentages et les données de la littérature, nous constatons qu'il existe vraisemblablement un lien entre une précarité socio-économique et un état de santé vulnérable, que nous détaillerons plus tard. Serait-ce la première qui cause le second ? 89% sont d'accord avec cette proposition (48% d'accord et 41% plutôt d'accord) et 11% ne le sont pas (2% pas d'accord et 9% plutôt pas

d'accord). Serait-ce le second qui entraîne la première ? 59% sont d'accord avec cette proposition (18% d'accord et 41% plutôt d'accord) et 41% ne le sont pas (4% pas d'accord et 37% plutôt pas d'accord). 91% des MPR ne pensent pas (49%) ou plutôt pas (42%) qu'une précarité socio-économique et un état de santé vulnérable soient associés mais sans lien de causalité. 9% sont plutôt d'accord avec l'absence de lien de causalité entre ces deux phénomènes.

Les pathologies les plus prévalentes chez les patients précaires. Pour les 46 médecins, qui avaient 2 possibilités de réponses, il y a eu 94 items, car certains n'ont pas répondu et d'autres en ont cité plus de deux. Nous avons décidé de garder l'ensemble des réponses. Ces dernières reflètent en outre plus souvent des tableaux cliniques que des diagnostics précis, ce qui illustre peut-être le flou des situations de précarité. Les pathologies les plus souvent retrouvées chez les patients précaires sont surtout d'ordre psychique. En dehors des pathologies présentées dans le **figure 7** ci-dessous, 6 ont évoqué des troubles psychiques de manière générale. Autrement, parmi les pathologies ou problèmes évoqués une à deux fois, nous trouvons : *troubles fonctionnels, neuropathies carencielles, burn-out, fatigue, inactivité, malaise existentiel, gastralgies, troubles alimentaires, troubles du comportement social et du caractère, les maladies cardio-vasculaires, les infections et les troubles anxieux.*

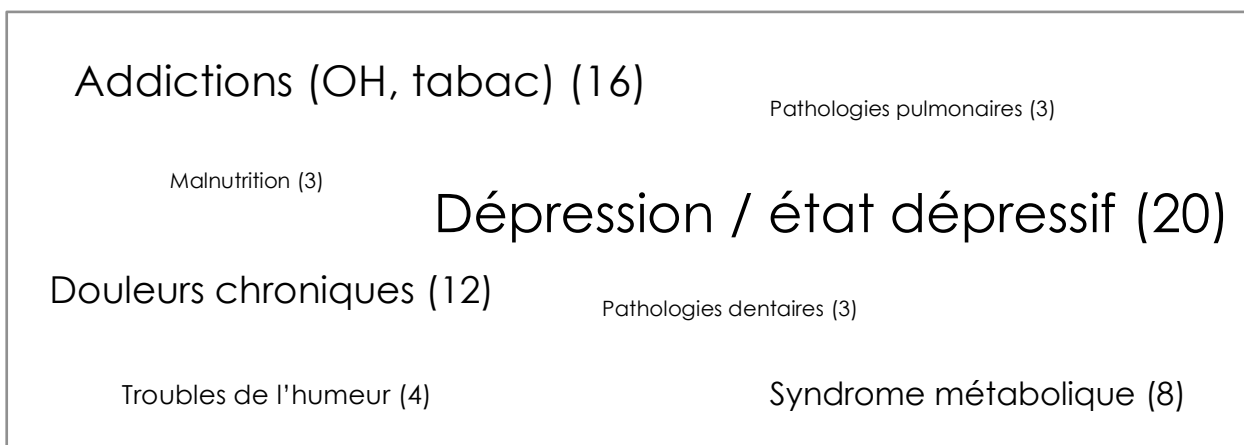


Figure 7 : Pathologies les plus prévalentes au sein des patients précaires

Estimation du seuil de risque de pauvreté par les médecins. Les MPR surestiment légèrement (+8.6%) le seuil de risque de pauvreté en Suisse, défini par l'OFS, pour une personne seule et qui se situe à 2'392 chf/mois. Par contre, ils sous-estiment le même seuil pour un ménage de 2 adultes et 2 enfants de 12.7%, par rapport à 5'023 chf/mois. Les variations peuvent paraître importantes, mais nous pouvons conclure que dans l'ensemble, les médecins ont une bonne estimation des revenus seuils.

Utilisation d'un score mesurant la précarité. Aucun des médecins interrogés n'utilise à ce jour de score mesurant la précarité, bien qu'il en existe déjà, plus adaptés à d'autres systèmes de santé, comme par exemple le score EPICES³¹ en France. En revanche, comme nous le discuterons plus tard, 57% des médecins interrogés en utiliseraient un s'il en existait adapté au système local.

Facteurs influençant l'état de santé des Suisses, selon les médecins. Nous avons réorganisé les dix déterminants sociaux de la santé énoncés par l'OMS en sept facteurs pouvant influencer l'état de santé des personnes vivant en Suisse, nous avons posé la question précise du revenu et nous avons demandé aux médecins d'apprécier ces diverses influences (**figure 8**). Pour 96% d'entre eux, *le travail et ses conditions, ou le chômage*, a une influence importante sur l'état de santé. Viennent ensuite les *dépendances* qui ont un impact important sur la santé (pour 91% des médecins) et la *quantité ou la qualité du tissu social* entourant le patient (89% de médecins). Les divers *facteurs de stress* influencent modérément (29%) ou de manière importante (71%) la santé. Le *revenu* a une influence plus modérée sur l'état de santé. Il est plus surprenant de constater que pour 3 médecins, *l'alimentation* n'a aucune influence sur l'état de santé, tandis que la moitié estime cette influence modérée et deux tiers des médecins jugent modéré l'impact de *l'activité physique* sur la santé et un tiers le juge important.

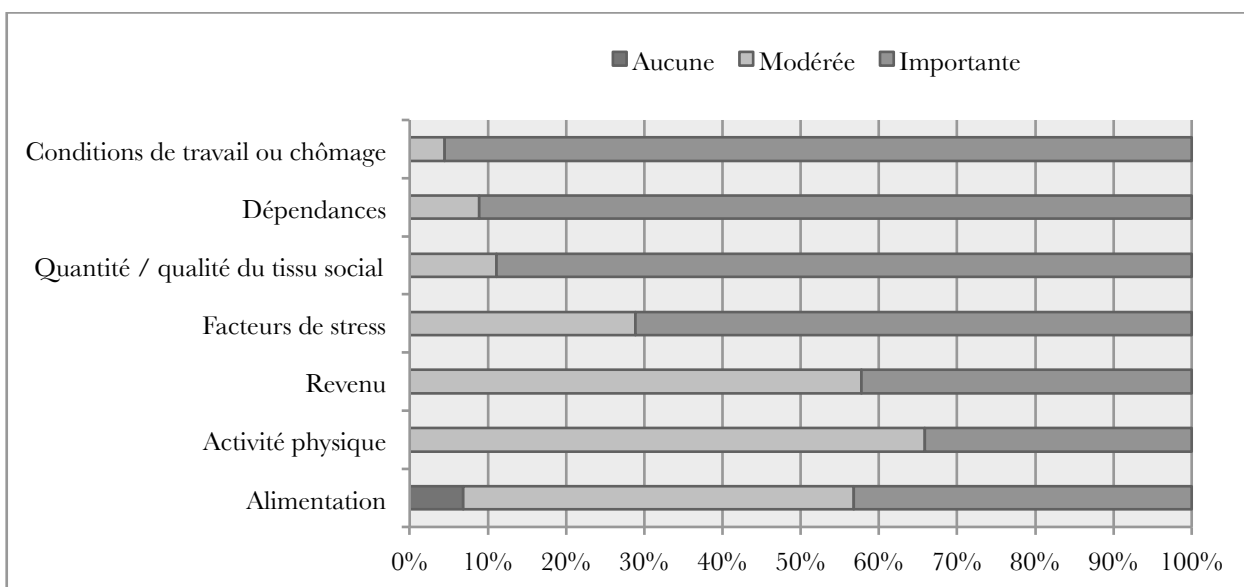


Figure 8 : Facteurs socio-économiques et culturels influençant l'état de santé des populations, selon les médecins

Les médecins participant à l'enquête proposent *une sexualité épanouie, un niveau d'instruction et de maîtrise du langage, une capacité de résilience, une bonne attention à soi, des conflits tels que ruptures, divorce ou procédures judiciaires, ou la spiritualité* comme d'autres facteurs influençant l'état de santé des populations.

Place de l'anamnèse psycho-sociale dans la consultation. 43% des médecins généralistes participant au questionnaire offrent une place très importante à l'anamnèse psychosociale des patients, par rapport à l'anamnèse par systèmes, tandis que 50% lui offrent une place importante ou encore peu importante pour les derniers 7%.

Domaines explorés dans l'anamnèse psycho-sociale. Dans cette anamnèse psychosociale, nous avons repris les sept facteurs influençant la santé et nous avons demandé aux médecins à quelle fréquence ils les investigaient (**figure 9**). 96% des médecins s'intéressent souvent au *travail, ses*

conditions ou le chômage des patients. De manière similaire, les médecins interrogent souvent leurs patients sur les divers *facteurs de stress* (85%), sur leurs éventuelles *dépendances* (83%) et la *qualité ou la quantité de leur soutien social* (80%). 13% des médecins s'intéressent souvent au *revenu* des patients, 52% parfois et 35% rarement. Comme lors de la question précédente, il est plus étonnant d'apprendre qu'un médecin ne s'intéresse jamais ou presque jamais à *l'alimentation* de ses patients, 3 médecins le font rarement, la moitié des médecins restants s'y intéresse parfois et l'autre moitié souvent. Enfin, 72% interrogent souvent leurs patients sur leur *activité physique*. Nous remarquons que le revenu est moins souvent demandé alors qu'il a un impact au moins aussi important que l'alimentation et l'activité sportive sur la santé selon les MPR.

