



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2015 – N°345

**L'ACCUEIL  
DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ  
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
LYONNAIS**

**Enquête qualitative par entretiens individuels  
auprès de médecins généralistes de Lyon**

THÈSE

Présentée

à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le **8 décembre 2015**  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Virginie PHILIPPE**

Née le 22 juin 1984 à Nantua (01)

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Première classe**

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe**

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

### Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

### Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire

Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau	Frachon	Sophie Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort	Boulch	Delphine Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire

Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy	Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers** **Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

## Composition du jury

**Président :** Monsieur le Professeur Mohamed Saoud

**Membres :** Monsieur le Professeur Yves Zerbib

Madame le Professeur Liliane Daligand

Madame le Docteur Marie-France Le Goaziou

**Membre invité :** Monsieur le Docteur Alain Richet

# Remerciements

À M. le Pr Saoud,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ma thèse. J'espère que vous trouverez dans celle-ci toute ma considération pour votre travail de prise en charge des personnes souvent dans des situations sociales difficiles.

À M. le Pr Zerbib,

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Vous êtes toujours à l'écoute des étudiants, et attentifs à la juste cause, à être le plus démocratique possible.

À Mme le Pr Daligand,

Vous m'avez fait l'honneur d'être membre de mon jury sans même me connaître, merci pour la considération de mon travail, soyez sûre de ma gratitude,

À Mme le Dr Marie-France Le Goaziou,

Vous avez accepté de diriger une thèse dont vous n'aviez pas choisi le sujet mais qui était proche de votre exercice exemplaire à Médecins Du Monde. Merci de votre aide et du temps que vous m'avez consacré pour la réalisation de cette thèse. Recevez toute ma sollicitude.

À M. le Dr Alain Richet,

Merci de m'avoir accueillie dans votre cabinet pour mon stage chez le praticien, et d'avoir questionné ma pratique, de m'avoir fait partagé votre posture de médecin à l'écoute des patients, votre analyse de leurs discours, et votre approche d'une médecine basée sur des études en complément d'une relation médecin-patient profonde et de qualité.

Merci encore d'avoir accepté la direction conjointe de cette thèse.

A Médecins Du Monde, à Jean André et à Aurélie Neveu, et à tous,

Merci du temps que vous m'avez accordé lors de l'élaboration initiale de la thèse. J'admire votre engagement, je partage vos valeurs de solidarité, de dignité de la personne et d'universalité d'accès aux soins. Ayez toute ma reconnaissance pour votre travail utile, nécessaire voire salvateur pour certains !

À tous les médecins généralistes lyonnais interrogés,

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour nous aider à mieux prendre en charge cette population en grande précarité. Certains entretiens m'ont sincèrement émue du fait de votre humanisme.

A tous mes maîtres de stage, les Dr Couette, Dr Gros, Dr Marissal, Dr Duquenne, Dr Chefai,

Merci de votre accueil, de votre formation dispensée et de vos conseils qui sont appliqués au quotidien.

À mes parents,

Merci... merci de m'avoir transmis votre savoir manuel et intellectuel... Merci de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ma scolarité, de la primaire jusqu'aux premières années du supérieur. Sans vous, sans votre implication, je n'aurais jamais été médecin !

Merci encore de votre présence, et de votre aide indirecte à cette thèse en gardant ma fille !

À Rémi et Héloïse,

Merci de votre présence réconfortante, de m'avoir laissé du temps, et vous serez toujours dans mon cœur !

À Cécile, À ma sœur,

Merci pour ta relecture, ô combien précieuse et précise !

À mon frère et à ma famille élargie, à ma belle-famille,

Merci d'être une famille riche de sa diversité, de ses éclats de rire et de ses promenades du dimanche.... Merci pour votre aide pendant mon enfance et mes études. Le temps passe mais ne pourra effacer nos liens.

À mes collègues de la MSP du Dauphiné et du CPEF de Villefontaine,

Merci de votre soutien, de votre accueil chaleureux et bienveillant. Quel travail d'équipe agréable !

À tous mes amis, de lycée, de faculté de médecine et d'associations diverses, ( Planning Familial AD 38, La Cause Des Parents, etc.) : merci d'avoir pris part à cette belle expérience, d'être à mes côtés, et que ça continue....

# SOMMAIRE

Abréviations et acronymes.....	1
Introduction.....	4
1. Définitions et historique.....	6
1.1. Quelques définitions .....	6
1.1.1. La précarité et la grande précarité.....	6
1.1.2. Les demandeurs d’asile et du statut de réfugié.....	6
1.1.3. Les migrants.....	7
1.1.4. Les « sans-papiers ».....	8
1.1.5. Les inégalités sociales de santé .....	8
1.2. Histoire de l’accès aux soins des plus démunis.....	10
1.2.1. Le système de solidarité nationale et la « carte santé ».....	10
1.2.2. La Couverture Maladie Universelle .....	10
1.2.2.1. Création de la CMU favorisant l'accès aux soins.....	10
1.2.2.2. Limites de la CMU.....	11
1.2.2.3. Difficultés d'accès aux soins malgré la CMU.....	12
1.2.2.4. CMU et précarité .....	13
1.2.3. Histoire de l’accès aux soins des étrangers et de l’AME .....	13
1.2.3.1. L'accès aux soins des étrangers en situation régulière.....	13
1.2.3.2. L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.....	14
1.2.3.3. L'accès aux soins des étrangers avec une maladie grave.....	14
1.2.4. Les PASS.....	15
1.2.4.1. Création des PASS.....	15
1.2.4.1. Limites des PASS.....	16
1.2.5. Le CASO de Médecins du Monde.....	17
1.2.5.1. Création des CASO.....	17
1.2.5.2. Population des CASO.....	18
2. Matériel et Méthodes.....	19
2.1. Élaboration du sujet.....	19
2.2. Une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés.....	20
2.2.1. Choix de la recherche qualitative.....	20

2.2.2. Recherche bibliographique.....	20
2.3. Sélection des médecins .....	21
2.3.1. Recherche, appel et entretien.....	21
2.3.2. Logiciels.....	22
2.4. Le guide d’entretien .....	22
3. Résultats .....	23
3.1. Caractéristiques des médecins généralistes .....	23
3.1.1. Présentation des médecins et de leur activité.....	23
3.1.2. Leurs formations.....	25
3.1.2.1. Les formations initiales.....	25
3.1.2.2. Des formations en lien avec la précarité ?.....	25
3.1.2.2. Les obstacles aux formations.....	26
3.1.3. Leur travail avec les associations .....	26
3.1.3.1. Leurs expériences.....	26
3.1.3.2. Les facteurs limitants.....	26
Cadre de synthèse 1 : Caractéristiques des médecins.....	27
3.2. La patientèle des médecins.....	28
3.2.1. La proportion de patients en grande précarité.....	28
3.2.1. Des patientèles variées.....	28
3.2.1.2. Des proportions de patients en grande précarité variées.....	28
3.2.2. La difficulté à reconnaître la grande précarité de leurs patients .....	30
3.2.2.1. Définitions et doutes de la précarité par les médecins.....	30
3.2.2.2. Précarité et CMU.....	31
3.2.2.3. « Vraie » et « fausse » précarité.....	32
3.2.2.3.1. Manque des connaissances sur le statut de leurs patients.....	32
3.2.3. Le nombre limité de patients en grande précarité.....	33
3.2.4. Les refus des traitements substitutifs aux opiacés .....	34
3.2.5. Les refus des personnes en précarité de la part des autres médecins.....	34
3.2.6. Le manque de répartition entre les médecins.....	35
Cadre de synthèse 2 : La patientèle des médecins.....	36
3.3. La représentation de la grande précarité .....	37
3.3.1. Les personnes sans logement ou mal-logées.....	37
3.3.1.1. Les SDF.....	37

3.3.1.2. Les problèmes de logement et d'argent.....	38
3.3.2. Les personnes isolées.....	39
3.3.3. Les patients présentant des troubles psychiatriques.....	41
3.3.4. Les migrants .....	42
3.3.4.1. Des conditions de vie difficiles en France .....	42
3.3.4.2. Des migrations marquées de pertes.....	43
3.3.4.3. Des traumatismes vécus dans les pays d'origine.....	44
3.3.4.6. Géopolitique des conflits et des flux migratoires.....	45
Cadre de synthèse 3 : La représentation de la grande précarité.....	46
3.4. Les facteurs limitant la prise en charge.....	47
3.4.1. Les problèmes de comportement .....	47
3.4.1.1. Les problèmes de prise des rendez-vous .....	47
3.4.1.2. L'agressivité et le vol.....	48
3.4.1.3. L'hygiène.....	49
3.4.1.4. Un ressenti d'abus.....	49
3.4.1.5. Très peu voire aucune différence de comportement.....	50
3.4.1.6. Une moindre demande.....	50
Cadre de synthèse 4 : Les problèmes de comportement.....	51
3.4.2. La barrière linguistique et le problème du secret médical .....	52
3.4.2.1. Les difficultés de la barrière linguistique.....	52
3.4.2.2. Les traducteurs.....	53
3.4.2.3. Les problèmes engendrés par la barrière linguistique.....	57
3.4.2.4. Le problème du secret médical.....	60
Cadre de synthèse 5 : La barrière linguistique.....	61
3.4.3. La barrière culturelle et les problèmes de compréhension.....	62
3.4.3.1. Les réactions des médecins face à la barrière culturelle.....	62
3.4.3.2. Les réactions des patients face à la barrière culturelle.....	65
3.4.3.3. Les solutions des médecins face à la barrière culturelle.....	66
Cadre de synthèse 6 : La barrière culturelle.....	67
3.4.4. Les difficultés sociales et administratives.....	68
3.4.4.1. L'absence de CMU.....	68
3.4.4.2. Les difficultés de l'AME.....	69
3.4.4.3. Le remboursement des honoraires.....	69

Cadre de synthèse 7 : Les difficultés sociales et administratives.....	70
3.4.5. Les difficultés spécifiques à la médecine générale.....	71
3.3.5.1. La prévention.....	71
3.4.5.2. Le suivi et l'observance.....	72
3.4.5.3. Les pathologies nombreuses .....	74
Cadre de synthèse 8 : Les difficultés sociales et administratives.....	75
3.4.6. Le problème du temps .....	76
3.4.6.1. Les réactions des médecins face aux problèmes du temps.....	76
3.4.6.2. Prendre plus de temps.....	76
3.4.6.3. Mettre des limites.....	78
3.4.6.4. Et trouver des solutions au problème de temps.....	78
Cadre de synthèse 9 : Le problème du temps .....	79
3.4.7. Les difficultés financières.....	80
Cadre de synthèse 10 : Les difficultés financières.....	81
3.5. L'accès aux soins secondaires.....	82
3.5.1. Les spécialistes d'organes.....	82
3.5.1.1. Les avis des médecins généralistes sur les spécialistes.....	82
3.5.1.2. Les difficultés rencontrées avec les spécialistes.....	82
3.5.1.3. Les amis ou connaissances spécialistes en ville.....	83
3.5.2. L'hôpital public.....	84
3.5.3. Les CMP.....	86
Cadre de synthèse 11 : L'accès aux soins secondaires.....	87
3.6. Le travail avec les services sociaux et les associations.....	88
3.6.1. Les services sociaux .....	88
3.6.1.1. Les actions des médecins avec les services sociaux.....	88
3.6.1.2. Les relations des médecins avec les services sociaux.....	89
3.6.1.3. Leurs avis sur leur travail avec les services sociaux.....	90
Cadre de synthèse 12 : Les services sociaux .....	92
3.6.2. Les associations humanitaires ou caritatives.....	93
3.6.2.1. Le travail avec les associations .....	93
3.6.2.2. Le regard des médecins sur les associations .....	95
3.6.2.3. L'accueil de nouveaux patients envoyés par les associations.....	96
Cadre de synthèse 13 : Les associations humanitaires ou caritatives.....	99

3.7. L'accès aux soins des personnes en précarité.....	100
3.7.1. Un accès aux soins primaires favorisé, selon les médecins.....	100
3.7.2. Les inégalités sociales de santé.....	102
3.7.2.1. Les avis des médecins sur les inégalités de santé.....	102
3.7.2.2. Les comportements des médecins face aux patients .....	105
3.7.3. Le parcours de soin de l'étranger.....	106
Cadre de synthèse 14 : L'accès aux soins des personnes en précarité.....	107
3.8. Regards sur leurs pratiques.....	108
3.8.1. La déontologie, la morale, le même accueil pour tous .....	108
3.8.2. L'utilité de l'exercice.....	109
Cadre de synthèse 15 : Regards sur leurs pratiques.....	111
3.8.3. Le besoin de formation du médecin généraliste .....	112
3.8.4. Les besoins du médecin généraliste dans son cabinet .....	114
3.8.4.1. Une couverture sociale pour leurs patients.....	114
3.8.4.2. Des interprètes.....	114
3.8.4.3. Des référents.....	115
3.8.4.4. Des secrétaires.....	116
3.8.4.5. Des infirmières.....	116
Cadre de synthèse 16 : Les besoins du médecin généraliste .....	117
3.8.5. Les autres solutions proposées par les médecins .....	118
3.8.5.1. Les réseaux.....	118
3.8.5.2. D'autres structures.....	119
3.8.5.3. Une meilleure organisation entre les structures existantes.....	120
3.8.5.4. Remédier aux causes de la précarité.....	120
Cadre de synthèse 17 : Les autres solutions proposées par les médecins .....	121
4. Discussion.....	122
4.1. Biais.....	122
4.1.1. Biais de recrutement.....	122
4.1.1.1. Les refus de prise en charge.....	122
4.1.1.2. La répartition des personnes en grande précarité.....	123
4.1.2. Biais de mémoire et d'interprétation.....	125
4.1.3. La saturation .....	125
4.2. Représentations des patients en précarité.....	127

4.2.1. La grande précarité.....	127
4.2.1.1. Diversité et limites des regards.....	127
4.2.1.2. Précarité et aides sociales.....	128
4.2.1.3. Précarité et pathologies spécifiques .....	130
4.2.2. Les migrants.....	131
4.2.2.1. L'intégration.....	131
4.2.2.2. Les spécificités de prise en charge.....	132
4.2.2.3. Un tourisme médical ou une immigration pathogène ? .....	133
4.3. Les difficultés rencontrées dans la pratique libérale.....	136
4.3.1. Des abus ou une moindre demande ?.....	136
4.3.1.1. Les ressentis des médecins.....	136
4.3.1.2. Une moindre demande.....	137
4.3.1.3. Des hospitalisations plus fréquentes.....	138
4.3.2. Les problèmes de violence.....	138
4.3.3. La barrière linguistique.....	139
4.3.3.1. Le bilinguisme.....	139
4.3.3.2. Le problème du secret médical.....	139
4.3.3.3. Les outils de traduction.....	140
4.3.3.4. Les traducteurs.....	140
4.3.3.5. Conséquences.....	141
4.3.4. La barrière socioculturelle.....	142
4.3.5. La surcharge de travail, le manque de temps.....	143
4.3.6. La part du social dans les consultations.....	145
4.3.6.1. La nécessité de la part sociale.....	145
4.3.6.2. Les inégalités sociales de santé.....	145
4.3.7. Une prise en charge globalement plus difficile.....	147
4.4. Les solutions existantes ou proposées par les médecins.....	149
4.4.1. Une prise en charge globale dans un réseau .....	149
4.4.2. Les PASS, les associations et l'AME.....	149
4.4.3. Les solutions proposées par les médecins et la littérature .....	151
4.4.3.1. Les coopérations et les réseaux .....	151
4.4.3.2. Les formations.....	151
Bibliographie.....	156

ANNEXES.....	165
Annexe I : Grille d’entretien.....	165
Annexe II : Carte Freemind.....	167
Annexe III : Score EPICES.....	168
Notes de Fin.....	170

## Abréviations et acronymes

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ATD Quart Monde : « Agir Tous pour la Dignité » (Mouvement international de lutte contre la grande pauvreté et l'exclusion sociale)

CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de la Mission France de Médecins du Monde

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

CIMADE : Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNDA : Cour Nationale de la Demande d'Asile

COMEDE : COMité MÉDical pour les Exilés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

M: Médecin

MDM : Médecins du Monde

ONU : Organisation des Nations Unies

ODSE : Observatoire du Droit et de la Santé des Étrangers

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides

OHCHR : *Office of (the United Nations) High Commissioner for Human Rights* : Haut-Commissariat des Nations unies aux Droits de l'Homme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

UE : Union Européenne

UNHCR : *United Nations High Commissioner for Refugees* : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

« En France, l'étranger n'est ni un problème ni une menace » La Cimade, (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués)<sup>1</sup>

« J'ai tout perdu mais l'avenir m'appartient ! » UNHCR, (Agence des Nations Unies pour les Réfugiés)<sup>2</sup>

« Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique. » Ministère de la Santé<sup>3</sup>

## Introduction

Lors d'un stage chez un praticien, j'ai remarqué que plus les personnes étaient en précarité, plus elles accumulaient les pathologies et les facteurs de risques cardiovasculaires (tabac, sédentarité, obésité, etc.).

Suite à cette prise de conscience que j'ai rapportée à mon maître de stage, celui-ci m'a demandé s'il y avait des études sur ce lien entre précarité et mauvais état de santé. Lors de mes recherches, je fus moi-même étonnée d'en trouver dès le milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle : Villermé<sup>4</sup> a ainsi montré que plus les personnes étaient en situation de vulnérabilité socio-économique, plus la probabilité de maladie, de handicap et de mort prématurée était forte. Chadwick<sup>5</sup>, en Angleterre, toujours au XIX<sup>ème</sup> siècle, étayait la thèse réciproque.

Cela reste valable aujourd'hui encore en France : Médecins du Monde et d'autres associations humanitaires ont œuvré en France pour la création de la CMU, Couverture Maladie Universelle, mais les plus pauvres ne peuvent pas avoir accès aux mêmes soins et aux mêmes médicaments que les plus riches. En effet, les soins incomplètement ou non-remboursés représentent un coût non négligeable pour cette population (matériel orthopédique, ostéopathie, lunettes...).

Mais, l'accès aux soins n'est pas le seul composant des inégalités sociales de santé. Les facteurs sociaux ayant un rôle dans les inégalités sociales de santé sont, entre autres le revenu, le niveau d'instruction, le patrimoine, le réseau de relations. L'identification de ces facteurs sociaux a permis la construction de classes sociales suivant la profession comme outil statistique<sup>6</sup>. L'espérance de vie à l'âge de 35 ans est 6,3 ans plus courte pour un ouvrier que pour un cadre supérieur<sup>7</sup>. De même, les enfants d'ouvrier ont 6 fois plus de risque d'être obèses que ceux de cadre<sup>8</sup>. Les inégalités sociales de santé sont définies par une morbi-mortalité croissante le long d'une échelle sociale descendante. Les personnes en grande précarité sont les plus touchées par ces inégalités, les déterminants sociaux jouant alors un rôle beaucoup plus importants dans cette population.

Différentes thèses étudient les points de vue des patients en grande précarité, comme les migrants ou les gens du voyage, sur leur relation avec leurs médecins, mais le point de vue des médecin est rare.

C'est pourquoi nous nous intéresserons à l'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes, selon le point de vue de ces médecins.

Notre thèse a donc pour objectif de connaître les conditions d'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes dans leur cabinet de médecine générale : les représentations qu'ont les médecins généralistes de cette population, les difficultés de prise en charge de ces patients, et leurs compétences mises en œuvre pour pallier les difficultés.

Pour répondre à cette question, une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 26 médecins généralistes de Lyon.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur les définitions des termes utilisés et nous retracerons l'histoire de l'accès aux soins des plus démunis. Dans un deuxième temps, nous présenterons le matériel et la méthode de recherche.

Dans un troisième temps, nous étudierons les résultats des discours des médecins. Leurs caractéristiques et leurs patientèles seront décrites et mis en valeur par des tableaux. Puis nous nous poserons les questions suivantes : Quelles sont les caractéristiques des médecins et de leurs patientèles ? Quelle est leur représentation des patients en grande précarité ? Quelles difficultés rencontrent-ils lors de leur consultation et de l'accès aux soins secondaires ? Quel est leur travail avec les services sociaux et les associations ? Ont-ils conscience des difficultés d'accès aux soins de leurs patients ? Enfin, quel est leur regard sur leur pratique d'accueil des personnes en grande précarité, et quelles sont les solutions apportées par les médecins face à leurs difficultés ?

Dans un quatrième et dernier temps, la discussion permettra de placer ces résultats dans le contexte actuel de l'augmentation de la précarité et de la prise de conscience des inégalités sociales de santé.

# 1. Définitions et historique

## 1.1. Quelques définitions

### 1.1.1. La précarité et la grande précarité

Le Haut Comité de la Santé Publique, qui a repris la définition du Père Wresinski dans son rapport d'ATD Quart Monde, définit la précarité « comme un état d'instabilité sociale caractérisé par la perte d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux »<sup>9</sup>.

Selon le Père Wresinski, « l'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible »<sup>10</sup>.

L'évolution sociale actuelle des pays occidentaux est marquée par une progression de la précarité en raison de divers facteurs tels que la désindustrialisation, la mondialisation, le ralentissement de la croissance économique, le chômage de longue durée, la précarité des contrats de travail.

La précarité peut ainsi se manifester dans plusieurs domaines tels que le revenu, le logement, l'emploi, les diplômes, la protection sociale, les loisirs et la culture, la santé<sup>11</sup>.

### 1.1.2. Les demandeurs d'asile et du statut de réfugié

Le terme de réfugié a été défini par l'ONU, dans l'article 1er A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés et des apatrides : « Le terme de réfugié s'applique à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner »<sup>12</sup>.

Pour obtenir ce statut, l'étranger est d'abord demandeur d'asile auprès des instances telles que l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA). Pour reconnaître « la

qualité de réfugié », l'OFPPRA s'appuie sur l'Article L711-1 du « Livre VII : Le droit d'asile » du CESEDA (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile)<sup>13</sup> qui reprend *in fine* l'article de la convention de Genève ci-dessus.

Mais ce parcours n'est pas simple, et même s'il y a eu persécution, les personnes n'ont pas toujours le statut de réfugié : elles essuient un refus actuel dans 90% des cas. Elles peuvent faire appel à la CNDA (Cour Nationale du Droit d'Asile). Encore faut-il qu'elles soient bien informées et qu'elles puissent recevoir leur courrier à temps... sachant que l'étranger en attente de la décision de la CNDA peut être renvoyé à tout moment dans son pays, le mettant dans un stress psychologique intense<sup>14</sup>.

De plus, les personnes exilées de leur pays n'ont souvent pas de preuve objectivable des tortures ou des violences subies antérieurement, et encore moins de « leurs craintes », un sentiment qui ne peut être apprécié que de façon subjective. La définition du statut de réfugié donnée par la Convention de Genève a un contour vague et les politiques de l'immigration ont changé au cours du dernier demi-siècle. En moins de vingt ans, il y a eu un retournement du droit d'asile : en 1973, 80% des personnes demandeuses d'asiles avaient une réponse favorable alors qu'en 1990, 80% des demandes étaient rejetées<sup>15</sup>.

Le législation européenne, dans la Directive Accueil 2003<sup>16</sup>, puis la législation française dans le CESEDA, entré en vigueur en 2005, ont instauré l'exigence d'accorder un hébergement à tous les demandeurs d'asile. Or, trop de demandeurs d'asile sont encore contraints à vivre dans la rue ou dans des hébergements insuffisants<sup>17</sup>.

Une fois le statut de réfugié acquis, les personnes sont placées sous la protection juridique et administrative de l'OFPPRA, et peuvent obtenir une carte de résident de 10 ans<sup>18</sup>.

### **1.1.3. Les migrants**

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, entrée en vigueur en 2003, s'applique aux « personnes qui vont exercer, exercent, ou ont exercé une activité rémunérée dans un État dont elles ne sont pas ressortissantes »<sup>19</sup>.

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation la Science et la Culture (UNESCO) ajoute à cette définition le fait que le migrant : « a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays »<sup>20</sup>. Mais le terme de migrants ne connaît pas de définition précise, contrairement à la migration.

Comme le souligne l'UNESCO, le mot migrant tend à englober les personnes « qui quittent leur pays à cause de persécutions politiques, de conflits, de problèmes économiques, de dégradation environnementale ou d'une combinaison de toutes ces raisons », ainsi que ceux « qui recherchent du travail ou une qualité de vie qui n'existe pas dans leur pays d'origine ».

Or, selon la CIMADE, « les contraintes économiques et politiques se confondent souvent, et la distinction entre différentes catégories de “migrants” est généralement arbitraire »<sup>21</sup>. Le terme d'exilé est préféré par certains sociologues comme Valluy, pour se départir du problème géographique, et mieux considérer ce qu'est le départ de son pays pour la personne : une perte, une rupture avec sa famille, ses amis...<sup>22</sup>

#### **1.1.4. Les « sans-papiers »**

Le « sans-papiers » ou « undocumented migrant », selon la définition de l'ONU, est une personne ne disposant pas d'un titre de séjour valide dans le pays où elle se trouve<sup>23</sup>.

Ainsi, les termes migrants, primo arrivants, sans papiers, réfugiés... sont souvent désignés pour définir les mêmes personnes alors que leur statut est différent. Les réfugiés ont un statut reconnu qui peut même aller jusqu'à leur donner un droit à travailler et donc à moins dépendre de l'État, alors que les « sans-papiers » sont dans une situation stressante et précaire à plus d'un titre : pas de droit au logement, pas de reconnaissance de leurs craintes ou de leur passé douloureux, pas de couverture sociale, risque d'être expulsé...

#### **1.1.5. Les inégalités sociales de santé**

Les inégalités sociales de santé sont la conséquence de déterminants sociaux sur la santé. L'exemple le plus frappant est l'espérance de vie qui différait de 7 ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs en 2005<sup>24</sup> et de 6,3 ans en 2011<sup>25</sup>. Cette différence, plutôt stable, ne s'explique pas uniquement par leur accès aux soins, car ils peuvent avoir le même<sup>26</sup>. C'est donc bien le social qui entre en jeu :

- l'environnement physique : par les expositions professionnelles, les expositions de la vie courante, les addictions, l'habitat,
- et l'environnement social, par les moyens financiers de subvenir à ses besoins, les moyens intellectuels, les connaissances pour le maintien d'une bonne santé (activité physique, alimentation, dépistage...)

Une étude de cohorte d'un suivi sur 6 ans, réalisée au Danemark, a montré que les classes « inférieures » ont 1,4 fois plus de risque de souffrir d'une insuffisance coronarienne que les autres, y compris après ajustement sur les facteurs de risque cardio-vasculaires<sup>27</sup>. En Europe occidentale, la morbidité des individus des classes sociales les plus pauvres est environ deux fois plus élevée que celle des classes les plus aisées<sup>28</sup>.

Le nombre de publications scientifiques sur les inégalités sociales de santé a considérablement augmenté ces dernières décennies. La France, malgré un accès aux soins des plus larges et des soins de bon niveau, a les inégalités sociales de santé les plus fortes parmi les hommes de 45 à 64 ans<sup>29</sup>.

L'accès aux soins et la qualité des soins de premier recours participent aux déterminants des inégalités sociales de santé<sup>30</sup>.

## **1.2. Histoire de l'accès aux soins des plus démunis**

### **1.2.1. Le système de solidarité nationale et la « carte santé »**

Le système de protection social mis en place en 1945 était fondé sur la solidarité, pour que chacun puisse bénéficier des soins dont il a besoin, quels que soient ses revenus<sup>31</sup>.

Mais, dès les années 60, il y a eu, d'une part, une augmentation du ticket modérateur, c'est-à-dire la part des soins non pris en charge par la sécurité sociale, mais souvent pris en charge par les complémentaires santé, et d'autre part, une diminution des remboursements des soins dentaires et de l'optique<sup>32</sup>.

Il y a eu d'abord la « carte santé » pour les plus démunis. Gérée par les départements, elle permettait l'accès au soin, le remboursement des soins, prestations et médicaments, à toute personne résidant en France (en situation régulière), qui n'était pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie et sous conditions de ressources. Dans le Rhône, cette carte santé avait le nom de Passeport Rhône Soins<sup>33</sup>.

Or, depuis la création du secteur 2 en 1979, les médecins ont la possibilité de facturer au-dessus du tarif conventionnel, et ce « dépassement d'honoraires » n'est pas remboursé par les caisses de sécurité sociale. Il peut l'être par les complémentaires santé, mais pas toujours. Cela a pu aggraver l'inégalité d'accès aux soins, particulièrement auprès des spécialistes, plus souvent en secteur 2 que les généralistes.

Mais même en secteur 1, la consultation chez un médecin généraliste n'est pas complètement remboursée pour les personnes n'ayant pas de complémentaire santé, ce qui peut empêcher ou au minimum retarder leur accès aux soins.

### **1.2.2. La Couverture Maladie Universelle**

#### **1.2.2.1. Création de la CMU favorisant l'accès aux soins**

L'accès aux soins des plus pauvres était entravé par la part de plus en plus importante de leur reste à charge, les obligeant parfois à renoncer à des soins, malgré la « carte santé ». Les associations aidant ces personnes se sont réunies au sein de l'UNIOPSS (Médecins du Monde, Emmaüs France, FNARS, etc.), pour dénoncer cet état et demander un système vraiment solidaire avec une Couverture Maladie Universelle<sup>34</sup>. Ainsi, le rapport d'ATD Quart Monde a servi de support à la création de la Couverture Maladie Universelle, votée en 1999.

La CMU a remplacé la « carte santé » avec une gestion centralisée par l'URSSAF, pour un meilleur accès aux soins, en ne fixant finalement aucune liste limitative de titres de séjour, (contrairement à la situation prévalant antérieurement), pour pouvoir établir la résidence de plus de 3 mois.

La CMU s'adresse aux personnes qui ne sont pas déjà couvertes à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie. La CMU-Complémentaire est la couverture complémentaire pour les personnes étant affiliées à la sécurité sociale mais ne pouvant se payer une complémentaire santé, ils y ont droit sous condition de revenus, et elle est complémentaire de la CMU.

La CMU leur permet de bénéficier de la sécurité sociale pour leurs dépenses de santé sous certaines conditions, dont celle de résidence depuis plus de 3 mois en France, les autres conditions ayant changé suivant les décrets parus en mai 2014. La CMU est gratuite ou payante suivant les revenus<sup>35</sup>. L'affiliation à la CMU et à la CMU-Complémentaire doit être renouvelée toutes les années avec un dossier complet.

#### **1.2.2.2. Limites de la CMU**

L'obtention de la CMU n'est pas aisée du fait de la lourdeur administrative, et nombre de personnes ne savent pas qu'elles pourraient y avoir droit. Parmi les patients se rendant aux CASO de Médecins Du Monde en 2013, 25% des patients auraient des droits théoriques à la CMU et 50% à l'AME<sup>36</sup>.

D'autre part, des personnes en situation de précarité comme les personnes handicapées n'ont pas droit à la CMU car elles reçoivent une allocation (l'AAH) inférieure au seuil de pauvreté mais supérieure de quelques euros au seuil de la CMU. De même, le minimum vieillesse est juste au-dessus de la CMU.

Pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU, les médecins doivent appliquer les tarifs conventionnels et ne peuvent, en conséquence, facturer de dépassements. Les refus de soins aux patients ayant la CMU, même s'ils ne concernent qu'une minorité des médecins, le plus souvent en secteur 2 (à dépassement d'honoraires), peuvent produire un retard aux soins. Parfois ils sont à l'origine d'un renoncement ou d'un repli sur les structures publiques, notamment l'hôpital. Ces pratiques condamnables sur le plan juridique et déontologique interpellent les ordres (médecins et dentistes) et les syndicats de professionnels de santé. L'existence de telles attitudes est difficile à établir et leur mesure nécessite des méthodes spécifiques<sup>37</sup>.

Par ailleurs, les inégalités liées au revenu, même si elles restent heureusement faibles, ont augmenté. Or, comme le montrent des enquêtes d'organisations humanitaires, les obstacles financiers constituent le premier frein à l'accès aux soins pour les plus démunis, frein qui pourrait être accentué par l'institution de forfaits divers (de non prise en charge de la sécurité sociale), tels que la participation forfaitaire de 1 euro par consultation<sup>38</sup>.

Cependant, il n'y a pas que l'accès aux soins qui compte dans les inégalités sociales de santé. Le revenu a un effet positif et significatif même lorsque les individus disposent d'une bonne couverture complémentaire. Cela laisse penser que des mesures telles que la Couverture Maladie Universelle, si elles sont nécessaires, ne sont pas suffisantes.

### **1.2.2.3. Difficultés d'accès aux soins malgré la CMU**

En effet, il semblerait qu'il existe d'autres freins à l'accès aux soins que le prix des soins lui-même. La conclusion de l'étude de Piasser et Raynaud en 2002 est que les coûts extra-médicaux ne doivent pas être négligés dans le cadre d'une politique d'accès aux soins pour les couches de la population les plus démunies<sup>39</sup>.

On peut supposer que l'accès aux soins peut aussi passer par des coûts de transports, de temps non travaillé, de garde des enfants, d'organisation de son temps... Les consultations sans rendez-vous sont ainsi plus facilement accessibles aux populations des gens du voyage selon la thèse de Clémence Foyer-Sherpe<sup>40</sup>, et aux Roms selon la thèse de Laura Basuyau<sup>41</sup>. Mais la question du temps et des rendez-vous n'est certainement pas suffisante pour expliquer ces différences d'accès selon un continuum du niveau socioculturel.

Il a été également montré que les membres des catégories sociales défavorisées prêtent moins attention aux différents symptômes, sont moins informés sur les maladies et sur les circuits de soins, et font preuve d'un plus grand scepticisme envers la médecine. Ils répugnent davantage à se percevoir comme malades et sont moins enclins à suivre les conseils de prévention, et à délaisser des pratiques néfastes à leur santé<sup>42</sup>. Ces constats s'expliquent certes par des critères financiers, mais également par leur éloignement vis-à-vis des valeurs scientifiques de la médecine moderne, rationnelle et hautement organisée<sup>43</sup>.

Ainsi, malgré la CMU et l'AME, les études montrent que les plus démunis accèdent plus difficilement à la santé<sup>44</sup>, et notamment à la santé dentaire<sup>45</sup> : les patients ayant la CMU-Complémentaire n'ont le plus souvent pas de soins dentaires assez précoces.

#### **1.2.2.4. CMU et précarité**

La CMU n'est pas à elle seule un élément indiquant une précarité ou une grande précarité mais elle peut faire partie d'un faisceau de questions. Les Centres de Santé, ayant pour cible prioritaire les personnes en situation de précarité, notaient (depuis 2000) le fait d'être bénéficiaire de la CMU et de la CMU complémentaire comme le sixième critère administratif. Les autres critères administratifs étaient : chômeurs, contrats emplois solidarité, bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), sans domicile fixe (SDF), jeunes de 16 à 25 ans en insertion professionnelle<sup>46</sup>.

Cette définition repose essentiellement sur la situation par rapport à l'emploi, alors que divers rapports ont souligné que la précarité est multifactorielle et qu'elle se manifeste principalement dans cinq domaines<sup>47</sup> :

- la situation socio-économique,
- le logement,
- la situation vis-à-vis de l'emploi,
- les diplômes,
- l'état de santé.

Un score EPICES (cf. Annexe I) a donc été créé pour mieux correspondre à la réalité avec onze questions, faite à partir d'une étude sur 7200 personnes avec 42 questions, en 1998<sup>48</sup>.

### **1.2.3. Histoire de l'accès aux soins des étrangers et de l'AME**

Depuis la Loi Pasqua, du 24 août 1993, l'accès aux soins des étrangers diffère selon qu'ils sont en situation régulière ou non<sup>49</sup>. En effet, depuis 1993, s'ils ne sont pas en situation régulière, ils sont exclus du régime de base de la sécurité sociale. Et, depuis 1999, ils sont exclus de la CMU. Ils n'ont droit qu'à l'AME avec un panier de soin réduit<sup>50</sup>.

#### **1.2.3.1. L'accès aux soins des étrangers en situation régulière**

Les étrangers en situation régulière peuvent avoir droit à la CMU, et ce théoriquement dès leur statut de demandeur d'asile confirmé par la préfecture, conformément à la circulaire du 3 mai 2000<sup>51</sup>.

Ensuite, s'ils sont déboutés de leur demande de réfugié, ils conservent leurs droits à la CMU (base et complémentaire) jusqu'à la date d'échéance de la CMU complémentaire, et ils peuvent ensuite être éligibles à l'AME<sup>52</sup>.

Malgré les interpellations des associations<sup>53</sup>, les procédures complexes des administrations, et l'absence de respect de la loi dans le maintien des droits à la CMU quand la personne s'est vue déboutée de sa demande de réfugié, entraînent une absence de couverture sociale pour des étrangers, ce qui entraîne des ruptures de prises en charges donc de soins.

### **1.2.3.2. L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière**

Pour les étrangers en situation irrégulière, il a d'abord existé l'Aide Médicale Gratuite, équivalente à la « carte santé » gérée par les départements.

Puis, elle a été remplacée en janvier 2000 par l'Aide Médicale État (AME), instaurée par Bernard Kouchner et Martine Aubry. Sa gestion est centralisée. Elle s'obtient sous condition de résidence en France de plus de trois mois et de ressources inférieures au plafond fixé pour la CMU complémentaire. Elle impose un accord préalable pour les soins coûteux, et des restrictions du panier de soins.

De 2011 à 2013, un droit d'entrée de 30 euros par adulte bénéficiaire avait été instauré, pour soi-disant diminuer le risque de fraude. Hors, cela pouvait représenter une somme importante pour des personnes en grande précarité, ce qu'ont dénoncé les associations. Ce droit d'entrée a été retiré.

Comme pour la CMU, l'AME doit être redemandée chaque année. La procédure relève souvent du parcours du combattant. Les difficultés sont nombreuses au regard des justifications relatives aux ressources de l'intéressé et de ses obligés alimentaires, de la domiciliation notamment pour les personnes sans résidence stable, de la résidence en France, de la preuve de non affiliation à la sécurité sociale, etc<sup>54</sup>.

Le support est une carte AME avec une photo et une adresse, plastifiée comme une carte d'identité et pas une carte vitale, et donc une difficulté de plus en médecine de ville, avec la réalisation de feuilles de soins papiers.

### **1.2.3.3. L'accès aux soins des étrangers avec une maladie grave**

Le dernier cas est celui de l'étranger avec une maladie grave, dont l'absence de soins peut entraîner le décès. Dans ce contexte, les pathologies sont liées à la pauvreté, et au retard aux soins. Elles ne sont souvent diagnostiquées que dans le pays d'accueil<sup>55</sup>. L'étranger ne doit pas pouvoir « effectivement » recevoir des soins dans son pays. Ce terme imprécis a entraîné des examens de situation variables selon les régions.

Le plus souvent, l'étranger ayant une maladie grave en France, antérieure ou postérieure à son arrivée, a besoin de soins sur une longue durée qu'il ne pourrait avoir dans son pays. Si la procédure de régularisation pour raison médicale fonctionne, il peut avoir un titre de séjour suivant son ancienneté en France. Si elle est de plus d'un an, il peut avoir droit à une carte de séjour temporaire vie privée et familiale d'un an, sinon c'est une autorisation provisoire de séjour pour soins<sup>56</sup>.

Ces titres de séjour nécessitent plusieurs certificats médicaux, dont un fait par un médecin agréé par la préfecture.

Le médecin généraliste réalise le premier certificat de « demande de régularisation pour raison médicale ». Comme cela a été mis en évidence dans la thèse d'Isabelle Thomas, les médecins généralistes habitués à le faire sont étonnés du manque de constance de la procédure, avec une réponse différente pour des cas cliniques identiques. De l'autre côté, les dossiers reçus par les médecins inspecteurs de santé publique sont souvent incomplets sur le plan de la vie du patient dans le pays d'origine<sup>57</sup>.

Ce « droit au séjour pour les étrangers malades » a été attaqué de multiples fois de 1998 à 2008 selon le rapport de l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers<sup>58</sup>.

Aujourd'hui, le droit au séjour de l'étranger malade est toujours malmené<sup>59</sup> et les politiques sont incohérentes, alors que, comme le rappelle la CIMADE : « les migrants sont une richesse pour leur pays d'accueil et leur pays d'origine : la mobilité peut être un puissant vecteur de développement [...]. Ce n'est pas l'épargne des migrants qui peut se substituer au développement ni à l'aide des États, même si elle représente une manne considérable. [...] Il est certes important de valoriser la contribution des migrants dans les projets de développement « là-bas », mais il est tout aussi crucial de reconnaître pleinement leur contribution « ici », en France, et de valoriser ces actions dans le cadre de leur parcours d'intégration. »<sup>60</sup>

## **1.2.4. Les PASS**

### **1.2.4.1. Création des PASS**

Si les soins sont urgents, si leur absence peut mettre en jeu leur pronostic vital, les personnes sans couverture par la sécurité sociale peuvent alors avoir droit à l'AME urgente demandée par les assistantes sociales dans les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé).

Les PASS sont des dispositifs ayant vocation à faciliter l'accès aux soins aux personnes les plus démunies, à rendre effectif leur accès aux soins et la prise en charge, que ce soit à l'hôpital ou à l'extérieur de celui-ci<sup>61</sup>.

La loi de lutte contre les exclusions de 1998 réaffirme ainsi la mission sociale de l'hôpital, notamment dans ses missions d'accès aux soins des personnes démunies et la lutte contre l'exclusion sociale<sup>62</sup>.

Les PASS sont des « cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès aux soins des personnes démunies au système hospitalier [...] ». « En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé [...] mettent en place [...] des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat des conventions, prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. »<sup>63</sup>

#### **1.2.4.1. Limites des PASS**

Cependant, d'après la thèse de Thomas Collin<sup>64</sup>, l'accès à la couverture sociale pour les personnes ayant consulté la PASS n'est pas pérenne après 2 ans : la complexité administrative avec la perte possible des droits à la couverture sociale selon la régularité du séjour (basculement parfois de CMU à AME difficile, et parfois arrêt de l'AME), et la nécessaire reconduction annuelle de la demande de droits semblent des explications possibles.

Des situations paradoxales peuvent aussi survenir dans ce « dispositif d'exception » : des personnes peuvent se voir demander des remboursements suite à des soins hospitaliers urgents alors qu'ils ne peuvent pas supporter la charge, d'après certains témoignages du rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins Du Monde<sup>65</sup>.

Enfin, les PASS sont des structures méconnues des médecins voire même parfois du personnel à l'intérieur de l'hôpital où elles existent ! La loi prévoyait la mise en place de 500 PASS sur l'ensemble du territoire, le dernier recensement du ministère en 2006 en dénombrait moins de 400...et avec du personnel variant très différemment d'une PASS à une autre, et donc des possibilités d'accueil et de réponse aux besoins assez disparates...<sup>66</sup>

## 1.2.5. Le CASO de Médecins du Monde

### 1.2.5.1. Création des CASO

Selon G. Molina<sup>67</sup>, Médecins du Monde a développé sa Mission France suite à la réflexion suivante : « Comment lutter dans d'autres pays pour améliorer la santé des populations sans se préoccuper de celles qui sont en France, quand on sait, d'après les quelques données disponibles, que l'espérance de vie des personnes à la rue est d'environ 45 ans, donc plus proche de l'espérance de vie au Sierra Leone (34 ans) que de celle de l'ensemble de la population française ?

La « Mission France » s'est donné trois objectifs :

- soigner dans l'urgence et faciliter l'accès aux soins en assurant l'accompagnement vers les structures de droit commun ;
- permettre l'émergence de nouvelles pratiques médicales et sociales ;
- établir un bilan social et médical qui permette d'alerter les institutions et les acteurs de santé, afin de témoigner des dysfonctionnements. »

Dans son rapport de 2014, Médecins Du Monde a structuré son organisation en deux parties : les Centres d'Accès et de Soins et d'Orientation (CASO) et les structures mobiles : bus, actions mobiles pour la réduction des risques (VIH, hépatites, IST...), intervention auprès des sans-abris et des mal-logés, auprès des migrants en transit et auprès des populations vivant dans les bidonvilles.

Les Centres d'Accès et de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde accueillent toutes les personnes, et les aident, soit par des soins de premier recours, soit en les orientant vers les structures adéquates. À Lyon, ils les aident à demander leurs droits à l'AME et à la CMU auprès d'une permanence hebdomadaire d'administratifs de la CPAM du Rhône.

En effet, la première difficulté de ces personnes dans l'accès aux soins est l'absence de couverture maladie. Ainsi, sur l'année 2014, en France, plus de 85 % des personnes reçues ne disposaient d'aucune couverture maladie lors de leur premier accueil dans un CASO, alors que trois quarts d'entre elles y avaient théoriquement droit<sup>68</sup>.

Dans le rapport de l'Observatoire de l'Accès aux Droits et aux Soins de 2011, l'activité des CASO a augmenté de 17 % entre 2004 et 2011<sup>69</sup>, mais est en légère diminution continue depuis 2 ans selon pour le rapport de 2015 paru récemment<sup>70</sup>.

