### <u>Annex 2 – Extracts from the coding trees</u>

### (phase 1 and phase 3, in french)

#### I. Phase 1 : interviews with « involved » GPs

#### 1) Phase 1, overview 2 : access and continuity of care, overview (« involved » GPs)

| $\bigcirc$ | Dégradation de la situation                                                  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| $\bigcirc$ | Divergeance entre accès théorique et accès pratique                          |
|            | Limites                                                                      |
| Ð (        | Barrières à l'accès aux soins                                                |
| (          | Carences en terme de prévention                                              |
| Ð (        | Problématiques relatives à la continuité, au parcours de soins               |
| 0          | Non spécifique                                                               |
|            | Satisfaisant                                                                 |
|            | Accès                                                                        |
| (          | Continuité                                                                   |
| 0          | Solutions                                                                    |
| Ð (        | Dans l'intéraction avec le patient                                           |
| ÷.(        | Dans l'organisation de l'offre ou les structures de soins                    |
| (          | Dans une meilleure récupération des informations médicales-dossier médical   |
| (          | Formation-information des professionnels                                     |
| ±          | la prise en charge sociale pour favoriser l'accès, amener le patient au soin |
| Ð (        | Prévention - dépistage                                                       |
| 1          | Respecter la loi                                                             |

### 2) Phase 1, overview 1 : How the involved GPs care for HP, overview (« involved » GPs)

| 🗄 🔵 Pri  | ise en charge des sans chez-soi par les généralistes                 |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
|          | Apports                                                              |
|          | O Apport pour le médecin                                             |
|          | O Apport pour le patient                                             |
|          | Non stigmatisante                                                    |
|          | 🕀 🔘 Relation favorable au soin - amener le soin                      |
|          | - Resocialisation - entrée système de santé                          |
|          | Saisir, rattraper le patient (glissement)                            |
|          | Buivi-continuité des soins                                           |
|          | Difficultés                                                          |
|          | Absence de difficultés spécifiques ressenties                        |
| <b>.</b> | Dans l'intéraction avec le patient                                   |
| Ð        | Facteurs accentuant les difficultés ressenties                       |
|          | O Pour le médecin                                                    |
| ±.       | Prise en charge                                                      |
| -0       | Humanitaire.                                                         |
| <b>E</b> | Limites à la prise en charge                                         |
| Ð.       | Nécessité de s'adapter                                               |
|          | Prise en charge globale médico-psycho-sociale                        |
| Ð.       | Représentations négatives (personnelles ou envisagées pour d'autres) |
| ± ()     | Solutions pour favoriser la prise en charge MG                       |

# 3) Phase 1, Focus 1 -Difficulties when caring for HP - views of « involved » GPS

| Ab       | sence de difficultés spécifiques ressenties                      |  |
|----------|------------------------------------------------------------------|--|
| 🛛 🔘 Dai  | ns l'intéraction avec le patient                                 |  |
| ± 🔘      | Difficultés de communication-problèmes relationnels              |  |
| ⊕· 🔘     | Divergeance des représentations et comportements liés à la santé |  |
|          | Présentation physique - odeur                                    |  |
| 🗧 🔘 Fac  | teurs accentuant les difficultés ressenties                      |  |
| -0       | Isolement                                                        |  |
| · 🔘      | Liée aux addictologies ou patho psy                              |  |
| D Po     | ur le médecin                                                    |  |
| <b></b>  | Emotionnelles ou psychiques                                      |  |
|          | Pratiques                                                        |  |
|          | Contrainte financière - bénévolat                                |  |
|          | Désorganisation de la consultation                               |  |
|          | Salle d'attente - acceuil - sécurité                             |  |
|          | Temps nécessaire                                                 |  |
| 🗧 🔘 Pri  | se en charge                                                     |  |
| <b>E</b> | Complexité de la prise en charge                                 |  |
|          | Difficultés pour la récupération des infos med                   |  |
|          | Lourdeur de prise en charge                                      |  |

#### 4) Phase 1, focus 2 - Barriers for treating well HP

| Ca     | rences en terme de prévention                                                             |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 🔵 Pa   | fois une rép <mark>onse des professionnels inadéquat</mark> e                             |
| -0     | Prise en charge faussement adéquatre - inadéquate                                         |
| - 0    | Décalage - difficultés de compréhension des problématiques - de représentation pour le MG |
|        | Méconnaissance (problématiques-gestion sociale)                                           |
| 🔵 Su   | vi et coordination                                                                        |
| -      | Carence d'informations médicales                                                          |
| $\sim$ |                                                                                           |
|        | Continuité et pathologies chroniques-impossible                                           |
|        |                                                                                           |
|        | Continuité et pathologies chroniques-impossible                                           |