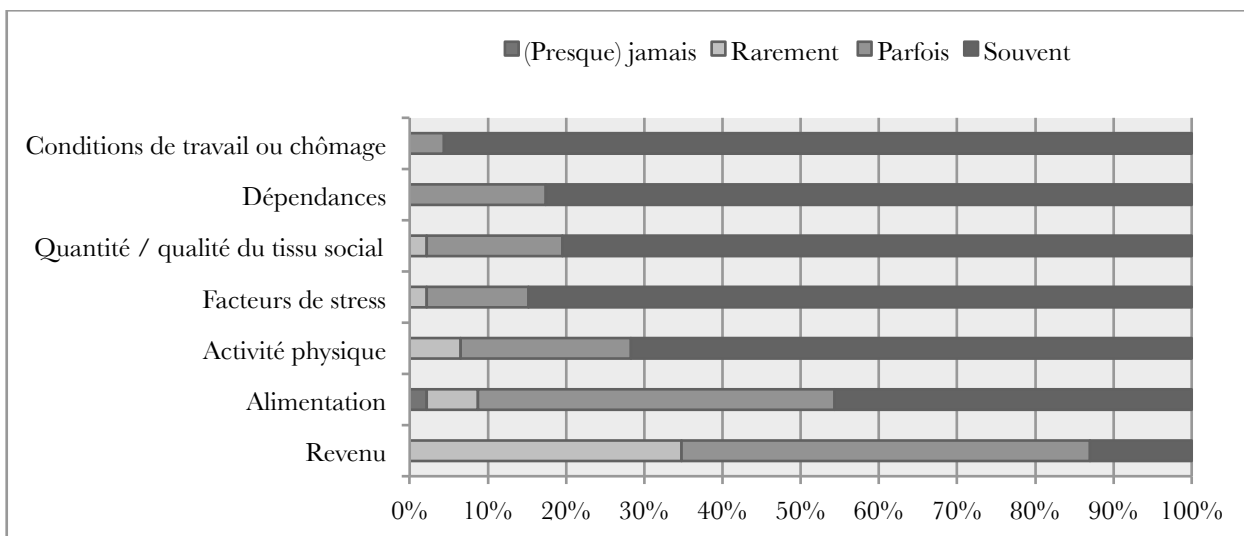


Figure 9 : Fréquence à laquelle explorent les médecins les différents déterminants de la santé

En dehors de nos propositions, les médecins s'intéressent à : *la sexualité des patients, à comment ils vivent leurs relations de couple, à leurs ressources personnelles, leurs loisirs, leurs valeurs, leur état d'humeur et à leur représentation de la maladie.*

Désir de s'exprimer des patients selon les médecins. Dans l'ensemble, les médecins estiment que leurs patients souhaitent s'exprimer sur ces thèmes, énoncés dans la question précédente, que l'on pourrait qualifier d'extra-médicaux (20% oui, 49% plutôt oui, contre 29% plutôt non et 2% non).

Les marqueurs de la précarité. Pour 46 médecins interrogés, qui avaient 2 possibilités de réponses, il y a eu 78 items. Les marqueurs extérieurs pouvant faire soupçonner une certaine précarité chez un patient –et devant faire s'interroger le médecin sur cette éventuelle précarité– sont ceux présentés dans la **figure 10** ci-dessous. En dehors des marqueurs qui s'y trouvent, voici les marqueurs évoqués une à deux fois: *le maintien de la colonne dorsale, le vieillissement cutané accéléré, la coiffure, la tristesse, les troubles du sommeil, les troubles relationnels à la consultation, l'expression du visage, la thymie ou l'origine.* Les marqueurs évoqués appartiennent à des champs très divers : apparence, comportement, etc. Il n'existe donc pas de marqueur « pathognomonique » de la précarité,

comme nous pouvions nous y attendre, mais la moitié des médecins estiment tout de même pouvoir suspecter une forme de précarité en fonction de l'état d'hygiène en général et un tiers en fonction de l'état bucco-dentaire.

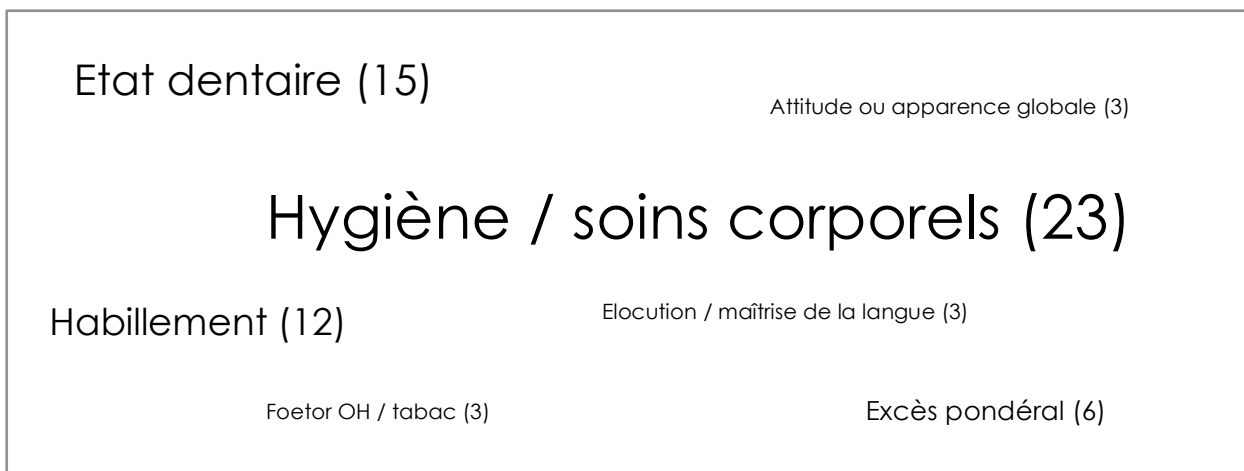


Figure 10 : Signes ou indices extérieurs faisant soupçonner une certaine précarité

Attention portée à la stigmatisation. 40% des médecins estiment être souvent attentifs aux a priori et à la stigmatisation que peut susciter chez eux la précarité de certains patients. 47% y sont parfois attentifs, 13% ne le sont que rarement. Une stigmatisation pourrait induire un certain nombre de contre-attitudes ou un évitement de la part des médecins s'ils ne s'en rendent pas compte et qu'ils ne cherchent pas à l'analyser.

Organisation de la consultation d'un patient précaire. 44% des médecins prévoient plus de temps de consultation quand ils savent qu'il s'agit d'un patient précaire, pour gérer la complexité de ce genre de situations. 54% d'entre eux ne changent pas le temps de consultation et seul un médecin avoue planifier moins de temps dans ces cas (**figure 11**).

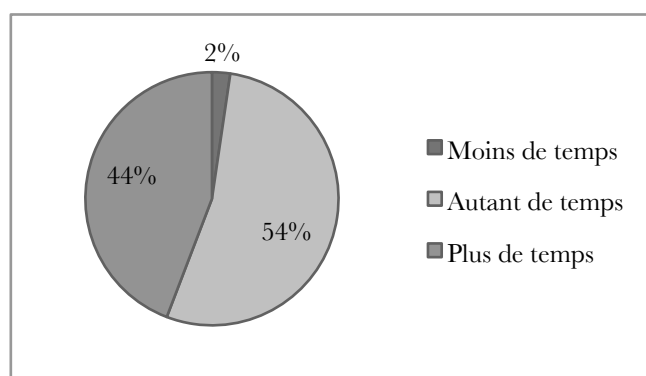


Figure 11. Temps de consultation pour un patient précaire

Conséquences de la précarité sur la prise en charge. La problématique de la précarité au cabinet du MPR peut avoir plusieurs conséquences sur la prise en charge, notamment à cause des solutions pour éviter des coûts importants aux patients ayant des difficultés financières. Par

exemple, les médecins ont parfois (28%) ou souvent (31%) tendance à choisir un traitement moins coûteux face à un patient précaire. Seul un quart ne le fait jamais ou presque jamais. Les médecins peuvent aussi (28% parfois, 13% souvent) tendre à réaliser moins d'investigations complémentaires face à un patient précaire. Seuls 39% disent ne jamais le faire ou presque.

Parmi les autres solutions imaginées par les médecins : *choisir les médicaments génériques, différer les investigations, proposer plus de prévention, discuter du prix des traitements et des examens, opter pour une politique des « petits pas », ou diminuer la facturation de prestations.* Un médecin s'exprime sur le fait que « l'envoi au spécialiste est parfois problématique si la franchise de l'assurance du patient est élevée ». Un autre affirme qu'il influence sa prise en charge « seulement s'il s'agit d'une demande du patient et en lien avec une médecine du risque zéro, et jamais pour écarter urgence ou gravité ».

Problèmes de notes d'honoraire. Pour 45% des médecins, il arrive souvent aux patients connus comme précaires de ne pas régler les notes d'honoraire (**figure 12**). Pour 36%, cela leur arrive parfois, pour 14% rarement et seulement 5% estiment que cela n'arrive jamais ou presque jamais. Par rapport à cette problématique, nous retrouvons des proportions similaires pour le fait que 46% des médecins demandent souvent aux personnes en difficulté économique comment elles s'organisent pour régler les notes d'honoraire, 32% le font parfois, 13% le font rarement et 9% jamais ou presque jamais.

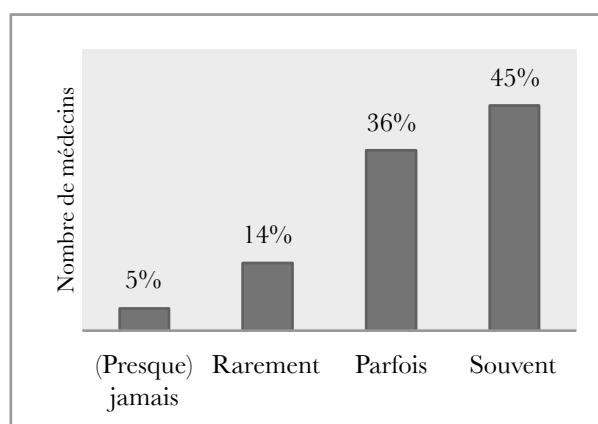


Figure 12 : Fréquence à laquelle les patients précaires ne paient pas les notes d'honoraire

Besoins et attentes des médecins face à la précarité de leurs patients. Quels seraient les besoins et les attentes des MPR participant à l'enquête pour une meilleure gestion de leurs patients précaires et de la précarité même ? Il y avait la possibilité de répondre plusieurs fois. 57% d'entre eux utiliseraient volontiers un score suisse mesurant la précarité. 57% également utiliseraient un carnet d'adresses répertoriant les différents acteurs pouvant aider les patients sur différents plans. 30% souhaiteraient une formation continue à ce sujet, tout comme 30% souhaiteraient des rencontres avec d'autres MPR pour pouvoir s'exprimer sur ces différents sujets. 13% seraient

adeptes d'e-learning (cours de formation et d'information sur support informatique, par exemple avec des cas fictifs) et seulement 9% n'auraient aucun besoin à ce sujet (**figure 13**).