### 1.2.5.2. Population des CASO

Les personnes accueillies dans les CASO connaissent des conditions de vie particulièrement précaires : la plupart connaissent des difficultés de logement majeures (près de la moitié vivent dans un logement précaire et un quart sont hébergées par un organisme ou une association ou sont sans domicile fixe)<sup>71</sup>.

Parmi les personnes consultant dans les CASO, la plupart sont isolées : un quart seulement vit en couple, et lorsqu'elle ont des enfants, 60% sont isolées d'au moins un de leurs enfants.

99% d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté. Leur très grande précarité financière a un impact direct sur leur alimentation : d'abord la restriction alimentaire entraîne un amaigrissement, puis dans un deuxième temps, l'alimentation inadaptée entraîne surpoids et sur-risque cardiovasculaire. Au moment de l'enquête en 2013, plus de 3 personnes sur 10 avaient une pathologie liée à l'alimentation. D'autres besoins comme ceux en santé mentale sont importants, avec une majoration chez les demandeurs d'asile<sup>72</sup>.

Le nombre de patients ayant des pathologies chroniques, consultant dans les CASO, est de 6 cas sur 10 déjà en 2011<sup>73</sup> ; ces patients nécessiteraient un suivi qui serait plus adéquat en médecine générale de ville.

Grâce à la base de données du CASO de Lyon, lors de mon stage niveau 1, un mémoire de médecine générale a pu être réalisé sur les difficultés à l'accès aux soins de ces personnes en situation de grande précarité ayant une pathologie chronique.

## 2. Matériel et Méthodes

### 2.1. Élaboration du sujet

Selon mon mémoire<sup>74</sup>, l'absence de droits à la sécurité sociale est très élevée : elle atteint 65,6% des cas ; alors qu'en réalité seulement 24,0% de la population de l'étude, ayant une pathologie chronique, n'aurait pas de droit légal d'accès aux soins. Dans le rapport de l'Observatoire de l'Accès aux Droits et aux Soins de 2011<sup>75</sup>, près de 80% des patients accueillis dans les CASO de Médecins Du Monde en France auraient droit à une couverture maladie par différents dispositifs, mais seulement 16% ont des droits effectivement ouverts. Les étrangers sont 4 fois moins nombreux que les Français à avoir des droits ouverts.

Les rencontres avec l'équipe de Médecins du Monde à Lyon, en particulier Jean André, ont permis une réflexion autour, d'une part, de l'augmentation de l'activité du CASO, et, d'autre part, du suivi en médecine générale d'une partie de ces patients bénéficiant d'une couverture par la sécurité sociale et consultant le CASO occasionnellement (mais parfois plus de trois fois par an).

Les études sur les patients consultant les CASO nous informent sur les difficultés du côté des patients pour leur accès aux soins primaires, mais les barrières du côté du médecin sont peu explorées.

De même, lors de mes recherches bibliographiques, les thèses portaient toutes principalement sur les difficultés des patients plutôt que sur celles des médecins, comme en témoignent les thèses d'Alice Mathieu sur la prise en charge des patients migrants en médecine générale, du point de vue des patients<sup>76</sup>, et de Clémence Foyer-Scherpe sur les représentations que se font les patients venant d'une communauté de gens du voyage sur leurs relations avec leur médecin généraliste<sup>77</sup>.

Notre thèse a donc pour objectif de connaître les conditions d'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes.

## **2.2. Une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés**

### **2.2.1. Choix de la recherche qualitative**

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant la méthode des entretiens semi-structurés avec un questionnaire, pré-établi mais souple, qui sert de guide lors de l'entretien au cabinet du médecin généraliste. Des questions ont ainsi été ajoutées par rapport au premier entretien car elles sont apparues intéressantes au cours des entretiens ultérieurs<sup>78</sup>.

Le choix d'une étude qualitative plutôt que quantitative permet d'approfondir la question de la représentation des personnes en grande précarité, et de leur prise en charge en médecine générale. En effet, la recherche qualitative s'intéresse aux déterminants de la relation médecin-patient.

Dans une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, l'enquêteur doit avoir une position empathique, sans jugement et bienveillante, mais sans complicité avec l'interviewé, pour que ce dernier parle librement et exprime toutes ses idées, toutes ses opinions.

### **2.2.2. Recherche bibliographique**

Une recherche bibliographique a été faite en interrogeant :

- Cairn.info : base de données en Sciences Humaines et Sociales
- PubMed : base de données en Sciences Biologiques et Biomédicales
- Cismef : catalogue et index des sites médicaux francophones
- Sudoc : catalogue du système universitaire de documentation
- Google Scholar
- BDSP : Banque de Données en Santé Publique
- Bibliothèque en ligne de la Faculté Claude Bernard Lyon 1.

Les mots-clés utilisés étaient : « précarité santé », « pauvreté santé », « précarité », « accès aux soins », « inégalités sociales de santé » et « roms santé » puis « roms médecin », « migrants santé », « retard aux soins », « déterminants inégalités sociales de santé », « déterminants sociaux de santé ».

La lecture de différents travaux cités en références a permis de compléter cette recherche documentaire.

Ces références ainsi trouvées ont été indexées au fur et à mesure dans le corpus de la thèse grâce à l'utilisation du logiciel Zotero.

## 2.3. Sélection des médecins

### 2.3.1. Recherche, appel et entretien

L'étude se limite aux médecins généralistes de Lyon car les personnes en grande précarité se trouvent plus fréquemment dans les grandes villes.

Les coordonnées des médecins ont été prises au hasard sur les pages jaunes, sur internet et sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr). L'objectif était de rencontrer des médecins généralistes exerçant en libéral, ayant des profils variés, d'âge et de quartier différents. Il s'agissait d'obtenir un échantillonnage raisonné pour plus de validité externe de l'étude<sup>79</sup>.

Les médecins étaient appelés par téléphone, et, après leur avoir expliqué en quoi consistait ma thèse, on fixait un rendez-vous pour un entretien prévu d'environ vingt minutes à leur cabinet.

Deux entretiens ont été faits sans appel téléphonique préalable : le premier suite à un entretien d'un médecin du même cabinet ; le second suite à un entretien d'un médecin du cabinet du même immeuble. Dans ce dernier cas, la pratique était bien différente des autres médecins car il acceptait les personnes en consultation sans rendez-vous.

Quelques médecins ont refusé de participer, ou ont repoussé le rendez-vous de plusieurs semaines, en particulier au cours de la période d'épidémie grippale. Les critères limitants cités par les médecins au téléphone étaient : le manque de temps, l'absence de population en grande précarité dans leur cabinet ou leur absence de motivation pour ce thème.

Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, j'ai essayé d'interviewer des médecins de chaque quartier. En tout, vingt-six entretiens ont été réalisés, allant de deux à cinq médecins interrogés par quartier. La plupart des médecins étaient en secteur 1 conventionné (avec la sécurité sociale) et trois médecins en secteur 2 non conventionné (honoraire libre fixé par le médecin « avec tact et mesure ») sur vingt-six entretiens.

Au début de l'entretien, je me présentais et j'expliquais le sujet de ma thèse, et l'anonymisation de l'étude, ce qui ne posait généralement pas de problème. Puis je lançais l'enregistrement à la fois sur magnétophone et sur smartphone.

Les entretiens ont été retranscrits le plus exactement possible grâce à l'enregistrement. Pour être au plus près des propos de l'interviewé, les expressions ont été laissées telles quelles, au mot-à-mot près, incluant les erreurs de syntaxe. Quelques commentaires de communication non verbale ou de contexte ont été ajoutés (interruption, rires).

### **2.3.2. Logiciels**

Puis le logiciel Nvivo 10 a permis de faire ressortir les thématiques par analyse des entretiens à la fois verticale (entretien par entretien) et horizontale (par thématique). Le sur-lignage d'une citation ou verbatim pouvait rentrer dans différentes thématiques appelées « nœuds » ; le travail avec ce logiciel adapté aux études qualitatives a confirmé l'atteinte de la saturation des données pour chaque thématique.

Enfin, une carte heuristique a été construite à partir des thématiques ressorties de l'analyse avec le logiciel Nvivo. Elle a été construite via le logiciel FreeMind, ce qui aide à mieux visualiser les liens sémantiques et hiérarchiques entre nos différents thèmes et comprendre le cheminement de notre pensée (cf. Annexe II).

## **2.4. Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien ou questionnaire (cf. Annexe I) comprenait une première partie sur une brève présentation du médecin, de son mode d'exercice, son curriculum vitae, et de son temps de travail, afin de savoir quelles étaient ses formations, son ouverture sur la précarité ou sur le monde associatif. Ensuite, suivaient des questions sur la patientèle, le pourcentage de personnes ayant la CMU et une estimation de celles en grande précarité. Cela débouchait alors sur la représentation de ces personnes en grande précarité : les questions devaient être les plus ouvertes possible pour ne pas influencer l'entretien.

Dans une deuxième partie, les questions portaient sur la pratique des médecins, à travers des interrogations sur ce qu'ils pensaient :

- de la barrière linguistique,
- des difficultés de prise en charge sur certaines pathologies, infectieuses ou psychologiques par exemple,
- du travail avec les assistantes sociales, les associations caritatives, les médecins spécialistes et l'hôpital lors de la prise en charge des patients en grande précarité,
- de leurs besoins pour les prendre en charge,
- des inégalités sociales de santé.

Cependant, l'entretien devait être orienté pour ne pas être hors-sujet, et je devais parfois donner une définition vague de la grande précarité... Les médecins me racontaient parfois des « cas cliniques », des consultations voire des situations qu'ils avaient vécus avec des patients en grande précarité.

## **3. Résultats**

### **3.1. Caractéristiques des médecins généralistes**

#### **3.1.1. Présentation des médecins et de leur activité**

Vingt-six personnes avaient accepté de participer, mais une personne n'a pas accepté la présence de l'enregistreur à mon arrivée dans son cabinet, et la prise de notes a été difficile et imparfaite.

Les entretiens ont duré entre 12 minutes et 1h32.

Les médecins interrogés ont de 35 à 70 ans, ont passé leurs thèses entre 1974 et 2011, sont installés depuis 2 à 34 ans.

Les médecins parlent le plus souvent l'anglais au moins un petit peu (M12, M14, M15, M29, M4), parfois l'allemand et l'arabe (M11) et d'autres langues issues de l'apprentissage familial : l'italien (M15), le vietnamien (M20). Certains médecins ne parlent que français (M16, M13).

La plupart sont en secteur 1 conventionné, seuls quatre sont en secteur 2 à honoraires libres. Les médecins en secteur 1 décrivent souvent leur activité comme de la médecine générale traditionnelle, de la petite enfance à la personne âgée, accueillant toute la population, et sont médecins traitants (M1, M2, M8, M11, M12, M13, M18, M19).

Parmi les médecins en secteur 2, deux étaient homéopathes et avaient donc une patientèle moins diversifiée, ils n'étaient médecins traitants que d'une petite partie de leurs patients.

Le tableau suivant récapitule les caractéristiques des médecins interrogés sur leur âge, leur durée d'installation, leur quartier et la durée de l'entretien :

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

	sexe	âge	installé depuis	thèse en	quartier	sect	pratique particulière	durée
M1	homme	66	25	1974	Lyon 8	1	agréé de la préfecture, enseignant MG	45'...
M2	femme	57	30	1982	Lyon 2	1	enseignant MG	22'...
M3	femme	60	31	1983	Lyon 2	2	homéopathie, acupuncture	33'20
M4	femme	35	4	2009	Lyon 6	1		41'35
M5	femme	39	11	2003	Lyon 8	1		32'15
M6	femme	39	11	2003	Lyon 8	1	activité syndicale	27'25
M7	femme	60	30	1981	Lyon 8	2	homéopathie, thermalisme	24'....
M8	homme	35	4	2008	Lyon 1	1	RePOP	36'36
M9	homme	35	4	2009	Lyon 3	1		30'47
M10	homme	58	28	1988	Lyon 6	1	urgences, activité syndicale	27'17
M11	femme	58	18	1993	Lyon 9	1		35'08
M12	homme	56	25		Lyon 9	1	Accueil sans rendez-vous	18'05
M13	homme	36	2	2011	Lyon 9	1	réseau VIH	41'20
M14	femme	40	7	2004	Lyon 5	1	8 ans de remplacement avant	29'
M15	homme	56	27	1985	Lyon 7	1	association FMC	12'+ 20'
M16	homme	63	30	1976	Lyon 5	1	a travaillé en Afrique Noire	36'36
M17	homme	43	14	2000	Lyon 4	1		27'34
M18	homme	47	14	1998	Lyon 4	1		48'20
M19	femme	55	28	1985	Lyon 3	1		23'15
M20	femme	45	17	1996	Lyon 3	1		28'37
M21	homme	49	17	1996	Lyon 3	1		12'46
M22	homme	66	34	1979	Lyon 7	1		36'11
M23	homme	70	7	1982	Lyon 7	1	ancien chirurgien	33'42
M24	homme	54	25	1997	Lyon 7	1	Maison Médicale de Garde	1h32'21
M25	femme	51	17	1993	Lyon 7	1	à la prison de Corbas	19'29
M26	homme		32	1982	Lyon 1	2		20'

Sect : secteur de convention avec la sécurité sociale

### 3.1.2. Leurs formations

#### 3.1.2.1. Les formations initiales

Certains ont passé des Diplôme Universitaire de médecine d'urgence (M11), de génétique (M14), de pédiatrie, de gynéco (M8).

Les médecins pointent le manque de formation initiale sur la prise en charge des personnes en grande précarité et sur les inégalités sociales de santé :

« Ah, les études ? Ah non, pas du tout, on n'a pas été formé pour ce genre de choses. » (M20).

« Non, à la fac – moi, j'ai fait mes études à Paris – on n'a pas eu de formation là-dessus. » (M17)

« Non, enfin non, tout ça on l'apprend comme ça, c'est sûr que nous on [en] avait aucune... Je ne sais pas comment ça donne maintenant... En tout cas, nous, on [en] avait aucune. Il n'y a rien qui se passe à ce niveau-là, quoi. » (M12)

« On le découvre au cours de notre exercice, vous le savez bien ? [...] Toute la partie « financière », entre guillemets, [...] tout simplement le coût de la santé, moi j'ai eu aucune formation, vous en avez eu une, vous ? Ben non ! » (M11)

#### 3.1.2.2. Des formations en lien avec la précarité ?

Certains médecins ont fait des formations qu'ils pensent être en lien avec la prise en charge des patients en grande précarité :

« J'avais développé des modules, mais je n'ai pas passé l'examen parce que j'avais un autre examen en même temps. J'avais fait Dommages corporels de Madame Daligand, [...] j'avais passé donc les 2 ans de Dommages Corporels. » (M16)

« J'allais dire que c'est pas... enfin, au niveau de mes consultations, c'est pas la priorité du moment, je me suis axé sur la pédiatrie et la gynéco. Et on a eu, en plus, dans le DU de pédiatrie, un cours sur les migrants et sur les difficultés de prise en charge, de prescription faite, [...] c'était très bien ce cours-là. » (M8)

Le premier contact avec la grande précarité s'est souvent produit aux urgences des hôpitaux, que ce soit pendant les études de médecine ou après : « En bossant aux urgences, on l'a à chaque garde » (M10), (M7, M9 et M17).

La plupart font une formation continue avec un organisme (M14, M17, M3) ou bien lisent des revues médicales (M1).

### **3.1.2.2. Les obstacles aux formations**

Les obstacles à la formation sont le manque de temps, de motivation, l'absence de besoin dans la pratique quotidienne et le fait que ce n'est pas une priorité (M6, M8, M12) :

« *Dans la mesure où j'en ai très peu, je n'en ressens pas le besoin.* » (M9)

« *Sur la grande précarité, peut-être, et encore, il y a peut-être des priorités.* » (M3)

### **3.1.3. Leur travail avec les associations**

#### **3.1.3.1. Leurs expériences**

Certains médecins ont déjà travaillé au sein d'associations comme Médecins Du Monde, ou Forum Réfugiés, ou dans des foyers de sans-abris (M10, M17, M20, M6), ou au COMEDE (M17), parfois suite à une prise de conscience que le travail à l'étranger peut être trop dangereux et que la grande précarité existe en France : « *S'occuper du tiers-monde alors que le quart-monde était à nos portes... donc on est venu ici.* » (M24).

Nombreux sont les médecins qui ont déjà reçu ou suivi des patients venant d'associations ou de foyers, en étant plus ou moins proches de la structure (M1, M5, M8, M9, M24).

Quelques médecins sont partis travailler en Afrique lors de la coopération au lieu du service militaire ou dans d'autres circonstances dans des pays francophones (M16, M15, M13), voire avec des organisations humanitaires tels que Médecins Sans Frontières (M23).

Certains médecins n'ont jamais travaillé ou vécu à l'étranger (M12, M18, M6, M26) ou n'ont jamais travaillé avec des associations caritatives (M12, M13, M26).

#### **3.1.3.2. Les facteurs limitants**

##### **• Le manque de temps**

Certains l'auraient voulu mais ne l'ont pas réalisé car la formation est longue : « *Quand j'ai terminé mes études de médecine, et d'acupuncture, c'est long, j'avais 29 ans. À la fin il faut s'installer, il faut racheter une clientèle, et quand vous rachetez une clientèle, vous payez, vous êtes tenu de travailler.* » (M3 et M2).

Le problème du travail avec les associations en France est le manque de temps, récurrent à plusieurs entretiens (M1, M10, M12, M18, M6, M8).

Des médecins l'ont déjà fait au début de leur activité libérale puis ont arrêté : « *Les deux activités se sont croisées, l'une associative qui diminuait, et l'autre qui augmentait, donc je ne pouvais pas retrouver du temps.* » (M10).

Des médecins envisagent de travailler dans les associations plus tard (M6) ou bien à la retraite (M1, M7).

#### • Le manque d'intérêt

Pour d'autres, le travail fait en milieu associatif n'est pas bien payé : « *Tout bénévolat mérite salaire et ça me paraît un truc qui me paraît très bon, dans le milieu associatif* » (M24), « *ou alors ils me salarient grassement* » (M10).

Certains médecins critiquent les associations humanitaires de par leurs membres : « *C'est-à-dire que vous avez des gens qui font... qui sont dans des associations, j'ai l'impression que c'est pas pour vraiment faire des choses qui peuvent être utiles à ceux qui en ont besoin, mais c'est un peu pour se valoriser eux-mêmes, et ça, ça ne m'intéresse pas.* » (M11).

Ou bien ils déplorent l'assistance donnée en France, qui pourrait entraîner la venue d'autres personnes, ou mettent en doute le fait que certaines personnes recevant l'aide (alimentaire par exemple) de ces associations ne sont pas pauvres. (M22)

### Cadre de synthèse 1 : Caractéristiques des médecins

Ont accepté de participer 26 médecins généralistes, avec des profils assez variés, âgés de 35 à 70 ans, installés depuis 2 à 34 ans, parlant plusieurs langues ou aucune.

La plupart se décrivent comme médecins de famille, seuls les médecins homéopathes ne sont médecins traitants que d'une partie de leurs patients.

Certains médecins ont déjà été bénévoles ou ont travaillé avec des associations humanitaires par le passé, mais ne le font plus, d'autres ne l'ont jamais fait. Par ailleurs, la plupart des médecins ont déjà reçu des patients venant d'associations humanitaires. Enfin, certains médecins pensent qu'ils ne seront pas assez bien payés par les associations humanitaires et quelques-uns les critiquent.

## 3.2. La patientèle des médecins

### 3.2.1. La proportion de patients en grande précarité

#### 3.2.1. Des patientèles variées

Certains médecins ont une patientèle ayant un niveau socio-économique « *moyen, assez haut* » (M10, M13). Chez d'autres, « *quand même deux à trois quart de ma clientèle est de... est socialement limitée* » (M12).

Finalement, quasiment tous les médecins décrivent leur patientèle comme variée, voire « *extrêmement variée* » (M10, M13, M15, M16, M18, etc.).

Les patients d'un médecin sont soit « *très jeunes* », soit « *des familles de cinq-six personnes* », soit « *des patients étrangers qui ont la CMU* », ou encore « *des étudiants.* » (M20)

Les médecins considèrent le fait d'avoir une patientèle variée comme une chance :

« *Une clientèle vraiment multiple quoi, ça c'est une grande chance, il n'y a qu'à regarder la salle d'attente, il y a plein de gens qui se mélangent je trouve que c'est très intéressant.* » (M12)

« *Pour moi, je me dis, c'est plus facile ici, il y a quand même des cadres sup, il y a quand même un peu de tout. Je prends l'exemple ou j'ai remplacé à Tarare, je ne sais pas si vous connaissez, et là, c'est quand même une population qui est quand même défavorisée et je trouve que c'était quand même plus difficile* » (M9).

#### 3.2.1.2. Des proportions de patients en grande précarité variées

Souvent, au début des entretiens avec les médecins (M7, M21, M23, M26), ils disaient ne pas voir de personnes en grande précarité ou n'étaient pas sûrs d'en avoir dans leur patientèle : « *L'image que j'ai, c'est ce qu'on appelait les clochards... Les migrants, j'en ai très peu, ils ont « une domiciliation » : le CADA, etc. J'en ai assez peu... cela m'arrive d'en avoir... J'ai l'impression que j'en vois pas... de ce que les médias nous transmettent là-dessus, j'ai l'impression que j'en ai jamais vu.* » (M26)

La proportion de patients en grande précarité et/ou ayant la CMU est très différente d'un médecin à un autre comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Estimation de la proportion de personnes en grande précarité par les médecins généralistes :

	<b>quartier</b>	<b>% CMU</b>	<b>grande précarité</b>	<b>lien avec association</b>
<b>Médecin 1</b>	Lyon 8	16.74%	1 / jour : 7% ?	Oui, plusieurs
<b>Médecin 2</b>	Lyon 2	10 à 15 %	une fois	une fois
<b>Médecin 3</b>	Lyon 2	5% à peine	oui, des fois	non
<b>Médecin 4</b>	Lyon 6	5 à 10%	moins de 5%	ponctuellement, foyers
<b>Médecin 5</b>	Lyon 8	25-30%	quelques-uns, 3%	une fois
<b>Médecin 6</b>	Lyon 8	20%	quelques-uns, 5%	oui si c'est structuré
<b>Médecin 7</b>	Lyon 8	<1%	Non, rares cas	impossible
<b>Médecin 8</b>	Lyon 1	6.29%	oui	oui mais pas le temps
<b>Médecin 9</b>	Lyon 3	<5%	20-30 pers	possible mais débordé
<b>Médecin 10</b>	Lyon 6	autour de 5 %	quelques-uns	auparavant
<b>Médecin 11</b>	Lyon 9	10%	oui	non
<b>Médecin 12</b>	Lyon 9	un tiers	oui	oui, mais débordé
<b>Médecin 13</b>	Lyon 9	<10%	quelques-uns	non, un foyer
<b>Médecin 14</b>	Lyon 5		1% en étant large	avec des foyers
<b>Médecin 15</b>	Lyon 7	entre 7 et 10%	oui	Oui, plusieurs
<b>Médecin 16</b>	Lyon 5	10%	2%	oui, centre de réfugiés
<b>Médecin 17</b>	Lyon 4	4,35%	à peine 1 %	auparavant
<b>Médecin 18</b>	Lyon 4	Entre 5 et 10 %	quelques-uns	trop de choses à gérer
<b>Médecin 19</b>	Lyon 3	5,85%	quelques-uns	une association
<b>Médecin 20</b>	Lyon 3	un tiers	oui	auparavant
<b>Médecin 21</b>	Lyon 3	18%	ne sait pas	essaie de limiter
<b>Médecin 22</b>	Lyon 7	10%	exceptionnel	non
<b>Médecin 23</b>	Lyon 7	ne sait pas	ne sait pas	auparavant
<b>Médecin 24</b>	Lyon 7	17%	tous les mois	avec des foyers
<b>Médecin 25</b>	Lyon 7	15% env.	< 5%	non, un foyer en envoie
<b>Médecin 26</b>	Lyon 1	7,19%	non, ne sait pas	non

Les chiffres donnés par les médecins sont le plus souvent des estimations, ils n'avaient pas toujours leur SNIR à portée de main.

Les chiffres de pourcentage du nombre de patients en CMU, quand ils sont précis, proviennent du SNIR de 2013 que les médecins interrogés ont reçu de la sécurité sociale et qu'ils m'ont transmis pendant l'entretien.

*« La moyenne région c'est 5,89% et je suis à 6,29%. Je suis même au-dessus. Il y a beaucoup de patients exonérés, j'en ai 18% » (M6).*

Le pourcentage varie de moins de 1% à 17 % de la patientèle selon les médecins interrogés.

C'est encore plus difficile d'évaluer les personnes en grande précarité : *« Je ne peux pas te donner des chiffres, j'en vois au moins un par jour. Un ou une famille par jour » (M1).*

### **3.2.2. La difficulté à reconnaître la grande précarité de leurs patients**

#### **3.2.2.1. Définitions et doutes de la précarité par les médecins**

La plupart des médecins généralistes peuvent donner aisément la définition de la grande précarité : *« pécuniaire, sociale, linguistique ; vous avez aussi la grande précarité de soins, parce que ce sont des gens qui se négligent complètement. » (M15)*

*« Ah, la grande précarité, il y a plein de visages différents [...]. Pour moi, c'est pas une notion d'immigré, par exemple. Ils peuvent rentrer dedans bien sûr, ils sont plus à risque s'ils ne parlent pas français, évidemment, c'est une précarité... Ils sont en précarité parce qu'ils ne sont pas capables de bénéficier par eux-mêmes des soins. Mais à l'autre bout de la chaîne, les personnes âgées sont des personnes en situation de faiblesse, âgées, plus isolées, plus malades, [...] et puis pauvres. [...] [Et il y a] également [...] les personnes dans le cadre de substitution. » (M13)*

*« J'en ai pas beaucoup en grande précarité, non. Grande précarité, c'est exceptionnel. [...] Des pauvres oui, mais des miséreux, non. [...] Celui qui est atteint de pauvreté... celui qui a très peu de revenu... Par exemple je ne vois pas de Roms, je pense, eux, ils sont plus dans la misère. » (M22)*

*« On enveloppe trop dans la précarité des gens qui finalement ne sont pas très précaires, et ceux, je vous dis, ceux qui le sont vraiment ne sont pas considérés comme précaires » (M11).*

Certains médecins doutent de la possibilité que des travailleurs pauvres puissent être en grande précarité : *« Voilà, les gens qui sont en grande précarité pour des raisons uniquement financières, honnêtement, ils n'y restent pas longtemps dans la grande précarité. [...] Quand on travaille, on y arrive quand même, même avec le SMIC. » (M19)*

D'autres doutent à cause de l'apparence qui peut être trompeuse : « *Moi, il m'est arrivé d'aller chez des gens qui étaient à la CMU, il y avait autant de télévisions que... il y avait de personnes dans la maison... Ça, je l'ai vu, et pas qu'une fois. Vous avez des gens qui se disent démunis, et bien chaque enfant avait sa console et les dernières !* » (M11)

### 3.2.2.2. Précarité et CMU

En général, le premier critère de précarité cité par les médecins est la CMU, quitte parfois à classer tous les patients en CMU dans la grande précarité, comme le fait le médecin M3 : « — *Pour revenir aux personnes en grande précarité ... est ce que vous en avez ? — Oui, des CMU, j'en ai... [...] 5% à peine.* »

L'AME est parfois citée, beaucoup plus rarement que la CMU (M12, M1, M16) :

« *Grande précarité ? Je pense que les AME, l'Aide Médicale d'État, ce sont des gens qui sont plus en précarité que les CMU. Les CMU... bon, ils ont quand même souvent des revenus et des logements.* » (M12).

En réalité, la différence entre l'AME et la CMU ne se joue pas au niveau des revenus, puisqu'elles se basent sur les mêmes plafonds ; elle se joue au niveau administratif, selon que le statut de réfugié est acquis ou non, ou que le séjour est légal ou non.

Les médecins peuvent considérer que les personnes ayant la CMU ne sont pas en grande précarité car la référence des médecins est d'abord l'accès aux soins :

« *La précarité c'est quand on ne peut même pas se soigner.* » (M22).

« *Quand on dit CMU, pour moi, c'est pas la grande précarité.* » (M20)

« *Des patients en CMU [...] ne sont pas en grande précarité.* » (M25)

Lorsque les personnes en grande précarité ont des aides en plus de la CMU, alors les médecins ne les situent pas en grande précarité :

« *J'ai des personnes qui ont la CMU avec des revenus assez bas. Ils ont un appartement, ils ont des aides.* » (M26).

« *J'en ai pas tant que ça, ils ont des aides en général : le RSA, ils ont le..., ils ne paient pas leurs impôts... ils ont des trucs gratuits, le transport* » (M21).

### 3.2.2.3. « Vraie » et « fausse » précarité

Il y aurait alors la « vraie » précarité et la « fausse » précarité, une distinction opérée par le généraliste selon que les personnes correspondent plus ou moins bien à la représentation de la précarité que se fait le médecin.

Ainsi un médecin fait la différence entre *« ceux qui vraiment sont dans le besoin et qui bien souvent ne demandent rien, et ceux qui font de la précarité un métier à temps partiel... un métier à temps complet... »*. (M11)

Un médecin se rappelle d'une dame *« qui était venue en me disant : « Bon faut que vous me remettiez d'attaque parce que j'ai un boulot et il faut que je le prenne. » [...] Et avant de commencer, elle m'a dit : « Vous savez, j'ai pas les moyens, il faudrait que vous me disiez combien je vous dois tout de suite. » Je lui ai dit, et quand j'ai vu quand elle a sorti son billet, je lui ai dit : « Non, vous pouvez le garder. » Ce n'est pas possible, on ne peut pas se faire payer dans ces conditions-là. Ça ! c'est de la vraie précarité. »* (M11)

Pour les médecins, le fait d'avoir une maladie ou un handicap empêchant de travailler constitue une « vraie » précarité : *« Vous voyez, le grand-père de 80 ans qui va repiquer les asperges avec le fils et avec une..., avec des problèmes terribles, il ne peut même pas se déplacer et il y va presque avec sa canne, c'est ça la précarité. [...] Quant aux « vrais » précaires, il y en a trois : les personnes âgées, les étudiants, les travailleurs pauvres. Voilà, c'est ceux-là les vrais précaires, pour le reste, je demande à voir... »* (M11)

### 3.2.2.1. Manque des connaissances sur le statut de leurs patients

Mais les médecins ont peu de patients en grande précarité, en général moins de 5% de leurs patients (cf. Tableau 2 ci-dessus).

Ils ne connaissent pas toujours exactement le statut socio-économique de leurs patients : *« J'ai du mal à faire une différence entre quelqu'un qui est précaire et quelqu'un qui l'est pas, à mon niveau, au niveau de l'accueil. »* (M12)

*« Mais sauf que moi je vais pas aller chercher comment ils vivent. »* (M25)

Cette méconnaissance peut être due à un manque de temps : *« Après, c'est vrai que, ben, nous, on les voit en un quart d'heure - vingt minutes, on ne sait pas trop trop ce qui se passe. »* (M14)

Parfois, il y a un manque d'information au niveau social, de la part des assistantes sociales : *« Mais bon des fois, ce qui manque, c'est le retour pour essayer de savoir exactement... »* (M12)

### 3.2.3. Le nombre limité de patients en grande précarité

Le nombre de patients en difficulté est un facteur limitant à la prise en charge cité par les médecins. Ceux qui en ont beaucoup sont parfois « à saturation » (M1) par manque de temps : « Je continue à en accueillir de nouveau, régulièrement, en fait il faudrait que je fasse ça à plein temps, mais ce n'est pas possible. » (M1)

« Je dois en avoir 5 ou 6 mais ça prend beaucoup d'énergie, si j'en aurais 50, je ne pourrais pas... » (M13)

« On a en pas 10 par jour sinon ce serait ingérable. » (M5)

« Très franchement, en médecine libéral, après c'est pas possible. » (M9)

« Il y a des gens qui reprennent vie aux soins, qui n'ont pas vu de médecins depuis longtemps, il y a des dossiers énormes, il faut traduire, bon, ça va 5 minutes. » (M24)

À l'inverse, un médecin plus jeune peut accepter de passer du temps pour quelques patients parce qu'il n'est pas surchargé : « Dans notre système, on arrive à les prendre. C'est-à-dire, je n'ai pas 30% de CMU... et euh... je n'ai pas de consultation toutes les 5 minutes ou très longues très compliquées. Comme j'ai une patientèle assez jeune. », tout en soulignant : [...] même parfois avec ces gens-là, c'est difficile lors d'une consultation ». (M13)

Les médecins ont peur de n'avoir ensuite plus qu'une partie de la population, la plus à problèmes : « Et puis on ne peut pas faire que ça, et puis tous ceux qui ont le SIDA vont venir ici. » (M24)

« Mais je me rends compte de l'appel d'air en fait que ça fait, et qui crée souvent un réseau, comme les toxicomanes par exemple. Comme, je vois, là, les réfugiés politiques, j'en ai reçu 2 de la même famille, eh bien, la semaine d'après, j'en avais 4 autres... ou 5 qui appelaient. Cela demande une énergie beaucoup plus importante, beaucoup plus de temps. » (M8)

Par ailleurs, les médecins soulignent que, le plus souvent, les personnes en grande précarité ne vont pas dans les cabinets médicaux : « Sinon les gens qui n'ont pas l'habitude, ils ne poussent pas la porte d'un cabinet médical, quoi ! » (M15) ; ils vont plutôt aux urgences des hôpitaux (M10, M23) : « Ça dépend des quartiers, à mon avis, ils vont plus à l'hôpital ou bien, ils ne se soignent pas... » (M14) ou vers des associations (M10, M12).

### 3.2.4. Les refus des traitements substitutifs aux opiacés

Certains médecins ont fait part de leurs difficultés avec des patients sous traitement substitutif aux opiacés, mais la plupart des médecins n'en ont pas parlé.

Le médecin M23 les reçoit mais s'en méfie, et le médecin M26 les refuse quand il ne les connaît pas.

D'autres médecins ne les reçoivent pas du tout :

« *Enfin voilà, nous, on ne les reçoit pas du tout, ils sont exclus du cabinet.* » (M13)

« *C'est pas la grande grande précarité encore... on a pas de toxico.* » (M14).

« *Les gens en grande précarité, c'est compliqué. Quand ils ont la chance d'avoir une carte vitale, comme ils se font souvent piquer leurs affaires. Et pas seulement ceux qui veulent du subutex, parce que ça c'est le coup classique, celui qui a besoin de toxiques, on a vite cerné le truc et on s'est vite plus occupé de toxiques assez vite.* » (M24).

« *Si je recevais des patients qui ont des problèmes avec la drogue, ce n'est pas forcément évident de confronter des gens différents dans une même salle d'attente, pour moi en fait. Mais j'imagine, ou s'il y a de la violence. [...] On est obligé de dire si on accepte ou si on n'accepte pas, on a tout un réseau qui vient, on voit le collègue, la famille, ça pour ça. Moi je dis « non », parce que le soir à 7h, ça m'embêterait de voir des gens qui ont des difficultés de ce genre en sachant que je suis toute seule.* » (M4)

### 3.2.5. Les refus des personnes en précarité de la part des autres médecins

Le passeport-soin a été refusé par certains médecins, car, à l'époque, l'inscription pour les médecins qui recevaient les personnes ayant le passeport-soin était facultative :

« *Ça été une des premières étapes réelles vers l'égalité d'accès aux soins sous réserve que les médecins acceptent de les recevoir, ce qui n'était pas gagné vu comment les gens demandaient quand ils venaient aux premières consultations : « Vous acceptez l'Aide Médicale Gratuite ? le passeport ? » Cela veut bien dire qu'ils avaient l'habitude d'être refusé.* » (M1)

« *Je me pose la question : « Pourquoi les médecins qui sont censés avoir au moins lu ça... le serment d'Hippocrate... ils ne le font pas ? ». C'est le serment d'hypocrite parce que dire qu'ils s'engagent à soigner gratuitement alors qu'en réalité ils ne veulent pas soigner moins cher... [...] On n'a pas à donner ses raisons quand on refuse... À l'époque où il y avait le passeport pour le soin, qui était l'ancêtre de l'Aide Médicale d'Etat, eh ben, les médecins s'inscrivaient ou pas,*

*c'était volontaire, et on pouvait refuser de rentrer dans le système... Et maintenant, je ne sais pas si c'est toujours le cas. Et on disait qu'ils avaient pas à donner ses raisons, mais la raison c'est toujours le pognon, mais c'est peut-être la raison : « Je me sens mal à l'aise, j'ai peur des Noirs. [rires] » (M24)*

### **3.2.6. Le manque de répartition entre les médecins**

Selon un médecin qui a l'impression d'avoir trop de patients en précarité, « *le problème de la précarité, c'est qu'elle n'est pas répartie, voilà... [...] Il faudrait qu'il y en ait un peu pour tout le monde, quoi.* » (M11).

Ce que partagent d'autres médecins : « *Sinon, il faut que chacun fasse son dû. [...] D'autres médecins, parce qu'ils ont été un peu désagréables une fois, ont la chance de s'occuper que des mères qui ont leurs enfants qui ont le nez qui coule, et parfois pour plus cher. Et parfois il y a un certain nombre de médecins qui ne fait pas les visites. [...] On a l'impression de concentrer tout un petit peu dans les mêmes endroits.* » (M24)

La plupart des médecins ne voudraient pas plus de personnes en grande précarité.

Certains ont peur de faire « *fuir leur patientèle* » actuelle (M10, M5).

D'autres ont peur d'être débordés par la demande, comme le médecin de l'entretien 6, installé « *dans un quartier où il y a moins de précarité qu'ailleurs* », ou comme le médecin qui en reçoit déjà beaucoup : « *Je ne veux pas être le correspondant de la précarité du quartier avec mon collègue. [...] On est un peu connus par différents foyers. [...] Je disais : « Mais non, essayez de tirer au sort, quand vous envoyez des malades, essayez de ne pas en envoyer qu'à nous parce qu'on ne fait pas d'histoire. [...] Bon, ça va cinq minutes, et puis on ne peut pas faire que ça, et puis tout ceux qui ont le SIDA vont venir ici ! »* (M24)

## Cadre de synthèse 2 : La patientèle des médecins

Les médecins décrivent leur patientèle comme variée, ce qu'ils considèrent comme intéressant. La plupart des médecins estiment qu'ils ont peu de patients en grande précarité, en général moins de 5% de leurs patientèle. Ils ne connaissent cependant pas toujours le statut socio-économique de leurs patients, ce qui induit des difficultés à reconnaître parmi leurs patients ceux en précarité ou en grande précarité.

Certains médecins refusent de recevoir des personnes pour leur prescrire leurs traitements substitutifs aux opiacés, car ils ont peur de leur supposée agressivité. Parfois, les médecins se plaignent du manque de répartition des patients en grande précarité entre les médecins, de par le refus de certains médecins à les recevoir.

### 3.3. La représentation de la grande précarité

#### 3.3.1. Les personnes sans logement ou mal-logées

##### 3.3.1.1. Les SDF

La première représentation de la personne en grande précarité est le Sans Domicile Fixe (M5).

Certains n'en voient qu'exceptionnellement dans leurs cabinets (M10, M26) : *« J'en ai assez peu... cela m'arrive d'en avoir... J'ai l'impression que j'en vois pas... de ce que les médias nous transmettent là-dessus, j'ai l'impression que j'en ai jamais vu. »* (M26)

D'autres n'en voient pas du tout : *« Des SDF, on n'en a quand même pas. »* (M5)

L'un d'entre eux affirme : *« L'image que j'ai, c'est ce qu'on appelait les clochards... Les migrants, j'en ai très peu, ils ont « une domiciliation » : le CADA, etc. »* (M26). Mais une domiciliation n'est pas un logement, c'est parfois juste une adresse qui permet de recevoir le courrier des administrations.

A l'inverse, un médecin en a assez souvent l'hiver dans sa salle d'attente : *« Il y a des gens qui me téléphonent, ils ne savent pas où aller se coucher le lendemain. Il faut le faire, on appelle le 115. C'est pas possible, ils ne savent pas où aller. Ils viennent me voir le soir et ils me disent qu'ils vont repartir dans la rue. Bon, ça arrive surtout l'hiver. L'été, ils ne s'en plaignent pas, mais l'hiver, on ne sait pas quoi en faire. [...] C'est très limité... Oui, on est confronté à moins d'une fois tous les quinze jours donc tous les mois. »* (M24)

Parfois, les médecins reçoivent des personnes devenues SDF suite à un accident de la vie : *« Du jeune en rupture, à l'agrégé de lettres ou au chef d'entreprise qui s'est mis à boire, a perdu sa femme, son poste et s'est retrouvé dans la rue, on a de tout. »* (M10).

*« On parle, moi, j'en ai vu, des gars de l'École Normale Supérieure qui étaient cadres supérieurs, 50 ans, ne pas trouver de boulot, la CMU, la femme qui est partie avec les enfants derrière, on s'est retrouvé en grande précarité, parce que, la première fois qu'il vient avec la CMU, il est gêné... »* (M15).

*« Quand vous avez un ouvrier qui a travaillé toute sa vie, ou une femme qui a travaillé toute sa vie, [...] et que son mari a largué pour les raisons qui sont les siennes, à 50 ans, parce qu'elle ne faisait plus l'affaire, et qui se retrouve sans rien, ça c'est le vrai dénuement. Mais sans rien, à la rue, moi j'en ai vu. »* (M11)

« Les accidents de vie, ça peut arriver à tout le monde, mais on voit bien que cela peut rester exceptionnel. [...] Je pense malgré tout qu'on peut vite descendre... » (M7).

Les personnes SDF demandent « beaucoup d'énergie » (M13) en consultation, et cela peut être « difficile de mettre en place un suivi, car qui dit SDF dit SDF... » (M2).

En effet, la précarité financière peut entraîner une absence de possibilité d'acheter les traitements (M23), et il y a un risque que l'affection s'aggrave.

Ainsi l'hôpital est mieux placé pour les prendre en charge (M10, M23). « C'est l'institution qui doit s'occuper de ça, ou un hôpital qui doit les prendre en charge, ou une maison spécialisée pour ça. Si c'est pour faire semblant de faire la charité, alors qu'il y a une appendicite et qu'il ne se traite pas, ce n'est pas seulement pour qu'il paie. S'il ne paie pas la consultation ou s'il ne veut pas du tout payer, il ne va pas payer les médicaments ».

Pour d'autres médecins au contraire, il est « important d'aller soigner les clochards chez eux, ils peuvent venir ici donc cette salle d'attente est ouverte ... », mais sans que ce soit du bénévolat (M24).

### 3.3.1.2. Les problèmes de logement et d'argent

Certains médecins (M12, M5) ont souligné les difficultés à garder un logement pour certaines personnes en précarité, souvent pour des raisons financières :

« Financièrement, elle a très peu d'argent, quasiment pas les moyens de garder le HLM dont elle bénéficie depuis quelques années. » (M13)

« La personne qui n'est pas SDF mais qui n'arrive plus à payer son loyer parce qu'il faut manger. » (M19)

Pour les migrants, les problèmes de logement peuvent aussi être dus à un statut indéfini ou illégal. De plus, les CADA sont parfois surpeuplés, et le manque de place les conduit à la rue (M16).

Des personnes sont logées dans des foyers, des foyers de travailleurs ou d'anciens travailleurs immigrés, comme « les Chibanis » (M1), ou des foyers pour femmes victimes de violences conjugales, « les femmes battues » (M11, M13, M6).

Quelques médecins ont souligné que les étudiants peuvent aussi être comptés parmi les personnes en situation de précarité vis-à-vis des achats quotidiens mais aussi des frais de santé remboursés en partie seulement ou tardivement par leur couverture maladie complexe, ce qui peut

limiter leur accès aux soins (M11, M9), et qui peut aller jusqu'à se prostituer pour « *payer leurs études* ». (M24)

Les étudiants peuvent également rencontrer des problèmes de logements du fait de leur absence de sécurité financière, et les médecins ont eu déjà des demandes pour être garant : « *Surtout au niveau du logement, le gros problème avec la précarité, c'est qu'il y en qui me disent : « Monsieur, on a que vous, est-ce que vous voulez être garant pour une location ? » Avant, c'était assez courant, qu'on venait nous voir parce que les parents ne gagnaient pas assez.* » (M24)

### **3.3.2. Les personnes isolées**

Les médecins reconnaissent que la précarité n'est pas seulement économique, elle peut être sociale, par un isolement :

« *Après la misère sociale, la misère affective aussi. Il y a quand même des gens qui ont des revenus, un petit peu, et qui sur le plan humain, sont très isolés.* » (M2)

« *Voilà, et puis des gens qui sont en grand isolement social, qui n'ont personne autour d'eux, pas de famille, aucune personne qui fait relais, à part l'assistante sociale. [...] C'est la pauvreté financière et la pauvreté dans les rapports aux autres. [...] Soit ils peuvent être depuis longtemps dans l'isolement, soit alors ça peut descendre vite je trouve.* » (M5).

