

RELATION MÉDECIN-PATIENT EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE : POINT DE VUE DES PATIENTS

Alice Marron-Delabre, Elisabeth Rivollier, Christophe Bois

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2015/6 Vol. 27 | pages 837 à 840

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-6-page-837.htm>

Pour citer cet article :

Alice Marron-Delabre *et al.*, « Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients », *Santé Publique* 2015/6 (Vol. 27), p. 837-840.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients

Doctor-patient relationship in situations of economic precarity: the patient's point of view

Alice Marron-Delabre¹, Elisabeth Rivollier², Christophe Bois¹

➔ Résumé

Objectif : En France, les inégalités sociales de santé se creusent. Du point de vue des médecins, la relation médecin-patient en situation de précarité économique semble poser des difficultés spécifiques. Cette étude qualitative auprès de personnes en situation de précarité économique avait pour objectif d'identifier les difficultés et les aspects facilitateurs spécifiques à la relation patient-médecin traitant.

Méthodes : Étude qualitative menée sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés par un médecin auprès de personnes majeures, ayant déclaré un médecin traitant et en situation de précarité économique, allocataires d'un minima social, et/ou de la couverture médicale universelle-complémentaire, et/ou fréquentant une association offrant repas et vestiaire.

Résultats : Au total, 19 personnes ont été interviewées. La dimension humaine est soulignée par les participants ; le respect, le charisme, l'ouverture d'esprit sont des qualités attendues. La qualité de l'accueil et de la communication facilite la relation. Le manque de disponibilité, l'interaction autoritaire, l'intrusion sont des freins à cette relation. Les patients ne semblaient pas avoir de demande relationnelle supplémentaire induite par leur situation de précarité économique.

Conclusion : Face à leur médecin, les patients ne se définissaient pas par leur précarité. Le vécu et les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin traitant semblent rejoindre ceux de la population générale.

Mots-clés : Disparités d'accès aux soins ; Médecin traitant ; Médecin de famille ; Pauvreté ; Relation médecin-patient.

➔ Summary

Objective: Disparity in healthcare is widening in France. From the doctors' perspectives, their relationship with patients in a precarious economic situation raises a number of specific difficulties. The objective of this qualitative study of people in a precarious economic position, was to identify the specific challenges and aspects that can facilitate patient-doctor relationships.

Method: This qualitative study was based on a series of individual, semi-structured interviews between GPs and patients over the age of 18 years with a regular GP, and who were financially vulnerable (recipients of state benefits), and/or covered by universal complementary health care insurance, and/or who frequently attended charitable organisations for free food and clothes.

Results: A total of 19 people were interviewed. The participants highlighted the expected human dimension: respect, charisma and open-mindedness. A high quality of receptiveness and communication also facilitated the relationship. On the other hand, lack of availability, an authoritative tone and intrusion hindered the relationship. The patients did not appear to have any additional demands related to their economic vulnerability.

Conclusion: In conversation with their GPs, the patients did not define themselves by their unstable financial position. The patients' experience and expectations in relation to interactions with their doctors appeared to be similar to those of the general population.

Keywords: Healthcare disparities; General practitioners; Patient relationship; Poverty.

¹ Département de médecine générale – Faculté Jacques Lisfranc – 15 rue Ambroise Paré – 42000 Saint-Étienne – France.

² Praticien hospitalier, PASS – Service d'urgences et de réanimation – Hôpital Nord – 42055 Saint-Étienne cedex 2 – France.

Introduction

La précarité ne se limite pas à l'insuffisance de ressources économiques. Elle revêt d'autres dimensions telles que l'isolement, le handicap ou encore l'absence de travail stable [1, 2].

La précarité économique peut avoir des conséquences sur la santé. Si l'accès aux soins des plus démunis a été défini en France comme une priorité de santé publique, la pauvreté et les inégalités sociales de santé se creusent [3, 4].

Le médecin traitant a une place particulière, par sa mission de suivi, et sa proximité avec le patient. La relation et la consultation avec le patient en situation de précarité économique sont complexes, du fait de leur association fréquente avec des problématiques sociales et administratives, voire culturelles et linguistiques [5, 6].

La littérature relève plusieurs critères de satisfaction des patients dans la relation vis-à-vis de leur médecin : écoute, compétence, disponibilité et expérience du médecin, libre choix du médecin, relation de partenariat basée sur la franchise, non mercantile, et dans laquelle le patient ne se sent pas jugé [7].

Du point de vue des médecins, la relation médecin-patient en situation de précarité économique semble poser des difficultés spécifiques [8, 9]. Nous n'avons pas retrouvé de travaux s'intéressant au point de vue des patients sur ce sujet.

