

20^e
CONGRÈS
NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

Exercer et enseigner la médecine générale



16 - 18 JUIN Bordeaux
2021 PARC
DES EXPOSITIONS



ATTENTES VIS-A-VIS DU MEDECIN GENERALISTE ET EXPERIENCES DE SOINS PREMIERS DES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION DANS L'AGGLOMERATION BORDELAISE

Département
de Médecine
Générale

Dr Anouk Chastand / Pr William Durieux

université
de BORDEAUX

INTRODUCTION

- Etat de santé et difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de prostitution bien documentés
- Rôle des professionnels de santé dans la diffusion de message de prévention et de réduction des risques :
 - *Rapports officiels (IGAS 2012, HAS 2016) : promotion du renforcement des capacités de repérage, d'accueil et de prises en charge des personnes en situation de prostitution*
 - Médecin généraliste placé au cœur des soins primaires : première interface du soin :
 - *Etude Pro Santé INVS (2013) : 81 % des personnes interrogées avaient rencontré un médecin généraliste, dont 71 % en cabinet privé*

Rôle du MG dans l'accès aux soins et dans la réduction des inégalités de santé sociales.

En pratique, la mise en œuvre de ces actions se heurte à de nombreux obstacles :

- *Etude Pro-Santé INVS (2013) : dans plus de 50 % des cas, le médecin n'était pas informé de l'activité prostitutionnelle.*

OBJECTIFS

Explorer les **attentes et les expériences de soins** des sujets en situation de prostitution de la région Bordelaise lors d'une **consultation de médecine générale.**

- Objectifs secondaires :
 - Déterminer les **freins principaux** à la consultation en soins primaires chez les sujets en situation de prostitution.
 - Elaborer des **outils de communication** et des axes d'aide à la prise en charge des patients en situation de prostitution, à l'attention des médecins généralistes, afin d'améliorer l'approche centrée sur le patient.
 - Déterminer **l'influence de la culture et du parcours de vie** sur les attentes et les besoins en matière de santé des sujets en situation de prostitution.

METHODE

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

METHODE : déroulé de l'étude

- **Septembre 2018** : Présentation de l'étude aux professionnels de l'agglomération bordelaise accueillant les personnes en situation de prostitution
- **Octobre 2018 à mai 2019** : Période d'immersion au sein des associations dédiées à l'accompagnement des personnes en situation de prostitution ; *Poppy et le pôle prostitution du CEID*
 - Participation à l'accueil des patient.e.s
 - Réalisation de consultations médicales en binôme
 - Participation aux maraudes diurnes et nocturnes des deux associations dans un objectif « *d'aller vers* »
- **Janvier 2019 à Mai 2019** : Inclusion des patient.e.s et entretiens individuels semi-dirigés

METHODE

GUIDE D'ENTRETIEN

- Elaboré à partir de la littérature et des expériences de terrain par 3 personnes et testé auprès des professionnels des associations dédiées

DEROULE DES ENTRETIENS

- Recueil du consentement oral, anonymisation des données
- Lieu dédiés, isolés et calmes
- Elargis aux patient.e.s allophones

METHODE

ANALYSE ET CODAGE DES DONNEES

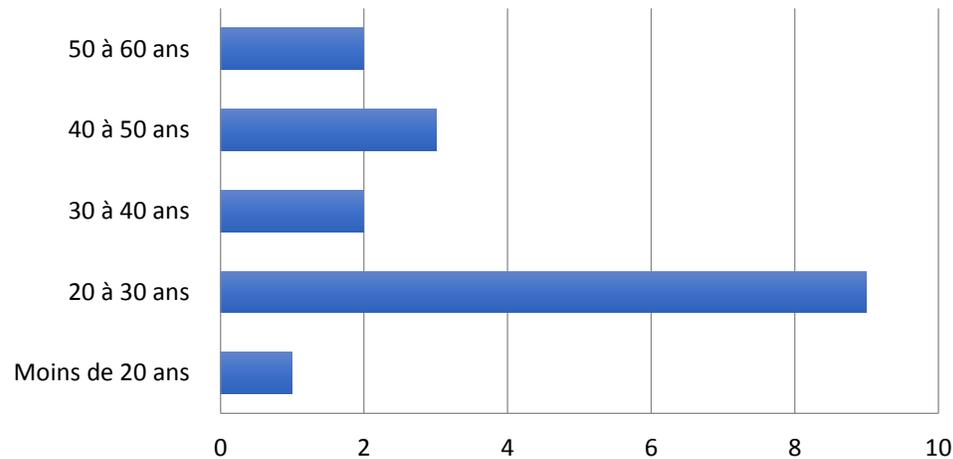
- Retranscription des entretiens (*12h*)
- Triple codage avec une étudiante en Master 2 de sociologie permettant une exploration pluridisciplinaire des données
- Analyse de contenu thématique puis selon la théorisation ancrée
- Cadre légal et éthique : obtention des autorisations de la CNIL (*n°2209881v0*) et du CPP Sud-Est (*n°2018-A02642-53*)