« *Oui, ça, j'en vois de plus en plus.* » (M14)

« *C'est une personne qui a 60 ans, dont le mari est décédé l'année dernière. Tous les deux étaient complètement isolés, les enfants ne leur parlent plus depuis des années. Financièrement, elle a très peu d'argent* » (M13)

Les personnes âgées, souvent isolées, peuvent être touchées par la précarité, et cette population semblerait être moins demandeuse d'aide selon les médecins :

« *Alors dans la précarité, on oublie souvent les personnes âgées, ça c'est très triste... Ce sont souvent les personnes âgées qui sont extrêmement précaires, qui n'ont pas grandi dans un système où... où l'assistance était un droit, et qui ne demandent rien. Et quand vous grattez un petit peu, vous voyez qu'il y en a beaucoup qui ont besoin, qui sont vraiment dans le besoin, mais qui ne demandent rien.* » (M11)

« *Sur l'isolement, aussi. J'ai une patiente que je vois en particulier... disons tous les mois, je pense qu'il y a des mois entiers où il n'y a qu'à moi qu'elle parle.* » (M9).

Parfois, des personnes accumulent les facteurs de précarité, comme, par exemple, des personnes âgées de plus de 70 ans qui vivent : « *dans des conditions mauvaises, il n'y a pas de famille, il y a souvent de l'alcool à côté, enfin... à répétition ,euh..., des handicaps, euh...des problèmes d'argent.* » (M9)

Mais l'isolement même de personnes plus jeunes peut empêcher l'absence de demande d'aide (M15).

Les femmes séparées, avec enfants à charge, sont ainsi citées comme pouvant être des personnes en grande précarité :

« *Elle habitait avant ici, elle s'est séparée de son mari, du coup elle s'est retrouvée à la rue, donc en foyer avec ses 2 enfants.* » (M5)

« *C'est les femmes seules, qui ont 2-3 enfants, qui travaillent ou qui travaillent pas, non ça, ils ont du mal... à ... à vivre... dès qu'arrive la fin de mois, ils ont plus rien.* » (M21)

L'isolement rajouté au handicap et à la maladie, plus fréquent avec l'âge, est alors un facteur identifiable de risque pour la santé, d'autant que certains patients, le plus souvent des personnes âgées, sont même dans le « déni » : « *Je me positionne un peu différemment parce que je n'ai pas le choix, on est dans une situation de très grand précarité, c'est le pronostic vital qui peut être mis en jeu. Si on enlève trois personnes, eh bien, [cette personne âgée] ne va plus s'alimenter, elle ne va plus boire ou bien elle va tomber, se casser quelque chose.* » (M13)

Un médecin déclare, pour un patient sous anticoagulant : « *Je n'ai aucune possibilité ni pour le joindre, il n'a pas de famille, il n'a personne autour de lui, il refuse le passage des infirmières* » (M8)

Pour certains médecins, la plus grande précarité est liée au handicap et à l'absence d'accès à tous les soins, en particulier ceux qui sont mal remboursés, comme par exemple les prothèses : « *C'est pas les patients CMU parce qu'ils ont tous les soins gratuits, c'est d'autres, c'est des personnes âgées* » (M19)

D'autant que les handicaps liés aux troubles de l'audition ou de la vision sont plus fréquents avec l'âge : « *Un appareil auditif, c'est deux à trois mille euros, ces personnes-là ne peuvent pas, d'accord ? Donc elles n'entendent pas ou elles ne voient pas, vous voyez ; les lunettes on ne peut pas* » (M19)

Le handicap moteur peut empêcher d'aller en consultation et les médecins surchargés font de moins en moins de visites à domicile : *« On n'a pas le cœur, on va voir le pépé qui a un médecin traitant depuis 30 ans, et qui ne va plus le voir car il ne fait pas de visite »* (M4)

### **3.3.3. Les patients présentant des troubles psychiatriques**

Les personnes SDF vues par les médecins peuvent être aussi des personnes ayant des troubles psychiatriques importants :

*« Certains Sans Domicile Fixe d'origine européenne, pour ce que j'ai pu en lire dans les ouvrages spécialisés, ce sont des gens qui ont des problématiques psychologiques, et complexes, qui les amènent à la rue, c'est plus compliqué. »* (M1)

*« Elle a dû être blonde dans le temps, maintenant c'est crasse, et maintenant quand c'est trop trop psy et trop trop crasse, j'y arrive plus. [...] Je ne vais pas les chercher »* (M10)

Des médecins mentionnent le lien entre les drogues, que ce soit l'alcool, le tabac ou les toxicomanies illégales, et les pathologies psychiatriques et la grande précarité (M13, M14, M24 et M25) : *« Ça dépend toujours des problèmes qu'il y a, la précarité peut amener éventuellement violences, ou drogues. »* (M4)

*« Même dans une population difficile avec la CMU, donc ils ne viennent pas pour des raisons d'argent mais pour des problèmes psychologiques, on a beaucoup d'alcoolisme, beaucoup de tabagisme, beaucoup de cannabis dans ces populations-là, en plus, c'est une population qui, psychologiquement, est très très difficile, donc pour travailler vraiment correctement, faire de la médecine scientifique, c'est extrêmement difficile. [...] Sous l'emprise de drogue... là, pareil, vous ne pouvez pas travailler. La grande précarité, voilà, il y a beaucoup, beaucoup de troubles psychologiques dans la grande précarité, c'est logique et c'est cohérent, il y a plein de psychoses. »* (M19)

*« La vraie psychiatrie, la psychose, les vrais troubles de la personnalité, quoi, les troubles envahissants, les troubles induits par le cannabis, le sujet est désocialisé. »* (M10)

Les drogues, dont la plus répandue est l'alcool, sont liées à la précarité et peuvent favoriser l'isolement : *« J'ai un petit papy de 80 et quelques années, c'est vrai qu'il a un long passé de ... un passé d'alcoolique, [...] qui me semble être abandonné par heu... s'il n'avait pas son aide-ménagère, [...] il serait dans un dénuement le plus total »* (M11)

« Avec des problèmes d'addiction et en plus d'isolement, et qui vont avoir... je ne sais pas... 40 ou 50 ans, 60 ans » (M13).

### **3.3.4. Les migrants**

#### **3.3.4.1. Des conditions de vie difficiles en France**

Les migrants ont aussi été cités par les médecins généralistes comme pouvant être des personnes en grande précarité de par leurs problèmes administratifs : « Il y avait le bus de médecins sans frontières pour les SDF, il y a... c'est quand je me suis installé, c'était en 1988. [...] À Lyon, il y avait plein d'étrangers, donc c'était clair qu'ils n'allaient pas être régularisés tout de suite donc on a continué avec une association. » (M10)

Les médecins mentionnent ceux qui préfèrent survivre ici plutôt que de risquer leur vie dans leur propre pays : « J'ai terminé mon courrier par une phrase qui disait que : « Est-ce que vous ne pensez pas que pour accepter depuis 5 ans – cela faisait 5 ans à l'époque, pour accepter d'être dans la rue, sous les ponts ou au 115, il faut vraiment avoir extrêmement peur de rentrer chez soi et savoir qu'on est en danger de mort ? » Et ça, l'administration s'en contre-fout. [...] J'ai des migrants qui sont parfois SDF, mais je n'ai aucun SDF européen, et donc sans vraiment connaître leur problématique, c'est, a priori, une problématique complètement différente, parce que les migrants SDF, ils n'ont pas choisi. » (M1)

D'autres médecins se rendent compte de leurs problèmes de logement qui peuvent durer : « Tant qu'il n'y a pas les papiers définitifs — et ils peuvent rester des années sans les papiers définitifs — eh bien, je pense qu'ils ne peuvent pas avoir de logement, d'appartement, dans ces conditions-là. Ça c'est à vérifier, ce qu'il faut comme papier administratif, mais je pense qu'il y a... je pense, s'il n'y a pas un certain nombre de papiers administratifs, ils ne peuvent pas prétendre à un des logements HLM, parce qu'ils sont encore réfugiés politiques ou je-ne-sais-pas quoi, mais du coup, s'ils ont pas leur papier français... » (M6)

« J'ai aussi un couple de retraités d'origine algérienne qui vivent avec une petite fille de 6 ans dans les parcs dans Lyon, qui ont demandé l'asile politique qui leur a été refusé, donc ils sont en situation irrégulière » (M8).

Plus que leur manque de logement, certains médecins (M16, M24) soulignent leur isolement, manque de connaissance, ou barrières socio-culturelle et linguistique : « *Les migrants sont des personnes en grande fragilité, car ils sont un peu déracinés de leur pays, ils ne connaissent pas du tout le système français.* » (M4)

« *Les autres patients africains, c'est pas ça, c'est différent, ils ne sont pas aussi fragiles. Ils sont effectivement dans une sorte de No man's land, où ils ne maîtrisent pas les codes et où il faut les guider. Les problématiques sont différentes mais demandent de l'énergie, mais de toute façon, c'est clair.* » (M13)

« *Il y a des gens qui sont très isolés, et si on les laisse partir, on se dit : « Il est dans la nature, il ne sait pas parler français ». Il a pas de contact avec personne, il faut organiser les choses, on se retrouve à appeler l'assistante sociale, la maison du Rhône, pour savoir s'il y a pas une association, s'il y a pas un traducteur pour l'aider, pour aller à tel endroit... »* (M4).

À l'inverse, certains médecins ne les voient pas en grande précarité (M11, M25) car ils ont des aides.

#### **3.3.4.2. Des migrations marquées de pertes**

La migration est en fait un exil, difficile, marqué par des pertes :

« *Des études et tout, et s'est fait chasser de son pays... ou s'est chassé lui-même. Des histoires politiques ou familiales parfois, des trucs qu'on comprend pas trop. Pourquoi ils sont là ? pourquoi avoir un espoir nouveau ? Finalement on les plonge dans un quartier où il y a plus de misère que où ils étaient, car en plus ici il fait froid, donc pour un Africain... Il y en a dit qui me disent : « Si j'avais su, je ne serais pas parti ». Après il y en a qui nourrissent un espoir, et d'autres qui disent : « Non, non, ça n'a rien à voir avec là-bas ». Au moins, la précarité d'ici, même s'il ne fait pas chaud, on a à manger, c'est vrai qu'on a résolu le problème de l'alimentation, au moins, l'alimentation, mais le chauffage en hiver c'est pas tout ça... »* (M24)

« *J'ai eu des Afghans, dont un qui était professeur de cardiologie, doyen de faculté à Kaboul, qui était au Centre Pierre Valdo, il avait tout perdu. J'ai eu des cadres supérieurs iraniens qui fuyaient Téhéran parce qu'on envoyait leurs enfants déminer les terrains avant que ne passent les soldats »* (M16).

« *Je pensais à une personne qui est arrivée, d'origine maghrébine, qui est arrivée par l'Italie, elle n'avait pas la CMU, elle a eu un accident de travail donc elle n'a plus son travail car elle était en CDD, après ça va vite quoi.* » (M5)

### 3.3.4.3. Des traumatismes vécus dans les pays d'origine

Certains migrants ont vécu des traumatismes qui les ont marqués :

« *Je me représente les migrants comme des gens qui souffrent.* » (M1)

« *J'en ai des réfugiés, dont la famille a été massacrée, là dans les HLM, j'ai un peu de tout. Mais c'est des gens qui sont intégrés, c'est un stress post-traumatique ancien* » (M10)

« *Quand quelqu'un me raconte sa migration, je peux comprendre. Je n'ai pas vécu ce qu'il a vécu, moi je suis né à Paris, mais de par ma famille, je peux comprendre ce que c'est d'avoir la boule au ventre, d'avoir fait un long voyage, d'avoir été déraciné et de venir chercher la survie en France, oui, ça, je peux comprendre, mais je le mets à part sans mettre au-dessus, parce que mon histoire est différente, je pense qu'elle est plus personnelle que médicale.* » (M17)

« *Si vous voulez, c'est plutôt à nous d'aller à la pêche [...] J'ai des gens qui ont vécu des bombardements, ils... ils vivent des choses mais ils sont tellement habitués à vivre dans cet état que pour eux, c'est un état normal, qui ne l'est pas pour nous.* » (M16)

Les atrocités vécues dans leur pays d'origine ont poussé les migrants ou les exilés à venir en France. Ils racontent leurs passé aux médecins : « *Dans tous les Balkans, il y a des problèmes de vendetta, de crime d'honneur, et quand ta famille est ciblée par ça, tu n'as plus qu'un truc à faire, c'est foutre le camp, parce qu'ils massacreront tout le monde, du plus grand au plus petit. [...] J'ai des patients qui sont arrivés en France après avoir passé deux ans dans la pièce centrale d'un appartement parce qu'ils savaient que s'ils se pointaient à la fenêtre, ils risquaient de se faire flinguer, et même les gosses, enfin les garçons, à partir de 3 ans, on les tue. [...] Ils sont malades de peur, malades de comment on peut appeler ça, « le syndrome de stress post traumatique ». Ils ont subi éventuellement déjà des violences physiques, j'entends. [...] Pour empêcher l'expulsion de famille, qui, si on les renvoie là-bas, vont mourir. J'ai plusieurs patientes, femmes, qui se suicideront avant de partir, et voilà, ... des histoires terribles. [...] Quant aux femmes qui arrivent seules, ou avec des enfants, c'est des femmes albanaises, mariées de force à 16 ans, violées, frappées, enfin des descriptions assez chouettes, quoi. [...] Et quand elles se sont plaintes à leur mère de ce qu'elles subissaient, les mères ont répondu « Mais ferme ta gueule, c'est normal, t'es une femme, lui c'est un homme, il a tout les droits » [...] En France, depuis plusieurs années, qui est arrivée assez jeune, pour avoir, elle, échappée aux violences, mais sa famille est arrivée poursuivie par une vendetta.* » (M1)

Un médecin en lien avec un centre de réfugié déclare : « *Il y a beaucoup de conséquences de sévices, de blessures, séjours en prison, tortures. Faut quand même dire ce qui est, beaucoup. Et il y a des gros chocs affectifs, dans la famille, il y a des viols, des assassinats, euh... voilà... on a brûlé leur maison. Enfin, voilà c'est des gens qui ont subi de grandes violences dans leur pays, et donc ils sont terrorisés... ils sont tous insomniaques... on leur donne des benzodiazépines, le moins longtemps, mais au moins... Et puis, donc, autrement, je dirais, il y a pas... on voit beaucoup de pathologies cardio-vasculaires, beaucoup de diabètes... euh... des accidents vasculaires cérébraux... des pathologies... donc beaucoup de douleurs résiduelles.* » (M16)

Un médecin, ayant travaillé avec l'association COMEDE à Paris, met en lumière l'importance de l'écoute dans ces cas : « *À Paris, oui, plein... plein, plein, plein, et c'était très long. Et pareil, au niveau psychosomatique, on avait des patients qui faisaient de l'eczéma, on arrivait pas à comprendre pourquoi, assez énorme. Et puis, à force de consultations, au bout d'un moment, on a créé un petit lien. Ils peuvent se livrer, on ne fait rien de plus que de les écouter, mais vraiment les écouter pour de bon, enfin ce qu'ils ont à raconter, et là comme par miracle, quelques semaines plus tard, l'eczéma a vachement fondu, et pourtant comme traitement on a rien fait, mais ils ont un peu vidé leur sac et ça va mieux. Mais ça sur la croix rousse je ne l'ai pas encore vu, mais oui, j'ai eu des histoires comme ça.* » (M17)

#### **3.3.4.6. Géopolitique des conflits et des flux migratoires**

Les cours migratoires sont dictés par les guerres et les dictatures sanglantes dans le monde : « *On suit de toute façon, si vous voulez la géopolitique mondiale, j'ai eu les Chiliens après Pinochet, j'ai eu les réfugiés du Kosovo, de l'ex-Serbie après la guerre en 93, voilà, il y a que les boat people, que les asiatiques, qui, eux, ont leur circuit à eux, qui ne passent pas par ce circuit, ils passent par leur circuit.* » (M16)

Mais, parfois, les médecins estiment qu'il vaudrait mieux aider les gens dans leur pays plutôt qu'ils viennent en France : « *Quand vous voyez ces malheureux qui traversent la Méditerranée, au risque de se perdre très souvent d'ailleurs, parce qu'il y a souvent des noyés, hein : des hommes, des femmes, des enfants. Pourquoi viennent-ils ? Parce qu'ils espèrent énormément de nos côtes, et c'est parce qu'ils ont entendu parler de ce que l'on fait ici, c'est un tonneau de Danaïde, notre... à mon avis ce qu'il faut faire encore une fois, c'est proposer l'aide aux gens là où ils sont et non pas de les faire venir à plein bateau comme on le fait ...* » (M22).

De même, un médecin déclare : « *C'est important que l'Afrique se développe par elle-même, mais je ne vais pas l'importuner avec mes besoins en plus. On en avait discuté avec notre prédécesseur, qui était Arménien, lui voulait y aller, il y était allé mais il se sentait inutile la plupart du temps. C'est vrai, il avait un certain âge, on voit bien ... Je pense que les ONG sont des poids parfois. [...] La plus grande précarité, c'est les Africains qui viennent pour se soigner parce qu'ils savent qu'ils ont le HIV, il y en a une qui me disait : « On pourrait faire une association pour les soigner au pays », parce que venir ici, se mettre en précarité pour avoir des soins mais en même temps pas avoir le droit de travailler parce qu'ils sont étrangers, pas avoir le droit de se loger décemment et tout... Ce serait mieux qu'on leur amène le médicament là-bas... Contrairement à ce que je disais au début, il y a quand même des choses, mais il manque quand même des labos... mais s'ils ont un labo, le suivi doit être très bon, sinon la charge virale ça se fait couramment, mais peut être pas là-bas. » (M24).*

### Cadre de synthèse 3 : La représentation de la grande précarité

Les diverses représentations des médecins interrogés permettent de dégager de nombreux facteurs de grande précarité : problèmes de logement et difficultés financières, isolement, handicap, troubles psychiatriques et addictions, etc. Les images de la grande précarité sont alors diverses : les personnes SDF, incluant les jeunes en rupture, les personnes âgées isolées, les migrants, et plus rarement les travailleurs pauvres ou des femmes victimes de violences vivant en foyer. Selon certains médecins, l'arrivée des migrants en France suit la géopolitique des conflits. Pour ces médecins, les migrants sont d'abord des personnes en souffrance suite à des traumatismes subis.

### 3.4. Les facteurs limitant la prise en charge

#### 3.4.1. Les problèmes de comportement

##### 3.4.1.1. Les problèmes de prise des rendez-vous

Pour les médecins (M5, M7, M9, M14), la ponctualité et le respect des rendez-vous est important :

*« Le problème, c'est, un, que cette population veuille bien venir au rendez-vous quand on leur en donne, et deux, qu'elle considère que c'est un cabinet normal, on respecte les règles, c'est-à-dire qu'ici on vient propre, on ne sème pas le bordel dans la salle d'attente, qu'on vient à l'heure au rendez-vous, et après on les soigne normalement, comme les autres. » (M10).*

Certains médecins (M7 et M14) remarquent que ce sont les patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME qui posent problème : *« C'est souvent des gens qui ne sont pas très « disciplinés » on va dire, entre guillemets. Après, je connais leurs circonstances de vie. Souvent, ce sont soit des gens qui prennent rendez-vous, qui ne viennent pas, qui annulent pas, qui... euh... voilà. Ou alors qui prennent un rendez-vous et qui viennent à plusieurs, ou qui arrivent en retard systématiquement. C'est pas des gens qui... on a l'impression que... au niveau... pas discipline, mais c'est pas très cadré, quoi ! Souvent, malheureusement, on remarque que c'est des gens qui ont soit l'AME, soit la CMU... » (M14)*

Il arrive aussi que les patients ne respectent pas les rendez-vous pris par le médecin, que ce soit pour des examens ou au CMP ou avec un spécialiste d'organe :

*« Mais la réalité des choses, c'est qu'il faut appeler pour prendre rendez-vous, faut les rappeler pour les stimuler 24 heures avant, faudrait quasiment les accompagner parce qu'ils ne savent pas où c'est, et même s'ils savent où c'est, ils n'ont pas forcément l'argent pour, ou ils vont oublier, ou tout simplement, ils n'en ont pas envie. » (M13)*

*« Ils n'y sont pas allés alors que ma collègue les avait pris en urgence donc ça crée... une ... une situation un peu plus délicate à gérer. » (M8)*

Des médecins invoquent leurs problèmes de compréhension ou de rythme différent :

*« Il faut qu'on leur montre sur le plan, qu'ils prennent rendez-vous et qu'ils y aillent, et comme ils ont d'autres problèmes, ils pourront peut être pas y aller. On les revoit, ça pas été fait, ou bon c'est... C'est compliqué. » (M4)*

*« Eh bien, c'est simple, ils sonnent ici car ils ne savent pas lire, ils ne savent pas écrire, ils n'ont pas l'usage du téléphone. Et s'ils ne se font pas engueuler par la secrétaire, eh bien on peut*

*les voir. Sinon, s'ils ont bien compris à une heure près, à deux heures près le rendez-vous, et quand c'est demain, après-demain, eh bien ils repartent et ils reviennent à peu près à l'heure. C'est pourquoi ici, les horaires c'est n'importe quoi... ils viennent soit très en avance, soit très en retard » (M24)*

*« Déjà, rien que le fait qu'ils ne travaillent pas, donc ils sont moins dans le rythme. » (M20).*

*« Je les appelés : « — Pourquoi vous n'y êtes pas allé ? — Eh ben, on ne s'est pas réveillé ! ». Ils sont déstructurés un peu sur le plan des horaires, du mode de vie... » (M8)*

Les médecins peuvent être indulgents pour des soucis de langue ou de handicap :

*« Je suis un peu plus lâche quand même quand ils ont des soucis de langue, sur l'heure des rendez-vous, ça arrive qu'ils se trompent. Je suis un peu plus lâche, que pour quelqu'un qui est parfaitement éduqué et qui arrive une heure en retard. Il peut y avoir des excuses. » (M4)*

*« Après, ça se traduit par des situations très concrètes sur des gens en fauteuil roulant qui vont avoir du mal par exemple à accéder à mon cabinet, parce que j'ai pas d'accès handicapé. Après, on peut s'arranger, mais c'est compliqué, déjà ! Ça peut aussi simplement parce que les gens ne vont pas avoir internet ou le téléphone, pour prendre rendez-vous. » (M13)*

Parfois, ils s'adaptent et les prennent quand même au détriment de la consultation : *« Il y a pas de respect de... de l'heure, du rendez-vous. Souvent, on les voit un peu rapidement du coup parce que... Ils viennent dix minutes, un quart d'heure après le début de l'heure du rendez-vous, donc ça bouscule un peu. Et puis sinon, il n'y a pas de choses bien particulières par rapport à ces gens... Ils sont plutôt euh... Enfin, il y a pas d'agressivité. » (M14)*

#### **3.4.1.2. L'agressivité et le vol**

Les médecins pensent que les patients en grande précarité peuvent être agressifs : *« Ils sont agressif par rapport au traitement, au niveau prise en charge » (M20)*

Un médecin se serait vu dérober un ordonnancier sécurisé par un patient en grande précarité. Il ajoute : *« Eh bien ce sont des gens, malgré tout, je ne sais pas si c'est une superstition ou une part de vérité, ce sont des gens dangereux, qui peuvent être dangereux. Par exemple, j'ai beaucoup de patients qui sont sous subutex, qui sont addict, anciens héroïnomanes, et ils viennent pour le subutex mais ils ne sont pas socialement corrects. » (M23)*

### 3.4.1.3. L'hygiène

L'odeur de certains patients en grande précarité dans la salle d'attente ou dans le cabinet pose problème aux médecins (M10, M8) : « *La grande précarité, déjà, dans la salle d'attente, ils sentent très mauvais. Donc on a le cas où les patients viennent se plaindre. D'abord, ils frappent à la porte : « On ne peut pas ouvrir la fenêtre parce que ça sent mauvais ? » Oui, évidemment, on a... Là, parfois, ils viennent alcoolisés... » (M19)*

« *Ça va peut-être vous choquer, c'est pas parce qu'on est précaire qu'on a une hygiène épouvantable. Je pense qu'en France il y a de l'eau et du savon partout, je ne sais pas... » (M11)*

### 3.4.1.4. Un ressenti d'abus

Les patients en grande précarité auraient tendance à abuser, à penser qu'ils ont tous les droits.

Ainsi, un médecin parle d'un « *problème de mentalité. Vous avez des gens qui considèrent que leur précarité leur donne tous les droits. » (M11)*

« *Après, voilà... voilà ça, c'est mon ressenti des gens qui viennent... qui sont pris en charge, qui payent rien et qui demandent beaucoup d'examen. Après, voilà... on met des cadres, on est obligé. » (M25)*

Un autre médecin explique ces demandes excessives d'examen complémentaires par un manque de « *sens discriminatif* », souvent dû à un « *problème d'éducation sanitaire [...], ils ne savent rien à rien... »*, de par leur provenance d'un « *milieu socio-économique dans leur pays qui est très bas aussi* ».

Les personnes seraient demandeuses car tout leur paraîtrait dorénavant possible, ce serait le même problème culturel que pour les autres technologies : « *Au bout de 6 mois, il exige d'avoir son portable, sa télévision, son ordinateur, voilà, l'accès aux nouvelles technologies pour lui... Vous voyez ce que je veux dire ? Sans avoir la notion de... C'est un peu pareil en matière de santé, il n'avait rien chez eux, en état de dénuement, et il se retrouve dans un pays qui est pléthore en matière de soins, où tout est possible. » (M16)*

« *Ils ont l'impression que dès qu'ils arrivent en France et ben... ils ont le droit à tout. Mais c'est pas tout le monde » (M20).*

Ce ressenti d'abus peut être lié au manque de moyen financier du patient : « *Ils ne peuvent pas demander des choses alors qu'ils n'ont pas les moyens, après il y a un abus, c'est ce que je ressens... » (M3)*

### 3.4.1.5. Très peu voire aucune différence de comportement

D'autres médecins n'ont pas eu de problèmes de comportement plus qu'avec d'autres patients :

*« Les femmes, il faut reprendre le suivi gynéco, tout. Les gamins, il faut reprendre les vaccinations, etc. Et les adultes aussi, les vaccinations. Et une fois que ça roule, ces gens prennent rendez-vous, je ne travaille que sur rendez-vous. Ils y viennent comme les autres, et ils ratent leur rendez-vous comme les autres, ni plus ni moins. [...] Après, c'est des patients comme les autres en terme de respect des soins, de respect du médecin, et de respect qu'ils sont en droit d'attendre du soignant. » (M1)*

*« J'ai pas eu... dans l'ensemble des patients que j'ai eu, j'ai pas eu de difficultés dans les suites de soins, c'est-à-dire qu'ils sont toujours allés en consultation quand je les ai envoyés quelque part. » (M9)*

*« Globalement, ils comprennent ce qu'est la mise en place d'un rendez-vous... Voilà, ils viennent, ça ils comprennent. » (M13)*

Ces médecins ne voient pas d'abus de leur part, et considèrent que les patients consultent plus à cause d'un manque d'information, à cause de difficultés :

*« Ils ont tendance à consulter un petit peu plus. Il n'y a pas de consultation abusive, globalement, comme ils sont plus isolés, des fois moins bien renseignés, ils consultent un peu plus car ils ont besoin d'un peu plus d'information. Il n'y a pas de surconsommation, clairement. » (M13)*

*« Oui, pas plus, pas moins... » (M15)*

De même la question des bilans de santé divisent les médecins. Certains y voient un abus (M25), d'autres paraissent le considérer comme normal, en particulier chez les migrants : *« Une prise de sang, éventuellement prescrire une radiographie de poumon, [...] voilà, faire un bilan. » (M16)*

### 3.4.1.6. Une moindre demande

Parfois le manque d'information fait qu'ils vont moins demander d'examen complémentaires : *« Ils font moins pression sur le médecin en disant : « Je veux ci, je veux ça. » » (M24)*

Leur pudeur, leur honte de leur précarité peut les empêcher de consulter, et de demander toute l'aide dont ils auraient besoin :

« Une grosse pudeur, une grosse grosse pudeur de leur part » (M17)

« Ils nous appellent moins en visite car ils ont honte de leur... de leur domicile, je pense » (M24).

De plus, ils peuvent consulter plus tardivement car « ils attendent que c'est aiguë. » (M20)

« C'est des gens qui ont l'habitude parfois de... de souffrir... sachant qu'ils viennent même avec 40° de fièvre ou faut vraiment qu'il soit très très malade, que ce soit l'exigence d'un autre, et il y a eu un moment où l'accès au médecin était différent en fonction, ou dans certains foyers il y a un téléphone pour vingt. Maintenant, ça y est, tout le monde a son téléphone, il reste encore des gens un peu analphabètes qui n'ont rien. » (M24)

« Ils attendent plus et leurs motifs sont plus sérieux. » (M15)

#### Cadre de synthèse 4 : Les problèmes de comportement

Les avis des médecins sont très contrastés sur les divers comportements des patients en grande précarité. Certains se plaignent d'attitudes très difficiles à gérer (des demandes de soin abusives, des retards, de l'agressivité, des mauvaises odeurs), quand d'autres les comprennent et s'adaptent, ou ne voient pas de différence avec le reste de la population, ou même voient l'inverse (des demandes moindres).

### 3.4.2. La barrière linguistique et le problème du secret médical

#### 3.4.2.1. Les difficultés de la barrière linguistique

Quasiment tous les médecins interrogés se sont plaints de la barrière linguistique :

*« La barrière linguistique, ça m'arrive souvent et c'est quand même très, très compliqué... Médecine du monde, c'est pas facile. » (M18)*

*« Ah, c'est énorme, énorme ! Un énorme problème. » (M19)*

Certains médecins se plaignent que le patient ne sache pas parler français et aimeraient qu'il l'apprenne surtout s'il est en France depuis longtemps :

*« Parce que quelqu'un qui est en grande précarité, qui parle français, j'ai pas de problème ! » (M15)*

*« J'ai eu quelques cas de femmes algériennes qui ne parlaient toujours pas français alors qu'elles sont là depuis trente ans. [...] Si on imposait aux migrants d'apprendre le français, ce serait nettement mieux. » (M26)*

*« Qu'ils prennent plus souvent des cours, parce que certains, on a l'impression que certains ne veulent pas s'intégrer, ne veulent pas apprendre... Mais je comprends, à l'âge que certains ont, et vu le peu d'école qu'ils ont eu, qu'ils se disent que c'est insurmontable, que jamais ils ne parleront la langue du pays dans lequel ils sont... Je vois bien qui essaie d'apprendre quelques trucs : j'ai essayé d'apprendre quelques accords de piano, j'arrive pas à les enchaîner. » (M24).*

Mais certains médecins trouvaient quand même qu'ils avaient *« de la chance souvent d'avoir souvent des interprètes parce que souvent ce sont des gens qui viennent... je pense surtout aux gens qui viennent... je pense à la Géorgie ou aux pays de l'Est. Après, quand vous en recevez un..., un ou deux, des fois, vous en voyez d'autres arriver en fait. » (M12)*

Ceux qui sont polyglottes ont moins de problèmes : *« Je suis étranger donc j'arrive toujours à comprendre [rires]. Je parle anglais, français, espagnol, chinois, cambodgien, donc c'est plus facile. » (M21)*

*« Je suis allé voir un malade Sri Lankais qui parlait anglais, donc on a parlé en anglais. Il y a beaucoup d'Indiens, de Chinois qui parle anglais. [...] Pour l'instant, je n'ai pas eu de problèmes linguistiques, je parle bien l'arabe aussi... le français... » (M23)*

### 3.4.2.2. Les traducteurs

#### • Les membres de la famille

Les patients non francophones viennent souvent avec quelqu'un de leur famille ou de leur entourage pour traduire pendant la consultation (M3, M12, M17).

*« C'est bien, alors pour des gens qui sont là depuis longtemps mais qui parlent mal le français et qui ont des enfants, je leur demande de venir avec les enfants. Parce que... il faut absolument... parce que si on a déjà la barrière de la langue, c'est terrible, c'est déjà difficile quand il y a pas la barrière, alors quand il y a la barrière de la langue ça devient impossible, il y a des malentendus, des quiproquos. » (M22)*

Parfois, c'est le médecin qui demande au patient de revenir avec un traducteur de l'entourage familial (M5, M6, M10, M13, M15, M26), voire refuse de faire la consultation sans traducteur (M11, M25) :

*« On arrive toujours à se faire comprendre, je ne pense pas... En général, ils sont en France depuis 3 mois – 6 mois. Et puis, s'il y a quelque chose d'important, ils viennent avec l'interprète. » (M21)*

*« Il y en a une qui est venue avec un mot... de je ne sais pas qui, de l'assistante sociale, un mot vite fait, mais impossible de lui demander de quel pays elle venait, ... de rien, de tout... Donc je lui ai dit de revenir avec un interprète parce que c'était pas de l'urgence, elle avait mis un mot, c'était un kyste sur le cuir chevelu. En plus, c'était... Enfin, voilà ! Je ne traite pas des gens si je ne peux pas discuter avec eux, c'est pas possible. » (M25)*

Certains patients, de par leur statut de réfugié en foyer, ont un interprète : *« Au début, quand il y a pas moyen de communiquer, ils ont un interprète, ils ont la chance d'avoir un budget donc ils paient des interprètes qui viennent assister à la consultation. Et puis, après, il y a un réseau qui se fait, il y a des gens de par leurs connaissances qui parlent les deux langues, et qui arrivent. » (M16)*

Parfois, les personnes amenées par les patients comme interprètes ne sont pas assez douées pour traduire :

*« Parce qu'ils ne parlent pas français, ils viennent parfois avec des traducteurs, et parfois les traducteurs parlent encore moins bien le français que toi le kosovar ou le bosniaque, que tu ne parles pas du tout, hein. » (M1)*

« Avoir un traducteur, oui c'est mieux que rien, mais l'expérience que j'ai eu avec des traducteurs...[...] Je pose des questions, il traduit, elle répond, ça dure au moins deux minutes, et il me dit trois mots ! » (M2)

Même les papiers officiels présentent de mauvaises traductions : « Quand tu vois les traductions... Les patients m'ont apporté des documents venant de divers pays de l'Est, traduits par des traducteurs officiels, tu sais avec des tampons, des machins, des trucs, magnifiques ! Mais tu prends un fou rire, tu te rends compte que c'est n'importe quoi la traduction, tu lis le texte en albanais que tu ne parles pas du tout, tu lis la traduction en français, cette traduction ne veut rien dire et en te rapportant à l'albanais, tu corriges ; tu te dis « Ah ben oui, ça veut dire ça ! » » (M1)

#### • Les personnes présentes dans le cabinet

Des médecins font appel parfois à leurs secrétaires (M5, M6) ou à d'autres patients (M10) : « Alors souvent, ici, ce qu'il y a de bien, c'est que si c'est l'arabe qui pose problème, eh ben, il suffit d'aller pêcher dans la salle d'attente quelqu'un. Alors qu'avec les Africains c'est plus difficile, il faut voir, ils ne sont pas tous de la même ethnie et n'utilisent pas le même langage, il y en a un c'est le swahili... et l'autre c'est un autre ... Alors, euh, bien, au moins avec l'arabe on s'en sort, on fait une consultation avec un autre, et ils sont très gentils les uns avec les autres, c'est à la bonne franquette. Sinon il faudrait pouvoir téléphoner, j'aimerais bien avoir accès à des traducteurs officiels. » (M24)

#### • Les médecins eux-mêmes

Lorsque les médecins parlent ou connaissent quelques mots des langues étrangères, cela peut faciliter la consultation :

« Ben, l'anglais, et quelques bouts de langues que je parlote, l'allemand. Je comprends un brin l'italien mais je ne le parle pas. Et moi, j'ai dans le temps parlé tchèque, et dans les langues slaves, il y a des mots que je comprends. On essaye de se démerder. » (M10)

L'anglais est la langue la plus fréquemment connue par les médecins (M1, M13) :

« Je parle l'anglais, je me débrouille bien, je peux comprendre l'italien. » (M19)

« Mais en général ils ne parlent pas trop anglais. » (M25, M5)

Parfois, certains médecins reçoivent des patients étrangers non francophones du fait des langues qu'ils connaissent : « *C'est des Turcs, parce que comme je parle le turc...* » (M22)

*« Parfois, l'hôpital Saint-Jo avait repéré, sans que je sache pourquoi, que je parlais portugais, donc ils m'avaient appelé comme ils avaient des patients en difficulté, étrangers, pour savoir s'ils pouvaient me les envoyer, je leur avais répondu oui. Je ne sais pas s'ils avaient une cellule, donc souvent j'en avais par Saint-Jo. Donc je le disais à la secrétaire que je pouvais les prendre. »* (M4)

Cependant, lorsque le médecin ne connaît pas suffisamment de vocabulaire et n'a pas la bonne prononciation, et le patient encore moins en français, cela peut induire en erreur : « *C'est même pire d'en connaître 12 que de n'en rien savoir, parce que comme ça, au moins on ne fait pas de malentendu.* » (M24)

#### • Les logiciels

Certains médecins utilisent des logiciels :

*« C'est un vrai problème, [...] Google Trad, je l'ai utilisé avec des Albanais, ça marche pas trop mal, encore faut-il qu'ils sachent lire. Il y a un autre site intéressant, plus difficile à utiliser, qui s'appelle TraducMed, sur lequel il y a le chinois – on ne s'en sert pas tous les jours, le russe – pareil, l'arabe, il y a 5 ou 6 langues, et l'anglais et l'allemand, mais ça je m'en fous, d'abord parce que l'anglais je le parle, et l'allemand, on en voit pas vraiment, des patients anglophones, et des germanophones encore moins »* (M1)

*« Je sais plus, parce que c'est longtemps que je l'ai plus utilisé, c'est vachement bien fait, on cherche le mot en français avec la langue dans laquelle on veut le dire, et on clique et tac, ça fait le mot, c'est extra. »* (M4)

Mais l'utilisation de ces logiciels est limitée par l'illettrisme des patients et la traduction mot-à-mot qui perd le sens de la phrase :

*« Ça me prend un temps ! [...] Moi, je dirais, tant qu'ils savent lire, c'est pas un problème, parce qu'avec Google Translate, on peut poser toutes les questions, on peut leur expliquer, donc euh, c'est pas forcément la langue qui pose un problème... Quand ils ne savent pas lire et qu'ils ne parlent pas français, là ça devient compliqué. »* (M8)

*« Maintenant [je travaille] avec Trad, mais ils comprennent jamais. »* (M24)

### • Le téléphone

Le téléphone est aussi un outil utilisé par les médecins. Le patient appelle sur son téléphone portable un ami qui pourrait traduire :

*« Ou bien on se sert du téléphone en consultation. J'ai des Arméniens qui ne parlent pas du tout français, ou des Géorgiens, ou des Albanais, ils ont leur téléphone, on appelle quelqu'un de leur famille ou de leurs proches qui nous fait une traduction en simultanée en consultation. Souvent c'est comme ça que ça se passe. [...] Ils viennent d'arriver en France donc on essaie de trouver des astuces. Alors que c'est vrai, par exemple, que... moi, je sais que... avec telle personne, j'ai le numéro de l'interprète dans son dossier, ou quand j'ai des numéros d'interprète, je garde le numéro. Et puis je sais que si jamais une autre personne qui est d'origine arménienne ou albanaise, même s'ils ne se connaissent pas, je sais que je peux téléphoner à cette personne que j'ai vu en tant qu'interprète. Alors, voilà, bon, des fois, elles le font et des fois elles le font pas. »*  
(M16)

*« Il y avait l'interprète au bout du fil, et on passait le patient. Après, pour l'examen, ben c'était compliqué. »* (M8)

*« Si demain, vous me dites, il y a un patient – je ne sais pas – Roumain, qui vient, je ne sais pas à qui je vais m'adresser pour avoir un interprète roumain qui va venir. Mais si je sais à qui m'adresser, si j'ai une tablette, avec voilà, appeler tel numéro, bien au contraire. »* (M17)

### • La communication non-verbale par gestes ou mimiques

Les médecins se servent parfois de gestes d'apaisement :

*« Je suis venu m'asseoir à côté de lui, de l'autre côté du bureau, je lui ai mis la main sur l'épaule, je lui ai dit : « On se monte pas la tête, on reprend tout à zéro, etc. » et on se comprend tout à fait sans problème. »* (M15)

Ils peuvent également recourir à quelques onomatopées ou à du mime : *« J'arrive à les soigner malgré tout avec des gestes, on arrive à expliquer la pathologie... Mais cela dit, c'est beaucoup plus long, là, c'est pas quinze minutes, c'est plus autour d'une demi-heure. »* (M9)

Lorsque les mimes ne suffisent pas, ils peuvent recourir à des schémas :

*« Ils ont tout ce qu'il faut pour se faire soigner mais ils n'osent pas, parce qu'on ne les comprend pas toujours ou parce qu'ils ne comprennent pas ce que vous dites sur les médicaments... Je me rappelle un Africain à qui j'avais fait un petit schéma sur l'ordonnance avec*

*les cases en lui faisant comprendre que c'était matin, midi, soir pour les médicaments, donc il a compris comment prendre ses traitements... » (M15)*

### **3.4.2.3. Les problèmes engendrés par la barrière linguistique**

#### **• Des consultations difficiles, longues**

Ces consultations avec des patients non francophones demande une attention plus soutenue du médecin :

*« C'est une incompréhension totale, plus un niveau de précarité qui rend certainement plus fragile, ou moins, enfin... moins communicatif... Et voilà, il faut s'accrocher. » (M18)*

*« Je suis obligée de leur faire répéter. » (M20)*

*« La plupart du temps, ils arrivent à baragouiner un petit peu quelques petites choses, euh... on essaye de s'en sortir, c'est extrêmement fatiguant parce qu'il faut s'investir à 300%, pour faire des dessins, essayer d'expliquer, répéter, euh voilà... » (M13)*

Ces consultations sont alors plus longues : *« Je pense à une consultation avec une famille de réfugiés, où la dame ne parle pas très bien français, mais elle baragouine, par contre elle parle beaucoup, du coup c'est impossible de comprendre, même en essayant de la cadrer, de dire : « Attendez... j'ai pas compris, on va reprendre... ». Ça part dans tous les sens, et ce qu'on lui a dit, et à l'école de ses enfants, etc. Au bout d'une demi-heure, on est noyé, on a rien fait, je lui dis : « On va reprendre un rendez-vous, et la prochaine fois, on ne parlera que de ça ! » » (M4)*

#### **• Une pratique médicale amoindrie de l'échange nécessaire au diagnostic**

Les médecins ont l'impression que leur pratique médicale est amoindrie, limitée par la barrière linguistique :

*« Je vais vous dire, pour moi ça devient difficile avec les réfugiés qui parlent pas français parce que l'on a l'impression de faire de la... » (M25)*

*« ... de la médecine vétérinaire. De toute façon, c'est comme un nourrisson, jusqu'à un an, il ne parle pas, c'est de la médecine vétérinaire. Quand on appuie là, on voit très bien qu'il a mal, et puis quand on ausculte et qu'il a 22 de tension, voilà. Et la bio, c'est toujours de la bio : il tend le bras et on fait une prise de sang. » (M10)*

*« C'est un peu comme la pédiatrie mais en plus compliqué. Et puis, en pédiatrie, il y a les parents qui parlent... » (M18)*

« Moi, je dirais, le plus gros, c'est quand même l'interrogatoire qui est limité, donc, du coup, c'est vrai que des fois, on n'a pas les réponses aux questions, donc c'est pas toujours évident. » (M14)

« Il n'y a pas de traducteurs en chefs, je ne connais pas comment ils sont arrivés, je ne connais pas leur parcours, ils ne sont pas capables de me l'expliquer.... Et quand on découvre un diabète, c'est pas évident... mais on essaie. » (M13)

« On comprend 2-3 petites choses, mais là c'est pas mes plus beaux diagnostics. On m'amène toujours une grand-mère du pays ou de quelque part, parce qu'elle passe en France, une grand-mère avec des dossiers, comme ça, parce que là, c'est le « French doctor. » » (M18)

L'interrogatoire limité empêche de savoir quel est l'observance ou la compréhension du traitement :

« Là c'est difficile à contrôler sur quelqu'un qui a une barrière linguistique. » (M9)

#### • Des problèmes psychologiques difficiles d'accès

La barrière linguistique empêche d'avoir accès aux problèmes psychologiques, et le médecin peut passer à côté d'un trouble psychosomatique ou mettre plus de temps pour le diagnostiquer :

« C'est vrai qu'il y a, si vous voulez, qu'il y a des problèmes de communication, d'autant que tout ces gens-là, enfin la majorité, ont subi des sévices, ont subi des tortures, [...] et ils sont très fragiles psychologiquement. De se confier au médecin comme le fait un francophone le fait avec son médecin pour une prise en charge psychologique où les gens nous racontent leurs histoires... Donc, quand il y a un interprète, ils nous racontent quand même, mais, après, le soutien psychologique, il y est pas parce qu'il y a pas beaucoup de dialogue possible. Ça c'est une dimension qui est un peu... qui est... voilà. Et puis, des fois, voilà, il y a des petites frictions, ils nous comprennent pas, ils sont exigeants sur certaines choses. » (M16)

« Donc, le psychosomatique, c'est un petit peu plus compliqué. On peut facilement faire le diagnostic, voire que ce n'est pas une tumeur cérébrale, ou encore autre chose, mais après, pour arriver à leur faire comprendre que c'est dans leur tête, et faire comprendre qu'on ne se moque pas d'eux et qu'on leur dit pas qu'on les prend pas au sérieux, des fois, c'est plus compliqué, quand il y a la barrière de la langue. L'interprète peut être vachement utile pour dire qu'on a bien compris mais que c'était pas un truc organique, que c'était plus une crainte à développer, etc. » (M17)

*« Il y a des personnes en difficultés, ne pouvant pas d'ailleurs exprimer par des mots, parce qu'ils ne maîtrisent pas la langue, du coup c'est le corps qui parle. On est effectivement noyé par des plaintes somatiques, complètement... euh, presque farfelues. [...] Mais, c'est difficile quand la personne parle mal le français, elle a besoin de parler en même temps, ça lui fait du bien quand même de parler. » (M4)*

*« Comme il ne comprenait pas, l'hosto lui a fait faire tous les examens possibles et imaginables, et euh... après coup, c'était psy, et je l'avais mis sous antidépresseur, avec un résultat. [...] Il ne parlait pas assez bien français. » (M9)*

*« Mais à partir du moment où tu rentres dans l'émotionnel, et l'émotionnel c'est très large, il faut un traducteur formé, connaissant la culture de l'autre et connaissant suffisamment la culture française pour pouvoir servir d'interface. » (M1)*

Les traumatismes du passé et les difficultés de vie du présent peuvent engendrer divers troubles psychologiques : des troubles psychosomatiques au syndrome post-traumatique. Ce dernier peut être difficile à explorer, d'autant plus que le patient peut s'habituer à vivre dans la peur et l'anxiété, et n'ose pas parler facilement du traumatisme initial au prix d'une reviviscence trop douloureuse :

*« Il faut quand même avoir un interprète, et au moins avoir quand même un échange de bonne qualité pour qu'ils nous racontent ce qu'ils ont vécu, bon, s'ils ont eu des fractures en prison, s'ils ont eu des côtes cassés, voilà... Si vous voulez, on fait aussi un interrogatoire un petit peu directif... ou disons même... Par exemple, je leur dis : « Est-ce que vous avez peur ? Est-ce que vous êtes anxieux ? » Il y a quand même une pudeur, si vous voulez, ce sont des gens qui vivent dans un état... Par exemple, j'ai des gens qui ont vécu des bombardements, ils... ils vivent des choses mais ils sont tellement habitués à vivre dans cet état que, pour eux, c'est un état normal, qui ne l'est pas pour nous. Voilà, ce qui fait que c'est un petit peu comme le petit pépé qui nous fait un ulcère et qui nous dit : « Là, docteur, j'ai eu la boule depuis tout le temps ». Pour moi, c'est normal. Donc en fait, il a une œsophagite peptique avec un rétrécissement œsophagien, parce qu'il n'en a jamais parlé à personne. Et il a 80 ans, on ne peut plus l'opérer parce que c'est trop tard, et il en a jamais parlé... Pour eux, c'est un petit peu pareil, donc il faut aller au devant et, en fonction de leur vécu... imaginer... dire... Voilà, comme état de fait, forcément, ils sont traumatisés, ils sont anxieux, insomniaques, il faut aller au devant si je puis dire quand même... Pour eux, ils ont peur, ben évidemment... Pour eux, c'est un état normal qu'ils vivent depuis... ben,*

*en général, depuis 2-3 ans en général. Et quand on arrive là, il y a des gens qui ont vécu leur histoire, on s'aperçoit entre le moment où ils ont quitté leur pays et le moment où ils arrivent dans mon cabinet, cela fait bien en moyenne, oui, 18 mois, entre 1 an et 3 ans en général, sans compter le nombre d'années de souffrances dans leur pays, ça peut être 5 ou 10 ans... » (M16)*

*« Ils sont malades de peur, malades de... comment on peut appeler ça, « syndrome de stress post traumatique ». Ils ont subi éventuellement déjà des violences physiques, j'entends. » (M1)*

#### **3.4.2.4. Le problème du secret médical**

Il ne peut pas y avoir de colloque singulier :

*« C'est un peu dur au début, c'est un peu particulier, une relation à trois, mais une fois qu'on a pigé le truc, il y a pas de soucis. » (M17)*

*« Du coup, les consultations avec les étrangers ne sont pas toujours des consultations individuelles. Finalement, hein, le colloque singulier, c'est impossible à faire, on est là dans une consultation publique... » (M24)*

En ce qui concerne le secret médical, l'accord est considéré comme tacite du fait de l'accompagnement dans le cabinet :

*« De toute façon, quelle que soit la personne, quand ils sont accompagnés — par exemple, c'est l'étudiant français qui accompagne sa correspondante — cela veut dire implicitement que le malade accepte l'autre personne. » (M26)*

*« Donc, pour résumer, le problème de la traduction intra-familiale, par les enfants, scolarisés, qui se mettent très vite à parler français et bien français, c'est une traduction qui étouffe tout d'abord l'émotionnel. Les traducteurs extra-familiaux sont le plus souvent des traducteurs non formés au médical, donc quand toi tu utilises un terme médical, ils ne comprennent pas, ils sont incapables de le traduire, on est obligé d'utiliser des circonlocutions, ou de sortir un bouquin avec des schémas. Et aussi il est très difficile d'aller dans l'intime, au risque de voir le traducteur s'effondrer en larme, ce qui m'est arrivé une fois ou deux. Donc après il faut remonter le moral des traducteurs. » (M1)*

Les médecins se sentent parfois mal à l'aise avec le secret médical qui ne peut alors pas être respecté :

« Aux urgences, [...] en plus, on est obligé de déroger au secret médical, car on fait appel au mec — on ne sait même pas qui c'est — mais qui est le seul qui parle roumain et français. » (M10)

« Une personne migrante, qui ne parle pas français, et qui souhaite une IVG, s'il y a quelqu'un de sa famille qui l'accompagne, ça peut être compliqué, elle a pas forcément envie de le dire. Ou si la personne est en dépression et qu'elle a des idées suicidaires, elle a peut-être pas envie que la personne accompagnante le sache. Comment faire dans ce cas-là ? Je ne sais pas. » (M4)

« Est-ce que tu penses qu'on peut demander à un petit garçon de 8 ans de demander à sa mère de parler des viols qu'elle a subie... bon, ou de sa contraception, ou de... ou de... Donc il y a tout une série de problèmes, et je dirais les problèmes majeurs, on ne peut pas les aborder avec des enfants traduisant pour les parents, ou avec la cousine d'ailleurs. Il faut vraiment que ce soit des traducteurs étrangers à la famille et capables de respecter un code, donc des traducteurs formés. » (M1)

## Cadre de synthèse 5 : La barrière linguistique

Les médecins rencontrent de multiples difficultés avec des patients en grande précarité à cause de la barrière linguistique. Ils ne manquent cependant pas de ressources pour la dépasser. Parfois ils parlent eux-mêmes des langues étrangères, ou se font comprendre grâce à des mimes ou des schémas, ou grâce à des logiciels de traduction.