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu de la relation médecin-patient par les patients en situation de précarité économique, en identifiant les difficultés et les aspects facilitateurs spécifiques à cette relation.

Méthodes

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de patients en situation de précarité économique. Nous avons inclus des patients majeurs en situation de précarité économique et ayant déclaré un médecin traitant. Cette précarité était définie par des revenus inférieurs aux minima sociaux, le statut de bénéficiaire de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMUc) et/ou la fréquentation de l'association Revivre, association qui délivre, dans la ville de Saint-Étienne (France), une aide alimentaire et vestimentaire. L'échantillonnage a été réalisé en recherche de variation

maximale selon les variables suivantes : âge, sexe, nationalité, situation matrimoniale et familiale, assurance complémentaire.

Les entretiens ont été réalisés par une seule personne (AMD), interne en médecine générale. Ils ont eu lieu dans les locaux de la Protection maternelle et infantile (PMI), de l'association Revivre ou de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de Saint-Étienne.

Le guide d'entretien a été construit autour de quatre axes principaux : le choix du médecin traitant, le vécu des consultations médicales, le sentiment sur la relation avec le médecin traitant et les attentes vis-à-vis de cette relation.

Chaque entretien a été enregistré. Les verbatims ont été retranscrits intégralement. Deux personnes (AMD et ER) ont effectué indépendamment une analyse thématique sur la base de ces verbatims. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, confirmée par un entretien supplémentaire. L'anonymat des patients a été assuré dès la transcription initiale des verbatims.

Résultats

La saturation des données a été constatée après 18 entretiens, et confirmée par un entretien supplémentaire. Au total, 28 patients ont été sollicités, dont sept ont refusé de participer à l'étude. Les causes des refus ne sont pas

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon (Saint-Étienne, France)

Caractéristiques	Effectif	
Âge	Moins de 35 ans	10
	35 à 55 ans	3
	Plus de 55 ans	6
Sexe	Féminin	10
	Masculin	9
Nationalité	Française	9
	Étrangère	10
Situation matrimoniale	Célibataire	9
	En couple	10
Situation familiale	Sans enfant(s)	6
	Avec enfant(s)	13
Assurance complémentaire	Aucune mutuelle	3
	CMUc	12
	Mutuelle privée	4

connues, à l'exception d'une personne qui ne souhaitait pas s'isoler dans un bureau. La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes, variant de 5 à 76 minutes. Les caractéristiques des patients inclus sont décrites dans le tableau I.

Vécu de la relation médecin-patient

L'image du médecin traitant perçue par les patients était toujours très positive. Sa dimension humaine était décrite par des qualités telles que le respect : « *elle se comporte bien avec les roumains* », le charisme : « *il a le charisme, la prestance d'être médecin* », la compréhension : « *il me donne une ordonnance pour deux mois parce qu'il comprend que je peux pas venir avec les enfants* », l'ouverture d'esprit : « *c'est un monsieur qu'on peut s'ouvrir* », ou encore la proximité affective : « *comme une mère pour moi* ».

La relation au médecin était une relation de confiance basée sur une compétence reconnue : « *parce qu'ils sont très sérieux* », « *il est bon dans son domaine* », « *c'est elle qui sait mieux que moi* ». Pour les patients, le médecin « *n'est pas un assistant social* », mais un somaticien : « *pour les maladies, c'est tout* » et un prescripteur : « *il me fait mon ordonnance, ça va* ».

Il gardait cependant pour certains un rôle de soutien : « *si vous avez un souci, elle nous aide. Moralement.* », « *elle me donne toujours des conseils* », voire de confident : « *vous présentez vos soucis aussi* », « *c'est comme un psychologue pour moi* ».

Facteurs facilitant ou freinant la relation

Outre le caractère agréable et accueillant du premier contact, « *avec elle, j'ai une admiration de la façon de l'accueil* », « *le premier contact, je pense que ça compte beaucoup* », les facteurs facilitants reprenaient l'intérêt du médecin pour le patient et sa culture : « *parce que si quelqu'un il est intéressé même de la culture rom, ça veut dire que c'est quelqu'un qui a envie de voir bon* », sa qualité de communication : « *il nous parle doucement pour qu'on comprend les choses* », sa disponibilité : « *on sent qu'il peut prendre son temps* », mais aussi des facteurs économiques comme le tiers-payant ou la permanence des soins permettant la gratuité en cas de rupture d'assurance maladie : « *donc c'était facile parce que je lui donnais la carte vitale* ».

Les freins à la relation parfois inhérents au médecin, comme son manque de disponibilité : « *il expédiait 'suivant, c'est qui ?'* », l'attente longue : « *parce qu'il y a beaucoup de monde* », voire un mauvais accueil : « *c'est comme si je*

parlais à un mur ». Les freins survenaient aussi dans l'interaction parfois autoritaire : « *il me dit faut pas faire ci faut pas faire ça* », intrusive : « *il voulait savoir avec qui je vivais. Ça le regarde pas, ça* », et dans les divergences de priorités et d'attentes entre médecin et patient : « *j'avais eu des traitements alors que j'en avais pas besoin* ».