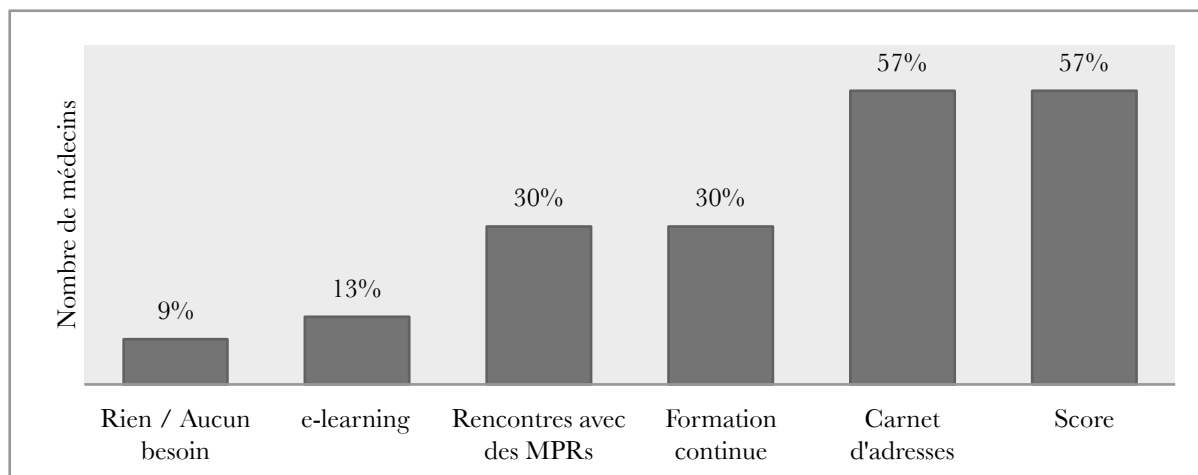


Figure 13 : Attentes et besoins des médecins de premier recours pour faire face à la précarité de certains de patients

En dehors de ces propositions, les médecins exposent d'autres attentes pour mieux pallier leurs manques : *l'organisation de colloques avec des assistants sociaux, une modification de la LaMal avec diminution de la participation aux frais selon le revenu, des rencontres avec des acteurs d'autres services sociaux et psychosociaux, une garantie de prise en charge des investigations quelles qu'elles soient par les caisses-maladie ou l'Etat, un réseau qui assume les frais des consultations spécialisées et les examens de laboratoire*. Le résultat de cette enquête les intéresse.

Citations de commentaires divers :

- « Beaucoup de questions difficiles » (2x)
- « Il y a une grande différence entre précarité objective et sentiment de précarité. Et comment qualifier la "précarité" énoncée par un patient (objectivement bien rémunéré au niveau du salaire) qui dit ne pas pouvoir (exemple réel) se payer les médicaments nécessaires au traitement de son HTA mais trouve de quoi payer ses 3 (!) paquets de cigarettes par jour? Question sur le seuil de risque de pauvreté: la précarité au sens large n'est pas en relation directe avec un revenu seuil défini (variable en fonction d'une personne/situation à une autre) »
- « Le "patient précaire" n'existe pas. Il y a autant de manières de vivre la précarité que de personnes, certains "pauvres" attendant tout du médecin et des soins sociaux, d'autres fiers de bien vivre et d'être heureux malgré les difficultés, certains affichant la précarité, d'autres s'habillant élégamment aux puces... Le bagage relationnel / L'estime de soi est plus déterminant que le revenu et les conditions externes. »
- « En tant que médecin conseil du service de l'emploi (Assurance chômage), je rencontre beaucoup de précarité. Dans mon lieu d'exercice, Pully, il y en a moins, ou "plus difficilement visible". Si on s'y intéresse, il y a aussi des personnes en situation de précarité. »

- « Etant donné une plus grande précarité en milieu urbain, nous avons tendance à sous-estimer la précarité rurale en Suisse. »
- « Ne pas oublier qu'il y a des précarités d'ordres très divers: de la précarité du post-adolescent à la jeune femme enceinte d'un ami étranger sans droit de séjour, tous deux sans travail, jusqu'à la vieille femme de 94 ans seule à domicile et qui refuse le placement en EMS. »
- « On voit de plus en plus de maladies qu'il ne faut pas trop chercher à guérir parce qu'elles permettent aux patients de sauver la face (cela risque de diminuer avec la révision de l'AI !) »
- « A la Chaux-de-Fonds, il y a un projet RSM (réseau santé migration) pour la prise en charge des sans papiers. Les médecins de premier recours voient des patients gratuitement (après un tri infirmier par le réseau) et le réseau se charge de trouver des traitements, examens et spécialistes dont on a besoin. C'est un grand soulagement. »
- « Les patients précaires sont pour moi moins bien investigués en raison des problèmes de remboursement des examens. »

3.2 Résultats qualitatifs

Savoir

Définition de la précarité. Les 5 médecins interrogés sont d'accord avec la définition proposée, après avoir tenté de définir spontanément la précarité. Ils semblent bien saisir le sens du mot précarité et ce qu'elle implique. Ils évoquent les notions de variabilité, d'instabilité et de fragilité qui la caractérisent et remarquent qu'il s'agit de situations souvent invisibles si l'on ne les cherche pas, qui ne dépendent pas uniquement du facteur économique et qui nécessitent en théorie une prise en charge et un suivi. Les propos des médecins issus de la transcription des entretiens illustrant certaines questions sont présentés sous forme d'encadrés :

Il s'agit de personnes qui restent en apparence saines, mais qui au fond sont en train de tomber dans le gouffre. J'ai là un rôle important, en tant que médecin de premier recours, parce que quand ils sont dans le gouffre, il faut tout un réseau pour arriver à les maintenir. [...] (La précarité relationnelle :) oui, elle existe et mène à des tensions, à un mal-être et à des troubles psychologiques, donc pas vraiment une maladie, et donc elle n'est pas prise en charge.

La précarité doit être une situation surtout sociale qui met le patient en difficulté pour subvenir à ses besoins, de santé, de matériel en général et qui peut ensuite avoir des répercussions sur sa santé physique et psychologique. C'est sûr que la précarité n'est pas seulement un problème économique.

C'est un état de fragilité qui peut se concrétiser si elle rencontre d'autres problèmes, ou à travers lequel on peut passer à travers toute une vie, et qui peut du reste également varier.

Connaissance des déterminants sociaux. Les médecins interrogés ont tous jugé cette question trop difficile, bien qu'ils jugeraient utile de les connaître. Aucun d'eux n'a pu citer les 10 déterminants sociaux de la santé énoncés par l'OMS, même s'ils en devinent certains et affirment

les explorer dans leur anamnèse psychosociale. Ils estiment que soumettre cette question telle quelle à leurs collègues ne fournirait pas d'informations pertinentes et suggèrent donc de changer sa formulation.

Marqueurs de la précarité. La question, imaginée à partir d'un article proposant l'état bucco-dentaire comme indice possible de l'état de précarité³², a permis aux médecins d'imaginer d'autres indices laissant supposer la précarité chez certains patients. Un médecin remarque que l'état bucco-dentaire peut être un piège ou un signe faussement négatif chez certaines personnes qui sont tombées dans la précarité tardivement, par exemple à partir d'un haut niveau social, et qui auraient gardé une bonne hygiène dentaire. Voici quelques exemples des marqueurs indirects de la précarité imaginés par les médecins interrogés : *les factures non payées, l'habillement, le fait d'être requérant d'asile, l'hygiène intime, l'état nutritionnel*. Le reste des signes sont plutôt internes aux anamnèses physique ou psychosociale : *le fait d'être inséré socialement par le travail et la question que ce travail soit adéquat du point de vue du revenu qu'il donne, la santé mentale, les maladies chroniques, la qualité du sommeil, l'irritabilité, l'isolement ou la qualité du réseau familial ou amical, la tendance aux dépendances*. Nous remarquons qu'il n'existe aucun marqueur parfaitement fiable, même si dans la plupart approuve l'état buccodentaire comme indice important. Chaque médecin sera sensible à différents aspects de la précarité, à différents moments et nous retrouvons l'imperceptibilité de la précarité exposée précédemment.

La plupart des personnes que je considère comme étant en précarité, sont des personnes dont on ne pense pas, quand on les croise, qu'ils sont en précarité.

Je fais de temps à autre des gardes en ville et je découvre l'état des appartements, le manque de soutien de l'entourage, l'isolement social... Souvent on est appelé pour des problèmes physiques et en fin de compte on a affaire avec l'angoisse, l'anxiété ou l'isolement des gens. Si les gens n'étaient pas dans une situation de précarité au départ, bon nombre de ces appels n'auraient pas lieu d'être...

Autres métiers pouvant prendre en charge les personnes précaires. Les médecins interrogés estiment en général qu'il s'agit d'une question essentielle car quel que soit leur rôle, ils disent ne pas pouvoir prendre en charge l'ensemble des problématiques qui caractérise la précarité. Ils oscillent entre l'impression d'être en première ligne dans ce genre de prise en charge ou celle de n'être qu'un consultant rarement au premier plan. Issus de la région lausannoise, ils font appel aux services sociaux et aux assistants sociaux, au Centre Médico-Social (CMS), à la PMU, aux psychologues et suivant le type de situation, à différents acteurs comme Malley Prairie (violence conjugale), EVAM (requérants d'asile), Caritas (entraide pluridisciplinaire), Point d'eau (accueil de jour pour personnes démunies ou défavorisées), Sid'action (accompagnement de personnes atteintes du SIDA), le relais 10 (suivi psychosocial pour personnes atteintes de maladies virales), le centre de Saint-Martin (unité de toxicodépendance), les syndicats (tels qu'UN1A), le centre social protestant, la fraternité. La remarque la plus importante concerne l'organisation de la prise en charge des personnes précaires et la coordination entre les médecins et les autres acteurs. Les

MPR s'interrogent sur qui doit détecter la précarité, où trouver les informations relatives à chaque situation et comment composer cette prise en charge.

Si on regarde bien, il y a pléthore de gens tout à fait prêts à s'occuper de personnes avec tel ou tel type de problème, il faudrait juste faire correspondre des gens avec des institutions ou associations et souvent les choses se passent très bien après, donc ça fait clairement partie du rôle social du médecin d'après moi.