Des traducteurs viennent parfois en consultation à la demande du patient, ils viennent alors le plus souvent de leur entourage (famille principalement et amis parfois) et d'associations (interprètes). Quand ils ne peuvent pas venir, ils sont parfois appelés au téléphone. Quelques médecins ont des secrétaires bilingues, et d'autres osent demander de l'aide à d'autres patients bilingues présents dans la salle d'attente.

La présence d'un traducteur pose le problème du secret médical, surtout s'il s'agit d'un membre de la famille. Mais dans tous les cas, la traduction rallonge la consultation et peut induire des erreurs. Même avec des moyens de traduction, la barrière linguistique limite l'interrogatoire, l'évaluation de l'observance et l'exploration du psychisme : les syndromes post-traumatiques et les troubles psychosomatiques risquent de ne pas être décelés.

### 3.4.3. La barrière culturelle et les problèmes de compréhension

La barrière linguistique n'est pas le seul obstacle à une bonne compréhension mutuelle. Celle-ci peut être entravée par des divergences culturelles.

#### 3.4.3.1. Les réactions des médecins face à la barrière culturelle

Certains médecins ont du mal à se faire comprendre :

*« Je vois mon couple d'Afghans, on leur a dit : « Quand vous commencez à avoir 37, vous mettez le dufaston ». Et 37, ils ne savaient pas ce que c'étaient. Par exemple, ils pensaient que c'était le 37e jour. Ils comptaient le 37e jour à partir du moment où ils avaient leur règle par exemple. Ce n'est même pas un problème de langue. [...] L'autre jour, ils sont venus me voir parce qu'ils n'avaient rien compris, elle prenait les ovules vaginales par la bouche. » (M8)*

*« Évidemment, j'aime mieux quand les gens sont éduqués, savent tout... on a des pré-requis communs, on sait de quoi on parle, tous. Et là, pour certains, comprendre c'est compliqué... » (M24)*

*« Mais sur des dispositifs un peu compliqués, comme les médicament pour l'asthme, est-ce qu'il a bien compris comment on faisait fonctionner le Turbuhaler ? Ou autre. » (M9)*

*« Voilà, ou des gens qui ne vont pas avoir les notions pour aller voir tel ou tel spécialiste. » (M13)*

Parfois, les médecins ne s'attendent pas aux problèmes socioculturels et ne les comprennent pas :

*« Je veux dire, ce n'est pas parce que vous êtes précaire que vous devez aller chez le médecin qui doit à la limite s'occuper de l'entretien de vos chaussettes ou s'occuper de la façon dont vous mangez. Je pense que si chacun faisait son métier, ce serait très bien. » (M11)*

*« C'est un argument discutable : tous les gens qui ont un revenu assez bas, ils fument tous, et ça leur coûte 200 à 300 euros par mois... [...] Pourquoi ils achètent pas à manger ? » (M26)*

*« Et cette dame, je l'avais en face de moi, elle m'a répondu : « Non, chez nous, c'est culturel, il faut des enfants tout de suite ! » Ça vous suffoque, et puis voilà, je ne peux plus rien faire. » (M18)*

Mais avec l'expérience, ils peuvent dépasser ce problème de compréhension :

« Oui, et la mentalité est différente, ils viennent avec les cousins, les cousines... l'interprète... Nous, la mentalité est de venir avec le mari, mais pas... pas à 4 ou 5. Voilà, c'est... Sinon, ils sont sympathiques, c'est les coutumes qui sont différentes. La barrière de langue, la manière d'approche est différente... mais... on arrive toujours à se faire comprendre. » (M21)

« C'est pas des difficultés sur le plan médical, c'est plus les us et les coutumes de... la façon de vivre... la façon de... Voyez, par exemple, les femmes turques : le mari est toujours à 1m... à 50 cm de vous, il est toujours là, il parle à sa place. C'est plus un problème culturel, mais on arrive à travailler, à examiner. Certaines femmes voilées, le mari est toujours là, toujours derrière. Vous voyez, c'est plus culturel. Sinon, sur le plan médical, pas de souci. » (M21)

« Alors parfois c'est la culture des pays qui fait changer les comportements. [...] Après, oui, on arrive à comprendre si c'est grave ou non, mais c'est que des fois, même si c'est pas grave, ils se plaignent. Voilà, il y a une plainte. Et ça c'est... C'est plutôt l'inverse, ceux qui ont des pathologies graves se plaignent moins que ceux qui ont des petites pathologies, douloureuses, mais qui se plaignent beaucoup, voilà. » (M20)

Les différences culturelles ont des conséquences sur la prise en charge des pathologies psychologiques :

« Un exemple : si un Africain te dit « En Afrique de l'Ouest, le ventre est le siège des émotions », alors que pour un français de France, qui te dit qu'il a mal au ventre et qu'il y a quelque chose qui bouge dans son ventre : une femme, elle est enceinte de plusieurs mois, et si c'est un mec, il est possiblement psychotique, d'accord ? Mais un Africain qui te dit la même chose, il est peut-être en train de te parler de sa souffrance psychique. Quand lui manipule le français, et toi tu sais ça, tu peux sortir du mal, du mal au ventre pour parler du malheur. Si tu ne sais pas, tu vas l'arroser de neuroleptiques qui ne vont pas bien lui rendre service et tu seras à coté... » (M1)

« Quelqu'un qui dit qu'il est possédé par les esprits, en Afrique c'est peut être une façon de dire, mais c'est peut-être une dépression comme nous on va avoir la boule au ventre. J'ai même vu des cas, a posteriori après avoir fait tous les examens, des plaintes urinaires, qui chez nous, ça s'exprime pas du tout comme ça ; que quelqu'un qui va être déprimé va dire ça le brûle en urinant. J'ai pas l'impression que ça s'exprime comme ça dans notre culture, mais que ça peut l'être dans d'autres. Ou des symptômes qui nous paraissent tellement bizarres qu'on se dit que ça doit être somatique, mais en fait, ça l'est pas. Et de ce fait, si on savait, si on connaissait un peu

*mieux, s'il y avait plus d'études... Mais il y a déjà des études, j'en avais lu une où ils disaient que les Américains somatisent beaucoup moins les dépressions, parce qu'ils sont dans l'expression, on peut dire ce qu'on a. Alors qu'en Asie, en Chine, on est très pudique, « on ne va pas se plaindre », et ils somatisent beaucoup plus. Je pense qu'il y a eu plein d'études là-dessus mais on ne les connaît pas. C'est vrai qu'on ne le sait pas. On voit avec notre prisme d'Européen, mais s'ils viennent d'Afrique, d'Asie, ce n'est pas la même chose. » (M4)*

*« On a tous connu le syndrome du Sud, les patientes d' Espagne, du Portugal, et puis euh.... de Nord-Afrique, même si elles n'ont rien : penser à les rassurer, à les accompagner, ne pas leur dire : « C'est rien, vous pouvez rentrer à la maison ». Mais ça, c'est dans... C'est nos chefs qui nous apprennent ça, et puis après on le prend ou on le prend pas, c'est plus l'expérience sur le terrain qui fait ça. » (M17)*

*« Oh oui, ce n'est pas que les personnes en grande précarité, l'approche de la maladie est différente pour tout le monde. Moi, je soigne euh... une femme qui est allemande. [...] Elle m'a estomaquée de la façon dont elle a vécu les choses. Je veux dire, c'est culturel...[...] Oui, c'est sûr, la mort chez les Africains, ce n'est pas pareil, dans une fratrie où ils sont cinq ou six, où ils ont la drépanocytose. [...] Ça a été triste, ils ont perdu deux gamins. C'est sûr que c'est pas pareil, et puis après on en parle plus, et voilà, il y a les autres. C'est sûr que l'approche est vraiment différente. » (M15)*

*« Voilà, voilà, et puis il y a peut-être... l'anxiété aussi, par rapport à leur culture, c'est différent. [...] Après, je pense qu'ils viennent me voir lorsqu'il y a des choses qui les gênent... qui les gênent, eux ! Peut-être pas au niveau médical. Peut-être lorsqu'il y a des choses plus graves ils viennent pas. Mais des choses moins graves, ils viennent parce que ça les gêne. [...] Je suis de culture asiatique, où on est très pudique de sa santé : on n'en parle jamais, on ne se soigne jamais, alors les jeunes, les personnes âgées, quand elles viennent c'est que c'est très grave. Ils ont du mal à... [...] Oui, ils attendent, ils attendent, jusqu'à ce que... ils viennent, parce que c'est la culture qui est comme ça. Par contre, c'est vrai que pour la culture maghrébine ou turque ou arménienne, c'est pas pareil : pour pas grand-chose, ça prend des proportions, des fois je pense j'ai du mal ! Des fois, je me dis : « Mais est-ce que c'est grave ? Bah non c'est pas grave. » Parce que c'est vrai que pour eux, une douleur... je peux penser que eux, ils souffrent énormément, mais en fait, c'est pas une douleur intenable. » (M20)*

*« Je suis à moitié Vietnamien, et je sais qu'eux ils ne prennent pas la vie de la même façon que les Européens, qui n'ont pas la même façon d'appréhender la vie que d'autres. » (M17)*

### 3.4.3.2. Les réactions des patients face à la barrière culturelle

Certains médecins ont remarqué plus d'agressivité dans cette population : « *Enfin, il y a pas d'agressivité, il y a pas d'agression de leur part. Je dis ça, parce que j'ai beaucoup remplacé dans le huitième, [...] et là, la proportion c'était plutôt l'inverse, et c'est vrai que c'était tous les jours des agressions verbales, pas physiques, euh... c'était très... [...] tendu, exactement. Ici, on ne ressent pas ça.* » (M14)

Les médecins ont parfois décelé derrière cette agressivité des problèmes de compréhension, due au manque de connaissance des patients sur leurs droits (d'avoir une pension d'invalidité par exemple) et parfois au manque de vocabulaire, de termes médicaux communs pour s'expliquer : « *Et puis, des fois, voilà, il y a des petites frictions, ils nous comprennent pas, ils sont exigeants sur certaines choses. Voilà, ils ne comprennent pas qu'on veuille pas remplir des dossiers qui ne serviront à rien, parce qu'ils n'y ont pas droit. [...] L'agressivité, cela vient de la non-communication, c'est une évidence générale de l'être humain... On devient violent quand les paroles ne... Aussi bien dans un couple que... quand deux personnes ne peuvent pas se comprendre... par la parole... Donc ça vient de là. Après, bon, ça m'est arrivé de se fâcher parce qu'on arrive à rien, ça arrive, mais bon, c'est rare mais ça arrive.* » (M16)

D'autres médecins ont souligné que la peur d'être jugé, rejeté, peut aussi amener de la violence dans la relation car la relation médecin-patient est dissymétrique : « *Je peux comprendre qu'il peut y avoir, pas de l'agressivité, mais un peu de méfiance. Je comprends parce qu'ils savent pas du tout comment on va réagir.* » (M4). En effet, comme on l'a vu dans la partie 3.2.5. Les refus, les patients se sont parfois déjà sentis rejetés ou ont vu leur demande refusée (par manque d'argument ou par manque de lien ou de connaissance entre médecin et patient). Ils ont donc peur que cela se reproduise.

Les problèmes de compréhension et d'agressivité peuvent venir d'une histoire traumatique antérieure, d'une souffrance qui persiste : « *Cette demande, je ne sais pas si c'est la souffrance qui fait qu'ils soient comme ça. Moi, je pense qu'à partir du moment où il y a une souffrance, ils veulent... ils ont plus de demande, c'est... une demande exagérée. Ou alors c'est par rapport au caractère, je ne sais pas. C'est vrai que... ils ont eu... d'après ce que disent les patients, ils ont subi des choses, c'est très difficile à oublier. Après, ça dépend du comportement de chacun, il y en*

*a qui ont vécu ça, qui se comportent différemment, d'autres qui sont plus... dans l'agressivité... la colère. » (M20)*

*« Les gens qui souffrent peuvent être plus violents, ou s'il y a de l'attente. Ou s'ils arrivent pas à la bonne heure parce qu'ils n'ont pas bien compris le rendez-vous, [et qu'] on leur dit de revenir. » (M4)*

*« [Il faut] penser avec eux à des choses qu'ils ont laissé de côté, des traumatismes psychiques, des choses comme ça, qu'il faut mettre en évidence plus que chez d'autres populations. Mais ça, on ne fait pas tout d'un coup, pour faire cela, il faut arriver qu'ils aient la confiance de revenir, de parler, etc quoi. Il faut être patient peut-être plus qu'avec d'autres. » (M1)*

### **3.4.3.3. Les solutions des médecins face à la barrière culturelle**

Les médecins doivent trouver leurs propres solutions car *« le médiateur culturel, c'est une espèce inexistante à Lyon, il y en a quelques-uns à Paris, et quelques-uns à Grenoble. À Paris, ils dépendent de je ne sais plus quel hôpital, c'est l'équipe de Tobi Nathan. » (M1)*

Le fait de prendre le temps d'expliquer les choses, sans jugement et dans l'intérêt du patient, peut aider dans ces situations : *« En général, même les gens qui sont en difficultés, qui sont un peu agressifs, ça m'est arrivé une fois ou deux, ça se désamorce relativement vite, en leur disant que c'est pour eux, que si on les re-convoque c'est qu'on veut bien les voir, et que c'est justement pour avoir vraiment le temps de bien les voir, et voilà. » (M4)*

L'humour peut également désamorcer certaines situations : *« Je me rappelle une dame qui était un peu agressive au début, puis on plaisante et ça va mieux. » (M4)*

Le médecin peut faire appel à des collègues : *« J'envoyais à des femmes, au lieu de dire : « Oh non, ici, c'est comme ça que ça se passe ! », j'envoyais à des médecins femmes, et je me décarcassais pour leur trouver un... une femme qui puisse les examiner. Mais ça, c'est absolument nul comme attitude de médecin, il faut dire : « Non, ici, on est en France, les femmes et les hommes pratiquent la médecine et c'est l'égalité », terminé, « Si ça ne vous plaît pas, pas la peine de venir ! » » (M22)*

Le fait de poser les conditions dès le début de la consultation permet à des médecins d'éviter les problèmes de compréhension ensuite : « *Oui, en général, ça se passe très bien, parce que je le dis dès le début. Les patients n'adhèrent pas, et ben, ils sont libres de ne pas rester avec moi. Il n'y a pas de souci, il n'y a pas de problème, mais je ne peux pas prescrire sans voir, c'est pas possible.* » (M17)

Les médecins s'adaptent aux patients : « *Non, parce que je m'adapte, on voit vraiment comment les choses sont faites, de toute façon, quand on veut vraiment annoncer quelque chose, on tâte un petit peu les gens pour savoir un peu. [...]Voilà, chacun le vit différemment, c'est très bien, ça fait partie du boulot de médecine générale de gérer un peut tout ça, voilà !* » (M15)

« *Ça il faut juste gérer son propre... euh... ses propres émotions, faut savoir faire. Moi, je sais le faire mais je ne le fais pas systématiquement, alors qu'il faudrait que je le fasse systématiquement tout le temps.* » (M20)

La différence culturelle peut être enrichissante : « *C'est enrichissant de travailler différemment et de voir la perception de chaque maladie suivant chaque culture. Moi, je suis à moitié Vietnamiens, et je sais qu'eux ils ne prennent pas la vie de la même façon que les Européens, qui n'ont pas la même façon d'appréhender la vie que d'autres.* » (M17)

« *Il faut aller faire de l'ethno-psy, il y a des trucs super, et en fonction du sujet que vous avez en face de vous, la douleur elle n'est pas au même endroit, c'est quand même assez extraordinaire ! Géographiquement, on n'est pas très différent, et le sens de migration des douleurs n'est plus la même...* » (M10).

## Cadre de synthèse 6 : La barrière culturelle

La barrière socioculturelle entrave parfois une bonne compréhension entre le médecin et le patient. Elle peut nuire au diagnostic, à l'observance, ou encore être source de jugements négatifs de la part des médecins sur les personnes en grande précarité, ou source de violence de la part des médecins envers les médecins. Mais la plupart des médecins, faute de médiateurs culturels, savent surmonter la barrière culturelle, grâce à leur expérience, leur patience, l'humour, l'envoi à des collègues. La différence culturelle peut même être enrichissante pour le médecin, de même que le seraient des formations en ethno-psychiatrie.

### 3.4.4. Les difficultés sociales et administratives

#### 3.4.4.1. L'absence de CMU

Des personnes peuvent être en situation de précarité voire de grande précarité et ne pas avoir droit à la CMU :

*« Et non, elles n'y ont pas droit, si elles travaillent, elles sont juste au-dessus. Il faut gagner moins de 600 euros, je crois, les seuils de CMU. Si vous gagnez 1200, vous êtes juste au-dessus du SMIC, vous n'avez droit à rien. Et ces personnes-là, elles ont droit à rien. » (M21).*

Ou bien elles ne l'ont pas demandé :

*« Les gens qui sont très âgés, ils n'ont pas la CMU, ceux-là bizarrement même s'ils n'ont pas beaucoup de revenus, je ne sais pas... » (M13)*

*« Moi il m'est arrivé de voir – pas ici, mais ailleurs – des paysans qui avaient bossé toute leur vie, [...] dans un dénuement terrible, et ils ne demandent rien. [...] Il faut voir comment ils vivent, hein, ils ne savent même pas que la CMU existe. » (M11)*

*« Ils ne savent pas quel papier a été fait, ce dont ils bénéficient ou pas. [...] Quand on les envoie à la CPAM, il faut déjà... Tout est compliqué, tout prend du temps. » (M4)*

*« Combien de fois on nous dit : « Mais c'est à eux de se prendre en charge ! À eux de faire les papiers ! » Mais, en fait, pris dans les difficultés du quotidien, ils ont cinquante mille choses à penser, que le dossier de CMU, c'est compliqué ça pour eux. Et ça, pour les administratifs, si on leur re-explique pas, si on leur démontre pas par A+B ou par des exemples, eh bien, c'est compliqué. » (M6)*

L'isolement peut aggraver les difficultés à faire valoir ses droits :

*« Je ne sais jamais pas trop vers qui les orienter, ben, je leur dis de peut-être passer par la mairie, par les services sociaux, l'assistante sociale. [...] Mais surtout des gens âgés, moi je trouve, qui ont vraiment du mal, qui sont perdus, qu'il y a personne pour les aider, qui ont pas de famille pour les aider. » (M14)*

À l'inverse, le fait d'acquérir la CMU permet un meilleur accès aux soins :

*« Les gens que je vois, ce sont plutôt des migrants, ça a tendance à aller un peu mieux. Ils arrivent à avoir la CMU donc c'est un grand pas sur le plan social, après ils peuvent accéder aux soins. » (M5)*

Alors qu'ils aimeraient consacrer leur temps à des motifs médicaux, les médecins passent du temps sur des problèmes sociaux ou administratifs, tels que des certificats de demande de logement adapté à leur handicap, des dossiers d'Allocation Adulte Handicapé ou d'Aide Personnalisée à l'Autonomie :

*« Ce que j'ai remarqué sur ces populations-là, c'est que souvent je remplis des dossiers, ils me demandent des certificats... euh... pour essayer de se sortir... euh... de cette situation... [...] pour qu'ils changent de logement, par exemple. C'est plus fréquent, il y a plus de personnes handicapées aussi. » (M9)*

*« Ben, j'essaie d'optimiser leurs droits, déjà parce qu'il y en a qui sont pas au courant de leurs droits, des gens qui devraient avoir leur CMU... » (M18)*

#### **3.4.4.2. Les difficultés de l'AME**

Les dispositifs de tiers-payants, comme l'AME (Aide Médicale d'État), peuvent être une difficulté administrative supplémentaire pour les médecins :

*« L'AME, par exemple, pour nous, professionnels de santé, c'est moins facile, parce que c'est des papiers à faire, ça marche pas avec la carte vitale, et donc je pense, rien que ça, ben, pour des gens qui ont pas l'habitude ou qui, voilà, et ben, ça peut être une réticence, quoi ! » (M6)*

*« Moi, ce qui me posait problème, c'est surtout l'AME, car à l'époque c'était compliqué, je n'avais pas beaucoup de gens avec l'AME, mais ça me posait toujours des difficultés de paiement, des choses comme ça. La CMU, c'est très bien, ça marche super bien. » (M22)*

#### **3.4.4.3. Le remboursement des honoraires**

Les médecins généralistes en secteur 2 acceptent de n'être payé que 23 euros au lieu de leur honoraire habituel pour l'AME et la CMU (M3, M7), et ont parfois des difficultés à être payés du tiers-payant par la sécurité sociale, tout comme les médecins généralistes en secteur 1 :

*« Oui à 23 euros, oui, oui, tout à fait. Et puis même, je vais vous dire, on a pas mal d'impayés dans ces cas-là, parce que le numéro d'Aide Médicale d'État, c'est très compliqué, c'est pas le même... Ils ont chacun un numéro mais la sécu n'enregistre par exemple que le numéro du chef de famille, ce qui fait par exemple c'est 7 ou 8, 7 c'est les hommes, 8 c'est les femmes. Souvent j'envoie des feuilles et ça me revient impayé. Et puis il y a aussi parfois des gens, c'est la caisse de Bordeaux parce qu'ils étaient à Bordeaux avant, ou ils étaient à la caisse de*

*Tours, [et] quand j'envoie à la sécu de Lyon, et ben ça me renvoie... ils ne connaissent pas. » (M16)*

*« On a des difficultés avec le tiers-payant, ce qu'il y a, c'est que moi, j'ai une méthode assez radicale, si la sécu ne me paye pas, je les menace... avec la commission de recours amiable. Je vous dis, franchement, le problème du tiers-payant, c'est que, à mon avis, les médecins ne connaissent pas leurs droits, ... ne connaissent pas le droit de façon général, et je vous donne un avis très personnel : la sécu, d'après moi, en profite. Dès que vous montrez les crocs, pour parler vulgairement, là, ils vous paient tout de suite. » (M9)*

### Cadre de synthèse 7 : Les difficultés sociales et administratives

Les difficultés administratives rapportées par les médecins concernent les certificats médicaux pour handicap, et l'acquisition de la CMU, rendue difficile par l'isolement des patients et le manque de connaissance de leurs droits.

Les médecins sont globalement satisfaits du tiers-payant avec la CMU, même si certains ne sont payés que 23 euros au lieu de leur tarif habituel en secteur 2. En revanche, le fait de faire des feuilles de soins et le paiement aléatoire des caisses de sécurité sociale avec l'AME rebutent les médecins.

### 3.4.5. Les difficultés spécifiques à la médecine générale

La médecine générale est une spécialité particulière où le médecin réalise une prise en charge globale du patient incluant la prévention, l'orientation vers d'autres spécialistes, l'observance des traitements (même de ceux qu'il n'a pas prescrits), et le suivi des pathologies chroniques.

#### 3.3.5.1. La prévention

Les patients sont parfois peu enclins à écouter les conseils de prévention :

*« C'est surtout au niveau alimentaire. Parce que des fois, j'explique, je leur dis : « Vous pouvez acheter des choses... voilà... pas très chères, mais le strict minimum pour la santé, au lieu d'acheter plein de choses inutiles. » [...] On leur en parle pas, ou ils nous en parlent pas.... Les troubles du sommeil, voilà, ils en parlent jamais...[...] La prévention, c'est pas possible pour les personnes en grande précarité, il y a peu de compréhension possible pour passer des messages. Et puis, on se demande s'ils vont bien comprendre... Déjà, c'est difficile pour tout le monde, la prévention, c'est pas évident » (M20)*

*« Après, il faut qu'ils écoutent, ça c'est autre chose » (M3)*

Cette difficulté est peut-être liée à un problème socio-culturel et surtout à leurs conditions de vie :

*« Avec eux, on peut difficilement le faire, et je comprends que ce soit difficile pour eux, ils ne fonctionnent pas comme ça. Et, c'est certainement pas facile de s'occuper de son sommeil quand on ne sait pas où on va dormir non plus... On sent bien que des fois, on peut leur donner des petites idées, et puis ça va pas tellement plus loin. » (M7)*

*« Parce que ces gens-là, quand ils sont malades, ils viennent vous voir, et quand ils sont pas malades, ils viennent pas vous voir pour la prévention... C'est difficile pour faire de la prévention, pour la grossesse, pour les soins dentaires, quand ils ont un abcès gros comme ça, ils viennent vous voir, c'est trop tard, il n'y a pas de prévention. » (M21)*

*« Il y a une misère culturelle, il y a le besoin d'apprendre le B-A-BA de l'hygiène, des choses comme ça. Après il y a la scolarité qui est quand même compliquée pour... euh... des gens en grande précarité. Il y a des enfants qui ne vont pas à l'école, qui viennent ici pour traduire pour leurs parents. » (M6)*

### 3.4.5.2. Le suivi et l'observance

Pour les médecins, la prise en charge adaptée peut être difficile à évaluer, car le contexte est très loin des conditions de vie habituelles, par exemple celui d'un squat de logements inhabités, avec des affaires à cacher ou à enlever pour éviter les vols, et peut-être des animaux à garder : « *Il avait peut-être un chien, ou je ne sais pas... auquel je n'ai sûrement pas pensé. Donc il avait un squat dans lequel il fallait qu'il range des affaires ou qu'il ne pouvait pas laisser. C'est vrai que ce n'est pas quelque chose qui m'a... Je n'ai sûrement pas assez évalué la situation dans laquelle il était. Et je l'ai pris en charge comme... quelqu'un qui ferme la porte de chez lui et qui... [....] Ils sont dans une réalité qui est... que j'ai du mal à.... J'ai aussi un couple de retraités d'origine algérienne qui vivent avec une petite fille de 6 ans dans les parcs dans Lyon, qui ont demandé l'asile politique qui leur a été refusé, donc ils sont en situation irrégulière. Et euh... J'ai beaucoup de mal à évaluer le... les conditions dans lesquelles ils vivent avec une enfant de 6 ans. Ils sont tous les 2 diabétiques insulinodépendants, ils vivent dans des parcs.* » (M8)

Un médecin ne connaissait pas l'existence de la PASS pour la prise en charge des personnes sans couverture maladie, surtout en cas d'urgence, comme dans l'exemple ci-après, et ne savait donc pas quelle prise en charge effectuer : « *L'autre jour, j'ai vu une femme qui n'avait même pas l'AME, qui avait des métrorragies. Je l'ai envoyée en chirurgie. Elle était enceinte, mais elle avait fait des manœuvres abortives certainement. C'était une Africaine qui n'avait même pas d'assurance sociale, même pas d'AME, alors ça c'est de la grande précarité. [...] Elle venait d'arriver en France, certainement [...] elle n'a pas les moyens de s'en sortir... [...] Elle est revenue chez moi et je lui ai refait une lettre pour Lyon Sud. Cette fois-ci, j'ai téléphoné avant, j'ai expliqué. [...] Elle [la secrétaire] m'a dit : « Envoyez-la avec une lettre » et là, j'ai pas encore de réponse.* » (M23)

« *On sait qu'il y aura rien derrière, ou pas grand-chose, donc très vite on passera la main à une institution. On est limité, on téléphone, il y a une radio là, un avis... Et puis, c'est aussi la compliance, la compréhension, même s'il n'y a pas de barrière linguistique, c'est fait ou pas fait. La prise en charge aussi, c'est un vrai coaching, parce qu'il y a un laisser-aller absolu, ils ne se prennent pas en charge, ils sont... Tout est toujours plus extrême, plus sévère chez eux. [...] Oui, j'en ai vu un il y a quinze jours, une neuropathie... Ils viennent quand... voilà. Et puis derrière, on ne sait pas si ce sera bien exécuté ou pas. Même... ça, c'est la grande précarité... Mais les gens, il y a tout une classe de gens qui sont un petit peu... qui sont intégrés, qui sont insérés, mais qui sont un peu limites ; on sent bien qu'ils prennent, ben, les asthmatiques, les diabétiques, ils prennent,*

*ils prennent pas, chaque fois, il faut revenir, il faut faire gaffe, c'est des gens qui ont la carte d'identité française, qui ont un logement, qui ont à manger, qui ont des petits boulots par ci, par là, il y a une précarité française insérée, vous faites avec chacun, vous les motivez mais... On ne peut être plus royaliste que le roi, vous comprenez... » (M18)*

Quelques médecins connaissent cependant les PASS des hôpitaux : *« Le PASS normalement ça doit fonctionner, alors je leur explique, ils sont assez étonnés parce que c'est assez méconnu... en même temps, c'est déjà pas facile de le connaître quand on est là, et alors quand on est étranger, pourtant c'est pour eux, comment voulez-vous qu'ils sachent que ça existe ? » (M24 et M10)*

Le suivi peut être aléatoire alors que les médecins aimeraient pouvoir faire un suivi régulier, instaurer une confiance réciproque : *« Sinon, le suivi est difficile. Certaines fois je les vois, souvent je leur demande de revenir, parfois je ne les vois plus pendant un certain moment, et puis après ils reviennent pour autre chose. » (M20)*

*« Je veux dire, ils ne restent pas des années et des années dans le foyer non plus, donc on les voit sur une période de leur vie, mais on ne fait pas un suivi. » (M14)*

*« Depuis mes trente ans d'installation, j'en ai déjà vu des gens comme ça, et c'est le problème du suivi. J'en ai l'expérience mais je ne saurais pas exactement te dire comment, c'est-à-dire que je me suis impliqué, etc. et ils ont disparu ou ils ne sont jamais revenus. » (M2)*

*« C'est un peu les fidéliser quelque part. Je ne sais pas d'où ça vient, mais quelque part, la précarité ça fait souvent aussi un peu l'instabilité des fois. Ce sont des gens qui n'ont pas forcément de vie fixe. [...] Des fois, ils se dispersent un peu à ce niveau-là. [...] Bon, ne pas leur faire peser trop le poids de la médecine classique sur le dos tout de suite, mais peu à peu, essayer de commencer par certaines choses, et puis après élargir, mais il faut y aller doucement. Après, il y a une histoire de confiance, il faut déjà essayer d'établir une confiance, pour après arriver à faire des choses, à penser avec eux à des choses qu'ils ont laissé de côté, des traumatismes psychiques, des choses comme ça, qu'il faut mettre en évidence plus que dans d'autres populations. Mais ça, on ne le fait pas tout d'un coup. Pour faire cela, il faut arriver qu'ils aient la confiance de revenir, de parler, etc, quoi. Il faut être patient, peut-être plus qu'avec d'autres. » (M12)*

Des médecins ont ainsi réussi à instaurer un lien avec ces personnes qui continuent à les voir même si elles ont déménagé ou ne sont plus dans le foyer du quartier (M5). Ces personnes traversent alors Lyon pour venir en consultation, toujours dans le même cabinet(M1) : « *Des gens qui étaient des étrangers, qui ont commencé à consulter ici, [...] qui n'habitent plus forcément le quartier mais qui continuent à venir ici, voilà. Moi, je n'ai pas de réticences à ça.* » (M9)

Certains médecins rapportent des difficultés à cadrer ces patients, qui nécessiteraient une éducation : « *Ceux-là, si on veut les faire rentrer dans un cadre, c'est-à-dire la consultation, faut aller en pharmacie prendre les médicaments, ensuite faut faire les soins... C'est un cheminement social qu'ils n'ont peut-être plus donc faut travailler là-dessus.* » (M15).

### **3.4.5.3. Les pathologies nombreuses**

Les médecins rapportent assez souvent que les personnes en situation de grande précarité ont de nombreuses pathologies, souvent plus sévères :

« *Le SDF, la grande précarité qui a un calendrier de pathologie comme ça et qui en plus parle pas français mais roumain.* » (M10)

« *Souvent, ils ont des polyopathologies, et puis souvent, ils comprennent pas quand on leur dit : « Ben ça, on verra la prochaine fois ». Ils ont l'impression que c'est juste pour faire une consultation de plus, alors que nous, c'est pas pour ça, on a atteint entre guillemets « ce qu'on peut faire » en une consultation. On ne peut pas tout faire en une consultation. On a hiérarchisé les problèmes, et ça, ça peut attendre la prochaine fois. Et ça, ils ont du mal à l'entendre, et puis faut expliquer plus longtemps.* » (M17)

« *Il y a souvent de multiples problèmes, c'est beaucoup moins ciblé qu'une personne qui a pas de soucis socio-économiques où là il n'y a qu'un problème médical et là c'est plus simple pour nous.* » (M4)

Un médecin, qui a de l'intérêt et de l'admiration pour ces patients qui affrontent tant de difficultés, relativise aussi avec humour : « *Du coup, ça nous détend d'aller voir des étrangers avec tous leurs malheurs, voilà ! Ils ont un tas de trucs à la fois, c'est ça qui est lourd aussi... C'est rare qu'ils viennent pour une seule chose [...] Finalement, on s'aperçoit... ils ont des problèmes plus importants.* » (M24)

## Cadre de synthèse 8 : Les difficultés sociales et administratives

Certains médecins estiment que ces patients en grande précarité n'ont pas les bases de l'hygiène et de la prévention des maladies, du fait d'un manque d'éducation, et qu'ils écoutent peu leurs conseils. À l'inverse, les médecins posent rarement des questions sur l'hygiène et les conditions de vie de leurs patients. Les représentations de la maladie ne sont pas abordées non plus et les patients peuvent considérer comme abusif le fait de revenir en consultation.

Du fait des conditions de vie et du niveau culturel de leurs patients, certains médecins se rendent compte de leurs difficultés à appliquer leurs conseils, à venir en consultation pour un suivi de qualité et à prendre leurs traitements *ad hoc*.

### 3.4.6. Le problème du temps

Les personnes en grande précarité peuvent accumuler les difficultés décrites ci-dessus : la consultation risque alors d'être plus longue, malgré une activité libérale payée à l'acte et non au temps passé avec le patient.

#### 3.4.6.1. Les réactions des médecins face aux problèmes du temps

Les médecins ont des réactions diverses face au temps supplémentaire que demandent les personnes en grande précarité.

Certains s'en accommodent :

« *C'est pas difficile d'aider, il suffit de prendre le temps.* » (M22)

« *Oui, après, cela prend plus de temps. Après, chaque médecin a sa conception du travail. Moi, je me vois mal gérer quelqu'un ou mal le soigner sous prétexte... je vous parle sans langue de bois parce que ça existe, de toute façon... sous prétexte qu'il est étranger et que ça va prendre plus de temps... voilà.* » (M9)

D'autres se sentent trop surchargés. Ils n'ont plus de périodes de « creux » dans l'année, car la demande est importante du fait du manque de médecins et d'une clientèle importante : « *On est un peu sous pression toute l'année.* » (M14)

« *Si on avait une heure par patient, ce serait drôlement bien, mais déjà les autres patients, ils râleraient car il y a pas de place.* » (M4)

#### 3.4.6.2. Prendre plus de temps

##### • Lors de la consultation

Les médecins vont donner plus d'explications aux personnes en grande précarité :

Un médecin remarque que ces patients ont un manque « *de culture, de connaissance médicale, de l'ovulation... Je ne sais pas, j'ai dû passer une heure à leur expliquer le cycle, et au final, je ne suis même pas sûr qu'ils aient... euh...* » (M8)

« *Il faut vraiment expliquer plusieurs fois.* » (M20)

Pour certains médecins, ce sont surtout les premières consultations qui sont longues, pour avoir un dossier médical complet, surtout avec les migrants ou demandeurs d'asile :

« Ben, disons que les premières consultations, oui, parce qu' il faut souvent refaire le parcours des gens. [...] On essaye d'être le plus complet possible, voilà, dégager des examens complémentaires qu'il faut. Moi, je n'ai pas l'impression que ça soit plus compliqué quoi... » (M12)

« Forcément, c'est des consultations qui sont hyper longues, bon, ben, voilà, faire tous les antécédents, essayer de comprendre, ouvrir un dossier, euh... essayer de recueillir... car ils ont déjà eu une consultation hospitalière en général. » (M16)

« Comme vous le voyez, c'est un peu plus lourd d'avoir des gens comme ça. S'il y a un travailleur social qui vient, ça va prendre plus de temps... C'est... il y a des gens qui reprennent vie aux soins, qui n'ont pas vu de médecin depuis longtemps, il y a des dossiers énormes, il faut traduire. » (M24)

« C'est des entretiens qui durent longtemps, qui sont extrêmement douloureux. » (M1)

Certains médecins s'accommodent des difficultés d'organisation que cela entraîne :

« En moyenne, je prends un rendez-vous toutes les vingt minutes, mais bon, ces consultations-là, je prévois 20 minutes, mais ça prend 35-40 minutes, mais bon, ça décale un peu les suivantes, et ensuite je me rattrape sur les consultations d'allergie, je compense, je regarde pas. » (M16)

« C'est toujours compliqué, en fait dans toutes nos journées on a des consultations qui sont plus longues que d'autres. » (M5)

#### • Autour de la consultation

Les médecins vont aussi prendre plus de temps pour la prise en charge globale. Par exemple, ils vont appeler pour les rendez-vous chez les spécialistes, expliquer sur un plan comment s'y rendre (M13, M17, M26).