RESULTATS

RESULTATS : caractéristiques de la population

- 17 entretiens
- Femmes, âgées de 19 à 60 ans
- 6 nationalités
- Type d'activité diverses (rue, camion, hôtel, internet)

Proportion en fonction de l'âge

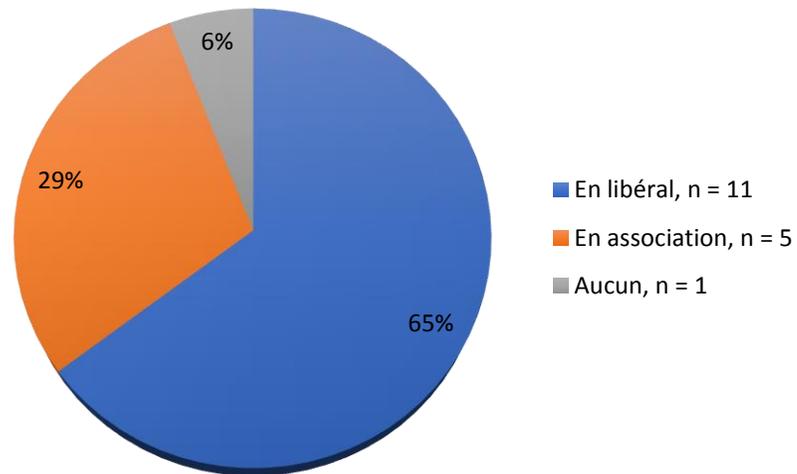


	Moins de 20 ans	20 à 30 ans	30 à 40 ans	40 à 50 ans	50 à 60 ans
■ Proportion en fonction de l'âge	1	9	2	3	2

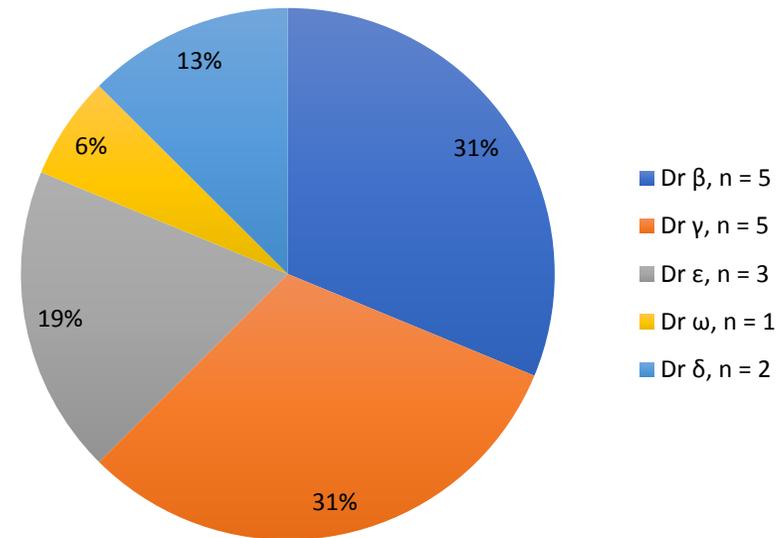
RESULTATS : caractéristiques de la population

- Suivi en médecine générale : libéral, association, aucun suivi

Etat du suivi en médecine générale



Détail du suivi par médecin généraliste



RESULTATS : représentations du médecin généraliste

- **Interlocuteur privilégié**, soignant de proximité
 - Accessibilité, **disponibilité**
 - Relation de soin privilégiée : **continuité** du suivi, *relation de confiance* avec le patient
 - Humanisme, **solidarité**
 - **Coordinateur** de soins, *relation de confiance* avec le patient, *relation de confiance* avec les autres professionnels de soins
 - Au cœur d'un réseau de soins : **multiplicité des structures de suivi** : *association spécialisées, structures de soins, médecins libéraux, etc.*
- « With doctor β is good. (tchip) (...) If I want to see doctor β . She attends to me, there » (Mirabelle)
- « Moi j'ai de très bonnes relations avec mon médecin donc euh... c'est le fait qu'on se connaisse depuis longtemps » (Babsy)
- « J'ai été malade... elle l'a appelé, il est venu. Je lui ai dit que j'avais pas d'argent, mais il m'a soigné quand même » (Babette)