Je suis en fait rarement le premier maillon. Ce sont des personnes qui ont déjà eu des contacts avec les assistants sociaux donc il est assez rare que je propose comme ça de s'adresser à eux.

Attentes et besoins pour améliorer les connaissances sur la précarité. Les médecins estiment nécessiter être au courant de ce que signifie être à l'aide sociale, connaître les droits, avoir une liste des différents acteurs, énoncés dans la question précédente mais regroupés dans un carnet d'adresses. Ils souhaiteraient également une formation ou des colloques pouvant les informer sur les réseaux ou les manières de s'y prendre avec des patients précaires. Nous remarquons une nouvelle fois un certain manque de formation ou d'information dans ce domaine, ainsi qu'un défaut de coordination entre les différents acteurs, qui se fait souvent au cas par cas. Pallier ces défauts permettrait probablement de mieux gérer ces situations.

Avoir des outils pour dépister la précarité, comme un score, et les appliquer à tous les patients pour les identifier comme précaires ne donne toujours pas une idée exacte d'où se situe le problème : est-ce le travail ? Un problème de famille ? Cela ne me semble pas judicieux. Par contre, ce qui pourrait m'aider, face à la surcharge et au nombre de problèmes à régler après une consultation (avis spécialisé à demander, examens complémentaires, réseau à mettre en place, etc.), c'est une meilleure connaissance des structures d'aide à consulter facilement et par problème.

Savoir-être

Conscience des différences de niveaux socio-économiques médecin-patient. Les médecins ont manifesté une certaine ambivalence par rapport à cette question. Il existe une certaine confusion quant à la définition de l'empathie. Quatre des médecins ont répondu qu'ils étaient effectivement conscients de ces différences et qu'il était important de l'être et un a avoué souhaiter répondre non, car il peut « imaginer mais pas réaliser d'autres modes de vie que le sien, car chacun a son histoire. » Les autres réponses varient entre des points de vue personnels ou plus tournés vers le patient. Ces réponses démontrent toutefois que les MPR n'émettent en général pas de jugement de valeur qui pourrait nuire à la relation thérapeutique.

Oui, je pense que je me rends compte d'être extrêmement favorisé, de ne pas avoir ce genre de soucis de précarité... J'espère que tous les médecins s'en rendent compte.

Oui, c'est intéressant. J'ai une formation en entretien motivationnel et si on veut modifier un comportement, on doit d'abord s'intéresser aux valeurs des autres et confronter éventuellement les gens que leurs comportements ne sont pas en adéquation avec leurs propres valeurs et pas forcément avec les miennes.

Désir des patients de parler des thématiques relatives à la précarité. Selon les médecins, les patients ont des attentes, ou du moins sont ouverts à parler de thèmes que l'on pourrait qualifier d'extra-médicaux. Les médecins explorent l'anamnèse psychosociale et ne ressentent pas de résistance de la part des patients. De part et d'autre, il semble donc acquis que cela fait partie du cahier des charges du MPR. Certains avouent s'y intéresser pour le patient qui bénéficie d'une écoute et d'autres s'y intéressent pour eux-mêmes afin de pouvoir travailler avec une vision globale. Nous aurions pu nous attendre à une certaine difficulté pour aborder certains thèmes ou l'existence de certains tabous, ce qui n'est apparemment pas le cas.

Je ne pense pas qu'il y ait un certain tabou. La plupart des gens sont même très contents qu'on pose plus de questions d'ordre social pour évaluer chaque situation dans sa globalité.

Quand j'interroge les gens sur leur statut, leurs difficultés, etc., en fait je n'ai jamais de réponse négative du genre « ça ne vous regarde pas ». A vrai dire c'est plutôt moi qui suis demandeur, pour pouvoir travailler avec une vision globale du patient. C'est une thématique plutôt cachée par les patients mais qu'ils abordent volontiers, tout en ayant de la peine à les amener eux-mêmes sur la table, c'est donc plutôt au médecin de faciliter l'accès à cette connaissance de si il y a ou non une forme de précarité en offrant la liberté d'en parler.

Attention portée aux stéréotypes. La question a été jugée pertinente car c'est la stigmatisation qui empêche d'aborder et de parler librement de la précarité, mais les médecins ont trouvé la question difficile et mal formulée, car trop incitative et qu'il fallait la modifier. Ils estiment porter une attention importante aux *a priori* que peut induire la précarité.

Je n'y suis pas assez attentif probablement. Je me définirais volontiers comme quelqu'un qui chasse les stéréotypes, mais je n'ai pas de signaux d'alerte qui me disent « attention tu pourrais te laisser aller au stéréotype. » Il n'y a pas de mécanisme de filet. J'ai entendu parler d'une conférence d'un américain qui parlait de ces stéréotypes inconscients en montrant que la prise en charge du diabète pouvait être différente selon si le patient était Noir ou Blanc.

Impact de la précarité sur le patient, sur le médecin et sur la relation thérapeutique. Cette question a été jugée essentielle par l'ensemble des médecins interrogés. Dans tous les cas, un impact de la précarité existe selon eux à la fois sur le patient, sur le médecin, sur la relation thérapeutique et cet impact nuit à une bonne prise en charge médicale. La précarité induit des attitudes particulières chez les patients et des réactions diverses chez les médecins. Nous pouvons considérer que la précarité entraîne surtout une prise en charge en soi « précaire » et fragile, avec un besoin de plus de consultations, un risque de renoncement aux soins (de la part du patient ou du médecin) et une modification des choix diagnostiques et thérapeutiques basés sur l'évidence.

L'impact de la précarité sur le patient se manifeste par un besoin de plus de consultations, et pour ceux qui tiennent encore le coup, qui sont en train d'aller mal, qui sont très serrés dans les finances et qui ont une franchise élevée pour moins payer de primes, on sait qu'on doit faire attention à rester bénéfiques par rapport à ce qu'on coûte. Ça me pose problème. Dans la relation thérapeutique, ça joue un rôle important car on voit que tout à coup les patients ne consultent plus, alors qu'ils en ont

en fait plus besoin. Après, il y a ceux qui le verbalisent et ceux qui ne le verbalisent pas, ces derniers ne reviennent pas parce qu'on a pas pu aborder ça. Il s'agit d'une question très importante.

Ça complique bien souvent la prise en charge médicale ou somatique car prescrire des médicaments, c'est relativement facile, mais s'assurer que le patient puisse s'offrir ce médicament, puisse aller le chercher, puisse aller faire de la physio, puisse se rendre à la consultation ou aller faire ses radios... La prise en charge et le reste deviennent beaucoup plus compliqués quand quelqu'un est dans une situation précaire. C'est assez chronophage et ça nous vide un peu de notre énergie parce que ces situations sont sans solution, on se sent désarmé. Et quand on a plusieurs situations en une journée, c'est sûr que ça peut expliquer un certain épuisement.

Chez le patient, ça pourrait être que la précarité conduit à un non-soin, un renoncement aux soins. Chez le médecin, si on fait abstraction des stéréotypes, je peux m'imaginer que chez certains confrères, cela peut conduire à un certain renoncement aussi. Dans les cabinets privés, on est payé directement par les patients qui se font ensuite rembourser par les assurances, donc nous avons une relation plus commerciale. Il faut que la transparence soit de mise. Sinon la relation peut se tendre, s'ancrer dans une dynamique de non-dit et induire un certain nombre de contre-attitudes de la part du médecin et certains sentiments : impuissance, diminution de l'empathie. Une métacommunication est certainement bénéfique.

Je pense que ça a un gros impact. On essaie bien sûr éthiquement d'être le plus juste possible, mais c'est sûr que pour quelqu'un qui a beaucoup de peine à payer les factures, je perds un peu de motivation, je ne le cache pas. Je vais quand même faire plus attention aux investigations complémentaires en fonction de ça. Je pense que je ne suis pas le seul.

Gratification dans la prise en charge des patients précaires. Cette question a également été jugée importante et a suscité diverses réactions. Au delà de la gratification, souvent relative, la frustration est notamment apparue comme un sentiment important dans ce genre de prise en charge. Les sentiments dépendent fortement de la définition qu'ont les MPR de leur métier ou de leur rôle et des attentes des patients. Si un MPR n'assume que le rôle de somaticien pour diagnostiquer et traiter une maladie, il se sentira plus frustré et submergé par d'autres problématiques qu'un collègue qui considère qu'il doit aussi accompagner une personne dans sa globalité. Un ajustement entre les agendas du médecin et du patient doit se faire pour prendre en considération la précarité sans qu'elle n'étouffe la relation médecin-patient.

J'éprouve une gratification quand ils vont mieux, mais il y a aussi le sentiment d'impuissance, qui prime dans ce genre de situations... Ou de puissance très relative. Parfois même de frustration car l'attente du patient est supérieure à ce qu'on pense pouvoir leur donner.

La frustration se situe à plusieurs niveaux, par exemple lorsqu'on a un plan de traitement idéal pour un patient mais qu'il ne peut pas se l'offrir, ou émerge de ces situations justement où la relation thérapeutique est menacée. La gratification est plutôt dans l'idéalisme humaniste ou le plaisir d'être dans l'humanité telle qu'elle est, avec ses difficultés et puis de pouvoir toujours accepter que ce lieu de confidentialité protégé par le secret et où les gens peuvent espérer trouver une forme de bienveillance. [...] Le surmenage a lieu lorsqu'on voit survenir de plus en plus de problèmes sociaux dans notre cabinet et les médecins n'ayant pas toujours pu ou voulu se former pour y faire face, peuvent se sentir de plus en plus submergés par ces problématiques aux fondements sociaux. Ils peuvent se sentir frustrés –je ne pense pas que ce soit le cas de beaucoup de généralistes– s'ils pensent que leur métier c'est seulement poser des diagnostics et donner des traitements. Leur métier c'est aussi d'accompagner des humains à travers tout ce qu'ils vivent. Mais être surmené, par définition, c'est manquer d'outils pour faire face à quelque chose et là on revient à une autre question : avoir les connaissances, connaître les réseaux, etc.

Le problème médical n'est pas la chose prioritaire et puis c'est souvent tout ce qui va autour, l'entourage psychosocial qui prend la place de la consultation. Nous, médecins, c'est vrai qu'on se sent un peu impuissants face à ce genre de problématiques : leur

trouver un travail, un meilleur salaire, une meilleure relation avec leur conjoint. Il y a aussi de la gratification : voir qu'un traitement assez simple améliore les personnes. On se sent aussi être la seule personne de confiance, quand ils sont isolés dans leur entourage. C'est peut-être un endroit où on peut ressentir du réconfort. Alors c'est agréable de voir la confiance qu'on nous donne même si je reconnais bien être assez démuné.