« Ils sont passés peut être dix fois entre les consultations sans prendre rendez-vous, sans... toujours avec des trucs hyper compliqués. [...] Même après la consultation, il faut rappeler les assistantes sociales. » (M8)

### 3.4.6.3. Mettre des limites

#### • À la teneur de la consultation

D'autres médecins limitent leurs consultations à quelques motifs ou aux problèmes somatiques :

*« En fait, je veux dire, c'est difficile, c'est pas les mêmes... c'est pas les mêmes cultures, c'est pas les mêmes habitudes, c'est pas les mêmes trucs. Donc déjà avec nos patients habituels, avec les patients qu'on connaît, c'est pas... euh... c'est pas simple non plus, donc en plus avec des étrangers, on sait pas ce qu'ils ont vécu, on ne sait pas... Et franchement, nous, en médecine générale, on a pas le temps d'aller... Moi je peux pas passer une heure ou deux heures avec quelqu'un et lui demander ce qu'il a vécu, et tout ça, vous voyez ? » (M25)*

#### • À la durée de la consultation

La durée d'une consultation peut parfois être un peu plus longue avec un patient en grande précarité, mais dans une certaine limite, car autrement cela pourrait entraîner des problèmes d'organisation pour le médecin :

*« Peut-être que cela me prendra du temps, plus de temps que pour quelqu'un d'autre, mais ce n'est pas gênant. [...] Vingt à trente minutes, mais après, peut-être que cela durera encore plus longtemps. Ce serait embêtant. » (M2).*

*« Si on a 5 patients dans l'après-midi qui parlent pas français, qu'il faut traduire, pour les autres c'est pas gérable. Ou alors il faut prévoir des plages plus longues. On ne peut pas tellement prévoir les plages, on ne sait pas comment ils viennent, et la secrétaire ne le sait pas non plus, elle ne va pas bloquer 2 rendez-vous parce que tel patient c'est plus compliqué. C'est ça aussi qui limite au niveau du libéral, l'accueil... » (M5).*

### 3.4.6.4. Et trouver des solutions au problème de temps

Alors, les médecins les font revenir pour traiter les problèmes un à un et moins perdre de temps :

*« Par contre, ils viennent facilement... comme ils ont du temps. [...] On les fait revenir un peu plus souvent mais ça c'est nous qui le leur demandons, parce que... parce que sinon, ce ne serait pas possible, ça pourrait prendre 3h, enfin voilà... On pallie... Et de par la lourdeur de la consultation, l'impossibilité de faire ce qu'on fait avec une autre personne qui parle bien français, en quinze minutes... » (M13)*

« C'est pas une urgence, [...] c'est pas en une consultation qu'on va régler tous leurs problèmes. « Vous viendrez toutes les semaines, on réglera un point par un point », et bon, le temps n'est pas un si grave problème que ça. [...] Et au bout d'une demi-heure, on n'est plus à l'écoute. » (M4)

« Eh bien, je fractionne. [...] Parfois je dis « Stop, vous revenez. » (M13)

« « Aujourd'hui vous voulez qu'on s'occupe de quoi ? » Il y a des formulations et des formations pour ça. » (M3)

D'autres médecins estiment que la prise en charge de cette population serait facilitée par une cotation à l'acte adéquate ou une autre rémunération du médecin :

« Non, je pense que ça vaudrait le coup, en libéral aussi, d'avoir un... une cotation... je vois qu'on a une cotation spéciale pour les ALD ou pour les enfants. Quand je vois un enfant de 2 à 6 ans, cela me prend 3 fois moins de temps qu'une personne en grande précarité, quoi. [...] C'est un des gros problèmes de la médecine libérale, la cotation à l'acte. » (M8)

« Eh puis, nous, il faut qu'on gagne notre vie, on ne peut pas rester une heure par patient... Mais c'est vrai que si on avait tout le temps pour nous, ça changerait pas mal de choses. » (M4)

« C'est pas rentable parce que c'est très chronophage » (M18)

« On a pas les moyens. » (M9).

### Cadre de synthèse 9 : Le problème du temps

Les difficultés qu'accumulent les personnes en grande précarité demandent souvent plus de temps aux médecins. Certains s'en accommodent (surtout lors de la première consultation), prenant le temps d'expliquer, de décaler les patients suivants, d'appeler les spécialistes. D'autres en revanche se sentent surchargés par une clientèle importante, et préfèrent limiter la consultation à quelques motifs et/ou à une durée maximale : ils font alors revenir leurs patients. Quelques médecins demandent une cotation à l'acte adéquate ou une autre rémunération pour mieux prendre en charge cette population spécifique.

### 3.4.7. Les difficultés financières

L'absence de couverture par une complémentaire santé pose problème pour l'accès aux soins, pour les personnes âgées ou celles ayant des difficultés financières, selon les médecins interrogés (M4, M6, M9).

Les médecins en tiennent compte le plus souvent et adaptent leur prise en charge : *« Je vais faire attention aux prises de sang, et à tout examen que je vais demander, pour savoir si c'est remboursé, pour savoir, voilà, s'il va pouvoir payer et s'il va pouvoir y aller en pratique... parce qu'on voit... plein d'ordonnances qui ont été faites, et les gens vont pas. [...] Les gens qui n'ont pas de mutuelle et qui nous demandent de raccourcir les prises de sang, c'est fréquent, ou qui attendent d'avoir la CMU pour faire les prises de sang, c'est pareil. »* (M6)

Les médecins vont alors proposer plus facilement un tiers-payant partiel :

*« J'en ai qui consultent pas assez parce que pour eux, c'est compliqué [...] qu'ils paient seulement la part complémentaire, les 6,90. »* (M13)

Ou bien les médecins proposent un tiers-payant complet, en s'aidant des dispositifs de prise en charge à 100%, comme les Affections Longue Durée avec exonération du ticket modérateur : *« Souvent je passe par les 100 % quand il y a une opportunité, pour leur faire bénéficier du tiers-payant, voilà, c'est un pis-aller. »* (M13)

*« Le rapport à l'argent veut dire qu'on peut différer un paiement, qu'on peut essayer de faire le plus possible du tiers-payant, et de toute façon, après, on est payé par la sécurité sociale, très bien. »* (M6)

Il est aussi possible de différer l'encaissement du chèque (M13). Il leur arrive aussi de faire, à contre-cœur, des actes gratuits lorsque la sécurité sociale ne rembourse pas le tiers-payant (M24, M14, M26) : *« Non, mais là, c'est simple, c'est de ma poche ou c'est de ma poche, et sans retour. »* (M16)

Les médecins rappellent qu'il est important quand même de gagner sa vie : *« J'en fais de temps en temps, mais il faut pas je monte en puissance dans des soins médicaux gratuits, parce que c'est pas viable dans une structure libérale. [...] Du soin gratuit, j'en donne aussi, mais faut pas faire que ça, sinon vous allez vous asphyxier, le problème c'est l'entreprise qui est fragile, la médecine générale. »* (M18)

## Cadre de synthèse 10 : Les difficultés financières

Les personnes en grande précarité ont des difficultés financières auxquelles certains médecins essaient de s'adapter : ils réduisent les prises de sang, essaient de faire le plus possible de tiers-payant, diffèrent l'encaissement des chèques ou encore font des actes gratuits. Mais ils rappellent la nécessité de gagner leur vie, particulièrement dans une structure libérale.

## **3.5. L'accès aux soins secondaires**

### **3.5.1. Les spécialistes d'organes**

#### **3.5.1.1. Les avis des médecins généralistes sur les spécialistes**

Les médecins interrogés considèrent que tous les médecins doivent accepter les patients ayant la CMU. Certains médecins envoient les patients ayant la CMU aux spécialistes de ville, même en secteur 2 qui ont des dépassements :

*« Eh bien, je le fais de manière amusée... Je sais que... les spécialistes ne doivent pas m'aimer. Donc les dépassements, il y en aura pas. Des fois, ils sont pas contents, ils disent : « Ouais, les CMU... ils ont pas leurs papiers » [...] Mais, souvent, la grande précarité, il y a quand même des travailleurs sociaux auprès d'eux, et donc, ils viennent avec... » (M24)*

*« Ils peuvent se faire soigner partout... vous savez, le refus de la CMU, c'est un délit pénal ! C'est pénal ! Ça veut dire que le confrère qui fait ça peut ressortir avec des menottes ! Il y en a qui ne le savent pas mais il faudrait que ce soit dit. [...] Alors il m'a dit : « Pas de problème, tant que vous m'en envoyez pas dix par jour ! » (M15)*

*« De toute façon, les spécialistes d'organe à honoraires libres, ils ont la possibilité, si on fait un courrier, de facturer en C2, donc ça double quand même la consultation. À 46 euros au lieu de 60, ça va. » (M2)*

#### **3.5.1.2. Les difficultés rencontrées avec les spécialistes**

Cependant, certains médecins (M6, M12, M17) rapportent que l'accès aux soins secondaires, aux spécialistes d'organe, est plus difficile :

*« L'accès aux examens complémentaires ou euh... à de la médecine spécialisée, c'est parfois plus compliqué, en dehors de l'urgence, où là oui il n'y a pas de problème. » (M12)*

*« Voilà, l'argent pour payer les dépassements d'honoraires. Après, cela ne doit pas concerner les gens qui ont la CMU normalement. Ceci étant, il y a aussi le refus de certains spécialistes pour voir des gens qui ont la CMU, ça existe clairement. » (M13)*

*« J'envoie à la clinique Y, il y a toujours des dépassements d'honoraires, 100 ou 200 euros de plus, donc il y en a qui ne peuvent pas payer, donc les gens repartent de la consultation, et le polype devient cancer... » (M21)*

*« S'ils n'ont pas la CMU, les dépassements sont importants et c'est là qu'on est plutôt embêtés. » (M5)*

Mais cela peut varier suivant les spécialités :

« *Je pense quand même que les spécialistes gastro, ORL, les acceptent.* » (M7)

« *Ça dépend aussi des spécialités.* » (M5)

Les personnes en grande précarité ou ayant la CMU peuvent avoir des délais plus longs avant le rendez-vous :

« *On a quasiment que des secteur 2 qui, euh, ne font pas trop d'efforts dans ce cas-là, alors ils prennent la CMU mais bien souvent, quand le patient annonce qu'il est en CMU à la secrétaire, il a un rendez-vous... un peu loin.* » (M17)

« *Sinon, c'est de l'ordre de 6 mois, 1 an.* » (M21)

### **3.5.1.3. Les amis ou connaissances spécialistes en ville**

Alors, la plupart des médecins envoient préférentiellement leurs patients ayant la CMU à un ami ou à une connaissance spécialiste en ville :

« *Où je sais qu'ils seront reçus.* » (M8)

« *Le cardiologue, je travaille bien avec le centre X, j'ai un collègue de ma promo là-bas. [...] La neurologie, je travaille pas mal avec le Dr X en secteur 2 mais bon...* » (M5)

« *Mais j'ai des correspondants, des gens que je connais, qui ont l'oreille plus ouverte. Il y a ceux qui sont des biomédicaux pur et dur, et il y a ceux qui derrière le biomédical, sont des humains. Alors, tout ça, ça se joue au feeling. Voilà. [...] Et quand on envoie chez les spécialistes, il faut avoir un carnet d'adresses de spécialistes de secteur 1, pour qui le fait de recevoir un précaire qui a l'AME ou la CMU, ce n'est pas un problème.* » (M1)

« *Il faut connaître un réseau de spécialistes.* » (M14)

Dans ce cas, les médecins n'hésitent pas à appeler directement le médecin spécialiste concerné (M1), et à prendre le rendez-vous pour le patient, car « *en général quand c'est le docteur qui appelle pour prendre rendez-vous...* » (M13), cela va nettement mieux et le délai peut être raccourci.

« *Je décroche mon téléphone et j'appelle mes spécialistes en disant : « Voilà, c'est quelqu'un, il a pas d'argent et il vient me voir, et puis voilà... » et la réponse est toujours la même : « Il ou elle sera la bienvenue, il n'y a aucun problème », voilà ! Je travaille avec des gens qui font de la médecine, donc il y a pas de problème, et tous en secteur 2 bien sûr. Et même ceux*

*qui sont pas en grande précarité, qui sont un petit peu justes, quand j'estime qu'ils doivent se faire opérer par quelqu'un de bien, je téléphone, et il y a jamais de dépassements d'honoraires. J'ai des confrères, quand on les connaît bien, et qu'ils savent le pourquoi du comment, il n'y a pas de problème. » (M15)*

*« Je ne les prends pas en charge sans prévenir comme les autres... car je sais que... soit ils n'iront pas, soit ils seront mal reçus, soit on les prendra pas... soit... » (M8)*

Tout comme les médecins généralistes ouverts à certaines pratiques et à certaines populations, les médecins spécialistes reçoivent de plus en plus de patients ayant le même profil :

*« Enfin, c'est pareil avec les spécialistes, quand on en connaît qui sont sympa, même avec ceux qui sont compliqués à gérer, on leur en envoie plus facilement. » (M4)*

*« Elle, je l'appelle directement et elle me dit quel jour ils doivent passer à quel endroit, sinon c'est l'hôpital. » (M17)*

### **3.5.2. L'hôpital public**

Des médecins envoient plus facilement les patients en grande précarité à l'hôpital public plutôt que chez des spécialistes en ville à cause des dépassements d'honoraires (M25, M10, M11, M17, M9) et de leur refus des patients ayant la CMU (M13, M12) :

*« Pour qu'ils ne soient pas rejetés. [...] Mais, là aussi, c'est peut être un cas ou deux par an, ce n'est pas représentatif. » (M7)*

*« Ça sera 100% l'hôpital, clinique pas possible. » (M18)*

*« Globalement, c'est à l'hôpital, c'est jamais autre part, ou alors avec un ou deux correspondants. » (M8)*

*« C'est le même problème [rires] c'est le choix que... souvent, je les envoie à l'hôpital, le rendez-vous est long, mais au moins, c'est sûr qu'ils ont rendez-vous. » (M21)*

Les médecins soulignent qu'à Lyon, le nombre d'hôpitaux publics est suffisant : *« Il y a pas de problèmes. » (M16).*

Cependant, dans les hôpitaux, certains médecins trouvent que le délai avant la consultation peut être tout aussi long voire plus long que chez un spécialiste en ville (M24, M6, M11) : *« Parfois l'hôpital c'est des délais monstrueux, voilà, il faut faire autrement. » (M5)*

Pour certaines spécialités, les consultations privées dans les hôpitaux présentent l'avantage de délais d'attente moins longs mais les dépassements d'honoraires peuvent poser problèmes pour « *ceux qui n'ont pas de mutuelle ou ceux qui ont des mutuelles qui remboursent très peu, eh ben, c'est eux qui sont le plus en difficulté, je pense.* » (M6)

De plus, l'hôpital offre une prise en charge globale avec la possibilité de faire l'ensemble des examens au même endroit : « *S'il y a des examens à faire, il faut qu'il prenne rendez-vous et ça risque d'être compliqué. Par l'hôpital, tout est organisé, ils auront tout sur place. Parfois, quand c'est compliqué, qu'il y a un long bilan à faire, j'envoie plutôt vers des consultations hospitalières.* » (M4)

« *Oh, après, pour ces personnes-là, je pourrais faire des bilans de gériatrie plutôt. On essaie d'organiser en hôpital de jour une prise en charge, ce qui permet de faire un aller-retour dans la journée, ou faire plein de bilans sur l'hôpital juste à côté.* » (M13)

« *En général, quand ce sont des pathologies [tropicales], elles sont souvent dans des stades avancés, ce n'est plus notre domaine.* » (M11)

Il est alors beaucoup plus rare que le médecin appelle pour prendre rendez-vous pour le patient à l'hôpital, mais cela arrive quand même :

« *Je fais une lettre, on fait une lettre, après, tout dépend, s'ils ont... euh... on les envoie plutôt vers l'hôpital public. [...] Je leur dis comment il faut faire. [...] Si je prends moi-même le rendez-vous, [...] c'est parce que psychologiquement ou intellectuellement, j'ai des doutes qu'ils soient capable de le faire.* » (M19)

« *Sinon, c'est à l'hôpital, mais même à l'hôpital, c'est moi qui appelle.* » (M13)

Cependant, rarement, les patients ayant la CMU demandent à voir un spécialiste de ville plutôt qu'à aller à l'hôpital car « *ils en ont gardé un mauvais souvenir, après je ne sais pas.* » (M20)

Enfin, les urgences permettent une prise en charge rapide lorsque la pathologie devient grave et globale et que les problèmes, sociaux, financiers, s'accumulent :

« *Et puis souvent ils sont dans de tels états, il faut que je les adresse à l'hôpital.* » (M8)

« *Pour les gens, si c'est urgent, ils passeront par les urgences, ils se débrouillent.* » (M18)

### 3.5.3. Les CMP

L'accès aux CMP a été abordé par certains médecins interrogés. Parmi eux, les avis divergeaient. Le Centre Médico-Psychologique est un centre de psychiatrie de secteur, recevant en fait la population dans une zone définie et en lien avec un hôpital public de psychiatrie. Ils prennent en charge de préférence les personnes en précarité avec des troubles psychiatriques. Les consultations sont gratuites. Les médecins interrogés (M11, M26) leur envoient donc facilement les personnes en grande précarité *« avec des problèmes d'addiction et en plus d'isolement. »* (M13)

Mais les CMP sont débordés : *« On a quand même de grandes difficultés à avoir des accès à des psychiatres, parce que c'est malheureusement, je pense, une spécialité en grande souffrance. Et du coup, [...] [ils sont] complètement débordés. [...] Et là, c'est pareil, le psy public, le CMP, c'est euh... pff ... super compliqué. »* (M6)

*« Ben, soit ils ont la chance d'avoir un psychiatre au Vinatier – je ne sais pas dans quel cadre, parce qu'elle est passée par la PASS – soit on galère pour qu'ils aient une prise en charge par un CMP, et là... C'est plus que la croix et la bannière... C'est plus que compliqué... Il y a plus qu'un manque de place. C'est vraiment très difficile de faire suivre un patient... »* (M5)

Certains médecins ne connaissaient pas les CMP : *« C'est vrai que c'est compliqué, la prise en charge, à ce niveau-là... Même, je ne sais pas où adresser dans ces cas-là. »* (M9)

*« Aux demandes psychologiques, c'est bien dommage qu'on ne puisse pas répondre »* (M18).

D'autres médecins ne connaissent pas les PASS : *« Mon attente, c'est qu'on puisse les orienter vers une cellule psychologique, sociale ou administrative »* (M23)

## Cadre de synthèse 11 : L'accès aux soins secondaires

Les médecins généralistes sont également confrontés aux difficultés rencontrées par leurs patients à accéder aux soins secondaires. En effet, certains médecins en secteur 2 n'aiment pas recevoir les bénéficiaires de la CMU, et repoussent les rendez-vous et ceux qui n'ont pas de CMUC ne vont pas à ces consultations. Les généralistes peuvent alors faire un courrier au spécialiste pour facturer en C2, mais préfèrent généralement envoyer leurs patients chez des amis ou connaissances qui les recevront bien.

Lorsque les spécialistes de ville repoussent les rendez-vous ou refusent les bénéficiaires de la CMU, ou lorsque les dépassement d'honoraires sont trop importants pour les patients qui ont une faible couverture de complémentaire santé ou qui n'en ont pas, les médecins les envoient à l'hôpital public. Selon les médecins, les principaux avantages résideraient dans la gestion des urgences et dans la prise en charge globale, surtout dans les cas de pathologies nombreuses et de problèmes sociaux surajoutés.

Quant aux patients présentant des troubles psychiatriques, certains médecins les envoient dans les CMP, mais ceux-ci sont souvent débordés. De plus, certains médecins ne connaissent même pas leur existence, pas plus que celle des PASS, et ne savent pas où orienter leurs patients.

## 3.6. Le travail avec les services sociaux et les associations

### 3.6.1. Les services sociaux

#### 3.6.1.1. Les actions des médecins avec les services sociaux

En cas de difficulté sociale reconnue au cours d'une consultation ou d'une visite à domicile, les médecins appellent en premier lieu les assistantes sociales de quartier. Ils leur envoient les personnes en situation de précarité pour mettre en place les aides auxquelles elles ont droit. (M11, M13, M16, M19)

Les médecins (M21, M22) pensent aussi aux assistantes sociales de la sécurité sociale.

Parfois, ils appellent directement les services sociaux (M9, M8, M6, M10, M11, M12, M16), pour aider leurs patients dans des problèmes administratifs : *« J'ai en tête 2 femmes à qui j'ai été moi-même obligé de demander les aides, et la CMU, et les allocations logements et autres, parce qu'elles étaient à la limite de la sortie de la société, et elles ne savaient pas demander ou elles n'osaient pas demander. »* (M15)

Le service social le moins cité a été celui des PASS, qui permettent l'ouverture d'une couverture sociale :

*« On passe par les urgences, on hospitalise et on rebranche [...] le réseau ville-hôpital de l'hôpital. Je bosse aux urgences, à X, il y a un réseau ville-hôpital. Quand je suis embêté, je passe par là. »* (M10)

*« On n'a jamais rempli de dossier de CMU, [...] parce qu'il y en a qui n'en ont pas, mais en général, je les envoie au PASS, j'en profite pour les envoyer à ce qui marche. »* (M24)

En particulier, pour les personnes âgées, il s'agit de mettre en place une aide à domicile avec le passage d'auxiliaires de vie, d'infirmiers :

*« Donc là, on va, à travers les aides, mettre en place des passages pour préparer les médicaments, donner les repas, euh... préparer les piluliers, éventuellement la toilette si c'est nécessaire. On a des sortes d'associations d'infirmières qui sont disponibles pour être présentes assez rapidement. Alors, elles sont payées via les aides sociales qui vont être débloquées par les assistants sociaux. [...] Même avec des mises en places qui sont effectives, on arrive malgré tout à des situations d'échec sur les maintiens à domicile. »* (M13)

*« Ben, on essaie de les maintenir à domicile avec les... l'aide sociale des quartiers ... voilà. »* (M16)

Des médecins paraissent bien renseignés : « *Sur Sainte-Foy, il y a l'Office Fidélien du Troisième Âge qui s'appelle l'OFTA, un organisme... Donc là, il y a une assistante sociale, une infirmière coordinatrice. Et sinon, sur Lyon 5e, c'est le bureau d'aide sociale de Lyon 5e.* » (M16)

Pour les enfants, « *il y a quand même une triangulation entre la médecine scolaire, la médecine de PMI, on peut penser aussi les assistantes sociales. [...] On peut cibler les familles en difficulté, ce qui permet d'avoir une action pluridisciplinaire à leur niveau, quoi ! [...] Après, les maternités, il y a un accompagnement par des puéricultrices à la maison.* » (M12)

### **3.6.1.2. Les relations des médecins avec les services sociaux**

#### **• Positives**

Certains médecins ont des liens étroits avec les services sociaux, et une représentation positive de leur travail :

« *[Au cours] d'une réunion [...] on était tous ensemble avec les assistants sociaux, les curatelles, les infirmières, les auxiliaires. [...] C'était une assistante sociale qui avait appelé, parce que je donne mon numéro de téléphone aux intervenants.* » (M13)

« *Les assistantes sociales changent un peu, mais j'ai bon contact avec elles.* » (M16)

« *J'essaie très vite de les orienter vers les assistantes sociales qui sont beaucoup plus compétentes que moi pour trouver toutes les petites ficelles pour les aider. J'avoue que sur le coin, elles bossent bien, elles arrivent vite à répondre.* » (M17)

« *On a besoin de travailler ensemble, surtout avec des populations comme ça, et eux aspirent aussi à nous rencontrer, parce que, aussi, c'est pas facile le métier d'assistante sociale dans un quartier comme ça.* » (M6)

D'autres médecins (M11 et M16) ressentent moins le besoin de contacter les services sociaux et les associations car leurs patients les connaissent déjà : « *Souvent on contacte les assistantes sociales de la Maison du Rhône. Le premier recours c'est plutôt ça. Après heu... souvent les personnes qui ont l'AME, elles sont déjà un peu dans le circuit.* » (M5)

#### **• Négatives**

Le lien avec les services sociaux n'est pas toujours évident :

« *Le Conseil Général, la mairie, tout ça c'est extrêmement compliqué.* » (M11)

« Je ne sais jamais pas trop vers qui les orienter. Ben, je leur dis de peut-être passer par la mairie, par les services sociaux, l'assistante sociale. [...] Mais [il y a] surtout des gens âgés, moi je trouve, qui ont vraiment du mal, qui sont perdus, qu'il y a personne pour les aider, qui ont pas de famille pour les aider, du coup, euh... c'est plus... » (M14)

De plus, les assistantes sociales sont parfois difficilement joignables :

« Les assistantes sociales, même chose, qui sont là une fois sur 2, qui sont soit en déplacement, soit qui vont arriver ou sur le point d'arriver, enfin bref, injoignables. » (M11)

« Une assistante sociale autrement que de 16 à 17 » (M24)

« On a déjà plein de personnes à rappeler, ça peut être compliqué pour aider les gens, surtout si ça se fait pas sur place, en rendez-vous. On ne peut pas forcément les recontacter, ils n'ont pas forcément de téléphone. » (M4)

Le manque de lien avec les services sociaux laisse les médecins dans l'ignorance de la situation sociale des patients :

« d'où ils viennent, quelles sont leurs attentes, etc... quoi. » (M12)

« Parce que c'est souvent au bout de vingt minutes qu'on voit qu'on ne comprend pas car on ne sait pas quel papier a déjà été fait. [...] Mais c'est valable aussi avec les spécialistes, si on ne fait pas de courrier, qu'on n'explique pas ce qu'on a déjà fait... » (M4)

### **3.6.1.3. Leurs avis sur leur travail avec les services sociaux**

Les avis des médecins sur leur participation à l'aide sociale est divergente.

Certains médecins (M11) considèrent que le social n'est pas du domaine du médecin et ne savent pas d'ailleurs ce qu'il faudrait faire devant la complexité apparente des dispositifs d'accès aux droits sociaux : « Je veux bien faire du social, mais je fais déjà 70 heures par semaine. Je veux bien faire mon B. A. BA social. Je prends la CMU, les ALD. Mon apport est faible. Je ne vois pas ce que je peux leur apporter. Je veux bien les recevoir à mon cabinet. [...] La PASS, j'en ai jamais entendu parler. [...] Il y a une armada de secrétaires, d'assistantes sociales, nous, on est tout seuls. » (M26)

D'autres médecins n'hésitent pas à prendre les choses en main quand il le faut : « J'ai téléphoné aux assistantes sociales pour qu'elles puissent les voir, et il y en a une des deux qui m'a

*répondu : « Je ne peux pas les voir. » [...] Tout le monde n'est pas comme ça, bien entendu. [...] Au téléphone, j'ai eu les Restos du Cœur, et une personne intermédiaire a pu les inscrire dans le réseau du Resto du Cœur, etc., pas de souci particulier. » (M15)*

*« Il a pas de contact avec personne, il faut organiser les choses, on se retrouve à appeler l'assistante sociale, la maison du Rhône, pour savoir s'il y a pas une association, s'il y a pas un traducteur pour l'aider, pour aller à tel endroit... » (M4)*

Le médecin peut aider les gens sans se transformer en assistante sociale, en les aiguillant vers le bon service social : *« Trouver les bonnes... ficelles, pour pouvoir accéder au social, pour savoir par quel biais on peut y accéder, ça c'est bien. » (M17)*

Un médecin aimerait que cette activité soit moins chronophage : *« Peut-être [à cause du] manque de lien avec les différents professionnels, on passe notre temps à joindre la bonne personne, le bon service social, et pourtant on y travaille, ça, nous, mais ça reste compliqué quand même. » (M6)*

La connaissance des travailleurs sociaux, que ce soit par un lien parental (M17) ou par des réunions avec des professionnels du quartier (M6, M5), peut aider le médecin généraliste.

Un médecin comprend que d'autres médecins, faute de connaissance de travailleurs sociaux, refusent la prise en charge des problèmes sociaux des patients : *« Mais je n'aurais pas eu ça, je ne sais pas comment j'aurai fait, mais je pense que par facilité, eh ben, on dit : « Désolé, je ne peux pas... je ne peux pas prendre de rendez-vous. », parce qu'on se sent complètement idiot, on ne sait pas quoi dire, on ne sait pas quoi faire, et... euh... Une fois qu'on est sorti du cadre médical, on ne sait plus comment faire. » (M17)*

Enfin, deux médecins (M11, M16) ont pensé que les assistantes sociales avaient tendance à trop protéger certaines personnes en précarité.

## Cadre de synthèse 12 : Les services sociaux

Certains médecins considèrent que le social n'est pas du domaine du médecin.

Mais la plupart n'hésitent pas à appeler l'assistante sociale du quartier. Pour les personnes âgées isolées nécessitant des soins à domicile, quelques médecins ont des réunions pluridisciplinaires avec infirmiers, curatelle, assistante sociale, etc. De même, quelques médecins rencontrent les travailleurs sociaux de leur quartier, qui concentre des personnes avec un bas niveau socio-économique. Les institutions publiques pouvant aider les personnes ayant des problèmes sociaux ou administratifs, PASS, PMI, Maison du Rhône, sont peu citées.

Certains médecins ont une représentation positive de leur travail avec les assistantes sociales et apprécient leurs compétences, tandis que d'autres se plaignent de leur manque de disponibilité et de retour, ainsi que du temps que cela leur coûte.

## 3.6.2. Les associations humanitaires ou caritatives

### 3.6.2.1. Le travail avec les associations

#### • Par le passé

Certains médecins généralistes ont travaillé avec les associations au cours de l'internat.

Ils gardent parfois des liens : « *On passait par le COMEDE, obligatoirement. [...] En général, ceux qui aimaient, ils restaient tout le temps de leur internat. [...] Il y a des médecins qui y sont restés attachés. [...] Mais je ne les ai pas trouvés sur Lyon.* » (M17)

Mais, souvent, ils ne travaillent plus avec elles, suite à une surcharge de travail, du fait de l'augmentation de l'activité libérale avec le temps :

« *Le bus de Médecins Sans Frontières pour les SDF, il y a... c'est quand je me suis installé, c'était en 1988. Je l'ai fait, je n'en pense que du bien. Place au jeune. [...] J'estime que c'est un truc qu'il faut vraiment faire au début de son activité, parce qu'après, on est dans un rythme qui est trop rapide, je fais 12-13 heures de consultations par jour, je ne peux pas reprendre comme je faisais avant.* » (M10)

« *Je pense que j'ai donné pas mal de chose à Médecins Sans Frontières. J'ai beaucoup de malades qui sont démunis. Je pense qu'il faut que quelqu'un d'autre s'occupe de ça aussi. [...] J'ai des charges à faire, j'ai une maison à faire. J'ai besoin d'argent.* » (M23)

#### • Pour le présent

Le fait d'avoir des connaissances qui travaillent dans des associations ou dans des foyers favorisent chez les médecins (M20 et M25) l'accueil de patients en grande précarité : « *J'avais une amie assistante sociale qui travaillait au Relais, un foyer de Sans-Abris. Une fois, je suis intervenue pour un patient, à sa demande.* » (M5)

D'autres médecins reçoivent des patients venant de foyers, d'associations ou de centres de réfugiés, du fait de leurs connaissances sur la géopolitique ou le parcours des migrants, des Chibanis par exemple (M1 et M10), ou du fait de leur accueil favorable à ce type de patient (M15, M1).

D'autres ont reçu une fois ou deux des patients venant d'associations, puis le « *bouche à oreille* » (M12) a joué : « *Quand ils voient qu'ils ont un accueil, etc., ils ont tendance à venir.*

*Après, c'est du bouche à oreille. Des fois, j'ai vu une personne, et puis après j'ai vu la copine, hein... Ce sont des gens qui sont prêts à traverser Lyon pour voir un médecin, ils ne regardent plus les distances. » (M16)*

Certains connaissent bien la structure qui leur envoie des patients, et font même des visites dans le centre de réfugiés (M16), ou faisaient des visites dans des foyers de sans-abris (M24), ou reçoivent des appels sur leur téléphone portable pour prendre des patients en consultation : *« On travaille régulièrement avec des associations caritatives dans le quartier, parce que... autant ma collègue que moi, il y a des associations qui nous appellent pour qu'on puisse aider des gens qui en ont besoin. Alors, on est coincé, parce qu'on ne prend plus de nouveaux patients. [...] Moi, je leur dis : « Faut me l'emmener, faut me l'emmener ! ». On arrive à s'en sortir comme ça. Les associations, c'est plus difficile, parce qu'il faut les joindre, c'est... quand une association m'appelle, ça ne me pose pas de problème. Je sais pas, j'ai un petit réseau. De toute façon, je suis là, faut que je m'en occupe, personne ne s'en occupera. » (M15)*

D'autres médecins essaient de limiter ce travail avec les associations, pour ne pas avoir tous les patients ayant des difficultés (M24), ou que des patients en grande précarité : *« Mais j'essaie de limiter, parce que sinon tous les foyers, ils viennent... J'ai essayé de le faire une fois, vous savez, l'accueil de Forum des Réfugiés, qui vous envoie des gens, et puis, ils vous en envoient tout le temps. » (M21)*

De même, les réseaux peuvent entraîner une surcharge de travail, par une augmentation des demandes et de la longueur des consultations : *« Donc, les réseaux, maintenant, je m'en méfie, enfin quels qu'ils soient. Pareil, je fais partie du RePop, ma secrétaire peut avoir 15 coups de fil par semaine, c'est des consultations qui prennent 1 heure ». (M8)*

Des médecins (M2, M20) envoient occasionnellement leurs patients en grande précarité vers des associations caritatives.

En général, les médecins ont en fait peu de contacts avec les associations. Ce sont elles qui les contactent occasionnellement : *« Moi, j'ai pas de contact avec eux... Enfin, si, ils m'ont déjà envoyé un ou deux patients justement pour qu'ils aient un médecin traitant, c'est tout. » (M25)*

Des médecins (femmes) peuvent avoir été contactées par des foyers de femmes victimes de violences conjugales :

« Indirectement oui, il y en a une qui, de temps en temps, m'envoie quelques patients, euh... voilà, pour des mères qui ont quitté leur dom... qui sont maltraitées, qui sont dans des foyers pour violence conjugale, un petit peu. » (M19)

« Il m'ait arrivé d'avoir été contacté par des associations qui vont aider les femmes battues, ou les réfugiés... » (M4).

Certains n'ont été contactés que très ponctuellement par les associations (M2), d'autres jamais : « En tout cas, sur la Croix-Rousse, je n'ai jamais eu de patients adressés par Médecins du Monde, non, non, pas sur la Croix-Rousse. » (M17)

« J'ai pas attendu qu'on me les envoie pour les voir, hein. » (M11)

D'autres peuvent avoir l'impression de ne pas avoir le choix de travailler avec les associations : « Il y a les sans-abris, qui nous en envoient, voilà. Après, quand on doit les joindre, on les joint. Moi, le Forum des Réfugiés, je les appelle pas. Et non, de toute façon, moi mon but ce n'est pas de travailler avec des associations. » (M25)

Les médecins (M14, M25) ne connaissent souvent pas très bien la structure.

#### • À l'avenir

Certains médecins (M1) ayant des liens avec des associations envisagent d'être bénévoles à la retraite, « ou quand je vais lever le pied, et à ce moment-là, donner une demi-journée comme je le faisais à l'époque. » (M10)

D'autres médecins (M7, M3) y ont pensé à un moment de leur carrière et cela ne s'est jamais concrétisé.

#### 3.6.2.2. Le regard des médecins sur les associations

Certains médecins (M12, M16) sont satisfaits de la prise en charge de patients par ces associations, parce qu'ainsi ces patients viennent avec un interprète.

D'autres aimeraient avoir un courrier pour savoir ce qui a déjà été fait : « C'est arrivé qu'ils soient envoyés par une association, avec une carte de visite de l'association, avec le nom de l'assistante sociale et le numéro de téléphone, mais si on avait un petit courrier, on gagnerait du temps » (M4).

Certains médecins (M22) ayant eu des activités dans les associations ou dans des réseaux sont partis à cause des réunions, des tâches administratives ou à cause de l'organisation de l'association, car ils désiraient seulement réaliser des consultations :

*« C'est pas ce que j'attendais. Après, j'y suis allée à un moment où j'étais trop occupée moi-même de mon côté. Après, peut-être que j'y retournerai. [...] Comme j'y allais en tant que médecin, forcément, il faut participer aux réunions de coordination et de je-ne-sais-pas quoi, et... euh... au moins une fois par mois, même des après-midis, des repas... Enfin, il y a plein de choses pour parler des patients, c'est pas une mauvaise chose, c'est pas absurde, mais ça prenait trop de temps, trop de temps. » (M6)*

*« J'adresse beaucoup à mes confrères, j'ai un réseau personnel, mais pas de réseau professionnel. En médecine générale, il y a tellement de choses à gérer, on est sollicité par tous les réseaux, [...] les REPOP, la BPCO, le diabète. [...] Je signe pas trop, parce qu'après, c'est des tonnes de papiers et c'est ingérable. » (M18)*

Certains médecins, rares dans mon étude, ont évoqué l'effet pervers que pourraient avoir les associations :

*« Alors, évidemment que ce sont des malheureux, évidemment qu'une fois qu'ils sont ici, on va les aider, mais comme l'a dit Rocard : « On ne peut pas accueillir toute la misère du monde ». Et j'en veux un peu aux associations, si vous voulez, de faire trop cet aspirateur, quoi. Il faut aider ces gens chez eux, il faut développer tout ce qu'on peut pour les aider chez eux. Les faire venir ici, c'est pas la solution. » (M22).*

*« L'idéal, c'est l'autonomie, c'est pas la dépendance, c'est pas donner des subventions, c'est que les gens puissent remplir leurs papiers, s'assumer, ce qu'on souhaite à tout le monde. Voilà, et là, on en est loin... et c'est comme ça à chaque fois. » (M18)*

Quelques médecins (M13, M11) ne voient pas quel pourrait être l'apport des associations dans leur pratique ou quel lien ils peuvent avoir avec elles.

### **3.6.2.3. L'accueil de nouveaux patients envoyés par les associations**

#### **• Les refus**

Quelques médecins (M2, M3) ne voient pas comment ils pourraient prendre de nouveaux patients en grande précarité, de par leur manque de temps lié à d'autres activités médicales telles

que l'enseignement, le thermalisme médical, l'acupuncture, etc. : « *Le problème, c'est comme je suis moins là, ce ne serait pas... possible.* » (M7)

Ce sont les difficultés et la lourdeur de la prise en charge qui les rebutent :

« *Les problèmes de langue et d'échange, ce n'est pas le plus simple... Le problème avec cette patientèle, c'est ce que ce serait difficile de les intégrer dans nos consultations. On ne sait jamais ce qu'ils ont... Je ne les prendrai pas parce que je n'ai pas le temps, j'ai trop de patients. Il faut faire le tri entre l'administratif, le médical... cela prend un temps fou. En consultation de médecine, tout ce qu'on nous demande de faire, c'est essayer de ne pas se tromper... C'est 5% du temps médecin, 85% du temps de l'administratif. Le côté médical devient accessoire.* » (M26)

« *Des patients qui vont m'assurer 5-6 consult par mois, je peux plus. [...] Voilà, il faut tenir encore longtemps...* » (M18)

Certains médecins seraient d'accord sur le principe pour recevoir les patients ponctuellement, mais leur manque de temps les contraint à refuser :

« *J'ai déjà à peine le temps de voir mes patients au cabinet, moi, ce n'est pas possible.* » (M5)

#### • Les limites

Pour certains médecins interrogés, l'accueil des nouveaux patients est possible, mais selon certaines conditions :

« *Ben, un petit peu, oui, [...] c'est évident, oui, oui.* » (M16)

« *Oui, [...] effectivement, on en a eu de Médecins du Monde. S'ils acceptent les règles, oui, s'il y a une volonté réelle d'intégration et qu'ils font comme tout le monde, oui, je ne veux pas leur coller une étiquette de quoi que ce soit.* » (M19)

Un médecin (M8) se limite au suivi obstétrique simple car les gynécologues du secteur ne sont pas remboursés.

Mais cela reste difficile dans un contexte de manque de médecins, et donc de demandes importantes pour toute la population (M21, M8) : « *Ce qui va nous freiner, c'est des difficultés à recevoir tout le monde parce qu'on a trop de demandes.* » (M6)

Les médecins rapportent leur manque de temps pour prendre de nouveaux patients ; ils en accueillent régulièrement de nouveaux, mais le moins possible :

*« Non, là j'ai un niveau de saturation ! Je continue à en accueillir de nouveaux, régulièrement. En fait, il faudrait que je fasse ça à plein temps, mais ce n'est pas possible. » (M1)*

La question du nombre de patients potentiels à accueillir revient alors fréquemment (M14, M17) : *« Oui, après c'est le nombre. » (M2)*

*« Si médecins du Monde en avait besoin, je dirais oui. Après, si j'en ai vingt par jour, ça risque d'être un peu compliqué... » (M4)*

Certains médecins (M18) ne veulent pas non plus être débordés par la demande comme pour les réseaux : *« J'essaie de limiter, parce que sinon, tous les foyers, ils viennent... J'ai essayé de le faire une fois, vous savez, l'accueil de Forum des Réfugiés qui vous envoie des gens, et puis ils vous en envoient tout le temps. » (M21)*

Certains médecins (M24) veulent bien recevoir des patients venant d'associations caritatives, mais pas dans leurs cabinets :

*« Oui, pour lesquels on ferait des actes gratuits. [...] Je pense que mélanger tout, c'est pas bien quand même, de les recevoir ici en acte gratuit. Je préfère aller une demi-journée à Médecins du Monde, je sais que ce sera des actes gratuits là-bas, mais recevoir ici au cabinet des actes gratuits, je pense que c'est pas..., c'est pas le lieu. Nous, ici, on paie des charges. » (M6)*

D'autres médecins préféreraient que ce ne soit pas des actes gratuits :

*« J'ai besoin d'argent. S'ils me disent qu'ils ne peuvent pas payer, moi, je n'ai pas les moyens. [...] Je pense que j'ai pas mal de malades qui sont dans des conditions précaire, et chaque médecin doit en prendre un petit peu. J'ai trop de pourcentage de patients qui ont la CMU pour prendre encore ceux de Médecins du Monde. Mais bon, s'ils veulent, je veux bien. » (M23)*

### Cadre de synthèse 13 : Les associations humanitaires ou caritatives

Certains médecins généralistes ont parfois travaillé avec les associations humanitaires ou l'envisagent pour le futur. Ils n'ont souvent plus le temps mais pensent en retrouver à la retraite. D'autres ne le veulent pas, critiquant leur lourdeur d'organisation, ou l'appel d'air qu'elles engendreraient.

Cependant, certains reçoivent des patients venant des associations, du fait du bouche à oreille, quand d'autres les refusent, craignant une surcharge de patients demandant trop de temps ou de ne pas être payés.