Attentes des patients vis-à-vis de la relation

Les patients ne semblaient pas avoir de demande relationnelle supplémentaire induite par leur situation de précarité économique : « *plutôt aller parler à mon assistante sociale* ». Ils n'attendaient pas forcément que soient abordées leurs difficultés de vie, mais leur précarité économique n'apparaît pas taboue : « *je vais plutôt aller dire ça aux copains* », « *si on vient pas à parler de ce que je fais, je pense pas que j'irai lui dire* ».

Discussion

Résultats principaux

La relation au médecin traitant était vécue positivement, centrée sur l'axe somatique et non stigmatisée par le statut précaire. Elle était facilitée par les qualités relationnelles et les facteurs économiques, et freinée par des facteurs aspécifiques tels que le manque de disponibilité. Il ne semblait pas y avoir d'attente relationnelle supplémentaire induite par leur précarité, celle-ci ne paraissant pas particulièrement mise en avant dans la relation au médecin.

Interprétation vis-à-vis de la littérature

Concernant les attentes des patients, des résultats comparables ont été rapportés lors d'une étude qualitative auprès de patients de l'Isère et du Rhône sélectionnés sans critère économique [7]. Toutefois, les patients de notre étude mentionnent moins d'attentes sur la prévention et l'autonomisation. Par rapport aux études chez les médecins : les patients n'attendent pas plus de leur médecin (l'empathie et le rôle du médecin le pousseraient-il à se sentir dans une certaine mesure en posture de responsabilité vis-à-vis de cette précarité, induisant un sentiment d'impuissance finalement non justifié ?), et ils ne sentent pas de difficulté particulière induite par leur statut précaire, lors de la consultation [8, 9].

Forces et limites de l'étude

Le nombre d'entretiens réalisés, l'atteinte de la saturation des données et la double analyse indépendante renforcent les résultats de ce travail. Bien qu'effectué en variation maximale, l'échantillonnage est cependant limité par le caractère local de l'étude, réalisée sur la ville de Saint-Étienne. Malgré l'enregistrement et la retranscription, la barrière de la langue et l'utilisation d'un champ lexical potentiellement restreint ont pu induire un biais dans l'analyse.

Enfin, la précarité ayant plusieurs dimensions, il est possible que bien qu'observés chez les patients en précarité économique, certains résultats soient liés à d'autres types de précarité (langue, statut d'administratif, etc.).

Perspectives

Cette question de recherche pourrait s'enrichir avec des entretiens collectifs auprès de patients et médecins.

Ces résultats ne ferment pas la porte pour autant à la nécessité d'améliorer toujours la formation des médecins à la relation avec le patient.

Conclusion

Dans les entretiens de cette étude, le vécu et les attentes des patients vis-à-vis de la relation avec leur médecin traitant semblent rejoindre ceux de la population générale. Face à leur médecin, les patients ne se définissaient pas par leur précarité.

Cette étude encourage les médecins à se recentrer sur leur mission de soins, et à déculpabiliser, le cas échéant, ceux qui pourraient ressentir une impuissance face à la précarité du patient.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements

À Paul Frappé, Maître de conférence universitaire du Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Saint-Étienne, pour nous avoir aidés à mettre ce travail en lumière.

Références

1. Insee Aquitaine. Une approche de la précarité [Internet]. 2001 [Visité le 22/10/2015]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/insee_regions/aquitaine/themes/dossiers/iad3708.pdf>.
2. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale [Internet]. 1987 [Visité 22/10/2015] p. 113. Disponible sur : <<http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>>.
3. République Française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JORF n°175 du 31 juillet 1998. p11679.
4. Les effets d'une crise économique de longue durée : rapport 2013-2014 [Internet]. Observatoire national de la pauvreté et des exclusions sociales ; 2014 [Visité le 22/10/2015] p. 120. Disponible sur : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000379/#>>.
5. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In : Potvin L, Moquet MJ, Jones C, eds. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action ; 2010.
6. Denantes M, Chevillard M, Renard J, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;20(85):22-6.
7. Dedianne M, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade : Qu'attendent les patients ? Rev Prat Med Gen. 2003;17(611):653-6.
8. Laurent I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Une étude qualitative par focus groupe. [Thèse d'exercice]. Nancy (France) : Faculté de médecine de Nancy ; 2011.
9. Tellier Mauls M. Étude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale [Thèse d'exercice]. Paris : Université Paris V ; 2010.