RESULTATS : parcours de soin

- **Freins à l'accès aux soins et au suivi en soins primaires**

- Méconnaissance du rôle du médecin traitant

« Working in the street is not good. (...) So I need anything, I need paper. I can work, I have power to work. Anything that can give me money » (Laura)

- Parcours de santé conditionné par

- Dépriorisation de la santé

- ➔ Stabilité socio-économique, accès aux besoins fondamentaux : *besoins primaires, logement, régularisation, emploi, etc.*

« So without the documents I can not work. I can't feed myself, I can't take care of myself, I don't have anybody to help me, I don't have anybody to explain my feelings to. It's difficult. » (Success)

its, complexité administrative

« Before I have doctor γ. My asylum finish and my hospital card finish so I can't be able to go to her again. So I was afraid to go to the doctor » (Joy)

Recherche de pluralité des compétences

- **Compétences cliniques et techniques** : efficacité, expérience
 - Confiance en l'avis du praticien, détenteur de connaissances
 - Rôle de prescripteur, technicien du corps
- Attentes en matière **d'accompagnement psychologique**
 - Vulnérabilité psychique : *anxiété, troubles du sommeil, PTSD, etc.*
 - Phénomène de somatisation : *céphalées, douleurs abdo, etc.*
 - Ecoute, soutien psychologique, traitement médicamenteux
- Attentes en matière **d'accompagnement social et juridique**
 - Connaissance et orientation vers les dispositifs d'aide
 - Soutien en cas de violences vécues : orientation vers le dépôt de plainte
- Attentes importantes en matière **relationnelle et communicationnelles**

RESULTATS :

un soin culturellement compétent

- Praticien identifié par une communauté
 - Transmission d'information, « bouche-à-oreille »
- Démarche de soin non-ethnocentrée
- Barrière de la langue : frein à la compréhension, conditionne le choix du médecin

- Prendre le temps de se faire comprendre
 - S'attacher à comprendre le patient
 - Accepter les différences culturelles
 - Rôle du médecin
- « The doctor ... don't hear her first ... want a doctor, with maybe somebody who's speaking english, than the... »
(Mirabelle)*

« Parce que lui toujours avec les gens qui ... n'est pas français. Et lui maintenant apprendre comme parle nous ! » (Rose)

« Because she speaks english very well for me ! She's trying, it's very nice. » (Mirabelle)

DISCUSSION

- Forces & Limites
- Représentations et attentes similaires à tout patient
 - Ecoute, considération, respect. Déconstruire les représentations, questionner son positionnement
- Vulnérabilité psychique et psycho-traumatisme
 - Victimisation secondaire (*Symond, 1980*)
- Somatisation et décorporalisation (*Trinquart, 2002*)
 - Symptômes inexplicables, inquiétudes. Le « *chek-up* » (*Odendall, 2016*)
- ISS : accès aux besoins fondamentaux, à une stabilité socio-économique et à une couverture maladie (*Jego et al, 2019*)
 - ➔ Equité de prise en charge dans le droit commun (*Khouani, 2018*)
- Débat sur l'ouverture du dialogue en consultation
 - Prise en charge adaptée (*Odendall, 2016*)
 - Restauration de la parole, 1^{er} pas vers une reconstruction (*Trinquart, 2002*)
 - Repérage généralisé : pratiques à risque, environnement, violence et insécurité (*HAS, 2011*)

RECOMMANDATIONS & PERSPECTIVES

- Outils de communication à destination des praticiens
- Place des associations spécialisées
- Un système de santé permettant une équité d'accès aux droit commun
- Interprétariat professionnel en soins primaires
- Etude explorant le point de vue des MG
- Ouverture de la parole et outils d'information

CONCLUSION

- Expériences négatives de soin
 - ➔ Rupture de suivi et éloignement du système de soin
- Approche centrée-patient :
 - ➔ Placer le patient au cœur de sa prise en charge biopsychosociale
- Repérage et accompagnement
 - ➔ Rôle du médecin dans l'établissement d'un climat propice à l'échange
 - ➔ Positionnement respectueux de la temporalité de la personne et de son individualité

« C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances, et c'est notre regard aussi qui peut les libérer. »

Amin Maalouf