### 3.7. L'accès aux soins des personnes en précarité

#### 3.7.1. Un accès aux soins primaires favorisé, selon les médecins

En France, la CMU facilite l'accès aux soins : « *Ceux qui ont la CMU, ce n'est pas une précarité, l'AME non plus, ils peuvent se traiter.* » (M23)

Elle facilite également le paiement des médecins (M18, M22) : « *Lorsque je passe la carte CMU de mes patients, je suis payé au bout de trois jours, alors que les chèques, je les stocke. Et quand je vais à la banque, elle est bien sûr fermée, je les mets dans la boîte et je suis payé une grosse semaine après. Donc je suis payé plus vite pour les patients qui ont la CMU avec la carte.* » (M1)

L'accès aux soins de premier recours est favorisé par l'implication des médecins généralistes eux-mêmes :

« *Il faut organiser les choses* » (M4)

« *Il faut aider, quoi !* » (M6)

« *Là, c'est vrai qu'on fait beaucoup de... bénévolat, on va dire. Souvent, on est pas payé parce que la carte vitale est pas à jour, ils n'ont pas de moyens de paiement, et voilà.* » (M14)

Les médecins en secteur 2 vont plus facilement s'impliquer s'il s'agit d'un de leurs patients habituels : « *[...] Des gens qui n'ont pas toujours été en CMU, et qui sont à la CMU pendant quelques temps parce qu'il y a une baisse de revenu, ceux-là on les garde.* » (M7)

Les médecins ont rapporté plusieurs fois qu'en France, la situation est mieux qu'ailleurs :

« *En France, on est hyper privilégié, entre la CMU, l'aide complémentaire. Il faut être marginalisé à outrance, et ne pas se laisser rattraper par les assistantes sociales et les réseaux de la rue. Tout le monde a le droit à la sécu. On trouve toujours une case pour vous faire rentrer dedans. Le pire, c'est la petite couche juste au-dessus de la CMU, qui est maintenant comblée par l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé). On n'a rien à dire sur le système de sécu français, il est dispendieux. C'est tout.* » (M10)

« *Je crois que dans notre pays, c'est un pays du monde où il y en a le moins [d'inégalités sociales de santé].* » (M15)

« *Encore on est en France, on peut potentiellement arriver dans des urgences, et on est soigné.* » (M18)

Les médecins généralistes peuvent s'impliquer dans leur accès aux soins et favoriser leur intégration dans la société :

*« Je suis un morceau de la chaîne qui va leur permettre d'avoir une certaine intégration, j'essaye de tenir le plus possible mon rôle, et si je représente 2 ou 3 maillons de la chaîne, et bien c'est important, quoi. » (M12)*

Certains médecins pensent que les dispositifs d'asile politique peut attirer les étrangers en France : *« Il y a trente ans de ça, quand j'avais des Turcs qui voulaient venir s'installer ici, avant même que ce soit développé, je leur disais : « Demandez l'asile politique, vous l'obtiendrez à coup sûr. ». [...] J'ai été de ceux qui ont fait développer les demandes d'asiles, [...] Maintenant les demandes d'asiles sont nombreuses, je crois qu'elles sont d'autant plus nombreuses que nous autres ici on attire, par notre... attitude, beaucoup de monde. » (M22)*

Selon les médecins interrogés, les associations donnent une assistance aux personnes étrangères : *« Ils arrivent, et la barrière linguistique et le fait qu'ils sont dans des circuits d'assistance font que finalement ils auront à boire, à manger, un toit sur la tête, je veux dire euh... On va les aiguiller, parce que ceux-là il y a une structure qui les prend en charge, Médecins Du Monde et tout. Entre eux ils se disent tous : « Ah ben oui t'as un problème tu vas à tel endroit. ». [...] Ils connaissent tous les endroits où on est soigné gratuitement, où... on a des médicaments gratuits, les épiceries solidaires, ils les connaissent. » (M11)*

*« Moi je suis fils d'immigré. Quand mon père est arrivé, on ne lui a pas dit « Tu as droit à ceci, à cela, viens ici, viens là. », on lui a dit : « Démerde-toi. », il s'est démerdé. [...] Que ça pousse tous ceux qui ont de la... des forces dans une communauté à... aider les autres, [...] la solidarité, elle est à ce niveau-là. Alors quand j'entends parler d'association...bon bien sûr que j'ai tort, parce que je suis bien allé aux sans-abris pour les aider un moment. [...] J'ai l'impression que... on ne développe pas suffisamment l'envie de s'en sortir par soi-même, si vous voulez, on développe plus l'assistance que l'éducation. » (M22)*

Les médecins doivent parfois expliquer aux patients étrangers qu'ils ne peuvent pas avoir droit à tout car ils n'ont pas cotisé : *« Je pense, effectivement, il y a des gens, ils ont pas droits à certaines indemnités parce qu'ils ont pas travaillé en France, ils ont pas cotisé, donc c'est normal*

*aussi qu'ils ont pas droit. Souvent on est obligé de se battre en leur expliquant qu'ils n'ont pas tous les droits aussi. Ils sont pris en charge, on les soigne, voilà. » (M16)*

Quelques médecins observent aussi un décalage entre ce que disent les médias sur l'accès aux soins ou les problèmes d'isolement des patients, et leur pratique :

*« Quand j'entends parler à la radio de difficultés, je ne comprends pas, je me dis qu'il suffit qu'ils aient la CMU pour qu'il n'y ait plus de difficulté... » (M22)*

*« J'ai l'impression que j'en vois pas... de ce que les médias nous transmettent là-dessus, j'ai l'impression que j'en ai jamais vu. [...] Ce que nous montre la télé, la pauvre vieille... isolée, sans personne qui s'occupe d'elle, cela n'existe pas dans la réalité ! [...] La précarité des médias, et la réalité des gens, c'est différent. » (M26)*

### **3.7.2. Les inégalités sociales de santé**

#### **3.7.2.1. Les avis des médecins sur les inégalités de santé**

Les inégalités sont reconnues par certains médecins *« comme quelque chose de pérenne et de diffus. Les inégalités sociales c'est dans sa définition. Il n'y a pas d'égalité en santé, ni des droits. Il vaut mieux être riche, bien portant et beau gosse, que pauvre, malade et moche. C'est une très bonne définition. Et, dans une vie, on peut passer par tous les trucs. C'est ce que m'a appris la fréquentation de la rue, et les soirs où on prend le temps de les écouter à Saint-Jo, beaucoup plus à Saint-Joseph que par ici, mais même ici. Mais, le pire, c'est les troubles psy. » (M10)*

D'autres médecins ont tendance à restreindre les inégalités sociales de santé aux inégalités d'accès aux soins :

*« C'est quand tout le monde n'a pas accès aux mêmes soins. » (M18)*

*« Une inégalité sociale de santé [...] c'est-à-dire que vous n'avez pas accès à des soins minimum. Ça, c'est l'inégalité sociale. C'est-à-dire que quand vous ne pouvez pas accéder à des soins de base, ça, c'est de la vraie inégalité. » (M11)*

*« Qu'est-ce qu'une inégalité devant le soin ? Si demain il y a un sans-domicile-fixe qui fait une grosse insuffisance cardiaque en bas de mon cabinet, qui tombe inanimé, il est pris par les pompiers, il est ramené, il a besoin d'une transplantation cardiaque, on va lui faire, vous voyez ce*

*que je veux dire ? [...] Tous les gens en grande précarité que je vais soigner, il y a pas eu de difficulté à les soigner, dans la même lignée que quelqu'un qui n'était pas en précarité. » (M15)*

Les médecins soulignent des inégalités d'accès aux soins dues au statut social des patients :

*« Il y a vraiment une échelle. » (M14)*

*« Après, on est pas partout pris pareil. [...] Finalement, le patient qui s'insère bien dans la société va finalement avoir une filière de soins un peu plus soft. Celui qui s'insère plus durement : [...] les urgences : attendre 12h assis dans le brancard, on le prendra dans un service qui sera peut être pas le bon. [...] Alors que l'autre, il attendra moins, ou on le mettra plus vite dans le bon service. [...] Il y a une obligation, le public le fait, et l'humanité est ce qu'elle est... On va sur ce qui brille, on ne va pas sur ce qui brille pas, globalement. Puis, les chefs d'État, ils ont le Val de Grâce, ils ont des étages entiers. [...] La vie, ça a trois vitesses. [...] Si vous êtes dictateur, vous avez le tapis rouge et tout un étage pour se faire soigner. [...] Vous et moi, on l'aura pas ça, enfin on aura le confrère sympa. Et puis le type qui n'a rien, il va passer par les urgences. » (M18)*

Les inégalités sociales de santé sont avant tout liées au niveau de vie :

*« Je pense que c'est même difficile pour eux d'aller chercher les soins. » (M15)*

*« Il y a une prise en charge ; même si elle est très bien faite, elle est beaucoup plus compliquée que pour beaucoup d'autres gens qui ont un niveau de vie qui leur permet de... consommer exactement où ils veulent quand ils veulent. » (M12)*

*« Les riches surconsomment par rapport aux pauvres, par rapport à leurs pathologies. » (M24)*

Certains médecins se rendent compte de l'aggravation des difficultés financières et d'accès aux soins des personnes en grande précarité ces dernières années :

*« Ben, pour les gens, déjà, d'avoir accès à un médecin généraliste, parce que souvent les cabinets, ben, sont... sont assez saturés. Euh... après, la prise en charge au niveau pharmaceutique aussi est de plus en plus restreinte à mon avis, parce qu'il y a beaucoup de choses qui sont déremboursées. Moi, j'ai l'impression que les gens qui se soignent, parmi ceux qui sont en précarité, sont de moins en moins. Après, j'ai pas fait d'études là-dessus, parce que des fois, on voit débarquer des gens, enfin, qui arrivent avec des choses qui sont déjà évoluées, on voit qu'il y a pas de... il y a pas de prise en charge préventive, il y a pas de... ils viennent avec la pathologie*

*aigüe, quoi ! Et quand ils ont des pathologies chroniques, le suivi, il se fait pas, voilà, pas très régulièrement. » (M14)*

*« C'est quand même la première année où je fais le plus de tiers payant, c'est-à-dire où les gens sont en difficulté. » (M18)*

Selon certains médecins, les inégalités sociales pourraient aussi être liées à un manque d'éducation en matière de hiérarchisation des besoins : *« Moi, il m'est arrivé d'aller chez des gens qui étaient à la CMU, il y avait autant de télévisions que... il y avait de personne dans la maison... Ça, je l'ai vu, et pas qu'une fois. Vous avez des gens qui se disent démunis, et bien chaque enfant avait sa console et les dernières ! Alors je ne sais pas comment ils se les procuraient, mais c'est un problème de hiérarchie. On considère qu'il y a des secteurs de vie qui sont dus et pour lesquels on ne doit pas payer, parce qu'on a été déclaré démunis. Et il y en a... les moyens que vous avez, ce n'est pas pour l'essentiel, c'est pour le superflu. Il y a un problème de hiérarchie des soins, de hiérarchie dans les besoins des gens, et je ne comprends pas... C'est ça qui est surprenant. » (M11)*

*« Je dirais que c'est avant tout un manque d'éducation. [...] Pour moi, c'est une question d'éducation sanitaire de la population, c'est culturel. Il y en a qui ont un niveau socio peut-être pas culturel, on va dire un niveau financier bas et qui ont un niveau socialement et culturellement très élevé, il y a des gens pauvres en France mais qui sont très cultivés. Et il y a des gens qui ont un niveau socioculturel en-dessous de zéro, et donc, là, l'accès aux soins est... voilà. » (M16)*

Les SDF, se sentant exclus, peuvent aussi s'auto-exclure et ne plus venir chercher de l'aide : *« Je pense que c'est même difficile pour eux d'aller chercher les soins. » (M15)*

Les inégalités de santé peuvent être dues à la qualité de vie :

*« On n'a pas la même qualité de vie aussi. [...] Ça passe par plein de choses, par l'alimentation, par la pratique d'activité physique, [...] tout ce qui est un peu préventif aussi. On a pas le même accès, c'est vrai. [...] C'est suivant son niveau de vie et de l'argent. Mais après, il y a aussi des prises de consciences qui sont un peu... pas toujours liées au niveau de vie. Il y a des gens très riches qui prennent pas conscience que... voilà, il faut faire attention à son alimentation, il faut faire un peu de... Mais globalement, quand même, il y a un accès qui est quand même favorisé quand on est dans un milieu aisé, quoi ! » (M14)*

« C'est inhérent au mode de vie, à la façon de... Quand on vit à la campagne dans une maison avec piscine, vous avez une espérance de vie plus grande que ceux qui vivent dans 50m<sup>2</sup> à quatre dans un quartier populaire... Et ça, malheureusement, là on touche aux limites de... Je dis pas que c'est pas un problème à traiter, mais là on arrive... On arrive quand même aux limites de ce que... ça demande un petit peu d'eux. » (M15)

Les inégalités de santé sont donc souvent multifactorielles : « La petite dame âgée, elle a une précarité financière, mais pour autant elle ne s'est pas droguée, elle n'a pas vécu dans la rue, etc. Donc elle a un mauvais accès à la santé, peut-être plus mauvais que le voisin, qui est drogué, SDF, problème d'alcool, etc. Elle a un accès qui finalement serait peut-être plus compliqué sur le plan financier, par contre elle a moins de problèmes de santé, elle vivra plus longtemps. Le voisin, il pourrait, mais il ne peut pas aussi car il vit dans la rue. C'est multifactoriel. » (M4)

### 3.7.2.2. Les comportements des médecins face aux patients

Certains médecins traitent leurs patients en grande précarité comme les autres : « C'est croissant mais c'est pas linéaire. C'est pas linéaire. De toute façon, les gens qui sont en très grande précarité, forcément, sont les moins bien lotis, mais ça représente euh... pas forcément tous les gens qui ont la CMU. Il y en a qui peuvent s'en sortir, il y en a qui s'en sortent très bien. [...] Ce sont eux qui sont juste au dessus de la CMU, pour eux c'est compliqué d'avoir une mutuelle, je le sais, je le vois. Ceux qui sont en très grande précarité, c'est très compliqué, plus que ceux-là. [...] Après, ceux qui sont très très riches, oui, oui, j'en ai qui sont très aisés, ils ne sont pas mieux soignés, en tout cas, par moi, que d'autres. Ça ne va pas durer plus longtemps... » (M13)

Certains médecins pensent qu'ils peuvent résoudre le problème social lors d'une consultation : « Alors, en France, pour les patients ressortissants français, j'en vois pas [d'inégalités sociales], en toute honnêteté, je pense. Parce qu'avec la CMU etc., on arrive – si le patient m'est adressé – on arrive toujours à trouver une solution. » (M17)

« Le côté social, à partir du moment où ils nous font confiance, la balle est entre nos mains, la balle est dans notre camp, c'est à nous de gérer avec les spécialistes, avec tout, de mettre en place les infirmiers, s'il y a besoin d'infirmiers à domicile, donc euh... j'allais dire « ça c'est fait », c'est plus de boulot pour nous parce que forcément c'est de gens a priori plus isolés. » (M15)

D'autres médecins se sentent en difficulté face aux patients en grande précarité : « *Donc, la réalité des choses, c'est que c'est plus compliqué pour ces gens-là. C'est frustrant, c'est énervant, et des fois, les gens ne sont pas toujours très aimables non plus. On va avoir... ils ont une cote d'amour basse, malheureusement, c'est-à-dire que pour beaucoup d'entre eux, on va avoir de l'énervement vis-à-vis d'eux, car on est en situation d'échec, voilà, parce qu'on est en situation d'échec et ils ne nous facilitent pas la vie.* » (M13)

### **3.7.3. Le parcours de soin de l'étranger**

Les étrangers de passage, en visite, peuvent aussi venir consulter le médecin généraliste, à cause de l'image du « *french doctor* » à l'étranger. Pourtant, son apport sera limité, car aujourd'hui la médecine est quasiment la même dans tous les pays, c'est l'accès qui diffère le plus :

« *Cela veut dire qu'ils ont très confiance en moi, bien sûr c'est surdimensionné* » (M18)

« *Alors pourquoi les gens viennent se faire soigner ici ? Alors on pourrait être contre, en disant « Mais pourquoi chez nous ? », et en même temps, il y a de quoi en être fier : c'est qu'on a un truc de plus. Alors après, ça coûte, mais ça coûte... ça coûte quoi ? En fin de compte, ça coûte des consultations de moi, des consultations d'infirmières... Oui, ça occupe du monde, et après, ça ne va pas nous paralyser le pays, hein ? Tu ne crois pas ? »* (M24)

La méconnaissance de l'Aide Médicale d'État peut entraîner des incompréhensions : « *Après, pour les patients étrangers sans titre de séjour valable, entre guillemets « un peu illégaux », là ouais, j'en vois beaucoup, parce que là il y a des médecins qui vont dire non. Il y a des médecins qui vont dire « Est-ce que j'ai le droit de les voir, pas les voir ? », donc je verrai deux populations. [...] Après, pour le patient émigré légal, je n'en vois pas trop, et pour le patient émigré illégal, je ne vois que ça. Enfin, il n'y a pas d'égalité, quand on est un sans-papier, arrivé clandestinement, je ne sais pas comment ils arrivent à se débrouiller pour se faire soigner, ça je ne sais pas.* » (M17).

Un médecin a souligné que les demandes des étrangers peuvent être ambiguës du fait de l'existence d'un droit au séjour de l'étranger malade. Certains étrangers, déboutés de leur demande d'asile, ont pu entendre parler d'une personne étrangère qui avait pu obtenir une carte de résident du fait d'une maladie sévère qu'ils ne connaissent pas, et donc espèrent obtenir la même régularisation de par l'intermédiaire du médecin : « *Je me suis aperçu aussi que pour certains, euh,*

*on avait l'impression qu'il y avait une certaine quête d'un problème médical, parce que ça étaye leur dossier. On a l'impression, s'ils ont un problème de santé particulier, ils vont avoir plus d'écoute au niveau de la prise en charge et au niveau du droit de séjour, je me suis aperçu pour certaines personnes. [...] Après, est-ce que c'est un peu le bouche-à-oreille qu'ils ont entre eux ? Parfois, c'est un peu bizarre... » (M12)*

#### Cadre de synthèse 14 : L'accès aux soins des personnes en précarité

Selon les médecins interrogés, l'accès aux soins primaires est possible pour les personnes en grande précarité en France, grâce à la CMU et à l'AME. Il est favorisé par l'implication des médecins et des associations. Certains remarquent qu'il le serait peut-être trop, créant un « assistantat ». Mais les médecins ne sont pas toujours bien informés des inégalités sociales de santé. Ils les limitent souvent aux inégalités d'accès aux soins. Quand ils les reconnaissent, ils les imputent aux niveaux sociaux, financiers, éducatifs et à la qualité de vie en général, en pointant les causes multifactorielles.

Devant ces inégalités, certains médecins ne font pas de différence de prise en charge, tandis que d'autres tentent de résoudre les problèmes sociaux, quand d'autres se sentent en difficulté. La prise en charge des étrangers diffère selon la durée de leur séjour (de passage ou non) et de leurs ressources. Quelques médecins ne paraissent pas connaître l'AME et pensent que c'est la légalité de leur séjour en France qui leur octroie ou non une couverture maladie. Un médecin a vu quelques fois des patients se cherchant des maladies pour avoir droit à une régularisation de séjour pour maladie sévère.

## 3.8. Regards sur leurs pratiques

### 3.8.1. La déontologie, la morale, le même accueil pour tous

Les médecins considèrent l'accueil des personnes en grande précarité comme faisant partie de leur activité d'accueil de toute personne ayant un problème de santé. Ils s'appuient sur la déontologie, le serment d'Hippocrate, ou sur leur morale, le sens d'un devoir humanitaire :

*« Non, moi, je soigne tout le monde à la base, voilà. » (M9)*

*« Tout le monde a droit aux soins. » (M20), « Ils seraient les bienvenus. » (M17)*

*« Quel que soit le patient, je le reçois toujours bien. [...] Dans notre fonction, on doit les aider. Cela fait partie de notre serment d'Hippocrate. » (M3), (M5)*

*« C'est un patient comme les autres et qui nous paie comme les autres, avec un bout de plastique, au lieu de nous payer avec un billet. » (M1)*

*« Enfin, j'ai pas de souci. Ce n'est pas ça qui va me bloquer ou qui va me gêner pour la prise en charge de mes patients. Peut-être que cela me prendra du temps, plus de temps que pour quelqu'un d'autre, mais ce n'est pas gênant. » (M2)*

*« J'ai vite compris que ma place était ici plutôt que d'aller risquer ma vie là-bas. [...] On a préféré s'occuper des foyers des sans-abris, où on a trouvé nos vocations judéo-chrétiennes, il fallait bien que la morale soit sauve. » (M24)*

*« Voyez-vous, il faut s'occuper des gens quand ils sont là, c'est sûr, nous avons un devoir humanitaire. » (M22)*

Ces patients en grande précarité n'auront pas d'avantages par rapport aux autres :

*« Je ne les prends pas plus vite que les autres. » (M13)*

*« De ne pas... euh faire quelque chose de plus ou de moins, de prendre le temps nécessaire. Quand il faut les engueuler, les engueuler pareil que les autres patients. Quand il faut... enfin... de ne pas faire de différences. Je suis bien conscient de leurs grosses difficultés. » (M17)*

Ils n'auront pas non plus de désavantages : *« Les gens viennent, quand Médecins Du Monde téléphone, c'est qu'ils ont déjà fait la démarche de Médecins du Monde, et les gens viennent là. Ben ça me fait exactement la même chose que de soigner le PDG de Meriel que j'ai eu une fois dans mon cabinet. [...] Quand il est rentré, ben, je l'ai soigné, comme j'avais soigné la CMU avant lui, c'était un patient. On prend en charge de la même manière, ni plus ni moins. » (M15)*

« Je les ai connus comme tout médecin : ils m'ont appelé une fois il y a X années, et apparemment comme je ne suis pas raciste, pas sectaire, si vous voulez, voilà... » (M16)

Les compétences pour les prendre en charge sont les mêmes que pour tous les patients : « Les quelques patient que j'ai eu, je ne me suis jamais sentie en difficulté sur le plan médical, quoi. Après, voilà, on cherche la tuberculose ou l'HIV mais ça on le fait chez d'autres patients. » (M5)

« C'est essayer d'accepter le plus possible tout le monde. Ce qui va nous freiner, c'est des difficultés à recevoir tout le monde parce qu'on a trop de demandes, mais ce ne sera pas de différence... » (M6)

Les médecins homéopathes interrogés aimeraient pouvoir exercer leur discipline tout en soulignant les difficultés d'observance que cette population pourrait avoir : « C'est apporter une médecine un peu différente à une population... En plus, une médecine pas chère, nos consultations sont un peu plus chères, mais les traitements sont vraiment très abordables, même s'ils nous enlèvent 50 centimes d'euros par tube. Et du coup, c'était intéressant, mais par contre, c'est une médecine qui nécessite une prise régulière des traitements, qui est peut-être pas toujours aussi adaptée que ça... » (M7)

### **3.8.2. L'utilité de l'exercice**

Les médecins peuvent se sentir utiles auprès de ces populations et avoir une reconnaissance de leur part : « Je dirais l'empathie, le désir de tendre la main, de rendre service, d'offrir un sourire, de reconnaître l'autre comme un être humain. [...] Oui, le plaisir de voir renaître le sourire sur le visage des gens, et rien d'autre ! [...] Oui, dans tous ces gens à qui j'ai tendu le bout du doigt, il y en a qui sont maintenant installés ici, ils sont sortis de la précarité, ils sont devenus français. Les gamins sont étudiants, etc. Et qui, 25 ans après, ils traversent tout Lyon, voire plusieurs dizaines de km, pour venir me voir. Donc il y a des liens très forts qui se sont créés. Même si, certains jours, je suis très en colère, globalement, j'ai retiré des satisfactions émotionnelles intenses des liens que j'ai pu créer avec certains patients. Quand des patients sortent du cabinet avec le sourire, alors qu'ils sont rentrés avec une tête, comme ça, d'enterrement, et ils te disent « Merci, c'est la première fois qu'on me fait sourire. », ah, tu te dis que tu n'as pas perdu ta matinée. Il faut assumer. [...] La déontologie ne m'écorche pas, je suis

*très peu déontologique vis-à-vis de mes confrères. Je dirais que c'est plus proche de l'image que je me fais de l'humanité et de ce qu'on peut offrir aux autres et de ce qu'on en reçoit aussi, parce que le sourire ou les larmes qu'on fait verser aux gens, souvent c'est bon signe. C'est signe de la redécouverte de l'humanité, de la leur. Quand ils redécouvrent ça devant toi, ils te rendent quelque chose de très précieux ! » (M1)*

*« Il y a quand même une satisfaction, on fait ce métier pour ça aussi, pour aider les gens. [...] Au niveau personnel, c'est intéressant, et puis... C'est intéressant, oui et non, parce qu'on est hyper-limité, on ne sait pas tout, comme je le disais, et puis on les voit, il y a un suivi, mais bon, le suivi... » (M14)*

L'accueil des personnes en grande précarité peut apporter un enrichissement personnel :  
*« Enrichissement, oui, mais pas financier, au contraire. » (M23)*

*« Je pense qu'on a un retour personnel... comme dès qu'on fait quelque chose pour les autres, on a un retour sur soi. » (M7)*

La prise en charge de personnes en grande précarité rend les médecins humbles, leur permet de relativiser leur vie : *« C'est là où on trouve ses limites, mais de toute façon, en médecine, on trouve tous les jours ses limites, comme ça vous restez humble... C'est l'humilité chaque jour, et la sagesse, en fin de carrière, c'est la sagesse... » (M18)*

*« Eh ben, relativiser ma vie, du coup, je ne peux être que heureux. Chaque fois que j'entends ma femme se plaindre, j'entends toujours des gens qui se plaignent parce qu'ils n'ont pas assez de... Eh bien, moi, je ne me plains pas. » (M24)*

Les médecins se sentent également utiles lorsqu'ils adressent un patient à un spécialiste d'organe, leur rôle de coordinateur des soins est majoré. En effet, les personnes en grande précarité ont confiance en leur médecin traitant, et le consultent toujours avant d'aller voir un spécialiste d'organe : *« Figurez-vous que j'ai fini par les trouver sympa [les personnes en précarité] car la majorité des gens [des patients] ne va pas contacter des gens [des spécialistes] sans passer par moi. J'ai l'impression de les aimer [les patients en grande précarité], on finit par leur trouver des choses positives. » (M23)*

Le retard aux soins des personnes en grande précarité rend plus utile l'action des médecins généralistes : *« Peut-être qu'ils ont moins la possibilité d'accéder aux soins, ce qui fait que les pathologies traînent plus, donc ce sont des consultations plus justifiées. [...] J'ai l'impression de*

*rendre plus service, qu'ils ont des besoins plus adaptés, ce n'est pas que de la bobologie, et encore... il y aurait à redire. » (M15)*

*« Je prends un exemple : je travaille avec le centre Pierre Valdo, qui est un centre d'immigrés. Quand ils arrivent dans mon cabinet, ils sont déjà pris en charge par le centre, ils ont une Aide Médicale d'État. Mais c'est vrai qu'on est forcés de constater que quand ils arrivent chez moi, ils ont un retard dans les soins qu'on pourrait leur prodiguer. » (M16)*

*« Quand on travaille avec des personnes en grande précarité, on a l'impression de les sauver de la mort, de la précarité. Après, il y a le problème social qui reste en suspens. [...] Comme les gens, là, la femme qui est venue juste avant, ce soir, qui veut son Stilnox, bon, c'est pas des vrais malades, c'est une malade intellectuelle. Après, je le fais, [...] il faut bien quelqu'un pour s'occuper de ses malades inintéressants. Après, il y a les malades intéressants, qu'on sauve ou qu'on sauve pas... » (M23)*

Les pathologies présentées par les personnes en grande précarité sont plus lourdes et peuvent parfois être plus intéressantes pour le médecin : *« Si je voulais faire de l'humanitaire, c'est que je voulais soigner des gens comme ça. Dans ce genre de personnes, on a toutes sortes de pathologies, c'est ça qui est intéressant, cela touche tout les organes. » (M3)*

En revanche, d'autres médecins ont le sentiment de juste faire leur travail, sans intérêt particulier pour cette population, qui ne leur apporte rien de plus, même au bout de plusieurs années d'exercice : *« Au bout de 30 ans d'installation, [...] il y a beaucoup de choses à faire, c'est très difficile d'obtenir le sevrage, la compliance aux examens, etc. Donc ils sont très difficiles à soigner, si vous voulez, plus de soucis. Mais personnellement, ça ne m'apporte rien du tout. » (M19)*

### Cadre de synthèse 15 : Regards sur leurs pratiques

Les médecins considèrent que l'accueil des personnes en grande précarité fait partie de leur devoir. Certains ne font pas de différence avec l'accueil des autres patients. Ils considèrent que les compétences pour les prendre en charge sont les mêmes que pour tous les patients.

D'autres se sentent particulièrement utiles auprès de ces populations qui leur apportent reconnaissance, enrichissement personnel et humilité.

### 3.8.3. Le besoin de formation du médecin généraliste

Les médecins avaient pointé le manque de formation initiale sur la prise en charge des personnes en grande précarité (3.1.2. Leurs formations).

Tout d'abord, l'expérience permet de pallier l'absence de formation, et sensibilise aux problèmes sociaux ou aux pathologies plus lourdes des patients en grande précarité : *« Non, on est pas du tout préparé à ça, quoi, enfin ! Un petit peu quand on passe dans les services d'urgences. Mais dans les services d'urgences, c'est très ponctuel, la prise en charge, elle est... il y a pas de suivi. Enfin, voilà, quand on fait un suivi régulier, c'est pas évident... Oui, oui, il faut faire un petit peu la part des choses, et non, on n'est pas formé... On est formé sur le tas, en général, pour tout... Sauf que... dans la pratique de médecine générale, heureusement, il y a le stage chez le praticien. »* (M14)

*« Je suis un vieux médecin... et j'ai commencé ma carrière par 2 ans d'Afrique, donc j'ai été bien dressé, j'ai connu ce qu'était le dénuement et des maladies. [...] Ceci étant, il y a sûrement à faire, mais on a tellement de choses à se former en tant que médecins généralistes, que bon... Même s'il avait des formations spécifiques pour les migrants... Bon, si ça se fait par internet, je veux bien passer, voilà... Mais si ça se fait par réunion, comme ça, j'ai plus...j'ai pas envie. »* (M16)(M20)

Certains médecins se sont formés de par leur ouverture d'esprit à ces questions, ou de par leur lieu d'installation : *« À Vénissieux, dans un quartier pas très favorisé. Mon chemin philosophique m'a amené à m'intéresser aux sans-papiers. Je me suis d'abord intéressé aux Chibanis, [...] c'est le mot qui désigne les vieux maghrébins qui [...] souvent croupissent dans des foyers ADOMA, ex-SONAC'. Puis je suis devenu médecin agréé auprès de la préfecture pour les gens qui demandent le statut d'étranger malade et donc les sans-papiers. »* (M1)

*« Je pense qu'on est ouvert à ces choses-là ou on ne l'est pas, on a la clientèle qu'on mérite ou qu'on ne mérite pas, j'en sais rien ! Mais après, on correspond à un certain type de clientèle, on est ouvert, plus ou moins, à certaines choses, quoi. »* (M12)

*« Oui, parce que je m'y suis intéressé, je crois que je ne m'y aurais pas sensibilisé si on travaille pas dans un quartier comme ça, pas spécialement. J'ai même fait des formations « Inégalités sociales de santé », ça s'appelait ! »* (M6)

Une formation sur les questions culturelles, sociologiques ou anthropologiques pourrait être intéressante : *« Ah ben oui, si je devais prendre en charge quelques patients Roms, par exemple,*

*j'aimerais bien avoir une formation sur leur culture, leur histoire, plus sur le côté anthropologique. Effectivement, cela m'aiderait beaucoup au niveau de la prise en charge et cela me paraît important. » (M2)*

*« Les différences de présentation selon les cultures, ben non, on n'a pas de formation là-dessus, et c'est bien dommage, ce serait bien de connaître peut-être pas la médecine chinoise mais la philosophie de la médecine chinoise, africaine, ... » (M4)*

*« Après, ça pourrait être intéressant d'avoir pour chaque culture, mais après si on peut résumer, car chaque patient a une culture, ça devient un peu compliqué... » (M17)*

*« Oui, je ne suis pas sûre que je prendrais le temps d'y aller ! Oui, dans l'idéal, une formation d'anthropologie, ça m'intéresserait, pourquoi pas. » (M5)*

Les pathologies infectieuses liées aux migrants étrangers précaires pourraient être aussi un thème de formation intéressant : *« Je pense, si on avait cette formation-là, cela nous permettrait d'être plus à l'aise, et donc d'avoir moins peur et de moins refuser le patient... je pense. Après, effectivement, les pathologies tropicales et tout, cela permet de se remettre dans les bouquins, d'aller vérifier un truc, et puis si on a un doute, on adresse à la Croix Rousse, en service d'infectieux et de pathologie tropicale qui les prend en charge. » (M17)*

*« Les pathologies infectieuses... ça c'est sûr il faudrait que je me forme là-dessus mais il n'y a pas que de l'infectieux ? » (M7)*

Des médecins (M2) qui ne reçoivent actuellement pas d'étrangers ou de migrants précaires, se formeraient, s'ils se retrouvaient à devoir prendre en charge cette population, en *« approches psycho, qui sont plus pointues pour ces gens-là. [...] Le regard charitable, il n'y a pas que ça, il faut certainement se former à tout ce qui est addictologie, tout ça [...] Et puis c'est intéressant pour nous de le faire. Et puis les troubles psychiques, et tout, c'est peut-être pas les mêmes que l'on voit nous ici, forcément... Donc oui, tout ça demanderait probablement de se sentir plus à l'aise face à ça. » (M7)*

### Cadre de synthèse 16 : Le besoin de formation du médecin généraliste

Les médecins ont pointé leur manque de formation initiale sur la prise en charge sociale des personnes en grande précarité, sur les représentations de la santé et la maladie dans d'autres cultures, et rarement sur les pathologies infectieuses. Certains l'ont pallié de par leur expérience, d'autres ont fait des formations continues sur les inégalités sociales de santé.

### 3.8.4. Les besoins du médecin généraliste dans son cabinet

#### 3.8.4.1. Une couverture sociale pour leurs patients

Les médecins préféreraient que les patients bénéficient d'une couverture sociale comme la CMU ou l'AME pour éviter de faire des actes gratuits : « *Maintenant, une prise en charge, c'est bien aussi, [...] la CMU, quoi.* » (M22)

#### 3.8.4.2. Des interprètes

Les médecins (M15, M3, M25) ont parfois répondu qu'ils n'avaient pas de besoin particulier pour accueillir cette population, avant de rajouter souvent un interprète ou un traducteur lorsqu'il y a une barrière linguistique : « *Rien... rien à part le fait qu'il faut que quelqu'un puisse m'aider à traduire s'il ne parle pas une des langues que je parle. [...] Par exemple, pour ma patiente qui est sourde, c'est elle qui a trouvé l'interprète, c'est pas à moi de le trouver parce que j'aurais été incapable de trouver.* » (M17)

« *C'est sûr que ce serait mieux si, dans les associations, il y avait des interprètes et que ce serait mieux organisé, qu'ils viennent directement avec un interprète quand ils viennent en consultation. C'est mieux pour eux, pour nous, ce serait dix fois mieux.* » (M4)

Certains médecins pourraient se contenter d'outils de communication : « *Peut-être pas un traducteur, mais des outils pour la communication.* » (M14)

Un médecin a même parlé de médiateur culturel qui pourrait aider à la compréhension de la culture d'autrui : « *Oui, il faut des traducteurs, mais des traducteurs de haut niveau, des gens vraiment formés, et ça, à Lyon, je n'en connais pas. [...] Et les traducteurs formés, il y en a, ils sont payants, et c'est pas à moi, médecin, de payer de ma poche des honoraires de traducteurs. Et, il y a des traducteurs plus ou moins bénévoles, et très souvent incompetents. La vraie traduction... et là, il faut lire Marie Rosemoro, la revue L'Autre, pour comprendre tout les problèmes liés à la traduction. « Traduttore », on dit en italien. La traduction mot-à-mot souvent n'a pas de sens parce que la traduction doit pouvoir être aussi une médiation culturelle.* » (M1).

#### 3.8.4.3. Des référents

Les médecins ont réfléchi à l'intérêt d'un référent, d'un accompagnateur : « *Est-ce qu'ils peuvent être personnes accompagnantes pour prendre le rendez-vous, éventuellement les amener... euh... de chez eux aux rendez-vous, des choses comme ça, ça facilite les choses.* » (M13)

« Des référents, un accompagnant, un tuteur, quasiment même le tuteur on pourrait dire, qui parle leur langue, qui vérifie que les examens soient faits, que les traitements soient pris, que les rendez-vous soient honorés. Là, on arrivera à quelque chose. [...] Je dirais, on voit tout de suite ceux qui n'ont pas de troubles psychologiques, parce qu'ils écoutent ce qu'on leur dit, on avance. Les autres, et il y en a beaucoup, il y a beaucoup de troubles psychologiques différents, ou même psychotiques, qui demandent des prises en charge et tout, et parfois on en sortira pas. Ils auront une vie meilleure, ils resteront sous tutelle ou sous une forme de tutelle. » (M19)

« S'ils rencontraient un adulte référent qui les aident, pour justement pour se déplacer à droite à gauche et venir chez le médecin, etc., eh bien, ce serait plus simple pour eux. Après, il doit en manquer des adultes référents, mais... ce serait plus efficient parce qu'ils iraient directement vers les bonnes personnes, ben, ils auraient les aides nécessaires. [...] Je crois que plus on est d'adultes à rayonner autour de cette population-là, plus on les aidera, quoi ! [...] Plutôt que l'association travaille d'un côté et que nous on travaille de l'autre. C'est plus on mutualisera nos actions, mieux ce sera, c'est dans ce sens-là que je vois le travail avec les associations. » (M6)

« Un référent... ce serait bien. Oui, mais souvent, ça, quand on appelle les assistantes sociales, le médecin du Conseil Général et tout ça, euh... c'est ça le problème aussi. On parlait des personnes âgées, mais pour les gens plus jeunes, il y a pas de... il y a pas de référent possible. » (M9)

Cependant, les médecins qui reçoivent des enfants avec des éducateurs ont remarqué que cela posait problème par rapport au secret médical et à la relation de confiance : « Plus ou moins, parce qu'ils viennent avec un éducateur, donc... c'est pas toujours facile parce qu'il y a beaucoup de tabou, il y a beaucoup de choses qu'on va pas trop aborder non plus, parce que ce sont des enfants qui sont placés quand même... qui sont extraits de leur famille parce qu'il y a eu quand même beaucoup de choses, et c'est vrai que ça dépendra les séquelles, mais, des fois, on sent qu'il faut pas aller creuser trop sur certains domaines, quoi ! Donc ils viennent, ils me disent... C'est vrai qu'on connaît pas toujours le contexte du placement, pourquoi ils ont été placés. Soit ils en parlent et voilà, mais c'est vrai que c'est assez délicat à aborder, et souvent, les éducateurs font un peu barrière, ils me disent : « On vous le dira. », mais pas devant le jeune [...] Mais, du coup, il y a des choses qu'on ne sait pas, il y a des renseignements qu'on a pas, c'est pas satisfaisant du coup. » (M14)

Certains médecins travaillent déjà avec des travailleurs sociaux : « *Mais, souvent la grande précarité, il y a quand même des travailleurs sociaux auprès d'eux, et donc, ils viennent avec... Je fais la consultation avec un travailleurs social, parfois avec une infirmière qui attend 1h dans la salle d'attente avant de passer un quart d'heure avec moi, du coup c'est lourd pour eux, mais ils le font !* » (M24)

Les médecins aimeraient que les assistantes sociales soient plus disponibles :  
« *Des assistantes sociales plus facilement... elles aussi elles sont bien débordées...* » (M6)

« *Si on avait des interlocuteurs, si on pouvait avoir un numéro spécifique avec un juriste, pour savoir si c'est normal ou pas ce qui se passe, un délégué de la CPAM, une assistante sociale...* » (M4)

#### **3.8.4.4. Des secrétaires**

Certains médecins se sentent débordés, et aimeraient avoir une secrétaire et plus de moyens pour prendre en charge ces personnes en difficultés qui demandent plus de temps :

« *Je veux bien, mais un poste de secrétaire pour faire un petit peu la gestion... euh... que ça devienne pas la cour des miracles. Oui, des moyens, simplement des moyens. [...] On est en libéral, on s'est engagé à fond, je suis à crédit, voilà, et puis c'est moi qui fait tout du sol au plafond* » (M18)

« *Ou alors il faut plus de moyens, il faut un secrétariat. Le secteur 1, si vous voulez, en particulier, ne rentre pas dans ce cas-là.* » (M9)

« *C'est plus de boulot pour nous parce que forcément c'est des gens a priori plus isolés.* » (M15)

#### **3.8.4.5. Des infirmières**

« *J'aimerais bien, oui, qu'il y ait des infirmières. Un cabinet idéal, oui, ce serait qu'il y ait une infirmière avec nous mais pas tout le temps tout le temps, on pourrait pas l'occuper* ». (M24)

« *Ben, les soins par exemple, juste une infirmière pour refaire les pansements, pour faire une injection. Là, c'est impossible... Les diabétiques, les gérer pour leur faire leur injection. Ils vivent dans un parc, comment on fait ? On les envoie dans un cabinet de ville classique ? Euh, ils ne peuvent pas appeler, on ne peut pas les joindre, ils ne se pointent pas.* » (M8)

## Cadre de synthèse 16 : Les besoins du médecin généraliste

Pour recevoir au mieux les personnes en grande précarité, les médecins ont besoin d'une prise en charge des frais de santé de ces patients pour ne pas faire des actes gratuits répétitifs, et pour leur prescrire les traitements et les examens complémentaires adéquats sans contrainte financière. Lorsqu'il y a une barrière linguistique, les médecins aimeraient que les patients viennent avec des interprètes professionnels pour éviter les erreurs de traduction et préserver le secret médical. Un référent pourrait être utile pour accompagner ces personnes dans leur démarches administratives, de prise de rendez-vous et d'orientation dans la ville.

### 3.8.5. Les autres solutions proposées par les médecins

Les médecins pensent que la prise en charge des personnes en grande précarité en libéral n'est pas rentable, et ils risquent de se ruiner et d'être obligés d'arrêter : « *Dans ce cadre-là, j'ai beaucoup de difficultés à m'occuper d'eux.* » (M13)

Ils proposent donc des alternatives.

#### 3.8.5.1. Les réseaux

Ce sont des professionnels de santé, médecins ou non, qui créent et participent à un réseau de coordinations des soins, en s'appuyant sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des formations. Selon le guide de la HAS et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>80</sup>, « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ».

Certains médecins, en particulier les plus jeunes, ont un engouement pour les réseaux :

« *Oui, des réseaux, oui, clé en main... Moi, je serais ravi de ça. Les réseaux, j'adore ça. Je pense que ça faciliterait mon travail énormément et ça apporterait un lien pour les patients, c'est une évidence. Mais il faudrait mettre beaucoup d'intervenants en lien les uns avec les autres : ça va être l'infirmière, ça va être les auxiliaires de vie, ça va être aussi l'assistante sociale, pour trouver de l'argent, éventuellement la tutelle, et des médecins... Ça fait beaucoup de choses... Un spécialiste de premier recours, pour avoir un accès rapide, ou pas forcément, de la gériatrie, ou une structure tampon entre nous, en ville, et puis... l'hospitalisation. Qu'il y ait des choses, ou nous rapidement je donne un coup de téléphone...* » (M13)

« *De toute façon, seul, dans mon cabinet, c'est... c'est ingérable. Il faut s'entourer. Mais ils sont souvent dans beaucoup de réseaux, mais ça patine... [...] On a un métier qui est un métier quand même stressant. [...] Il faut prendre plein de décisions, tout le temps, bien sûr.* » (M18)

« *Qu'il y ait maintenant des temps qui s'organisent, qui soient maintenant rémunérés, pour qu'on rencontre les autres acteurs du quartier, qu'il y ait des comités de pilotage, de psy, voilà, des choses organisées par... euh... par d'autres secteurs sociaux et médico-sociaux, quoi ! On ne pourra pas passer notre temps à faire des choses gratuitement quand même, donc il y a bien un*

*moment où il faudra. Et je pense que ça c'est indispensable pour qu'on avance, quoi ! Ce sera sûrement des économies faites par ailleurs sur d'autres endroits, ça me paraît évident. » (M6)*

### **3.8.5.2. D'autres structures**

En ce qui concerne la structure qui pourrait accueillir les personnes en grande précarité, les médecins imaginent différentes possibilités :

*« C'est pareil, il faut pas les faire courir du fin fond de Villeurbanne à ici, ils ne viendront jamais. Si on veut faire une opération dite « de santé publique », il faut aller sur place repérer la tuberculose, les MST, les maladies transmissibles, les foyers infectieux... et les traiter. Et pour ça, il n'y a rien de mieux qu'un bus qu'on pose à l'entrée, et puis voilà. Moi, j'ai fait cela pendant dix ans. C'est ce qu'on faisait [avec une association humanitaire], car il y avait déjà des Roms à l'époque, on se démerdait pour avoir des interprètes, ce n'était pas simple. [...] Cette population-là, un bus ! Avec un chauffeur, une assistante sociale, un pharmacien, une infirmière, un interprète » (M10).*

*« Et moi, je le verrais plus dans une prise en charge dans une structure un petit peu adaptée, multidisciplinaire, avec une interprète, éventuellement. Je le voyais à l'hôpital, c'était vachement simple, on appelait une infirmière dans un service qui parlait... [la langue], elle descendait tout de suite, c'était quand même beaucoup plus facile dans la prise en charge... Avec un réseau où il y a un système d'assistante sociale. Je pense par exemple aux Maisons du Rhône, aux PMI, des choses comme ça. J'ai bossé un peu en PMI après mon internat, c'était quand même vachement plus facile, la prise en charge, on convoquait les gens au même endroit, ils savaient ou ils venaient... On leur mettait juste un papier en leur disant vous venez là, tel jour à telle heure. Pff... Là, je vois, c'est compliqué. [...] Donc il y aurait une structure unique, je trouve que cela faciliterait beaucoup les choses pour ce type de pathologies-là. » (M8)*

Les PASS des hôpitaux n'ont pas souvent été citées comme structures pouvant correspondre à la prise en charge de ces personnes. Pourtant, dans l'idéal, elles remplissent les conditions demandées par les médecins : présence d'une assistantes sociale, d'infirmiers, de pharmacien, d'un interprète (en fait le personnel de l'hôpital parlant une langue étrangère) et absence d'avance des frais de santé : *« Je leur dis d'aller au PASS, là, ça doit fonctionner, je leur dis que là, on les prend en charge gratuitement. [...] Donc c'est en toute justice que les soins à ceux en grande précarité s'effectuent, et non pas en faisant appel au bon cœur des uns et des autres. » (M24)*

### 3.8.5.3. Une meilleure organisation entre les structures existantes

Quelques médecins aimeraient aussi qu'il y ait une meilleure organisation, une meilleure coordination entre les services sociaux et médicaux, sans toutefois parler de réseau :

*« Il y a pas mal de structures. J'ai pas l'impression, pour la santé, qu'il y a une structure qui organise la santé et qui fasse le lien avec les assistantes sociales, etc. Je sais pas, peut-être ça existe. [...] Dans l'idéal, ce serait d'un côté des médecins, à côté des assistantes sociales et la CPAM qui puissent... toute une structure, tout va dix fois plus vite, pour eux et pour nous. » (M4)*

*« Et qu'est-ce qu'on pourrait faire ? Un 115 qui réponde et pas qui demande de rappeler à 20h ! Un 115 qui réponde 24h/24, vraiment, et qui ne nous dit pas d'être les premiers à appeler entre 19 et 20h. » (M24)*

*« il n'y a pas de problème de prise en charge des gens précaires, [...] il y a un problème de... de direction des soins, il y a un problème de « chacun fait ce qu'il veut comme il veut », voilà. » (M11)*

### 3.8.5.4. Remédier aux causes de la précarité

Certains médecins ont évoqué la nécessité de l'intégration des étrangers ou des populations migrantes :

*« Il faut essayer de faire rentrer cette population le plus possible dans le moule de la normalité, mais ça, ça veut dire : les appartements thérapeutiques, la guidance, l'éducation, tout ce qu'on veut, tout ce qu'on peut. Cette condition-là est valable que s'ils le veulent. S'ils ne veulent pas, ce n'est pas la peine. Donc les vrais marginaux avec troubles psy et les populations type Roms, dont ce n'est pas l'objectif, il y a une petite partie qui veut s'intégrer et une petite partie qui veut profiter du système. [...] Ceux qui veulent s'intégrer, il faut tout faire pour les intégrer. S'ils ont un appart' quelque part par là, il n'y a pas de problème, on les verra. » (M10)*

*« Je pense qu'il y a un très mauvais terme qui est le terme d'intégration : il vaut mieux lui préférer le terme d'assimilation, c'est-à-dire ces gens venant de l'extérieur, doivent prendre nos mœurs et vivre comme nous, et avoir tous les droits et tous les devoirs que nous avons, voilà ! Et en faire des Français... en faire un melting-pot pour en faire des Français , [...] Non, il faut qu'il y ait qu'une communauté intéressante, c'est la communauté nationale... Quelle couleur que ce soit, quelle origine que ce soit, on est Français, noir, jaune, gris, jeune, vieux, qu'on parle la même langue, le français... ça, c'est une adhésion qui est importante à mon avis. » (M22)*

Selon certains médecins, l'assistance pourrait participer à laisser les gens dans la précarité, alors que l'éducation pourrait les aider à s'en sortir :

*« Il faut toujours éduquer avant même d'assister. Mais comme disait l'abbé Pierre, il faut d'abord leur remplir le ventre parce que tant qu'ils n'ont pas le ventre rempli, le gars il ne pense qu'à bouffer, il a faim, il souffre, et si tu ne donnes rien à bouffer, tu ne peux rien en faire, tu ne peux pas lui inculquer quoi que ce soit. Commence par lui donner à manger, après on voit. [...] Je vais être encore un peu méchant mais je trouve que l'assistanat c'est un crime contre l'humanité parce qu'on va dégrader le personnage en ne se contentant que de ça. [...] En premier temps, il faut d'accord aider, oui, mais surtout, derrière, ne pas se contenter de ça. [...] Il faut que ça débouche sur une éducation, pas... C'est le tonneau des Danaïdes, l'assistanat. Regardez Coluche, les restos du Cœur, ça fait bientôt trente ans que ça existe, on va se demander si ça va pas exister encore dans trente ans. » (M22)*

*« Il y a deux choses qui peuvent sortir le monde de la misère : l'éducation et la maîtrise des naissances, c'est ce que je dis toujours... » (M18)*

### Cadre de synthèse 17 : Les autres solutions proposées par les médecins

La prise en charge des personnes en grande précarité en libéral n'est pas rentable. Une partie des médecins ont alors envisagé d'autres structures pour les accueillir avec une prise en charge pluridisciplinaire, comme un bus ou une PASS, peu cités cependant. D'autres médecins pensent qu'il existe suffisamment de structures mais qu'il manque une coordination entre elles, comme dans un réseau ville-hôpital idéalement « clé en main » pour les médecins. Les médecins ont aussi cherché des solutions pour réduire la précarité : intégration des étrangers et éducation plutôt qu'assistance.