Attentes et besoins pour améliorer l'attitude face aux patients précaires. Peu de réponses concernent spécifiquement l'attitude des MPR face à la précarité, mais les médecins exposent un certain isolement dans ce genre de situations et souhaitent une meilleure collaboration avec les assistants sociaux.

Si, en tant que médecin, nous étions un peu moins isolés, peut-être que ça aiderait. Des rencontres avec les services sociaux pourraient être utiles pour s'exprimer sur ces situations et partager les responsabilités et la recherche de solutions.

On peut imaginer qu'il y a une place, surtout dans l'idée de connaître ses besoins pour avoir envie de se former, pour des exercices de communication différente, des jeux de rôles, et de savoir plus formel sur les différents moyens de recours.

Je souhaiterais connaître un peu mieux les réseaux, les gens qui pourraient donner des meilleurs moyens. Mais ce sont plutôt les assistants sociaux qui sont au point. Alors pour moi je dirais oui, un meilleur contact avec les assistants sociaux, de meilleures connaissances des autres possibilités, autres que médicales.

Savoir-faire

Différences de comportement vis-à-vis de patients précaires ou non précaires. Certains points de vue divergent quant à ces différences de comportements. La plupart des MPR estiment ne pas changer d'attitude en soi, mais sont plus attentifs à l'organisation et au contenu de la consultation de personnes supposées précaires : plus de temps est nécessaire, les stratégies diagnostiques sont parfois différentes, ce qui aura des conséquences variables comme nous le discuterons plus tard. Ces consultations sont parfois délicates à mener et les médecins semblent en être conscients.

Non, pas dans la consultation, mais dans l'entourage de la consultation, c'est-à-dire que j'en informe les assistantes, parce que dans la précarité il y a une susceptibilité. Parfois les personnes n'osent pas tellement demander, il ne faut pas qu'il y ait d'obstacle pour les rendez-vous ou pour payer, il faut faire attention à l'attitude.

Oui, je pense que je prends plus de temps, certainement. Je m'attarde à poser des questions supplémentaires. C'est important.

Finalement, l'attitude est la même avec tout le monde, même si certains résultats seront plus long à obtenir avec certaines personnes qu'avec d'autres.

Oui, je pense que j'aurai tendance à faire les choses plus progressivement avec certains patients, pour voir un peu comment la relation s'installe avec des inconnus.

Place de l'anamnèse psycho-sociale. Les médecins donnent une place prépondérante à l'anamnèse psychosociale et estiment avoir à le faire, selon la mission de la médecine de premier recours. S'agissant du moyen le plus efficace pour mettre en évidence la précarité, les médecins

participant aux entretiens s'accordent donc pour dire que l'anamnèse psychosociale est importante pour avoir une vision globale du patient, pour pouvoir détecter certaines causes de précarité quand elle ne se voit pas et que cette anamnèse psychosociale nécessite du temps.

Bonne question. Par exemple, est-ce que le médecin a une idée globale du revenu du patient ? Ce serait comme une concrétisation de cette précarité.

Il s'agit de 90% de la consultation. Elle doit être très importante, mais elle est discrète. J'y consacre du temps et les patients le demandent. Rares sont les patients qui n'exigent que la prise en charge de leur souci physique précis. Je ne vois pas la médecine de premier recours autrement. Et c'est paradoxal, de par le manque à venir de médecins, car elle a moins de temps à consacrer, et donc moins de possibilités de détecter ce genre de problèmes...

L'anamnèse psycho-sociale est importante et à l'intérieur d'elle, il faut pouvoir détecter la précarité, car la personne ne va pas l'admettre d'elle-même. Au lieu de dire « c'est horrible je n'arrive pas à joindre les 2 bouts », les patients disent plutôt « oui, tout va bien ». Les personnes précaires, à mon avis, cachent leur précarité.

Décisions cliniques et niveau socio-économique des patients. Les médecins interrogés répondent qu'ils adaptent leur prise en charge en fonction du niveau socio-économique de leurs patients, bien souvent malgré leur volonté mais par réalisme. Ils sont donc aussi victimes de la précarité de leurs patients car ils ne peuvent pas prodiguer les mêmes soins pour tous, avec un problème d'équité qu'ils ne peuvent pas éviter. Ils estiment qu'il s'agit d'une question pertinente, car c'est une conséquence concrète et directe de la précarité des patients, qui peut nourrir son cercle vicieux : une santé précaire induirait dans une certaine mesure des soins précaires.

J'ai honte de le dire, mais oui. C'est-à-dire qu'il y a la question des franchises et des moyens : avec les gens qui n'ont pas beaucoup de moyens, on discute de ce qui est important et moins important. Les décisions cliniques, pour moi, ne sont liées qu'à la capacité financière, sinon, on fait la même anamnèse et le même status.

Je me sens parfois obligé d'adapter quelque peu la prise en charge, tout en essayant de respecter les recommandations sur les pathologies données. Une maladie chez quelqu'un de précaire est toujours plus compliquée que chez quelqu'un qui n'a aucun autre problème.

J'ai une attitude pragmatique. J'ai envie de dire : autant que possible, non. Chaque patient face au même problème de santé a droit au même soin. Maintenant s'il ne peut pas se les offrir, il faut s'adapter au mieux à sa situation.

Oui, [influencer les décisions cliniques en fonction du statut socio-économique des patients] peut arriver, même si c'est assez rare. Ce serait plutôt dans les investigations. Mais dans le traitement je ne pense pas.

Organisation du temps de consultation pour un patient précaire. Les médecins ont plutôt tendance en général à adapter le temps de consultation à la hausse pour faire face à une plus grande complexité des problématiques en lien avec la précarité. Un médecin juge cette question superflue car il s'attend à ce que tout le monde réponde une augmentation du temps de consultation. Un de ses collègues reste cependant vigilant au montant de la facture de la consultation qui pourrait repousser certaines personnes n'ayant pas dépassé la franchise de l'assurance. Nous revenons donc au fait qu'il s'agit de consultations délicates à gérer et à organiser au cas par cas.

Oui, j'ai tendance à prévoir beaucoup plus de temps. Après, ça ne veut pas dire que je l'utilise, parce qu'ils voient aussi la facture au bout du compte... De nouveau, on revient à cette instabilité, il faut éviter que les patients ne tombent encore d'une marche.

Non, en fait pas, parce que le temps de mes consultations en général est plutôt long, mais on peut faire plus de consultations pour arriver au même résultat. [...] Je suis les paroles du Prof. Pécoud : on traite d'abord et on calcule après. Si le patient ne peut pas tout payer, il ne paie pas tout, on cherche une autre solution ou s'il faut chercher un fond, on le fera.

Oui, j'aurais tendance à dire plus de temps, car il s'agit de consultations plus complexes.

Attentes et besoins pour améliorer les compétences face à un patient précaire. Les médecins soulignent des difficultés importantes dans les consultations de patients précaires et un manque de formation dans ce domaine, qui peut entraîner une surcharge, voire un burn-out, selon comment ils considèrent leur propre rôle. Il semble que plus il y a de précarité, plus elle prend de place dans la consultation et plus la médecine devient psychosociale, ce qui retarde la prise en charge du problème de santé et certains médecins peuvent se sentir alors frustrés ou démunis. Ils s'accordent aussi pour dire que la prise en charge de la précarité est plus complexe que son « diagnostic » et qu'il manque un carnet d'adresses regroupant les autres corps de métier ou institutions pour mieux les connaître et se coordonner avec eux.

Je ne sais pas, je crois qu'on arrive tous un peu à identifier ces problèmes de précarité, d'une manière ou d'une autre, mais on a beaucoup plus de difficulté à trouver des solutions... Une personne à consulter pour chaque type de situation me serait utile.

C'est une question de formation. Les collègues qui sont surchargés, ou qui font un burn-out face à ces situations, sont peut-être ceux qui se rendent moins compte de leurs besoins, par rapport à la précarité et à l'émergence de problématiques de plus en plus sociales dans nos cabinets. [...] La première étape serait que les médecins devraient avoir plus conscience de leurs besoins dans ce domaine. Après je n'ai pas la solution.

Connaître les éventuelles aides sur le plan social, discuter avec les assurances pour se faire payer en tiers payant dans certaines situations, peut-être connaître mieux les réseaux et les aides à la réinsertion professionnelle et pour les étrangers, avoir une meilleure connaissance des centres et réseaux culturels, mais je ne vois pas d'autre chose...

Commentaires divers. Les médecins ont estimé que l'enquête posait de bonnes questions. Ils ont par contre conseillé de fermer les questions pour en faire un questionnaire pour optimiser le taux de réponse, même si cette thématique spéciale, complexe et subjective, devrait selon eux laisser libre cours aux médecins de s'exprimer ouvertement. Ils ont suggéré quelques questions à ajouter, comme la proportionnalité des patients précaires et la charge que cela implique, en terme de psychologie et de rendement économique du cabinet et nous ont fait part de la charge qu'ils éprouvent personnellement, charge émotionnelle ou économique, qu'implique la précarité.

Il faudrait demander : suivez-vous beaucoup de patients précaires ? Et dans le temps, est-ce que ça a évolué ? Et puis est-ce que ça déborde, est-ce que ça vous fait parfois trop ? [...] J'ai réalisé que j'aime bien travailler avec les requérants d'asile, mais il faut de tout, car si on a que des patients avec des problèmes insolubles, on peut parfois s'essouffler, et je sens, si j'ai trop, que je ne peux pas fonctionner en tant que médecin installé.

Manque de pouvoir exprimer ce qu'on ressent en terme de nombre de patients précaires. La proportion permettrait de répondre indirectement à une autre : de savoir s'ils sont attentifs. Si les médecins disent qu'ils n'en n'ont pas beaucoup, ce n'est pas vrai, ça veut peut-être aussi dire qu'ils ne savent pas les détecter ou qu'ils n'ont pas réalisé qu'y en a beaucoup.