#### 5) Phase 1, Focus 3 - GPs may adapt their practice when they care for HP

| 🛛 🔘 Néce | ssité de s'adapter                                                             |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------|
| - F      | ormation-compétences nouvelles-connaissances insuffisantes (problèmes, réseau) |
| 🖻 🔘 P    | oint de vue pratique                                                           |
|          | ) Tiers payant                                                                 |
| -0       | ) Secrétaire                                                                   |
| ± C      | Rendez-vous-immédiateté de réponse                                             |
| 🛛 🔘 In   | téraction et compréhension du patient                                          |
| -0       | Adapter le discours, l'information                                             |
| -0       | ) Dérangeant                                                                   |
| - C      | Incompréhension - irritant                                                     |
| -0       | ) Fossé culturel - Conditions de vie                                           |
|          | ) Temporalité                                                                  |
| ±- 🤇     | Relation particulière                                                          |
| 🖻 🔘 P    | ise en charge thérapeutique                                                    |
|          | Importance de l'éducation-information                                          |
| ± (      | Consultations ponctuelles - pathologie aiguë                                   |
| -0       | Variété des catégories de personnes - adaptabilité                             |
|          | Adapter ses objectifs                                                          |
| C        | Environnement - conditions de vie du patient - contexte précarité              |
| ± (      | Générer la demande de soins - décoder le besoin                                |
| C        | Des priorités différentes                                                      |
| ÷.       | Pathologies non-spécifiques, et pourtant                                       |

#### 6) Phase 1, focus 4 - The importance of a global medico-psycho-social care

| Prise en charge globale médico-psycho-sociale      |         |
|----------------------------------------------------|---------|
| Psychologue                                        |         |
| Prise en charge pluridisciplinaire                 |         |
|                                                    |         |
| O Microstructures                                  |         |
| 🔘 Equipe pluridisciplinaire                        |         |
| réseau                                             |         |
| 🖻 🔘 Importance des questions sociales dans le soin |         |
| Lien social -désociabilisation                     |         |
| 🔘 Rôle du médecin définir-redéfinir                |         |
| 😑 🔘 Assistante sociale - importance du social dans | le soin |
| Alimentation                                       |         |
| Lien médecins-services sociaux                     |         |
| Droits administratifs                              |         |
| Logement                                           |         |

# 7) Phase 1, focus 5 - Solutions to improve the effectiveness and involvment of GPs (« involved GPs »)

| 0          | Information professionnels (structures existantes, relais)     |
|------------|----------------------------------------------------------------|
| $\bigcirc$ | Dossier partagé-infos médicales                                |
| 0          | Répartir la charge entre médecins                              |
| 0          | Interprétariat téléphonique                                    |
| $\bigcirc$ | Education-autonomisation                                       |
| 0          | Administratif-accès aux droits-rendre possible prise en charge |

### II. Phase 3 : interviews with « standard GPs »

# 1) Phase 3, Standard GPs and HP - coding tree overview (« standard GPs »)

| ) P  | lace et contribution du médecin généraliste                                                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | Le rôle de dépistage, prévention du processus de précarisation                                            |
| Ð (  | Favoriser l'acceptation de la prise en charge par les généralistes                                        |
| Ð- 🔇 | justification et apport                                                                                   |
|      | Conditions                                                                                                |
|      |                                                                                                           |
|      |                                                                                                           |
| Ē    | La condition du suivi                                                                                     |
| Ð 🔇  | Limites                                                                                                   |
| P    | rise en charge des personnes sans chez-soi par le généraliste                                             |
|      | Attitude de déresponsabilisation du médecin qui ne reçoit pas ou ne prend pas bien en charge ces patients |
|      | Bénévolat - humanitaire                                                                                   |
|      | Conflit éthique ou déontologique                                                                          |
|      | L'importance de la dimension sociale                                                                      |
| Ð 🔇  | Adaptation                                                                                                |
| •    | Mauvaise connaissance des questions sociales                                                              |
| ÷ (  | Difficultés                                                                                               |
| Ð (  | Barrières à l'acceptabilité par le généraliste                                                            |
|      | Organisation du système de soins - état des lieux, et rélfexions                                          |
|      |                                                                                                           |
|      | Perception du système actuel                                                                              |

# 2) Phase 3, focus 1 - positive and negative views of standard GPs about homeless people

| ) At   | titude protectrice envers les patients                                                       |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 🔵 Re   | spect des comportements et choix de vie de ces patients                                      |
| Co     | omportements                                                                                 |
|        | titude empathique                                                                            |
| O De   | marche de compréhension des troubles comme liés à la précarité ou aux pathologies associées  |
| Repré  | sentations négatives                                                                         |
| 🔘 Ju   | gement négatif du médecin                                                                    |
| -0     | Des personnes avantagées                                                                     |
| - 0    | Jugement négatif vis à vis des éléments attenant à la situaiton de précarité de ces patients |
| 🔘      | Manque de confiance dans les capacités de ces patients                                       |
| ···· 0 | Infantilisation et relation paternaliste                                                     |
| l 🔘    | Des personnes responsables de leur situation                                                 |
| O De   | nominations négatives pour catégoriser ces patients                                          |
| 0      | Les indésirables                                                                             |
| C      | Sans papiers - clandestins                                                                   |
| 0      | Marginaux, désincérés du système                                                             |