## **4. Discussion**

### **4.1. Biais**

#### **4.1.1. Biais de recrutement**

En terme de recherche qualitative, l'accès au terrain conditionne bien souvent les résultats. Lors de cette étude, les médecins ont été informés dès le début de la conversation téléphonique que le sujet porterait sur la grande précarité. Certains médecins ont alors refusé de participer car ils disaient qu'ils ne voyaient pas de personnes en grande précarité.

D'autres médecins ont invoqué le manque de temps. Quelques-uns avaient déjà répondu à d'autres questionnaires et ne voulaient pas encore perdre du temps pour cela. Les médecins ont souvent refusé ou repoussé le rendez-vous pendant l'épidémie de grippe en début d'année 2014.

Quelques médecins ont répondu au téléphone qu'ils ne rencontraient pas de personnes en grande précarité, mais, après une courte discussion sur le thème de la thèse, acceptaient un court entretien.

De ce fait, il peut exister un biais de sélection : les médecins interrogés ne sont pas complètement désintéressés des problèmes sociaux de leurs patients et de la grande précarité en général. Le biais de sélection est donc assez important dans cette étude, mais la situation et les propos des médecins sont assez variés.

##### **4.1.1.1. Les refus de prise en charge**

Aucun des médecins interrogés disait refuser des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Cependant, on peut rapporter ce résultat au biais de sélection par téléphone : les médecins interrogés étaient ceux qui avaient accepté l'interview parce qu'ils étaient déjà un minimum intéressés par les problèmes sociaux de leurs patients et de la grande précarité en général.

En effet, les refus ne seraient pas exceptionnels, selon un rapport de Médecins Du Monde<sup>81</sup> d'après un testing en 2006. Les médecins ont été en moyenne 37% à refuser les bénéficiaires de l'AME, et 10% à refuser les bénéficiaires de la CMU, avec plus de refus chez les médecins en secteur 2 (59% contre 34% en secteur 1 pour la CMU, et 21% contre 8% pour l'AME). Plus récemment, l'étude commandée par le Fonds CMU, avec un testing en 2009<sup>82</sup>, retrouvait à peu près les mêmes proportions de médecins refusant les bénéficiaires de la CMU. Chez les médecins généralistes, ils étaient 9,2% en secteur 1 contre 32,6% en secteur 2, et chez les gynécologues, 17,4% en secteur 1 contre 40,2% en secteur 2.

Les médecins interrogés ont évoqué les refus de certains médecins spécialistes de ville, plus souvent en secteur 2, qui sont en effet plus élevés que chez les médecins généralistes. Ils envoyaient alors leurs patients bénéficiaires de la CMU à l'hôpital ou bien à une connaissance qui les accepterait, si besoin en les appelant personnellement.

Mais lorsqu'il leur a été demandé s'ils acceptaient de recevoir des patients venant du CASO de Médecins Du Monde, ils ont été nombreux à déclarer qu'ils refusaient de les prendre en tant que médecin traitant, à cause de leur manque de temps principalement.

Le refus de soins est une infraction et une faute, comme le remarquait le médecin M15. Le rapport de Médecins Du Monde<sup>83</sup> rappelle que « les professionnels de santé ont l'obligation d'accueillir les bénéficiaires de la CMU et de l'AME comme n'importe quel assuré social, de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale et de pratiquer le tiers payant ».

#### **4.1.1.2. La répartition des personnes en grande précarité**

Comme le tableau 2 le montre, à la question « Quelle proportion de personnes en grande précarité recevez-vous ? », seulement deux médecins (M7 et M26) ont répondu « Aucune », puis se sont ravisés en disant « Je ne sais pas » ou « De rares cas ». Ces médecins sont en secteur 2, leurs honoraires ne sont pas complètement remboursés par la sécurité sociale et par certaines complémentaires santé, et peuvent donc être un surcoût pour les patients. L'activité d'un de ces médecins, l'homéopathie, n'est pas recherchée par les personnes en grande précarité, qui ne peuvent pas suivre les conseils de prévention et ont tendance à faire repousser les soins<sup>84</sup>. Ces médecins ont aussi parfois des délais importants de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, qui ne correspondent pas aux attentes de ces personnes en précarité.

À l'inverse, le médecin (M12) installé à Lyon 9<sup>ème</sup> sur les contreforts de la Duchère, reçoit sans rendez-vous et a le plus grand pourcentage de patients ayant la CMU (un tiers de sa patientèle), avec le médecin (M20) qui accepte les gens qui n'ont pas pris rendez-vous et qu'il prend entre deux rendez-vous. Cette pratique de consultations sans rendez-vous convient bien aux patients en grande précarité qui ont des difficultés d'accès au téléphone (comme le note le médecin M24), ou bien des difficultés à comprendre et à noter l'heure et la date (du fait de la barrière linguistique et/ou culturelle). Ainsi, les patients venant d'une communauté de gens du voyage préfèrent les consultations sans rendez-vous, selon la thèse de Clémence Foyer-Scherpe<sup>85</sup>.

La population étudiée est très hétérogène : les médecins sont dans des quartiers assez différents du point de vue de leur population.

Certains médecins sont installés dans des Zones Urbaines Sensibles (ZUS), comme la Duchère (M12) et les pentes de la Croix-Rousse (M8, M26), où le taux de bénéficiaires de la CMU-C en 2010 atteignait 18% dans les Zones Urbaines Sensibles (à côté des 20% dans les autres ZUS de France)<sup>86</sup>, contre 6% dans l'agglomération lyonnaise.

D'autres médecins sont installés dans les quartiers des États-Unis (M5, M6) et de la Guillotière (M24), qui sont des quartiers prioritaires du Contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) de l'agglomération lyonnaise 2004-2009, prolongé jusqu'en 2014. Ces quartiers comportent plus de jeunes, de familles nombreuses, d'ouvriers-employés, de familles monoparentales<sup>87</sup>, ce qui rejoint la description du médecin M20 sur les patients ayant la CMU.

Le médecin M24 évoquait le fait qu'il voyait beaucoup d'immigrés ou de descendants d'immigrés, ce qui correspond à la réalité de l'étude de l'Observatoire Partenarial sur les inégalités sociales et territoriales dans l'agglomération lyonnaise<sup>88</sup> : « Dans la plupart des quartiers Cucs, 20 à 40% des habitants sont immigrés ou descendants d'immigrés. [...] Certains quartiers, comme la Guillotière-Moncey à Lyon, ont un rôle d'accueil et de rencontres des immigrés dans l'agglomération lyonnaise. ».

D'autres médecins de cette étude sont installés à Lyon 2<sup>ème</sup> (M2, M3), Lyon 3<sup>ème</sup> (M9, M19, M20, M21) et Lyon 6<sup>ème</sup> (M8), dans des quartiers où les populations sont nettement moins précaires, ce qui apparaît dans les résultats du tableau 2 : ces médecins ont environ moins de 5% de leur patientèle ayant la CMU (sauf pour le médecin M2 :10-15%).

Seulement quatre médecins en secteur 2 ont été interrogés : les médecins en secteur 2 étaient moins nombreux sur l'annuaire téléphonique et refusaient parfois l'interview.

Mais il n'y a pas que l'installation dans tel ou tel quartier ou le secteur de conventionnement avec la sécurité sociale qui comptent. Ainsi, la pratique du médecin M1 en secteur 1 à Vénissieux est proche de celle du médecin M16 en secteur 2 à Lyon 5 : tous les deux reçoivent beaucoup de patients en CMU, nettement plus que la moyenne régionale, ainsi que des patients réfugiés ou demandeurs d'asile sur lesquels ils portent le même regard.

De même pour les personnes SDF, certains médecins n'en voient pas ou très rarement dans leur cabinet (M10, M25), d'autres en ont dans leur salle d'attente tous les mois voire toutes les deux semaines en hiver (M24). Le quartier n'explique pas tout, puisque les médecins M24 et M25 sont dans le même quartier, à quelques rues de distance. Le médecin M24 est cependant dans une

rue plus défavorisée. On peut supposer que l'attitude des médecins face à ces patients les fasse revenir ou non.

Cependant, les médecins ayant le plus de patients en précarité se lassent, et il serait nécessaire que la logique de prise en charge globale des personnes en situation de précarité devienne inhérente à la pratique médicale de tous médecins. Comme le propose la célèbre maxime de Max Weber, « Il faut substituer à l'éthique de conviction, l'éthique de responsabilité »<sup>89</sup>.

#### **4.1.2. Biais de mémoire et d'interprétation**

Les médecins ayant peu de patients en grande précarité se souvenaient d'entretiens plus ou moins récents avec des personnes dans cette situation. Le biais de mémoire peut avoir renvoyé une image plus négative ou plus positive que ne l'était la réalité de ces consultations.

Certains médecins estimaient avoir de la chance, par exemple d'avoir des interprètes qui viennent en consultation ou d'avoir une patientèle diversifiée, tandis que d'autres faisaient ressortir leurs difficultés. De même, certains médecins (M16, M24), au fur et à mesure de l'entretien, devenaient plus pessimistes sur la prise en charge des personnes en grande précarité.

Lors des entretiens, les discours des médecins ont été assez différents sur la représentation de la grande précarité. De même, les médecins donnaient un sens différent à des questions similaires.

L'analyse des données des entretiens n'a été faite que par une seule relectrice (moi-même) sans expérience préalable dans l'analyse qualitative, donc il a pu y avoir des interprétations du discours des médecins.

#### **4.1.3. La saturation**

La saturation est arrivée tardivement : elle n'a pu être atteinte pour la plupart des thèmes qu'à l'entretien du médecin M16. Le nombre d'entretiens est aussi lié à l'étendue géographique du sujet d'étude : il s'agissait d'avoir interviewé au moins deux médecins de chaque quartier. Cela a nécessité de faire quelques entretiens après la saturation atteinte à l'entretien du médecin M16, car, à ce moment-là, dans les arrondissements de Lyon 1, 3 et 7, un seul médecin avait été interrogé.

Cependant, il s'agit là d'une étude qualitative à partir d'entretiens individuels. Elle n'a donc pas pour but d'être représentative de la population concernée (ici les médecins généralistes) mais d'avoir les avis et les opinions variées des médecins généralistes sur les personnes en grande précarité.

## 4.2. Représentations des patients en précarité

### 4.2.1. La grande précarité

#### 4.2.1.1. Diversité et limites des regards

La représentation de la grande précarité dans cette étude est variée : elle va du SDF à l'étudiant, en passant par les migrants et les personnes âgées.

Cependant, elle n'est pas forcément complète. En effet, les médecins ne connaissent pas toujours la situation sociale de leurs patients, et ignorent parfois leur grande précarité. Ainsi, les travailleurs pauvres, en intérim ou en contrat-aidé, ainsi que les jeunes en situation de rupture familiale ou encore les personnes de bas niveau culturel ont été rarement cités par les médecins. La précarité non seulement augmente mais se diversifie aussi<sup>90</sup>.

En effet, dans le colloque singulier de la consultation où l'acte médical prime sur le social, il est difficile pour le médecin de reconnaître, parmi ses patients, qui est en grande précarité. Aujourd'hui, les personnes en grande précarité peuvent être habillées comme celles qui ne le sont pas, et n'ont pas forcément de problèmes d'hygiène. Elles n'ont pas forcément toujours été en grande précarité : elles sont parfois tombées dans la grande précarité à un moment de leur vie, suite à une rupture, à un accident de la vie ou à un exil<sup>91</sup>.

D'autre part, les médecins limitent souvent leur représentation de la précarité à l'accès aux soins et à la précarité financière, sans tenir compte des autres précarités : intellectuelle, sociale, culturelle, etc, ce que le score EPICES<sup>92</sup> permet d'explorer (cf. Annexe III).

Les médecins n'ont bien sûr pas le temps de poser les questions du score EPICES, et peut-être ne le connaissent-ils pas — il est très récent. Ils ne se fient donc qu'aux propos allégués par les patients. Ceux-ci n'ont pas toujours le courage de dire leur précarité, et ne se confient pas facilement, comme le soulignent les médecins (M11, M13).

Selon Richard Wilkinson et Michael Marmot<sup>93</sup>, les déterminants sociaux à la santé sont au nombre de dix :

- origine sociale (qui a une incidence sur l'espérance de vie et les pathologies)
- petite enfance
- stress
- exclusion sociale

- charge de travail
- chômage (et insécurité professionnelle)
- soutien social (réseaux familial et amical)
- dépendances (ou toxicomanies)
- alimentation
- transports (activité physique par des moyens de transports doux à l'opposé de la sédentarité).

Certains médecins reconnaissent que la précarité peut être multifactorielle (M1, M13, M15), d'autres soulignent surtout la précarité financière et le handicap physique ou psychologique (M11, M19).

Enfin, la précarité peut être niée pour des personnes ne correspondant pas à la représentation que le médecin s'en fait. En effet, le médecin M11 se plaignait d'un manque de hiérarchie des besoins chez les pauvres, qui ne consacraient pas assez leur argent aux besoins de santé. Comme cela a été relevé dans la thèse d'Emmanuel Allory, les médecins considèrent la santé comme un besoin prioritaire avant tous les autres. Mais l'acquisition d'une télévision est devenue banale dans notre société, et elle constitue peut-être le seul loisir des personnes en grande précarité. De plus, ce genre d'achats est favorisé par les prêts à la consommation. ATD Quart Monde parle alors d'illettrisme bancaire qui entraîne le surendettement des familles pauvres<sup>94</sup>.

#### **4.2.1.2. Précarité et aides sociales**

Sur la question de la précarité des personnes recevant des aides sociales, les avis divergent.

Des médecins (M3, M7 et M26) en secteur 2 ont tendance à inclure la plupart des patients ayant la CMU dans la population des personnes en grande précarité, alors que des médecins en secteur 1 en excluent les patients ayant la CMU ou d'autres aides sociales, justement du fait de ces aides, en oubliant que celles-ci sont elles-mêmes sources de précarité puisqu'elles sont conditionnées à la situation des personnes.

L'exemple de l'exilé est frappant : lorsqu'il est demandeur d'asile et qu'il n'est pas logé en CADA (où il manque plus de 15000 places<sup>95</sup>), il peut avoir droit à une allocation de 11,45 euros par jour, avec laquelle il doit se loger et se nourrir. Il peut la perdre pour plusieurs raisons, dont

celle de voir sa demande d'asile refusée (cf. Introduction) ou celle d'avoir obtenu un logement en CADA<sup>96</sup>.

De même, la plupart des aides pour les personnes en grande précarité ou même simplement en précarité sont données sous de multiples conditions. Les conditions pour obtenir la CMU sont proches de celles pour obtenir le RSA : il faut redonner un nombre important de pièces administratives. Il faut donc savoir d'avance qu'il faut garder tous les papiers, et ne pas en avoir perdus<sup>97</sup>. Il est à noter que la sécurité sociale demande au moins 15 documents pour le dossier de demande de CMU, qu'il faut également remplir<sup>98</sup>.

Le taux de non-recours s'élève à plus de 20% des bénéficiaires potentiels, et il est encore plus élevé pour les bénéficiaires potentiels de l'ACS (plus de 70%)<sup>99</sup> et chez les étrangers (cf. Introduction). L'impression d'un accès aux soins possible pour tous les patients, quels que soient leurs revenus, est ainsi remise en question par les études.

Quelques médecins (M10, M15) rapportent que les personnes en grande précarité ne viennent pas consulter spontanément si elles ne sentent pas très malades (d'où l'intérêt d'un bus qui aillent à leur rencontre). En effet, la consommation de soins par les personnes varie suivant leur niveau socio-culturel : plus il est bas, moins il y aura de soins de confort et d'actes de prévention, et plus les pathologies seront lourdes. Les personnes en grande précarité accordent moins d'attention à leur santé que les personnes avec un niveau socio-culturel plus élevé qui consultent alors plus facilement. Les professionnels de santé, étant payés à l'acte, ne sont pas dans un système qui favorise la transmission d'information aux personnes pour la prévention des maladies avec suffisamment de temps à leur accorder.

Selon Pierre Chauvin et Jacques Lebas<sup>100</sup>, notre système de santé est dans un modèle consumériste qui favorise les inégalités sociales de santé : chacun consomme ce qu'il veut et où il veut. Les personnes en grande précarité n'ont pas toutes les informations nécessaires pour savoir quand consulter et que faire pour des pathologies bénignes avant qu'elles ne s'aggravent : le médecin M11 les critique d'ailleurs sur ce point en refusant de s'occuper de l'hygiène et de leur donner des conseils, tandis que le médecin M24 pense qu'un être humain peut être autonome vers 7 ans et donc ne voit pas quels conseils on peut leur donner.

L'étude ne s'intéressait pas aux connaissances des médecins généralistes sur l'AME et la CMU, mais il semble que certains médecins ne connaissent pas bien ces dispositifs qui sont récents et complexes (CMU et CMU complémentaire, AME et AME urgente). Leurs discours laissent

entendre que la différence entre la CMU et l'AME serait financière, alors qu'elle est liée à l'acceptation de la demande d'asile, et donc au statut de réfugié.

L'ACS n'a pas été citée directement. Elle a été seulement évoquée indirectement lorsqu'un médecin (M11) a invité un patient à se rendre à la sécurité sociale pour avoir des facilités de tiers-payant.

#### **4.2.1.3. Précarité et pathologies spécifiques**

Certaines pathologies sont favorisées par les conditions de vie difficiles des personnes en grande précarité, comme les pathologies infectieuses cutanées, la tuberculose, les hépatites virales, la diphtérie, les maladies transmissibles par les poux et le VIH<sup>101</sup>.

Selon le numéro thématique du BEH sur la tuberculose en France, publié en 2012<sup>102</sup>, le taux de cas déclarés de tuberculose était de 8,1 cas pour 10<sup>5</sup> personnes dans la population générale alors qu'il était de 50 cas pour 10<sup>5</sup> personnes parmi les populations de sans domicile fixe et de personnes nées à l'étranger, notamment dans des pays à forte prévalence de tuberculose. De plus, les étrangers exclus du système de soins ont dans plus de 75 % des cas un logement précaire<sup>103</sup>, facteur favorisant la tuberculose.

De même le taux de cas d'hépatites virales était de 0,57% dans la population générale contre 2,49% dans la population de personnes en précarité<sup>104</sup>.

Cependant, ces pathologies n'ont pas été rapportées par la plupart des médecins interrogés comme posant plus de difficultés dans cette population que dans la population générale. Ils envoyaient alors leur patient en service d'infectiologie à l'Hôpital de la Croix-Rousse. Ils ne soulevaient pas de recrudescence chez les personnes en grande précarité, a contrario de ce que rapportent les associations comme le COMEDE<sup>105</sup>. Cela peut s'expliquer par le fait que dans la population générale, le nombre de cas de tuberculose en France est faible (5187 en 2010). On peut donc supposer que les médecins généralistes en diagnostiquent rarement et ne sont pas informés ni formés sur ce sujet, ce qui peut contribuer à leur ignorance de cette différence d'incidence.

Il y a vingt-cinq ans, on croyait que les maladies infectieuses disparaissaient en France, mais cet espoir a été balayé par l'apparition du VIH, la persistance de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses dans le monde. Aujourd'hui, des maladies infectieuses « historiques » comme la diphtérie et la fièvre des tranchées ont fait leur réapparition chez les personnes en situation de

grande précarité. De même, alors que l'infection par le VIH est en diminution dans la population générale depuis 1996, elle diminue moins chez les étrangers, dont un quart a été contaminé en France, d'après l'analyse du sous-type viral du VIH<sup>106</sup>.

## **4.2.2. Les migrants**

La plupart des médecins ont inclus dans leur représentation de la grande précarité les migrants précaires et/ou fragilisés par une barrière linguistique.

### **4.2.2.1. L'intégration**

Les médecins n'ont pas été interrogés sur leur définition des migrants dans notre étude, contrairement à ce qui a été fait dans la thèse d'Emmanuel Allory<sup>107</sup>. Ici, il ne s'agissait pas de connaître leur représentation des migrants mais de la grande précarité en général. Cependant, à travers leur discours, on peut voir que les médecins ont une représentation du migrant comme un étranger arrivé depuis peu.

Pour certains médecins, il doit faire des efforts pour s'intégrer (M11 et M22), sinon c'est un « assisté » par des associations prêtes à lui fournir alimentation et logement. Pour certains médecins, s'il n'a pas droit à un logement fourni par les associations, sa précarité est mise en doute (M20). Pour ces mêmes médecins, les personnes pauvres méritent notre attention uniquement si elles ont un travail difficile ou un handicap empêchant de travailler (M11).

Comme cela a été mis en évidence dans la thèse d'Emmanuel Allory, les médecins sont plus ou moins conscients des déterminants de l'intégration et de l'accès aux soins des étrangers : quelques médecins jugent les étrangers responsables de leur propre situation, mais la plupart reconnaissent leurs difficultés à accéder aux soins, du fait des barrières linguistique, culturelle et/ou financière, et les aident alors pour mieux s'intégrer.

Certains médecins (M1 et M16) ont centré leur discours sur les migrants demandeurs d'asile, du fait de leur activité : le médecin M1 est agréé auprès de la préfecture pour les certificats d'étranger malade, et le médecin M16 reçoit des personnes venant d'un centre de demandeurs d'asile. Les autres médecins de l'étude ne paraissaient pas recevoir de migrants demandeurs

d'asile, et n'ont quasiment pas évoqué les traumatismes antérieurs à l'arrivée en France, sauf le médecin M17 qui a connu ce que peut être un exil de par sa famille.

#### **4.2.2.2. Les spécificités de prise en charge**

L'analyse de leur situation en France et de leur prise en charge diffère selon les médecins.

Les médecins interrogés par Emmanuel Allory étaient réparties en quatre groupes, selon les spécificités qu'ils relevaient pour ces prises en charge :

- ignorance totale de pathologies spécifiques
- spécificités de classe sociale
- spécificités dans la prise en charge
- difficultés liées aux spécificités

D'après les résultats de notre étude, on peut opérer la même répartition.

On peut placer dans le premier groupe des médecins qui ignorent les pathologies spécifiques, comme le médecin M25 qui affirme ne pas s'intéresser aux problèmes sociaux, ne pas vouloir consacrer plus de temps à la prise en charge des migrants qu'aux autres, et ne pas voir de spécificités. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, l'épidémiologie du pays d'origine, la migration et les conditions de vie à l'arrivée favorisent les pathologies infectieuses et psychiatriques. Si le médecin ne connaît pas ces facteurs, les pathologies risquent de ne pas être dépistées (voir 3.4.4. La barrière linguistique) et prises en charge. De plus, connaître la situation des migrants permet au médecin d'adapter le traitement.

On pourrait placer dans le deuxième groupe des médecins qui relèvent les spécificités sociales les médecins M24 et M8 qui considèrent le problème culturel plutôt comme un manque d'éducation, de connaissances scientifiques. Le médecin M24 reconnaît qu'il essaie, avec son confrère (non interrogé), de faire preuve d'une forte éthique personnelle qui leur fait considérer la demande de soins de tous les patients au même niveau. Le médecin M24 analyse le problème culturel comme une différence de niveau socioculturel, ce qui rejoint les travaux sociologiques d'Aballea<sup>108</sup> : la structure de la consommation médicale varie très nettement selon l'appartenance sociale des patients et leur localisation.

Le troisième groupe des médecins qui relèvent les spécificités de la prise en charge des migrants serait représenté par le médecin M15 qui reconnaît que chaque personne a une manière

différente d'affronter la maladie : il faut alors tenir compte à la fois de l'universalité de la prise en charge et des cultures différentes d'une personne à une autre.

Dans le quatrième groupe de médecins faisant état des difficultés liées aux spécificités dans la prise en charge des migrants, nombreux ont été les médecins à parler de différences culturelles, plus ou moins prononcées, liées aux origines des patients. Les médecins M1 et M10 sont allés plus loin dans leurs réflexions : ils connaissent Tobie Nathan et l'ethnopsychiatrie, qui propose un regard sur l'autre en considérant la culture comme source d'interprétation différente d'un symptôme, et qui propose, avec l'aide d'un médiateur culturel, une possibilité de thérapie spécifique à cette culture (et donc la réhabilitation des traditions). Cependant, l'ethnopsychiatrie ne doit pas déborder de son cadre et s'étendre à tous les symptômes allégués par les patients de culture différente, au prix de perdre la vision universelle de nos conditions humaines, héritage des Lumières. Comme le note D. Fassin<sup>109</sup> dans la thèse d'Emmanuel Allory, la relation médecin-patient pourrait pâtir du manque de prise en compte des contraintes de vie concrètes du migrant et des projections culturelles du médecin qui empêcheraient celui-ci de bien écouter le patient.

#### **4.2.2.3. Un tourisme médical ou une immigration pathogène ?**

##### **• Le paradoxe du « *French doctor* »**

Certains médecins interrogés ont observé dans leur cabinet ce qu'ils appellent le « paradoxe du *French doctor* ». Le « *French doctor* » fait référence au surnom donné aux médecins des Médecins Sans Frontières<sup>110</sup>. Pour le médecin interrogé qui emploie l'expression « paradoxe du *French doctor* », elle désigne le fait que certaines personnes de passage en France pensent qu'elles seront mieux soignées en France que dans leur pays, voire auront des soins gratuits, alors qu'en réalité elles n'auront pas de prise en charge sociale. Dans ces conditions, le médecin interrogé s'est limité dans les examens, ne sachant pas ce qui a déjà été fait et ce qui pourrait être fait pour les aider. Il s'en est tenu à une écoute empathique.

Ces situations sont assez exceptionnelles et témoignent, comme le rappelle le médecin M24, d'une vision d'une médecine efficace en France, peut-être grâce à la célèbre conclusion du rapport de l'OMS en 2000 : « La France fournit les meilleurs soins de santé généraux. »<sup>111</sup>.

Une étude européenne récente<sup>112</sup> ainsi qu'un rapport de l'OCDE<sup>113</sup> montrent que les immigrés européens sont avant tout attirés par la perspective de travailler, plus que celle de percevoir des aides sociales.

De même, l'immigration thérapeutique ou itinéraire thérapeutique n'existe pas selon Anne-Yvonne Guillou<sup>114</sup>. Il s'agirait plutôt d'une immigration pathogène, car les migrants subissent, de par leur statut social précaire, les inégalités sociales — un travail lourd avec des accidents fréquents, le stress du risque d'être débouté de sa demande, ou de devoir revivre des traumatismes lors des témoignages pour la demande d'asile — et les maladies apparaissent alors en France, alors qu'elles n'étaient parfois pas diagnostiquées dans le pays d'origine.

Selon l'INSEE<sup>115</sup>, les personnes immigrées en France déclarent un plus mauvais état de santé que celui des non-immigrées, dû à leur bas niveau socioéconomique<sup>116</sup>. Elles consultent plus leur médecin généraliste et beaucoup moins les spécialistes (10 points de moins que leurs homologues non-immigrés entre 30 et 44 ans<sup>117</sup>). Mais les entretiens avec les personnes concernées montrent aussi que les discriminations liées à l'origine et au sexe exercent un effet délétère qui n'est pas, loin s'en faut, de moindre importance.<sup>118</sup> « La plupart des demandeurs d'asile subissent une grande précarité »<sup>119</sup>, rapporte ATD Quart-Monde.

#### • Les recommandations pour la prise en charge des migrants

Le COMEDE a réalisé un guide de prise en charge pour les migrants ou étrangers en situation précaire<sup>120</sup>. Il y rappelle que les troubles dépressifs sont fréquents et témoignent des effets conjugués de la politique du pays d'origine et de celle du pays d'exil : exil, exclusion et précarité.

Dans ce cas, il vaut mieux éviter des techniques psycho-thérapeutiques « actives », c'est-à-dire poser des questions sur ce qui s'est passé, ce qui pourrait avoir des conséquences dramatiques, de par la réactivation du traumatisme. En revanche, lorsque la personne sera en confiance et se sentira écoutée, elle parlera peut-être d'elle-même de ces souvenirs qui la hantent.

À ce titre, l'exigence exponentielle du « certificat médical » accentue les effets du traumatisme : en prétendant remplacer la parole de l'exilé par celle du médecin, le certificat médical s'oppose au processus thérapeutique.

Le COMEDE rappelle aussi que le médecin ayant envie de les aider psychologiquement doit avoir une solide formation : les traumatismes vécus par les patients, relatés aux médecins lors des consultations, peuvent être tellement violents que le médecin en soit bouleversé voire durablement affecté.

La prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression, ce que relèvent certains médecins généralistes interrogés, en parlant de pathologies psychosomatiques différentes liées à la culture du patient. Le guide du COMEDE<sup>121</sup> conseille qu'au moindre doute d'une

aggravation en dépression sévère (altération de l'état général, idées d'incurabilité, etc.), le recours au psychiatre s'impose. Mais les médecins interrogés ont parfois relevé l'accès difficile au CMP.

D'autre part, comme le soulignaient le médecin M16 et les médecins interrogés par Emmanuel Allory<sup>122</sup>, la dépression peut être entretenue par le statut socio-administratif de « malade permanent ». En effet, certains patients peuvent avoir tendance à prétexter des symptômes ou des maladies pour obtenir le droit au séjour pour étranger malade (cf. Introduction), en vain, car les médecins les examinent et prescrivent alors des bilans qui s'avèrent rassurants.

Ainsi, le COMEDE conseille également aux médecins de proposer aux migrants précaires une prise en charge médico-sociale, en posant clairement les limites de l'aide qu'eux-mêmes peuvent apporter, afin d'éviter de créer ou d'entretenir l'illusion dangereuse du bénéfice administratif de la maladie. Dans ce cadre, le médecin M16 et les médecins interrogés par Emmanuel Allory ne perdent pas pour autant leurs patients, et la relation médecin-patient en devient plus simple, sans tension sous-jacente.

Certains médecins interrogés aimeraient plutôt faire de la prévention, mais celle-ci est limitée du fait de la précarité de la personne. Les migrants précaires ne viennent en consultation que lorsqu'ils se sentent déjà malades<sup>123</sup>. De plus, ils ne peuvent pas toujours suivre les conseils, même alimentaires, donnés par les médecins. En effet, le guide du COMEDE précise que certaines personnes vivant en communauté ne peuvent pas suivre un régime alimentaire particulier, les repas étant partagés.

## **4.3. Les difficultés rencontrées dans la pratique libérale**

### **4.3.1. Des abus ou une moindre demande ?**

#### **4.3.1.1. Les ressentis des médecins**

Les ressentis, variés selon les médecins, allant de l'abus à la moindre demande, peuvent être liés à des problèmes d'écoute. En effet, comme le souligne Sophie Dareths dans sa thèse sur la qualité d'écoute en médecine générale<sup>124</sup>, celle-ci diminue si la consultation traite de plus de deux motifs, ou d'un problème social, ou si un problème émerge à la fin de la consultation.

De même, avec les patients issus de catégories socioprofessionnelles inférieures, les médecins seront confrontés à des difficultés d'écoute. Or, tout comme l'écoute permet de poser un diagnostic mieux établi, on peut supposer qu'elle permet aussi de mieux comprendre la demande qui apparaît alors justifiée et non plus abusive.

La plupart des médecins interrogés ont rapporté des difficultés de compréhension pouvant entraver une bonne écoute surtout de la part de leurs patients. Cependant, certains médecins interrogés notent qu'ils doivent eux aussi faire preuve de plus d'empathie et d'attention dans leur consultation avec ces patients.

D'après la thèse de Sophia Chatelard sur les compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé<sup>125</sup>, les patients précaires, ayant du mal à juger les compétences biomédicales de leur médecin, basent leur confiance sur des critères relationnels, la première consultation étant alors décisive sur ce point. L'empathie, la prise en charge de leur contexte global et la délivrance de l'information médicale leur permettent d'établir une relation de confiance. Celle-ci est d'autant plus importante que la confiance des patients précaires envers leur médecin traitant sera inversement corrélée à la probabilité de retard ou de renoncement aux soins.

Selon certains médecins (M7 et M11), les nouveaux patients en situation de grande précarité sont plus susceptibles de ne pas respecter les rendez-vous pris. À l'inverse, chez les patients habituels du cabinet, se retrouvant en situation de précarité suite à un accident de la vie (perte d'emploi, isolement suite à un deuil ou à une maladie), la relation de confiance établie pourrait permettre à ces personnes de consulter plus facilement leur médecin, sachant que celui-ci les mettra à l'aise, sans jugement (M15).

#### 4.3.1.2. Une moindre demande

Pour en revenir à la question des abus ou de la moindre demande des personnes en grande précarité, ou même simplement en précarité, les études<sup>126</sup> pencheraient plutôt en faveur d'une moindre demande.

Selon le rapport de l'IGAS en 2010<sup>127</sup>, les bénéficiaires de l'AME sont reconnus comme « responsables » dans leur « consommation de soins », au regard de la moyenne annuelle des visites en médecine de ville, du caractère contenu des dépenses moyennes et de leur recours plus systématique aux génériques que les assurés du régime général.

Les personnes bénéficiant de la CMU<sup>128</sup> et de l'AME<sup>129</sup> consomment autant voire moins de soins de ville par rapport à leurs pathologies souvent plus lourdes, du fait qu'ils sont plus bas dans l'échelle socioculturelle. Le médecin M24 l'expliquait par un manque d'information sur ce qu'il existe comme thérapeutique et examens complémentaires pour une pathologie ou une plainte donnée.

La majorité des médecins pensent que la CMU garantit l'accès aux soins, ce qui n'est pas le cas. De même, 76% des Français affirmaient en 2014 que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu », et 45% d'entre eux considéraient que l'on a « la même qualité de soins quel que soit son revenu »<sup>130</sup>.

Cependant, le déremboursement des médicaments, des prothèses, et les dépassements d'honoraires les incitent à moins consommer<sup>131</sup>. Ainsi, un rapport du Sénat de septembre 2013 indique que les renoncements aux soins concernent 20,4% des bénéficiaires de la CMU-C et 33% des personnes sans complémentaires santé. Ces renoncements sont concentrés sur le secteur dentaire (pour 56%), celui de l'optique (pour 12%) et sur les consultations de spécialistes (pour 9%)<sup>132</sup>.

D'autre part, il existe toute une partie de la population en grande précarité qui ne bénéficie pas de couverture sociale, pour les raisons évoquées précédemment (comme la difficulté administrative d'obtenir la CMU) : ces personnes s'abstiennent alors parfois de visites chez le médecin et d'achats de médicaments. Puis, lorsqu'elles l'obtiennent, elles se rendent chez le médecin, parfois pour plusieurs motifs qui se seront accumulés pendant le laps de temps où elles n'étaient pas couvertes : il se produit alors un effet de « rattrapage » des soins qui n'auraient pas été

effectués précédemment faute de couverture sociale. Cet effet de rattrapage augmente le coût des soins la première année puis la consommation se stabilise les années suivantes.<sup>133</sup>

#### **4.3.1.3. Des hospitalisations plus fréquentes**

Ces dépenses modérées doivent cependant être mises en balance avec des besoins accrus : deux à quatre fois plus de grossesses et d'hospitalisations liées au VIH, à la tuberculose et au VHC.

De manière plus générale, les personnes en précarité ou en grande précarité sont plus souvent hospitalisées<sup>134</sup>. Cette constatation rejoint l'analyse des médecins M15 et M21 : les personnes en grande précarité attendent que leur pathologie soit grave, ce qui nécessite plus souvent une hospitalisation.

On peut aussi supposer un recours aux urgences hospitalières plus important, du fait d'un manque de connaissance sur la conduite à tenir face à un symptôme.

Leur plus fréquente hospitalisation peut également s'expliquer par leur isolement ; personne ne pourrait les surveiller pendant l'évolution de la maladie et prévenir les secours.

#### **4.3.2. Les problèmes de violence**

Les problèmes de violence liée à la grande précarité, plus particulièrement chez les personnes sous traitement substitutif aux opiacés, ont été rapportés par plusieurs médecins. Pour certains, cette violence était liée à des problèmes de compréhension, et elle pouvait être désamorcée lorsque le médecin expliquait clairement la situation.

À l'inverse, ATD Quart Monde souligne que ce sont les plus pauvres qui sont les plus victimes de violences : « Aucun autre groupe de personnes n'est soumis à autant de violence, autant de châtement, autant de contrôle et autant de mépris que les personnes qui vivent dans la pauvreté. »<sup>135</sup> Plus les inégalités sont fortes, plus elles génèrent chez les personnes une violence physique qui est presque toujours une réaction à l'irrespect, à l'humiliation et à la honte<sup>136</sup>.

En cas de conflit avec un patient agressif, la position du médecin peut alors être celle enseignée dans les ateliers de gestion d'événements indésirables du Dr. Farge<sup>137</sup> : il s'agit de dire au patient que l'on est affecté par ses propos blessants, ce qui permet souvent de désamorcer la situation. Les médecins interrogés s'en sortent souvent par des explications tout en ayant de l'empathie pour le patient dans ses difficultés.

### **4.3.3. La barrière linguistique**

#### **4.3.3.1. Le bilinguisme**

La barrière linguistique est fréquente, mais certains médecins, polyglottes, la ressentent moins.

Les médecins souhaiteraient que les patients apprennent plus le français, mais cela ne leur est pas toujours possible : la plupart des cours de français sont payants, et lorsqu'ils existent sur internet, encore faut-il avoir accès à internet.

#### **4.3.3.2. Le problème du secret médical**

Les médecins demandaient souvent à leurs patients non francophones de venir avec un traducteur familial ou de l'entourage, ce qui posait alors le problème du secret médical.

Contrairement à nos entretiens, ce sujet n'a pas été abordé par les médecins interrogés par Emmanuel Allory. Il a alors émis deux hypothèses : soit les médecins considèrent les interprètes comme des partenaires professionnels à part entière, soit ils jugent que la consultation ne peut se faire sans eux et que leur place est donc tellement importante qu'ils sont prêt à accepter la rupture du colloque singulier.

La plupart des médecins de notre étude ont considéré que le partage du secret médical est implicite du fait de la présence de ce traducteur familial amené par le patient lui-même.

Or, d'après des entretiens avec des traducteurs <sup>138</sup>, ceux-ci ne connaissent pas toujours le secret médical qu'ils devraient respecter. Le médecin devrait s'en assurer, comme le lui incite l'article 72 du code de la déontologie médicale<sup>139</sup> : « Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment ».

De plus, cette situation de rupture du colloque singulier posait problème à certains médecins interrogés (M17, M24).

Dans le cas où le traducteur est un enfant, les médecins ne peuvent pas aborder tous les problèmes du patient ou de la patiente, en particulier concernant la gynécologie et les traumatismes vécus. Un travail de thèse d'Antoine Roux en 2010<sup>140</sup>, révèle que, même si l'enfant perçoit ce rôle comme important et valorisant, le vécu de cette situation est estimé comme choquant a posteriori par les enfants devenus adulte, qui ne souhaitent pas cette situation pour leurs enfants.

D'autres solutions doivent être développées pour protéger l'enfant de cette difficulté et améliorer la prise en charge de ces patients.

#### **4.3.3.3. Les outils de traduction**

En l'absence de traducteur présent à la consultation, certains médecins s'adaptent.

Certains téléphonaient à des personnes bilingues connues par les patients. D'autres gardaient le numéro de téléphone des interprètes. Quelques médecins, connaissant l'existence de listes de numéros de téléphone du personnel bilingue dans les hôpitaux, aimeraient bien avoir le même type de liste pour leur pratique quotidienne<sup>141</sup>.

D'autres encore se servaient des logiciels disponibles sur internet pour traduire, ce qui pouvait fonctionner uniquement si le patient était capable de lire. Toutefois, il existe des sites web comme <http://www.reverso.net/> et des applications comme TraducMed<sup>142</sup> où il est possible d'entendre ce qui est traduit. Cependant, ce type de traduction passant par l'ordinateur, tout comme la communication non-verbale (schémas), ne peut suffire que lorsque la demande du patient est uniquement biomédicale. Elle devient insuffisante lorsqu'il s'agit de traiter des symptômes somatiques en relation avec le psychique et l'émotionnel. Les médecins, percevant souvent le lien entre somatique et psychique, se sentent dans ce cas amputés d'une partie de leurs possibilités thérapeutiques.

#### **4.3.3.4. Les traducteurs**

Les traducteurs ne sont pas toujours fiables : ils ne traduisent pas toujours complètement le propos des patients, d'après Gül Mete Uva<sup>143</sup>, interprète professionnel au COMEDE. Les traducteurs peuvent retenir l'information, la sélectionner dans le discours du patient pour n'en traduire que la partie qu'ils jugent utile.

Ils ne connaissent pas suffisamment la culture de chaque protagoniste pour faire une traduction correcte (M2, M1). L'étude de Glenn Flores<sup>144</sup> révèle que, sur une seule consultation avec un interprète non-professionnel, il est retrouvé une moyenne de trente et une erreurs d'interprétation, d'omission ou d'addition.

Suite à des recherches sur internet, on peut voir qu'il existe une association d'interprètes, ISM-Interprétariat<sup>145</sup>, qui se déplace en île de France et est joignable par téléphone en continu, afin de faciliter la compréhension et l'expression entre les étrangers non-francophones et les professionnels français.

L'absence de formation préalable des interprètes en psychologie empêche les médecins d'explorer vraiment les traumatismes du patient au risque de devoir reconforter le traducteur. En revanche, le traducteur connaissant les différences culturelles et formé à l'éthnopsychiatrie peut devenir un « médiateur », ainsi nommé par certains médecins interrogés connaissant le travail de Tobie Nathan (M1 et M10). Les médecins leur laissent alors une place, alors que le simple traducteur gêne la consultation, empêche le colloque singulier auquel est habitué le médecin (M24, M17), qui perd alors le contrôle et l'autorité qui s'inscrit dans sa prérogative et son identité professionnelle<sup>146</sup>.

#### 4.3.3.5. Conséquences

L'Observatoire de santé mentale, dans sa revue *Rhizome*<sup>147</sup>, va encore plus loin dans les conséquences de cette barrière linguistique : le fait de ne pas avoir d'interprète et de ne pas être francophone pourrait entraîner un non-recours aux soins par l'effet de filtre de la barrière linguistique. Les plaintes ne peuvent pas toutes être dites, l'anamnèse peut être partielle et conduire à des diagnostics erronés. Il s'agit donc là encore d'une inégalité sociale de santé qui n'est pas reconnue par tous les médecins interrogés.

Le fait de communiquer comme avec « un enfant ou un autiste », comme l'ont dit certains médecins interrogés, pose aussi le problème d'un regard du soignant délégitimant l'étranger<sup>148</sup>.