A mon avis, il n'y a pas autant de médecins qui sont intéressés par ce thème. Mais par la force des choses, j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus de gens qui arrivent dans des situations précaires où des fois c'est un peu la limite, et il faut les prendre en charge, et c'est aussi la mission du médecin de premier recours. Si je n'avais que des patients comme ça, je ne sais pas si je supporterais, et aussi je ne sais pas si je tournerais financièrement. Ça peut être lourd, pesant, pas facile à assumer. Alors avant de savoir si on peut améliorer, il faut savoir si les médecins sont vraiment intéressés à s'occuper de ces situations. Et l'aspect d'entreprise est important et différent de ces institutions d'état, comme la PMU, où les salaires rentrent de toute façon.

4. Discussion

Problématique de la précarité. Cette enquête met en évidence la perception des MPR de la précarité de certains patients et souligne l'existence d'une problématique silencieuse mais bien présente au sein du système de santé en Suisse Romande, et qui a des conséquences diverses. Il s'agit d'une problématique complexe, multifactorielle et difficile à cerner. La littérature et certains médecins proposent différentes définitions de la précarité mais chacun l'apprécie différemment selon son vécu et sa sensibilité. La proposition d'une définition commune permet de rapprocher les points de vue, mais ne change probablement pas beaucoup l'impression générale qu'a chaque MPR devant chaque patient. Un médecin participant à l'étude estime à plus de 40 % sa patientèle précaire quand d'autres ont l'impression de ne la côtoyer que peu. Certains médecins se concentreront sur la situation économique du patient pour le qualifier de précaire alors que d'autres collègues seront plus touchés par l'isolement social ou le manque de formation de leurs patients. Le problème majeur ne se situe pas tant dans la définition ou la détection de la précarité que dans sa gestion et sa prise en charge, comme nous le verrons plus tard.

Précarité au cabinet. A l'intérieur de la population qui consulte les MPR, l'importante prévalence de la précarité, en augmentation ces dernières années pour près de 80% des médecins, est évaluée en moyenne entre 10 et 20% des patients. Cette prévalence varie en fonction de la localisation : les médecins installés en campagne l'ont plutôt évaluée à moins de 10%, tandis que les médecins en ville l'estiment plutôt à plus de 20%. La prévalence de la précarité semble donc évoluer avec la démographie (**figure 14**).

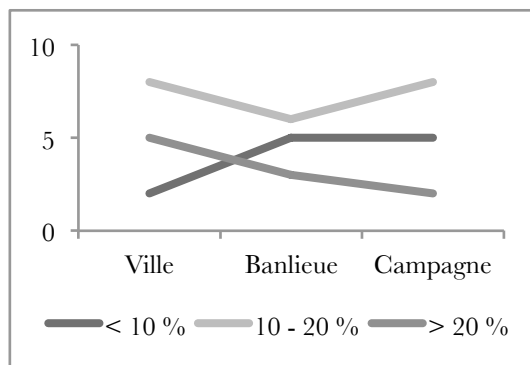


Figure 14 : Rapport entre proportion de patients précaires et localisation des cabinets des médecins

Rappelons que la population des médecins ayant participé à l'étude sont peut-être plus sensibilisés à cette problématique que l'ensemble de leurs confrères de Suisse Romande et que ces derniers ne les détectent peut-être pas autant, ce qui sous-entend une éventuelle mise à l'écart d'une certaine proportion de patients précaires que personne ne détecte ou ne peut prendre en charge.

Précarité en dehors du cabinet. Dans l'application idéale du système de soin, les MPR sont censés connaître et prendre en charge une large part de la population, en n'en référant qu'un certain pourcentage aux médecins spécialistes lorsqu'ils le jugent nécessaire. Nous pouvons imaginer l'hypothèse qu'en dehors d'une population éventuellement mal détectée par les médecins, une certaine proportion de la population, parmi les plus précaires, ne connaît même pas de MPR et renonce aux soins, tel que l'a énoncé un médecin interviewé. Dans une récente enquête, près d'une personne sondée sur cinq (18 %) en Suisse a renoncé, pour des raisons financières, à se procurer des médicaments prescrits sur ordonnance, à se rendre chez le médecin et/ou à effectuer des examens ou à suivre un traitement.³³ Ces personnes échappent donc à l'observation des populations par les MPR, ne sont pas détectées et pris en charge et entrent dans le réseau de soins par la porte des urgences, en dernier recours, avec des conséquences évidentes sur la santé des populations (moins de prévention) et sur les coûts de la santé.

Attention portée à la précarité et méthodes de détection. Les médecins donnent une importance moyenne (58%) à forte (42%) à l'éventuelle précarité de leurs patients. Pour la détecter, aucun d'eux n'utilise un score mesurant la précarité, même si plus de la moitié en souhaiterait un pour les aider. C'est plutôt l'anamnèse psychosociale en général qui permet de connaître la situation des patients et de les définir ou non comme précaires. Par rapport à l'anamnèse médicale, l'anamnèse psychosociale caractérise l'aspect généraliste de la médecine de premier recours. Pour 93% des médecins interrogés, elle prend une place importante à très importante dans l'évaluation systématique des patients et selon eux, 69% des patients souhaitent s'exprimer à ce sujet et n'attendent pas du médecin qu'il n'assume que le rôle de somaticien. La problématique psychosociale prend une place dans la consultation qui semble être proportionnelle à la précarité de certains patients et selon les situations, elle empiète sur le temps consacré au problème de santé physique, ce qui peut entraîner une frustration ou une impression de surcharge chez les MPR.

Dans l'anamnèse psychosociale, les domaines investigués par les MPR correspondent de manière générale aux déterminants sociaux de la santé énoncés par l'OMS : le fait d'avoir un travail ou d'être au chômage, les conditions de travail, la qualité ou la quantité du tissu social entourant le patient, les divers facteurs de stress, les dépendances, l'alimentation, l'activité physique et plus rarement le revenu même des patients, qui semble rester une question délicate. Cet accord de principe sur ces déterminants sociaux ne reflète pas le fait qu'ils ne sont pas toujours faciles à investiguer dans la pratique. Les médecins évaluent relativement bien le revenu

seuil de risque de pauvreté de la population suisse, ils peuvent donc situer les conditions économiques des patients s'ils connaissent leur revenu. En dehors de l'anamnèse psychosociale, des marqueurs objectifs ou signes extérieurs, tels que l'hygiène ou l'état buccodentaire entre autres sont des indices extérieurs, sans être particulièrement sensible ou spécifique, doivent interroger les médecins.

Ressenti des médecins. Le point de vue des MPR est au cœur de notre question initiale. Pour 91% d'entre eux, c'est leur rôle de détecter et prendre en charge, du moins partiellement, la précarité, avant d'éventuellement aiguiller les patients vers d'autres structures ou collaborer avec d'autres corps de métiers mieux spécialisés (services sociaux avant tout, psychologues, associations). Les médecins ne disposent pas d'information suffisante concernant ces « relais » dans la prise en charge de patients précaires et affirment manquer de rencontres, particulièrement avec les assistants sociaux, pour améliorer leur collaboration qui s'avère nécessaire dans des situations de précarité.

Ensuite, 80% des médecins ressentent, selon les situations, de la frustration (dont 13% beaucoup de frustration) et 70% se disent surmenés, en temps et en énergie, par ce genre de consultation. 96% d'entre eux se sentent impuissants face à cette problématique (28% un peu, 33% moyennement, 35% beaucoup). Cependant, la moitié n'estime pas du tout « porter la misère du monde », ce qui correspond à une expression peut-être caricaturale et extrême, et 80% ressentent une gratification ou une satisfaction personnelle dans cette prise en charge. Nous constatons donc que les MPR sont affectés de manière assez nette par cette problématique. Le manque de formation, d'information et de définition de leur rôle et de l'attitude à adopter face à une situation de précarité chez un patient contribue aux sentiments à connotation négative qu'ils éprouvent et qui peuvent mener à un possible épuisement professionnel. Selon une étude datant de 2004,³⁴ un médecin sur cinq présente des symptômes de burn-out. La précarité des patients n'en est probablement pas l'unique cause mais y contribue peut-être pour les raisons évoquées précédemment. Les sentiments à connotation positive sont en lien avec l'idéal que les MPR ont de leur mission, plutôt qu'avec l'amélioration réelle de situations de patients précaires.

Conséquences de la précarité et impact sur la prise en charge. La précarité complique souvent la prise en charge médicale (**figure 15**). 87% des médecins approuvent le fait que la précarité a un impact sur la prise en charge médicale, que nous allons détailler, et pour 76% d'entre eux sur la relation thérapeutique. Ils sont d'accord (96%) sur le fait que la précarité influence la survenue ou l'évolution du problème de santé. 44% des médecins augmentent leur temps de consultation pour les patients précaires. 74% d'entre eux auront tendance à opter pour un traitement moins coûteux (dont 31% souvent) et 61% réaliseront moins d'investigations complémentaires en raison des difficultés économiques des patients, avec des conséquences vraisemblables sur l'évolution du problème de santé. Les démarches cliniques basées sur l'évidence ne sont pas respectées. Les médecins se voient agir de telle manière par pragmatisme face aux difficultés économiques de

certaines patients, mais l'équité s'en trouve affectée dans les faits. Ils subissent donc également la précarité de leurs patients en ne pouvant pas offrir les mêmes soins à tous. Un autre point important : ils ne peuvent pas non plus, en tant que praticiens privés, assumer trop souvent des factures impayées, et pourtant, c'est selon eux souvent (45%) ou parfois (36%) le cas, chez les patients reconnus comme précaires, même s'ils tentent de discuter avec eux des solutions pour pallier cette difficulté. Pour éviter toutefois de renoncer à soigner une personne précaire, ils s'arrangent parfois en diminuant la note ou en y renonçant, selon les cas. Certains MPR évoquent le souhait d'un remboursement en tiers payant avec les assureurs.