### 3) Phase 3, Focus 2 - the follow-up condition, positive factors (« standard » GPs)

| Facte | eurs favorisants                                    |
|-------|-----------------------------------------------------|
| e 🔘 L | iés au médecin généraliste                          |
|       | Attitude positive                                   |
|       | Amorcer la prise en charge                          |
|       | Education du patient - motivation                   |
|       | Relation et confiance                               |
|       | Géographique                                        |
|       | Adaptation du médecin                               |
| e 🔘 L | iés au patient                                      |
|       | Environnement et personnes ressources               |
|       | connaissance du médecin                             |
|       | Logement stable                                     |
| ۱ 🔿 🖥 | iés au système                                      |
|       | Aller vers                                          |
|       | Droits sociaux                                      |
|       | Réseau et associations                              |
|       | Structure de soins stabilisante                     |
| - (   | Médecin traitant                                    |
|       | Prise en charge pluridisciplinaire - medico-sociale |

#### 4) Phase 3, focus 3 - the follow-up condition, negative fators (« standard » GPs)

| ) Facte  | urs limitants                                                        |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| Li       | és au médecin généraliste                                            |
| C        | Impossibilité du aller vers                                          |
| -0       | Inadaptation dans la prise en charge                                 |
| ± 🔘      | Attitudes                                                            |
| Li       | és au système                                                        |
| C        | Rendez-vous                                                          |
| 0        | Confiance                                                            |
| 0        | Absence de structuration de la vie (logement ou structure référente) |
| <u>ب</u> | Second recours                                                       |
| ± ()     | Droits sociaux                                                       |
| a 🔘 Li   | és au patient                                                        |
| C        | autres priorités                                                     |
| 0        | Confiance envers les médecins                                        |
| 0        | instabilité - évènements de vie                                      |
| 0        | Absence de domicile                                                  |
| 0        | Temporalité différente - immédiateté                                 |
| -0       | Nomadisme médical ou géographique                                    |
| -0       | Absence de point d'accroche - isolement                              |
| 0        | Toxicomanie                                                          |
| C        | Oubli - rendez-vous                                                  |
| C        | sortis ou inadaptés au système                                       |
| C        | désintérêt pour leur santé - fuite ou refus de soins                 |

# 5) Phase 3, Focus 4 - How GPs have to adapt their practice (« standard » GPs)

| 0 | Priorités et attentes différentes                           |
|---|-------------------------------------------------------------|
| 0 | De la relation                                              |
| 0 | Réinitier la prise en charge et aller vers                  |
| 0 | De la prise en charge aux conditions de vie et de précarité |
| 0 | Particularités                                              |
|   | dépendance de ces personnes et surinvestissement du médecin |
|   | Consultations ponctuelles et dépannage d'urgence            |
|   | Nomadisme - plusieurs médecins et ruptures de relation      |

### 6) Phase 3, Focus 5 - difficulties when GPs care for homeless people (« standard » GPs)

| 0.       |                                                                             |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| - Fa     | cteurs aggravant les difficultés                                            |
|          | La méconnaissance de ces patients                                           |
|          | La toxicomanie ou autres addictions et les comportements associés           |
| O        | Les problématiques sociales aggravant la complexité de la prise en charge   |
| O Dif    | ficultés ressenties                                                         |
|          | Gestion des questions sociales                                              |
|          | Emotionnelles pour le médecin                                               |
|          | anxiété face à la complexité des problématiques - liée aux probèmes sociaux |
| Đ        | Liées au décalage social dans la rencontre de ces patients                  |
| Ð        | Liées à l'impossibilité de réaliser une prise en charge satisfaisante       |
| <b>0</b> | Pratiques                                                                   |
|          | gestion salle d'attente                                                     |
|          | Temps - chronophage                                                         |
|          | financières                                                                 |
| <b>-</b> | Dans l'intéraction avec les patients                                        |
|          | relation avec les accompagnants                                             |
| ÷.       | Relation avec les patients                                                  |
|          | Prise en charge                                                             |
| Đ        | Curdeur de la prise en charge                                               |
| -        | 🔘 complexité                                                                |

# 7) Phase 3, Focus 6 - organizational solutions to improve involvment and effectivness of GPs (standard GPs)

| Perce | eption du système actuel                                            |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------|--|
| Solut | Solutions                                                           |  |
| 0 U   | ne prise en charge détachée du cabinet                              |  |
|       | lieuxx bienveillants identifiés                                     |  |
| -0    | Prise en charge dans une structure adaptée - pas en cabinet         |  |
| -0    | Structure intégrant service social et médical                       |  |
|       | endre possible le maintien du suívi ou lien avec le patient         |  |
|       | contrat ou mesures contraignates                                    |  |
| -0    | education                                                           |  |
|       | Accompagnants - lien social                                         |  |
|       | Structurer une prise en charge ou une relation                      |  |
| 🕀 🔘 P | ermettre la prise en charge pluridisiplinaire médico-psycho-sociale |  |
| 🕀 🔘 A | rticuler un parcours de soins efficient                             |  |
|       | )rganiser la prise en charge sociale                                |  |
| Ð 🔵   | Permettre le soin                                                   |  |
| Ð     | Répondre aux problématiques extra-médicales des patients            |  |
|       | Les assistantes sociales - acteurs sociaux                          |  |