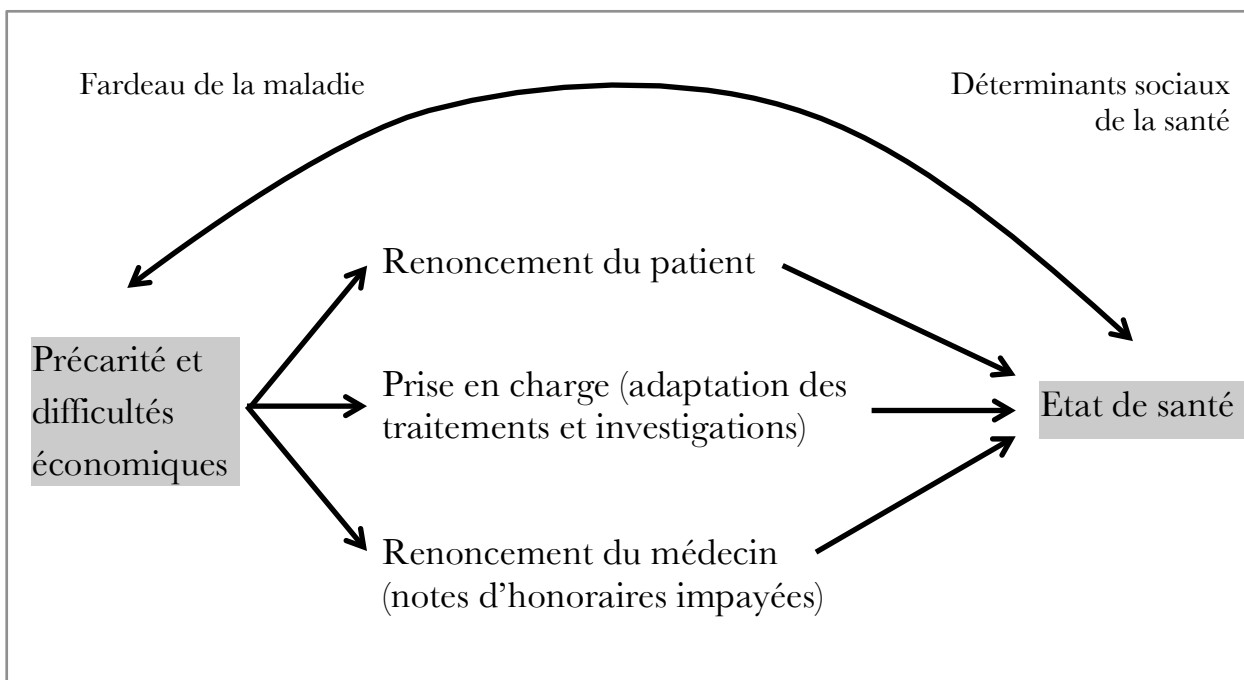


Figure 15 : Schéma résumant les rapports complexes entre précarité et santé

Précarité et santé. La précarité, importante en Suisse Romande, revêt différentes formes et peut être plus ou moins marquée. Son rapport à la santé est parfois ambigu et nous souhaitons connaître le point de vue des médecins sur la question. Dans l'ensemble, ces derniers approuvent l'impact des déterminants sociaux de l'OMS sur la santé, avec une étonnante modération de l'impact de l'alimentation et de l'activité physique sur la santé. 89% des MPR s'accordent sur le fait qu'une précarité socio-économique peut causer un état de santé vulnérable. L'influence inverse est approuvée avec plus de mesure (58%). Dans l'ensemble, pour les médecins participant à l'enquête, il semble donc exister un lien de causalité, à double sens, dépassant la seule association fréquemment rencontrée entre une situation de précarité et une santé fragile (**figure 15**). Les pathologies ou problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés dans cette population sont les troubles dépressifs, les addictions, les douleurs chroniques et le syndrome métabolique.

Besoins ou attentes des médecins. Au delà du simple constat, les MPR ont certains besoins pour mieux faire face à la précarité. S'ils venaient à leur être proposés, plus de la moitié utiliserait notamment un carnet d'adresses, regroupant les différents acteurs pouvant les aider ou leur succéder dans une telle prise en charge, et un score leur permettant de mieux mesurer la précarité chez leurs patients. Pour 30% des médecins, une formation continue à ce sujet ou des rencontres avec d'autres médecins de premier recours et d'autres acteurs, notamment les assistants sociaux, serait également souhaitable. Quelques médecins seraient adeptes d'apprentissage sur internet. Seuls 4 des médecins interrogés estiment ne rien nécessiter, ce qui signe l'importance de cette étude et démontre une lacune dans le système de soin à explorer.

Limitations. Il existe des limites à notre étude, dont notamment la complexité du thème qui se définit difficilement et la question de recherche, relativement large, qui a empêché l'analyse approfondie de certains de ses aspects. Des croisements entre les données de plusieurs questions font probablement défaut, mais le nombre de sujets étudiés ne permettait probablement pas d'en tirer des conclusions solides. Comme cela a été énoncé précédemment, le panel des médecins participant à l'étude n'est probablement pas représentatif de l'ensemble des 1810 médecins de premier recours en Suisse Romande,³⁵ en raison de leur intérêt pour l'enquête. Nous pouvons imaginer que les médecins acceptant d'y participer sont plus sensibilisés à cette thématique que ceux qui ont refusé, ce qui induit un biais de sélection. Autrement, il nous a paru qu'il manquait un champ à explorer : celui de l'intervention des assurances et des différents types de financements qu'elles proposent ou que choisissent les patients et qui doivent jouer un rôle important dans la charge économique de la santé pour les patients. Nous nous sommes concentrés sur d'autres aspects et avons dû abandonner celui-ci, qui nous semblerait important à aborder ultérieurement et qui pourrait fournir d'autres explications à la question du financement de la prise en charge des patients précaires, qui pose souvent problème et qui constitue la raison principale du renoncement aux soins.

Aspects positifs. Les données démographiques sont en revanche relativement fidèles à celles de l'ensemble des MPR en Suisse Romande, selon une étude de 2004,³⁵ en tenant compte de l'évolution probable jusqu'à aujourd'hui. Dans notre enquête, 26.1% des médecins interrogés sont des femmes (22.5% dans l'étude de 2004). La moyenne d'âge des médecins interrogés est de 55.3 ans (51.6 ans dans l'étude de 2004). La répartition entre les cabinets de campagne, de ville et de banlieue avoisine respectivement un tiers chacun dans notre étude, sans possibilité de comparaison avec une autre étude. Nous remarquons enfin une bonne corrélation entre les réponses des 5 médecins interviewés et celles issues de leurs 46 confrères ayant répondu au questionnaire, en tenant compte du fait que les premiers n'exercent qu'en ville de Lausanne alors que leurs confrères sont répartis également en campagne et en banlieue et dans toute la Suisse Romande.

5. Conclusion

La précarité, au sens large, est un sujet d'actualité comme le démontrent les manifestations en réaction aux différentes crises socio-économiques qui secouent le monde depuis quelques années. La précarité peut influencer l'état de santé des populations et, pour les MPR, cette santé peut avoir un impact sur l'état de précarité. Les MPR sont des témoins essentiels de cette problématique et la clé de sa détection, de par leur accès à un large échantillon de population, et même si ces situations multifactorielles ne relèvent pas de l'unique champ médical mais aussi social, économique, voire politique, les MPR sont fréquemment les premiers interlocuteurs que les patients précaires rencontrent. Connaître leur point de vue paraît donc essentiel si l'on souhaite imaginer des interventions visant à réduire les inégalités en matière de santé, pour une meilleure équité des soins.

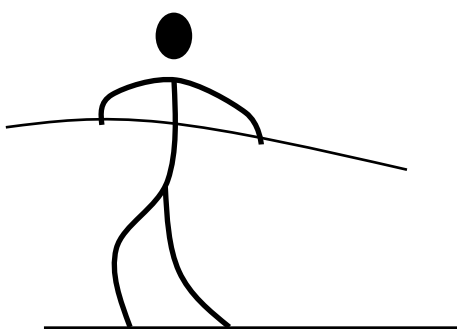
Bien qu'une grande partie des efforts doivent intervenir dans le domaine extra-sanitaire (stratégies politiques -en témoigne la Déclaration Politique de Rio sur les Déterminants Sociaux de la Santé du 21 octobre 2011-³⁶ programmes sociaux ou modalités économiques), « le médecin – clinicien, formateur, chercheur et acteur de santé publique – demeure incontournable dans la prise en charge des plus vulnérables »³⁷ et cette dernière dépendra directement de comment les MPR réagissent face à ce genre de situations. Entre ce qu'ils ressentent (impression que c'est leur rôle, frustration, surmenage ou sentiment d'être démunis) et les problèmes concrets d'organisation (augmentation du temps de consultation, factures impayées), le risque est un certain renoncement aux soins de la part des médecins, qui accentuerait celui des patients, déjà existant et directement dû à des difficultés financières.

La pénurie grandissante des MPR nécessite également de mieux comprendre leur mission et leurs conditions de travail, afin d'aider à redéfinir l'avenir du métier. Leur périmètre d'activité s'étendant de plus en plus, des balises de sécurité délimitant le champ d'activité deviennent nécessaires pour freiner la surcharge et les risques d'épuisement professionnel. Un médecin participant à l'étude illustre ces propos : *Le surmenage a lieu lorsqu'on voit survenir de plus en plus de problèmes sociaux dans notre cabinet et les médecins n'ayant pas toujours pu ou voulu se former pour y faire face, peuvent se sentir de plus en plus submergés par ces problématiques aux fondements sociaux. Ils peuvent se sentir frustrés –je ne pense pas que ce soit le cas de beaucoup de généralistes– si ils pensent que leur métier c'est seulement*

poser des diagnostics et donner des traitements. Leur métier c'est aussi d'accompagner des humains à travers tout ce qu'ils vivent.

A l'avenir, pour aider les MPR dans la gestion de situations de précarité, il faut créer un carnet d'adresses, que chacun pourrait compléter et que chacun pourrait consulter selon les situations auxquelles il a affaire, un score facilitant la détection des situations précaires et l'organisation de rencontres pour une meilleure collaboration entre les MPR et les assistants sociaux.

Dans l'aide aux démunis, «le médecin devrait donc, tout en trouvant sa voie entre «un idéalisme naïf et une indifférence cynique», prendre position devant des situations de vulnérabilité.»³⁸ Et le métier du MPR, en particulier, doit continuer à exister, aussi pour détecter ces situations et amorcer une prise en charge, visant à restaurer une santé solide et équilibrée, physique, mentale et sociale.



6. Bibliographie

- ¹ Le Grand Robert de la langue française ; version 2.2 électronique ; 2011.
- ² Warzinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal officiel de la République Française, avis et rapports du Conseil économique et social;1987.
- ³ Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy* 1987;16:125-46.
- ⁴ Les conditions de vie en Suisse en 2009 ; Rapport de l'Office Fédéral de la Statistique ; Neuchâtel, 2010.
- ⁵ Wilkinson R, Marmott MR. Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2e éd. rév. Organisation mondiale de la santé ; 2004.
- ⁶ Zylberman P, Lecourt D. La médecine sociale. Dictionnaire de la pensée médicale, éditions PUF, 1e éd. 2004:1048-52.
- ⁷ Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires ; Alma-Ata, 1978.
- ⁸ Breilh J, Ho MW, Katz A, et al. La santé pour tous ! Se réapproprier Alma Ata. Edition du CETIM ; 2007.
- ⁹ The World Factbook. Rapport de la CIA ; 2011. (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2102.html>)
- ¹⁰ Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
- ¹¹ The global burden of disease. Rapport pour l'Organisation mondiale de la santé, éd. 2004 rév. ; 2008.
- ¹² Bopp M, Minder CE. Mortality by education in german speaking Switzerland, 1990-1997. *Int J Epidemiol* 2003;32:346-354.
- ¹³ Bodenmann P, Madrid C, Vannotti M, Rossi I, Ruiz J. Migrations sans frontières, mais... barrières des représentations. *Rev Med Suisse* 2007;135:2710-7.
- ¹⁴ Bodenmann P, Wolff H, Madrid C. Vulnérabilités et santé : pourquoi une nouvelle rubrique ? 2009;199:849.
- ¹⁵ Mechanic D, Tanner J. Vulnerable people, groups, and populations : Societal view. *Health Aff* 2007;26:1220-30.
- ¹⁶ Vulnerable populations : Definitions and determinants. *Health Aff* 2007;26:1219.
- ¹⁷ Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Eng J Med* 2001;344:2021-5.
- ¹⁸ McCally M, Haines A, Fein O, et al. Poverty and ill health : Physicians can, and should, make a difference. *Ann Intern Med* 1998;129:726-33.
- ¹⁹ Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé ; New York, 1946.
- ²⁰ Bodenmann P, Jackson Y, Wolff H. Prise en charge des patients précaires : que faut-il savoir ? *Rev Med Suisse* 2008;4:S6-S7
- ²¹ Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, Vaucher P, Diserens EA, Madrid et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? *Rev Med Suisse* 2009;199:845-9.
- ²² Van Leckwyck L. Quelle est la perception de la littératie en santé des patients par les médecins généralistes? Mémoire de médecine n°307, Université de Lausanne ; 2011.
- ²³ Besnier M. Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature. Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Nantes ; 2008.
- ²⁴ Hinchey SA, Jackson JL. A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2011;26(6):588-94.
- ²⁵ Etude en cours Précarité au cabinet, PMU et IUMG, Lausanne, 2011. (Résultats à paraître.)
- ²⁶ Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A, Wirsching M. Psychosocial primary care – what patients expect from their General Practitioners. *BMC Psychiatry* 2002 ;2 :5.
- ²⁷ Moutel A. Précarité et médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes du secteur de Redon. Thèse d'exercice, Université de Rennes ; 2009.
- ²⁸ Bernheim SM, Ross JS, Krumholz HM, et al. Influence of patients' socioeconomic status on clinical management decisions: a qualitative study. *Ann Fam Med* 2008;6:53-9.
- ²⁹ Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med* 2000;50(6):813-28.
- ³⁰ Wallen J, Waitzkin H, Stoeckle JD. Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the informative process during medical interviews. *Women Health*. 1979 ;4(2):135-46.
- ³¹ Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, et al. Un indicateur de mesure de la précarité et de la «santé sociale» : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Revue de l'Ires* 2007;53:3-49.
- ³² Rwagasore E, Kramer-Gauchat MC, Gétaz L, Wolff H, Rieder JP, Gaspoz JM et al. L'état buccodentaire comme miroir de la santé : l'enfant pauvre de la médecine de premier recours ? *Rev Med Suisse* 2011;7:1871-5.
- ³³ Schor EL, Berenson J, Shih A, Collins SR, Schoen C, Riley P et al. Ensuring equity: a post-reform framework to achieve high performance health care for vulnerable populations. Rapport pour la Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System; 2011.
- ³⁴ Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premier recours en Suisse. *Primary Care* 2004;47:941-7.
- ³⁵ Monnier M. Médecins de premier recours en Suisse romande: Qui sont-ils? Que font-ils? *Primary Care* 2004;41:782-4.
- ³⁶ Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé; Rio de Janeiro, 2011.
- ³⁷ McCally M, Haines A, Fein O, et al. Poverty and ill health : Physicians can, and should, make a difference. *Ann Intern Med* 1998;129:726-33.
- ³⁸ Vannotti M, Bodenmann P. Migration et violence. *Rev Med Suisse* 2003;61:2034-8.

7. Annexe : questionnaire

Questionnaire précarité au cabinet : le point de vue des médecins de premier recours

Introduction: Afin de comprendre votre point de vue sur la précarité de certains de vos patients, je vais commencer par vous soumettre une définition de la précarité, dont les références sont issues de la littérature, car il s'agit d'un thème parfois vague et souvent subjectif. Les questions couvriront des concepts généraux et des spécificités relatives à votre pratique clinique quotidienne. Enfin, vous pourrez éventuellement préciser certains détails ou résumer une anecdote illustrant particulièrement ce thème, afin de m'aider dans ma réflexion.

Définition de la précarité : « État d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Les situations de précarité se développent lorsque les conditions concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique, sont défavorables »¹. « Elle se définit par rapport à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe. Elle peut être matérielle (faisant allusion aux biens et aux commodités de la vie) et/ou relationnelle (relations familiales, au travail ou dans la communauté) »², objective ou subjective. (¹Joseph Wresinski / ²Peter Townsend, 1987.)

1. Quelle proportion approximative de vos patients qualifieriez-vous de précaire, au sens de la définition donnée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	< 10 %	10 – 20 %	21 – 30 %	31 – 40 %	> 40 %
2. À propos de cette proportion, comment estimez-vous sa variation :	Forte baisse	Légère baisse	Aucune variation	Légère hausse	Forte hausse
a) au long des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) au long des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <input type="checkbox"/> J'exerce en cabinet depuis moins de 5 ans					
3. Quelle attention accordez-vous à l'éventuelle précarité de vos patients dans votre pratique professionnelle quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aucune	Faible	Moyenne	Forte	
4. Que ressentez-vous, personnellement, dans la prise en charge d'un patient précaire ?	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	
a) Gratification / Satisfaction personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Frustration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Sentiment d'être surmené (énergie et temps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Sentiment d'impuissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) Sentiment que c'est votre rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Sentiment de « porter la misère du monde »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. À quelle fréquence faites-vous appel à d'autres acteurs « relais » pouvant prendre en charge la précarité ou pouvant intervenir sur ses conditions ?	Jamais ou presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent	
a) Services sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Psychologues / Aide personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Employeurs ou syndicats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

d) Associations / Organisations d'entre aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Eglises, centres religieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. La précarité de vos patients

influence directement ou indirectement:	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
a) La prise en charge médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La relation thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La survenue et l'évolution du problème médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Pour vous, quel est le lien entre précarité socio-économique (PSE) et état de santé vulnérable (ESV) ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord
a) Une PSE cause un ESV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Un ESV cause une PSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) PSE et ESV sont souvent associés mais sans lien de causalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Selon votre expérience, quelles sont les deux pathologies que vous rencontrez le plus fréquemment chez les personnes précaires ? _____

9. Selon vous, à quel niveau de revenu se situe le seuil de risque de pauvreté en Suisse pour une personne seule / pour un ménage de 2 adultes + 2 enfants ? _____ (chf/mois) / _____ (chf/mois)

10. Utilisez-vous un score mesurant la précarité ? Oui Non Si oui, lequel : _____

11. Parmi les facteurs ci-dessous, comment estimez-vous leur influence sur l'état de santé des personnes vivant en Suisse ?

	Aucune influence	Influence modérée	Influence importante
a) Le travail et ses conditions, ou le chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La quantité et la qualité du soutien social du patient ? (famille, amis, vie associative, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Les divers facteurs de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Les dépendances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) L'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) L'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Par rapport à l'anamnèse par systèmes, quelle est la place de l'anamnèse psychosociale dans votre évaluation des patients ?

	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Peu importante	<input type="checkbox"/> Importante	<input type="checkbox"/> Très importante
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13. Lorsque vous établissez une anamnèse psychosociale, à quelle fréquence vous intéressez-vous à ces facteurs ?

	Jamais ou presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent
a) Le travail et ses conditions, ou le chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le revenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La quantité et la qualité du soutien social du patient ? (famille, amis, vie associative, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Les divers facteurs de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Les dépendances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) L'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) L'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. En règle générale, selon vous, les patients souhaitent-ils parler de ces thèmes relatifs à la précarité (travail, argent, situation sociale, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Plutôt non	<input type="checkbox"/> Plutôt oui	<input type="checkbox"/> Oui
15. D'après vous, en dehors de l'anamnèse, quels sont les deux principaux marqueurs physiques/corporels ou d'apparence laissant supposer la précarité chez les patients ? _____				
16. Lors de vos consultations, à quelle fréquence estimez-vous être attentif aux a priori, stéréotypes ou stigmatisations que peut susciter chez vous la précarité ?	<input type="checkbox"/> Jamais ou presque jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Souvent
17. Comment planifiez-vous la consultation d'un patient précaire, par rapport à un autre patient ?	<input type="checkbox"/> Moins de temps	<input type="checkbox"/> Autant de temps	<input type="checkbox"/> Plus de temps	
18. Lors de la prise en charge d'un patient précaire, vous aurez tendance à :	Jamais ou presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent
a) Choisir un traitement moins coûteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Réaliser moins d'investigations complémentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. À quelle fréquence arrive-t-il aux patients précaires de ne pas régler les notes d'honoraire ?	<input type="checkbox"/> Jamais ou presque jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Souvent
20. À quelle fréquence demandez-vous aux personnes en difficulté économique comment elles s'organisent pour régler les notes d'honoraire ?	<input type="checkbox"/> Jamais ou presque jamais	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Parfois	<input type="checkbox"/> Souvent
21. Quels seraient vos besoins pour une meilleure gestion de vos patients précaires ? (Plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Rien / Aucun besoin	<input type="checkbox"/> Formation continue	<input type="checkbox"/> Rencontres avec d'autres médecins	<input type="checkbox"/> e-learning
	<input type="checkbox"/> Un score suisse mesurant la précarité	<input type="checkbox"/> Carnet d'adresses « précarité »	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

(Commentaires, exemples de cas, précisions)

Merci infiniment pour votre collaboration !

-Thomas Golano.