Les problèmes de compréhension peuvent arriver avec tout patient lorsque le langage est le lieu de représentation différente sur la maladie. Ainsi, le message « Il n'y a rien » rassurant du médecin, résonne pour le patient comme « Mon mal ne semble pas justifié et pourtant ma souffrance est bien réelle. »<sup>149</sup>.

D'autre part, la thèse d'Alice Mathieu fait état d'une peur des médecins envers des patients qu'ils ne comprennent pas. Elle commence par une comparaison entre son expérience en SASPAS, en médecine de ville donc, et celle lors d'un stage à Médecin Solidarité Lille. Elle ne voit pas de différence de prise en charge entre les migrants et le reste de la population, l'écoute paraissant toujours importante, mais elle constate tout de même que ses confrères ont peur des migrants. Elle en conclut que « la barrière de la langue semblait être une première difficulté, le climat de violence qui entoure ces patients une deuxième... ». Notre étude rejoint la première partie de cette affirmation mais la position des médecins est variée quant à la deuxième partie : certains médecins

craignent que les personnes en grande précarité soient plus violentes ou dangereuses (M23, M24), de par leur toxicomanie (M4), alors que d'autres pensent que cela peut arriver dans toute relation médecin-patient suite à une incompréhension (M16).

Finalement, la plupart des médecins interrogés ne rapportent pas avoir de peur face aux personnes en grande précarité, que ce soit des SDF ou des migrants, mais pointent plutôt toutes les difficultés à la prise en charge en libéral, et leurs craintes se situent plus sur le problème du temps avec des consultations chronophages.

#### **4.3.4. La barrière socioculturelle**

Le problème culturel a été noté comme une difficulté par de nombreux médecins, en particulier pour l'examen clinique. Certains médecins annonçaient dès le début de la consultation leurs conditions (par exemple l'examen complet), ou dédramatisaient par le rire les situations difficiles.

L'explication de la prise des traitements était aussi source de confusion, et les médecins étaient obligés de répéter leurs explications sur plusieurs rendez-vous pour s'assurer de la bonne observance (M15, M17).

Les médecins interrogés ont surtout mis en avant des pathologies psychosomatiques qui peuvent être décrites d'une façon différente selon les cultures, voire selon les personnes. Là encore, comme le disait le médecin M24, qui se rend bien compte des inégalités sociales de santé, il est plus facile pour un médecin de discuter avec un patient dans le même référentiel socioculturel, avec les mêmes notions et la même logique.

Dans ces entretiens, la barrière socioculturelle a été relevée comme importante même lorsqu'il n'y a pas de barrière linguistique. Comme le remarquent à la fois Alice Mathieu et Hélène Entressangle<sup>150</sup>, les croyances sont importantes à explorer chez un patient migrant. Par exemple, les représentations du cancer chez un migrant ont certaines caractéristiques singulières : elles ont pu évoluer avec la migration, sans pour autant être devenues similaires à celles du pays d'accueil. Ces particularités incitent donc à être plus attentif, sans pour autant avoir de comportement « type ». En effet, si tenir compte des données socioculturelles permet sans doute une amélioration des prises en charge, cela ne suffira évidemment jamais à résumer la singularité des individus et de chaque relation. Les médecins pourraient avoir des « clés » de compréhension d'une culture, comme en parlait le médecin M1 pour les douleurs abdominales, mais ils devraient tout de même faire

attention à ne pas enfermer leurs patients dans un culturalisme au détriment de l'universalité de la condition humaine.

De même, selon la thèse d'Emmanuel Allory<sup>151</sup>, les médecins généralistes rennais ont comme principales difficultés les barrières linguistiques et socioculturelles à travers la non-maîtrise de la langue, la méconnaissance du système social et l'existence d'un référentiel culturel différent. Ces difficultés sont parfois dépassées par un discours éthique et déontologique, mais d'autres médecins rennais cédaient à des discours racistes. Ce ne fut pas tout à fait le cas dans notre étude, probablement parce que les migrants étaient englobés dans les personnes en grande précarité. Cependant, certains médecins ont eu un discours populiste de « patients assistés » ou de dénonciation d'un appel d'air fait par les associations.

#### **4.3.5. La surcharge de travail, le manque de temps**

La démographie médicale, toutes spécialités confondues, est stable depuis plusieurs années. En revanche, les médecins généralistes sont en diminution de 6,5%<sup>152</sup>. On peut alors supposer que le manque de médecins favorise la surcharge de travail dont se plaignent les médecins interrogés. Certains essaient plus que d'autres de « tenir la barque », mais ils se plaignent de ne pas pouvoir accueillir de nouveaux patients, peu importe leur statut social le plus souvent.

Les barrières linguistique et socioculturelle peuvent être dépassées par l'implication du médecin à travers différents moyens (téléphone, internet ou logiciel traduisant, gestes, dessins ou schémas, voire même demander la participation de la secrétaire ou d'un autre patient parlant la langue du patient), mais cela demande beaucoup de temps et d'énergie. Même s'il y a un traducteur, rarement suffisamment qualifié, les consultations risquent de durer plus longtemps. Or, la consultation est cotée à l'acte et non au temps passé avec le patient (comme c'est le cas en Suisse).

De plus, le nombre de pathologies ou de problèmes de tout ordre est plus important chez les personnes en grande précarité, ce qui pourrait prendre plus de temps selon les médecins interrogés. Mais la thèse d'Hélène Stephan sur la durée des consultations en médecine générale<sup>153</sup> montre que le nombre de motifs de consultation modifie peu la durée totale moyenne de la consultation. Le « temps-patient » est certes corrélé au nombre de motifs, mais de façon non proportionnelle. Le médecin est en fait le principal facteur la modifiant.

Ce résultat surprenant, contrastant avec les opinions des médecins interrogés, est expliqué par la prise du parole du médecin qui enclenche, dès que le patient a exprimé un premier motif, le schéma standard de consultation (interrogatoire, examen clinique, diagnostic et traitement). Le patient peut retrouver du temps de parole en fin de consultation ou pendant les moments de rupture que sont les silences ou les déplacements<sup>154</sup>, mais sans que le médecin n'entame forcément toute une démarche diagnostique pour explorer ces motifs supplémentaires<sup>155</sup>. Cependant, on peut supposer que, pour les médecins, cela demande un effort de ne pas s'éparpiller dans les motifs avancés par le patient.

Comme le souligne Sophie Dareths dans sa thèse sur la qualité d'écoute en médecine générale<sup>156</sup>, celle-ci diminue si la consultation traite de plus de deux motifs, d'un problème social, ou si un problème émerge à la fin de la consultation. De même, avec les patients issus de catégories socioprofessionnelles inférieures, les médecins seront confrontés à des difficultés d'écoute. Or, l'écoute permet de poser un diagnostic mieux établi. Les médecins interrogés ont d'ailleurs rapporté des difficultés de compréhension pouvant entraver une bonne écoute, mais plutôt du côté du patient que du leur.

Les patients âgés constituent une population à part dans les consultations de médecine générale. Dans sa thèse sur le temps consacré à chaque activité dans une consultation de médecine générale<sup>157</sup>, Hélène Stephan note que « plus le patient est âgé, plus la variabilité de la durée des consultations est grande », ce qu'elle suppose être en lien avec des motifs de consultations plus variés, le « temps-patient » augmentant au détriment du « temps-médecin ». Toutefois, la thèse de Sophie Dareths<sup>158</sup> montre que lors des consultations avec des patients âgés de plus de 80 ans, les médecins ont également plus de difficultés d'écoute.

L'ensemble des difficultés de la prise en charge des personnes en grande précarité (barrière socioculturelle, linguistique parfois, augmentation du temps administratif dans les consultations, et parfois absence de couverture maladie) entraîne des réactions diverses chez les médecins : certains s'y adaptent et acceptent plus ou moins facilement cette population (M16), d'autres préfèrent les envoyer à la PASS car c'est une structure bien adaptée à leur prise en charge (M10, M24).

## **4.3.6. La part du social dans les consultations**

### **4.3.6.1. La nécessité de la part sociale**

Le Haut Comité de Santé Publique<sup>159</sup> affirme que « l'état de santé exceptionnel que connaissent aujourd'hui les Français est beaucoup plus lié aux progrès socio-économique qui se sont produits au cours du XXème siècle qu'aux progrès de la médecine et de la technologie ».

Le social prend une part de plus en plus importante dans les consultations. La thèse de Laura Basuyau<sup>160</sup> montre ainsi que pour réduire les inégalités sociales de santé qui touchent les Roms migrants communautaires, des actions d'amélioration dans des domaines autres que la santé sont nécessaires.

### **4.3.6.2. Les inégalités sociales de santé**

#### **• L'ignorance des inégalités sociales de santé**

Les médecins interrogés avaient des avis disparates sur la part du social et de la prévention dans les consultations : certains, comme le médecin M11, estimaient que ce n'était pas leur rôle, d'autres (M6, M21) l'envisageaient et questionnaient souvent les patients sur leur mode de vie, lorsque cela était possible.

La mauvaise reconnaissance des personnes en grande précarité peut être liée à différents facteurs : le manque de temps, le colloque singulier du cabinet occultant le social, l'aspect biomédical de plus en plus important du fait de l'augmentation des possibilités techniques en médecine, ou encore le manque de formation des médecins sur les conséquences du social sur la santé.

#### **\* Conséquences de l'ignorance des inégalités sociales de santé**

Les inégalités sociales de santé sont souvent vues par les médecins généralistes interrogés uniquement comme des inégalités d'accès aux soins.

Pourtant, dans le cas de l'infarctus par exemple, les facteurs psychosociaux pèsent pour 32% des facteurs de risque<sup>161</sup>. Comme le remarque le médecin de l'entretien 15, la prise en charge hospitalière de l'infarctus ne diffère pas selon les catégories sociales, mais la mortalité pré-hospitalière et la mortalité totale (28 jours après l'événement aigu) étaient moins élevées pour les catégories sociales favorisées, celles-ci ayant des antécédents plus fréquents d'explorations coronaires. La nature de l'interaction entre les personnes de différents statuts socioculturels et l'institution médicale sont donc dans ce cas plus importantes que l'accessibilité directe aux soins<sup>162</sup>.

Cette constatation rejoint les résultats de notre étude : la plupart des médecins (en dehors des médecins M24 et M17) ne se rendent pas compte d'une moindre demande des personnes en situation sociale défavorisée. Peut-être est-ce lié à une plus mauvaise qualité d'écoute.

### **\* Causes de l'ignorance des inégalités sociales de santé**

En France, le potentiel de rattrapage des inégalités sociales de santé par le système de santé est probablement sous-estimé. C'est ce que suggèrent l'ampleur des inégalités sociales d'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé. La part attribuable aux inégalités de recours ou d'accès secondaire aux soins est souvent méconnue. Ces inégalités traduisent l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé. D'une part, les inégalités par « omission », produites par le fonctionnement en routine du système de soins, ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance d'un besoin de soins ou de sa non-satisfaction au moment de l'identification. D'autre part, les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à les perpétuer, voire les accentuer. *« L'identification de ces inégalités peut permettre celle d'actions correctives. »*<sup>163</sup>

Lorsque le médecin se trouve dans une relation individuelle médecin-patient en libéral, sans lien avec les acteurs du social, il ne peut pas toujours prendre suffisamment de recul pour se rendre compte des inégalités sociales de santé. Ainsi, les médecins interrogés y accordaient peu d'importance, et contribuaient ainsi à des inégalités sociales de santé par omission.

### **• Les causes des inégalités sociales de santé**

De nouvelles études cherchant à hiérarchiser les facteurs explicatifs de ces inégalités ont fait apparaître leur caractère injuste. Elles ont mis en avant le rôle majeur de l'origine sociale sur la formation de ces inégalités. L'origine sociale explique une grande partie des « comportements à risques » (tabagisme, alcoolisme, obésité). Elle relègue au second plan le rôle de l'effort individuel à se doter d'une bonne santé, quand l'état de santé des individus devenus adultes est lié à leur condition d'existence pendant l'enfance.

Si les circonstances sociales ont une influence sur l'état de santé, le lien est à double sens. Ainsi, la mauvaise santé est l'une des premières causes du chômage et de sortie de l'emploi vers l'inactivité, quand elle sélectionne les individus sur le marché du travail. Si la santé influe sur la probabilité d'obtenir un emploi, l'absence d'emploi influe également sur la santé, et les chômeurs

sont aussi en première ligne face à la maladie, confirmant l'influence de facteurs psychosociaux comme l'estime de soi.<sup>164</sup>

L'ensemble de la profession doit prendre conscience de la dégradation de l'accès aux soins et de ses conséquences pour la cohésion sociale et la santé publique : le défi est lancé à tous les professionnels de santé<sup>165</sup>.

#### **4.3.7. Une prise en charge globalement plus difficile**

La prise en charge lors d'une consultation de personne en grande précarité ne diffère pas complètement d'une prise en charge habituelle, dans la mesure où la gestion de plusieurs problèmes de santé lors d'une même consultation, et en particulier la simultanéité de pathologies aiguës et chroniques, sont des spécificités de l'exercice de la médecine générale.

Pourtant, les médecins interrogés considèrent les consultations avec les personnes en grande précarité plus longues. Selon eux, dans la pratique actuelle de médecine libérale, il est illusoire de souhaiter recevoir tous ces patients pendant plus d'une demi-heure. La durée moyenne de consultation en France est déjà l'une des plus longues en Europe, 16,3 minutes<sup>166</sup>.

La durée de la consultation et la prise en charge varient d'un médecin à un autre.

Certains médecins se plaignent d'une prise en charge plus aléatoire avec les personnes en grande précarité, et surtout d'une moins bonne observance, sans doute liée à une moins bonne éducation, à un niveau socioculturel bas. Ils s'adaptent alors en expliquant plus souvent, en répétant les conseils.

Certains médecins ne paraissent pas connaître les PASS qui pourraient les aider dans la prise en charge des patients désocialisés : migrants arrivés depuis peu, SDF ne sachant pas où faire valoir leurs droits (M8, M23) et surtout dans les cas où la pathologie médicale est grave et urgente. En effet, les PASS sont situées à côté des urgences, et, pour les soins urgents, une AME d'urgence peut être délivrée avec un panier de soins restreint.

Certains médecins s'attardent plus que d'autres sur le côté psycho-social de la prise en charge, comme les traumatismes vécus (M1, M17).

D'autres s'intéressent plus au côté bio-médical, et des bilans de santé peuvent être réalisés soit à la demande du patient (M25), soit sur proposition du médecin (M17) :

Le COMEDE<sup>167</sup> propose d'ailleurs le bilan suivant pour les migrants récents :

- un examen clinique,
- un bilan biologique comportant : une NFS, une glycémie, les sérologies VHB, VHC, VIH,
- une radiographie de thorax de face (ce que fait par exemple le médecin M17).

Un bilan des vaccinations et pathologies présentées ainsi qu'une radiographie de thorax (mais sans les sérologies ci-dessus) sont d'ailleurs proposés lors de la visite médicale par l'OFII obligatoire pour l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois<sup>168</sup>.

Ces bilans sont souvent demandés par les migrants eux-mêmes, comme le note le médecin M25. La thèse d'Alice Mathieu<sup>169</sup> montre que les migrants sont demandeurs de « *check-up* » pour se rassurer sur leur état de santé et partir sur de bonnes bases. On peut supposer que cela peut être lié à des traumatismes physiques subis non dits.

Ils sont aussi demandeurs d'écoute mais ils ne veulent pas forcément parler de leurs traumatismes. Le médecin doit alors faire attention à la manière de les évoquer.

Alice Mathieu conclut que les migrants, lors d'une consultation chez un médecin généraliste, n'ont pas des attentes plus compliquées que les patients habituels mais différentes. Il faut donc connaître leurs attentes et la prise en charge de base de ces consultations. Il faut tout particulièrement faire attention à l'interrogatoire avec des questions sur le parcours migratoire, les croyances, la souffrance psychologique, le bilan du COMEDE, et expliquer les différentes étapes de la prise en charge.

## **4.4. Les solutions existantes ou proposées par les médecins**

### **4.4.1. Une prise en charge globale dans un réseau**

Une prise en charge globale avec des assistantes sociales, des interprètes, voire du personnel infirmier est souvent demandée par les médecins. Certains imaginent qu'un réseau reliant ces différents partenaires pourraient les aider à prendre en charge les personnes en grande précarité au cabinet.

La prévention et les soins adaptés sont difficiles voire impossibles s'il n'y a pas de prise en charge sociale, comme le rapportait le médecin M8 pour ses patients diabétiques insulino-requérants qui dorment dans la rue.

Certains (M4, M20, M24), grâce à leur « cheminement philosophique » ou grâce à leur expérience antérieure de travail avec des associations humanitaires, qui les ont conduits à accepter plus facilement les personnes en grande précarité, se font préférentiellement envoyés des patients de ce type par les associations, les foyers ou les hôpitaux.

### **4.4.2. Les PASS, les associations et l'AME**

Alors que certains médecins (M24) sont favorables à l'accès des SDF au cabinet de médecine générale, d'autres (M13, M2) expliquent la complexité de la consultation en libéral et préféreraient une prise en charge par les institutions, hôpitaux ou associations (M10, M23).

Les médecins interrogés ont proposé des structures d'accueil pluridisciplinaires pour prendre en charge les personnes en précarité. Ils ne paraissent donc pas connaître les PASS qui pourraient correspondre à leurs idées de collaboration entre des médecins, des infirmiers, du personnel administratif et social (assistantes sociales et interprètes).

L'un d'entre eux (M10), connaissant les PASS, leur préférerait une structure mobile comme un bus. En effet, les bus permettent d'aller à la rencontre des plus fragiles qui n'osent pas consulter. De plus, ces bus peuvent permettre des actes de prévention pour la réduction des risques liés au toxicomanies ou à la prostitution : distribution de seringues, dépistage des IST, dont le VIH et les hépatites B et C, etc. De tels bus ont été déjà mis en place par Médecins Du Monde dans plusieurs grande ville en France dont Lyon<sup>170</sup>. Ces bus dépendent du CASO de Médecins Du Monde qui organise aussi des missions squats, c'est-à-dire un déplacement d'une équipe pluridisciplinaire de Médecin Du Monde pour prendre en charge les pathologies et orienter les personnes pour l'ouverture de leurs droits<sup>171</sup>.

Le CASO de Médecins Du Monde, situé 13 rue sainte Catherine à Lyon 1er<sup>172</sup>, n'a pas été cité non plus comme étant une structure multidisciplinaire pouvant accueillir les personnes en grande précarité sans couverture maladie. Il existe d'autres centres de santé comme celui de Forum Réfugié à Villeurbanne, avec des consultations médicales et psychologiques gratuites, et des interprètes. Ce centre est destiné aux personnes exilées victimes de violence et de torture<sup>173</sup>. Il existe d'ailleurs une PASS au Centre Hospitalier Le Vinatier pour la prise en charge psychiatrique des personnes en grande précarité<sup>174</sup>. Pour être plus exhaustif, la ville de Lyon a créé un guide de l'urgence sociale avec les lieux de consultation gratuite sur Lyon (p. 39 à 47)<sup>175</sup>, avec toutes les associations et toutes les PASS.

Les PASS ont peu été citées par les médecins. On peut supposer qu'elles sont mal connues des médecins généralistes, comme d'ailleurs l'AME, au contraire de la CMU bien connue.

De plus, les PASS, comme les associations, sont elles aussi surchargées et n'ont pas vocation à faire le suivi d'un patient mais plutôt à répondre à une demande ponctuelle, de prise en charge pour éviter une médecine à deux vitesses. Le patient, une fois ses droits acquis, devrait pouvoir ensuite consulter dans le système commun.

Selon T. Collin<sup>176</sup>, si la PASS peut constituer un relais, elle est surtout un palliatif aux défaillances internes du système de santé et de la société en général, et il serait plus intéressant de s'interroger sur les dysfonctionnements qui conduisent à la mise à l'écart des plus démunis. L'idéal serait que la population en grande précarité puissent accéder à tous les soins en ville et à l'hôpital.

Selon M. Legros<sup>177</sup>, si le système de soins a accepté l'idée de mieux prendre en charge les populations les plus pauvres, il n'en a pas fait une véritable priorité. À la fois parce que les contraintes économiques qu'il traversait ne le rendaient pas disponible à cette perspective, et parce que la question de la pauvreté n'était pas son problème et ne l'a jamais vraiment été, comparativement à l'objectif de lutte contre les pathologies.

Pourtant, l'existence de l'AME est moins coûteuse que son inexistence<sup>178</sup> car, en absence d'AME, les personnes sans couverture maladie retarderaient des soins qui demanderaient plus tard une prise en charge plus lourde, de par l'aggravation fréquente des pathologies infectieuses non traitées, sans négliger la possibilité de les transmettre.

La fusion de l'AME et de la CMU est demandée par de nombreuses associations (MDM<sup>179</sup>, ATD Quart-Monde<sup>180</sup>, etc.).

### **4.4.3. Les solutions proposées par les médecins et la littérature**

#### **4.4.3.1. Les coopérations et les réseaux**

La coopération médecin-infirmier est apparue importante dans plusieurs entretiens, que ce soit pour pallier à l'isolement ou pour améliorer l'hygiène, la prévention et la prise des traitements. C'est un accompagnement qui tend à favoriser le souci de soi et faire accepter l'attention de l'autre<sup>181</sup>.

Les services sociaux ont aussi un rôle à jouer mais le secret professionnel de chaque profession tourne parfois au désavantage du patient : le médecin ne sait pas où en est sa couverture maladie, et les services sociaux auraient parfois besoin de savoir pour combien de temps le patient est malade.

#### **4.4.3.2. Les formations**

##### **• Compétences culturelles**

Lors des entretiens, la barrière socioculturelle est ressortie comme une difficulté pour les médecins, d'une part avec des personnes étrangères, et d'autre part avec des personnes ayant un niveau d'étude nettement inférieur ou des capacités intellectuelles limitées, ce qui pouvait poser des problèmes de compréhension et d'agressivité pour certains médecins, alors que d'autres faisaient preuve d'adaptation dans la prise en charge de ces personnes.

Ainsi, le renforcement des compétences professionnelles par les groupes de pairs, peuvent être utiles pour travailler sur les représentations culturelles des personnes étrangères, (les médecins étant souvent eux-mêmes de cultures diverses), ou sur les moyens mis en œuvre pour travailler plus efficacement avec des personnes ayant des capacités intellectuelles limitées ou dans de grandes difficultés sociales.

##### **• Formation aux Inégalités Sociales de Santé**

Dans *La France Raciste*<sup>182</sup> Wieviorka ne s'est pas intéressé aux médecins face aux inégalités sociales de santé, mais on peut, dans une certaine mesure, les comparer aux policiers face au racisme : ils ne s'en rendent pas (assez) compte tout en pouvant être partie prenante de ses effets.

La formation aux inégalités sociales de santé est donc également importante pour éviter d'y contribuer en ignorant les problèmes sociaux interférant avec la prise en charge, comme les ordonnances ou les rendez-vous non respectés de par leur non-remboursement (M6, M18).

Les médecins interrogés n'ont pas eu de formation initiale sur les inégalités sociales de santé, mais certains ont eu ou entendu parler des FMC (M6, M5). Elles sont de plus en plus enseignées en formation initiale dans la prise en charge globale des patients, suivant les facultés. Le rapport de la sénatrice A. Archimbaud<sup>183</sup> propose ainsi de créer un module obligatoire dans la formation initiale des médecins sur l'accès aux soins des plus démunis.

Les compétences dont doit faire preuve le médecin généraliste face aux Inégalités Sociales de Santé sont<sup>184</sup> :

- intégrer que la différence d'état de santé existe en fonction de la vulnérabilité sociale et pas seulement pour la personne à l'évidence très précaire (repérer les personnes concernées),
- s'intéresser à l'histoire de vie du patient (événements de vie, ruptures...) et avoir une relation ouverte et empathique,
- collaborer avec d'autres professionnels de santé (carnet d'adresse),
- décoder le point de vue des patients (compétence culturelle par l'anthropologie par exemple).

Dans une société comme la nôtre où une partie du lien social est basée sur la solidarité, de part le fonctionnement de notre système de santé, nous nous devons de porter une grande importance aux personnes en état de vulnérabilité. La fragilité intrinsèque de toute personne, accentuée par des situations défavorables, augmente la responsabilité des institutions qui se doivent ainsi de pallier à cette fragilité et d'apporter une aide.

Ainsi, « tout médecin, au sein de toute consultation, [...] doit être à même de repérer les états de précarité, les plus minimes soient-ils, pour les prendre en compte, ne pas les négliger, et éviter ainsi le passage de la précarité vers l'exclusion. L'investissement ne doit donc pas porter sur la grande exclusion principalement, mais sur les situations de précarité »<sup>185</sup>.

« L'ensemble de la profession doit prendre conscience de la dégradation de l'accès aux soins et de ses conséquences pour la cohésion sociale et la santé publique. Les médecins doivent veiller à ce que les décisions politiques n'accroissent pas les obstacles financiers. »<sup>186</sup>

## Conclusion

Cette thèse a pour objectif principal de connaître les conditions d'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes : les représentations qu'ont les médecins généralistes de cette population, les difficultés de prise en charge de ces patients et leurs compétences mises en œuvre pour pallier à ces difficultés.

Les médecins interrogés ont une représentation variée des personnes en grande précarité : ils ont souvent cité les personnes SDF, les migrants précaires et les personnes âgées pauvres, et parfois les travailleurs en précarité ou les jeunes en rupture familiale.

Toutes ces personnes demandent plus de temps en consultation, et leur prise en charge est spécifique ou non suivant les médecins. Ils souhaitent d'ailleurs prendre en charge correctement ces patients et comme les autres, malgré les difficultés. Ces difficultés sont multiples et s'ajoutent souvent les unes aux autres : les barrières linguistique, socioculturelle, les problèmes de compréhension, l'isolement, les pathologies nombreuses, les difficultés de suivi... À cela s'ajoutent les refus des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU par les spécialistes de ville.

Ces difficultés peuvent être dépassées par l'implication du médecin, ce qui lui demande alors plus de temps, alors que le paiement à l'acte de la consultation ne le permet pas toujours. Certains médecins s'adaptent et demandent au patient de revenir, d'autres ont des consultations plus longues, d'autres préfèrent avoir peu de patients en grande précarité.

S'est alors posée la question de structures adaptées, comme les PASS ou les associations caritatives. Mais celles-ci sont déjà débordées.

Cependant, les médecins considèrent comme déontologique l'accueil des patients en grande précarité dans leur cabinet, et certains se sentent utiles auprès de cette population qui a sa place dans les cabinets, d'autant plus si ses droits à la couverture maladie sont ouverts.

Certains médecins ont une pratique particulière : l'accueil sans rendez-vous, le quartier d'installation et l'expérience acquise avec des associations ou des foyers, qui vont souvent de pair avec une éthique forte voire un engagement, favorisent la venue des personnes en grande précarité dans leur cabinet.

Les médecins généralistes interrogés reconnaissent qu'il existe des inégalités sociales de santé tout en les recentrant surtout sur l'inégalité d'accès aux soins. Cependant, l'accès aux soins

pèse seulement pour 10% des inégalités sociales de santé<sup>187</sup>, et la CMU ne garantit pas l'accès à tous les soins. Les inégalités sociales sont peut-être plus liées au travail, au salaire, ou encore à l'information. Le fait que les médecins n'en tiennent pas compte peut les aggraver.

Des formations continues, des groupes de pairs et des cours pendant le DES de médecine générale, variables suivant les facultés, existent, mais il serait nécessaire de les ajouter dans les modules obligatoires avant l'ECN, pour mieux prendre en charge tous les patients. Les patients n'étant pas en grande précarité bénéficieraient aussi de cette prise en charge globale, pour une meilleure relation médecin-patient et une meilleure observance des traitements.

## Bibliographie

La numérotation des références bibliographiques dans le texte renvoie aux notes de fin pour plus de lisibilité (lien hypertexte en format PDF).

- ALLONCLE ET AL., *Observatoire de la Santé des Lyonnais, Rapport 2013*, Lyon : ARS (Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes et Ville de Lyon, 2013, <http://www.polville.lyon.fr/static/polville/contenu/THEMATIQUES/SANTE/Rapport%20SANTE%202013.pdf>
- ALLORY E., *Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? Description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes, au sein de leurs consultations avec les migrants. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés*, [Thèse] Université de Rennes 1, 2011
- AMEISEN J.-C., « Tous inclus » in BERNARD O., CORTY F.F., IZAMBERT C., *Santé publique et grand précarité : état des lieux et questions éthiques*, Actes du colloque de Médecins Du Monde dans le cadre du Congrès de la Société Française de Santé Publique, 2011.
- ARCHIMBAUD A., *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au premier ministre, 2013, [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport\\_officiel-aline\\_archimbaud%5B1%5D.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf) [consulté le 2/11/2015]
- AUGUST P. ET VEÏSSE A., « Droit à la santé et situation d'exil », *Droit des étrangers, Informations sociales* n°78, Paris : CNAF, 1999
- BASUYAU L., *Améliorer l'accès au médecin généraliste des familles Roms, quels enjeux ? : Analyse descriptive et qualitative d'un travail mené avec Médecins du Monde à Montpellier en 2011-2012*. Thèse d'exercice. Faculté de médecine, Montpellier, 2012
- BÉAL A., CHAMBON N., « Le recours à l'interprète en santé mentale, » *Les cahiers du Rhizome, Santé mentale et précarité*, ORSPERE SAMDARRA, 2015, <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/CAHIER-RHIZOME-55.pdf> [consulté le 21/10/2015]
- BELIN S., *Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires*. Thèse d'exercice. Université de Saint-Étienne
- BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin, 2005. (1ere éd. 1992), <http://www.scps.be/spip.php?articlM19> [consulté le 21 septembre 2015]

- BORGÈS DA SILVA G., MINGUET-FABBRI J., ORGEBIN J.Y., HERTER G., CHANUT C., MABRIEZ J.-C., « Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires », *Santé Publique*, 2003, [www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-347.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-347.htm)
- BOUSQUET M.-A., *Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*, [Thèse], Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 2013, [http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/magnat-bousquet\\_these.pdf](http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/magnat-bousquet_these.pdf)
- BREUIL-GENIER P., GOFFETTE C., *La durée des séances de médecins généralistes. Études et résultats*, DREES, 2006
- BVA Opinion, *Baromètre d'opinion de la DREES 2014, sur la santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale, Principaux enseignements de l'enquête 2014*, Paris : DREES, 2015, [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre\\_opinion\\_drees\\_2014-2.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre_opinion_drees_2014-2.pdf)
- CABINET ICF GHK ET MILIEU LTD., *A fact finding analysis on the impact on the members states 'social security systems of the entitlements of non active intra EU migrants to special non contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence*, Rapport final suite à la demande de la Commission européenne, octobre 2013
- CHATELARD S., LAGABRIELLE D., *Compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature*. Thèse. Université Joseph Fourier, Grenoble, 2011
- CMU, « Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs) », [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE\\_DSS\\_2A\\_2011\\_351%20du%208%20septembre%202011\\_AME.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_DSS_2A_2011_351%20du%208%20septembre%202011_AME.pdf) [consulté le 7/11/2015]
- COLLIN T., *Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun*. [Thèse] Université Joseph Fourier, Grenoble. 2011. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694/document>
- COGNET M., HAMEL C., MOISY M., « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations*, 2012.
- COMITÉ MÉDICAL POUR LES ÉXILÉS, *Migrants, étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels*. Le Kremlin-Bicêtre : Le Comede, Inpes, 2008.

- Conseil National des Médecins, « Code de déontologie médicale », figurant dans le code de la santé publique sous les numéros R.4127-1 à R4127-112 [version du 30 janvier 2012], <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous> [consulté le 21/10/2015]
- Conseil National des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2014 », <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472> [consulté le 6/11/2015]
- CORDIER A., SALAS F., *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'État*, Paris : IGAS-IGF, 2010 ; p.61
- Courrier International, *Ouvrez les frontières*, n° 1289 du 16-22/07/2015.
- DARETHS-FABIER S., PROUFF B., *Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation*, [Thèse] Université de Bordeaux 2, 1980, [http://www.apima.org/img\\_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite\\_ecoute.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite_ecoute.pdf)
- DENANTES M., CHEVILLARD M., RENARD J.-F., FLORES P., « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, 2009
- DESPRES C., « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Recommandations et Indicateurs pour organiser une Permanence d'Accès aux Soins de Santé*, Ministère de la Santé, 2008, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser\\_une\\_pass.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf) [consulté le 14 septembre 2015]
- DOURGNON P., GRIGNON M., JUSOT F., « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de la littérature », *Questions d'Économie de la Santé*, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001.
- ENTRESSANGLE-BARDON H., *Quelles sont les représentations du cancer et de ses traitements chez des migrants originaire d'Afrique du Nord et d'Europe du Sud ?* [Thèse], Université Paris Diderot, Paris 7, 2009
- EUR-Lex (Access to European Union Law), « DIRECTIVE 2013/33/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale », [consulté le 7/11/2015] <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32013L003>

- FAHET G., CAYLA F., *Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne*. GRSMP, ORS Mip, [http://www.ormsip.org/tlc/documents/precarite\\_sociale\\_82.pdf](http://www.ormsip.org/tlc/documents/precarite_sociale_82.pdf)
- FAHET G., GARDIES E. ET AL., *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Rapport 2011*, Saint-Étienne : Directions des Missions France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2012
- FAHET G., GARDIES E., BOUILLIE T. ET AL., *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2013*. Saint-Étienne : Directions des Missions France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2014.
- FASSIN D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, 2000.
- FLAMMERION T., DE SMET P. ET AL., *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2014*, Saint-Étienne : Directions des Missions France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2015
- FLORES G. ET AL., « Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatrics Encounters », *Pediatrics*, n°1, 1er janvier 2003
- FOURNIER M., « Les french doctors : figures de l'humanitaire moderne », *Sciences Humaines*, mars 2000, [http://www.scienceshumaines.com/les-french-doctors-figures-de-l-humanitaire-moderne\\_fr\\_266.html](http://www.scienceshumaines.com/les-french-doctors-figures-de-l-humanitaire-moderne_fr_266.html) [consulté le 7/11/2015]
- FOYER-SCHERPE C., GIRIER P., *Représentation des relations avec les médecins généralistes d'une communauté des gens du voyage de la région lyonnaise*. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard, Lyon, 2012
- FROST F., KEMPF T., *Formation à la sécurité du patient en médecine générale*, [Thèse d'exercice], Université Claude Bernard Lyon 1, 2013
- FUTIN Muriel, *Accès aux soins des populations défavorisées dans le département du Rhône*, [Thèse d'exercice], Université Claude Bernard, Lyon, 1995.
- GILL V., « Doing attributions in medical interaction : Patients' explanations for illness and physicians' responses », *Social Psychology Quarterly*. 1998
- GILLES M., LEGROS M., *L'épreuve de la pauvreté*. Paris : CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), 1995
- GISTI, « La protection sociale des étrangers après la loi Pasqua », [http://www.gisti.org/publication\\_pres.php?id\\_article=198](http://www.gisti.org/publication_pres.php?id_article=198) [consulté le 28/10/2015]

- GISTI, « Le maintien des droits à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès », <http://www.gisti.org/doc/publications/1998/maintien-droits.html> [consulté le 28/10/2015]
- GRUSON P., « Villermé Louis-René (1782-1863) », *Encyclopædia universalis* [en ligne], <http://www.universalis.fr/encyclopedie/louis-rene-villermé/> [consulté le 27/10/2015]
- GUILLOU A.-Y., « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour l'« expérience migratoire » », *Sciences sociales et santé*, 2009
- Haut Comité de Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : Éditions ENSP, 1998
- Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, « Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille », <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx> [consulté le 7/11/2015]
- Haute Autorité de Santé, « Les réseaux de santé [Une démarche d'amélioration de la qualité] », 2006, [consulté le 7/11/2015] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux\\_de\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf)
- INSEE, « Santé et recours aux soins », *Immigrés et descendants d'Immigrés en France, édition 2012*. Paris : Insee, 2012, p.232, [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/IMMFRA12\\_k\\_Flot5\\_con.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_k_Flot5_con.pdf) [consulté le 2/11/2015]
- JRS France, « La rue n'est pas un lieu d'asile », [consulté le 7/11/2015], <http://www.jrsfrance.org/2012/07/la-rue-nest-pas-un-lieu-dasile-2/>
- La CIMADE (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués), L'étranger n'est ni un problème ni une menace : <http://www.lacimade.org/nouvelles/5291-En-France--l--tranger-n-est-ni-un-probl-me-ni-une-menace> [consulté le 21/10/2015]
- La CIMADE , « Migrants, acteurs du développement », [consulté le 17 sept 2015], <http://www.lacimade.org/fichepratiques/4530-Migrants--acteurs-du-d-veloppement>
- La documentation française, « L'accès aux soins et la qualité du système de santé », <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/acces-soins.shtml>
- La documentation française, *La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2009 et 2010*, Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2011, p. 39, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000420.pdf> [consulté le 6 nov 2015]

- LAVAL C., ZEROUG-VIAL H., « Prendre Langue », *Les cahiers du Rhizome, Santé mentale et précarité*, ORSPERE SAMDARRA, 2015, <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/CAHIER-RHIZOME-55.pdf> [consulté le 21/10/2015]
- LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- LECOMTE T., MIZRAHI A., *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux, Enquête sur la santé et les soins médicaux*, Paris : CREDES, 1996
- Legifrance, « Circulaire n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire) », [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_19408.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19408.pdf) [consulté le 7/11/2015]
- Legifrance, « Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions », [consulté le 7/11/2015], <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
- LEGROS M., BAUER D., GOYAUX N., GROUPE DE TRAVAIL « SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS », *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Lyon : EHESP-ONPES, DGFOS, DGS, 2012., [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_couv.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf)
- LETRILLIART L., BOURGEOIS I., VEGA A., CITTÉ J., LUTSMAN M., « Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative », *Exercer*. 2009.
- LOMBRAIL P., PASCAL J., « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 2005
- LOMBRAIL P., PASCAL J., LANG T., « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », Dossier Inégalités Sociales de santé, *Santé, Société et Solidarités*, 2004
- LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, ATD Quart Monde, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015, p.122
- MATHIEU A., *Prise en charge des migrants en médecine générale, point de vue des patients*. [Thèse] Université de Lille – État, 2011, <http://theseimg.fr/1/node/77>
- MANN J., « Éthique et droit de la personne », *Santé Publique*, 1998
- MÉDECINS DU MONDE, *L'accès aux soins des plus démunis en 2006, Dossier de presse*, La Mission France de Médecins Du Monde, Journée internationale du refus de la misère, 17 octobre 2006

- MÉDECINS DU MONDE, *Rapport de Médecins du Monde. État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent*, Direction des Missions France de Médecins du Monde, 2010
- METE-YUVA G., *Traduire pour rendre la parole. Maux d'exil*, 2008
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_synthese.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_synthese.pdf) [consulté le 7/11/2015]
- MOLINA G., « Des valeurs à défendre », *Empan*, 2008, p. 109-114, <https://www.cairn.info/revue-empan-2007-4-page-109.htm> [consulté le 7/11/2015]
- MONTEIL C., ROBERT-BOBÉE I., *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*, 2011, [consulté le 2/11/2015], <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/245>
- MORADELL M., HALLEY DES FONTAINES V., « Les principaux risques d'exclusion des soins dans les pays de l'Union européenne », *Santé Publique*. 2000
- OBSERVATOIRE PARTENARIAL DE LA COHÉSION SOCIALE ET TERRITORIALE DANS L'AGGLOMÉRATION LYONNAISE – URBA LYON, *Les inégalités sociales et territoriales dans l'agglomération lyonnaise*, Cahier n° 6, Lyon : Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise, 2012
- OCDE, *Perspectives des migrations internationales 2013*, Éditions OCDE, 2013, [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013\\_migr\\_outlook-2013-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013_migr_outlook-2013-fr)
- ODSE, MÉDECINS DU MONDE, *La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades, Rapport de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers*. Paris : ODSE, Médecins du Monde, 2008, [http://odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008\\_.pdf](http://odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf)
- OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, « Nos missions », [http://www.ofii.fr/qui\\_sommes-nous\\_46/nos\\_missions\\_2.html](http://www.ofii.fr/qui_sommes-nous_46/nos_missions_2.html) [consulté le 31/10/2015]
- OFPPA, « Le statut de réfugié », <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie> [consulté le 16 sept. 15]
- OFPPA, *CESEDA Livre VII Partie législative - Partie réglementaire*, [https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/151019\\_ceseda\\_livre\\_vii\\_parties\\_1\\_egislativ\\_e\\_et\\_reglementaire.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/151019_ceseda_livre_vii_parties_1_egislativ_e_et_reglementaire.pdf), [consulté le 7/11/2015]

- OMS, « Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant », France, 2000, <http://www.who.int/whr/2000/fr/> [consulté le 5/11/2015]
- PHILIPPE V., *Obstacles à l'accès aux soins cités par les patients en grande précarité ayant une pathologie chronique*. [Mémoire] Université Claude Bernard Lyon 1, 2013
- PIASER G., RAYNAUD D., « Consultation médicale, l'influence du revenu et de l'assurance complémentaire », *Revue économique*, 2002
- ROSENBLATT D., SUCHMAN E.-A., « Informations et attitudes des travailleurs manuels envers la santé et la maladie », in HERZLICH C., *Médecine, maladie et société*, Paris : Mouton, 1970. Traduction de « Blue collar attitudes and information toward health and illness », in SHCOSTAK A.-B., GOMBERG W., *Blue collar world, studies of the american workers*, Prentice-Hall, 1964 = 35
- ROUX A., *L'enfant interprète de son parent dans la consultation médicale*. [Thèse]. Strasbourg : Université de Strasbourg, 2010
- SASS, C. ET AL., « Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2006
- SASS C., GUÉGUEN R., MOULIN J.-J., ABRIC L., DAUPHINOT V., DUPRÉ C., ET AL., « Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité », *Santé Publique*, 2006
- SCHNEIDER-BUNNER C., *Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité*, Paris : Economica, 1997
- SEPULVEDA CARMONA M., « Extrême pauvreté et droits de l'homme » in BRAND A.-C. ET MONJE BARON B. (sous la dir.), *La misère est violence, rompre le silence, chercher la paix* = 127
- Service-public.fr, « Étranger en France : carte de résident de 10 ans », <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2208>, [consulté le 16/9/15]
- Service-public.fr, « CMU et AME », <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19717> [consulté le 18/08/2015]
- Service-public.fr, « Quelle est la procédure pour le séjour de l'étranger malade ? », <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17164.xhtml> [consulté le 19/08/2015]
- STEPHAN H., *Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale : à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes*, [Thèse] Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2012

- SUADICANI P., HEIN H., GYNTELBERG F., « Strong mediators of social inequalities in risk of ischaemic heart disease : a six-years follow up in the Copenhagen male study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1997
- THOMAS I., *La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste : peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation « étranger malade » au bénéfice de son patient « sans papiers » ?* [Thèse ]. Université Joseph Fourier, Grenoble, 2010 = 42, 47, 49
- TUDREJ B., *Précarité, Analyse d'un concept*, Mémoire de master 1, Recherche en éthique médicale, Université Descartes, Paris V, 2007
- UNESCO, « Migrant / migration », [consulté le 7/11/2015], <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
- UNHCR, Affiche pour la Journée mondiale des réfugiés 2010, <http://www.unhcr.fr/4c061c549.html>
- VALLUY J., *Rejet des exilés - le grand retournement du droit d'asile*. Édition du croquant, Bellecombe-en-Bauges, 2009., <http://www.reseau-terra.eu/article876.html>
- VELISSAROPOULOS A., DROUOT N., SIMONNOT N., « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France*, Coordination Mission France Médecins du Monde, 2006, [http://www.actupparis.org/IMG/pdf/EnquA\\_te\\_CMU\\_AME.pdf](http://www.actupparis.org/IMG/pdf/EnquA_te_CMU_AME.pdf) [consulté le 21/10/2015]
- WALKER R., KYOMUHENDO G.B., CHASE E., ET AL., « Poverty in Global Perspective : Is shame a common denominator ? », *Journal of Social Policy*, Cambridge University Press, vol.42, Issue 02, avril 2013, p. 215-233
- WIEVIORKA M., *La France Raciste*, Saint-Armand : Éditions du Seuil, 1992
- WRESINSKI J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Conseil économique et social*, JO n°4074 du 28 février 1987

# ANNEXES

## Annexe I : Grille d'entretien

Ce travail est réalisé dans le cadre de ma thèse.

L'anonymat et la confidentialité seront assurés : numéro au lieu du nom, changement des noms de lieux, etc.

Je m'intéresse à l'accueil, l'intérêt et les réticences des médecins généralistes face aux personnes en grande précarité.

1. Présentations du médecin, de sa patientèle, et de ses représentations de la précarité
  - 1.1. Quel est votre âge ?
  - 1.2. Pourriez-vous me décrire rapidement la structure dans laquelle vous exercez ? (cabinet isolé ? maison médicale ? etc.)
  - 1.3. Depuis quand êtes-vous installé ? En quelle année avez-vous passé votre thèse ?
  - 1.4. Avez-vous des activités professionnelles en dehors du cabinet en rapport avec la médecine ? En avez-vous déjà eu auparavant ?
  - 1.5. Avez-vous une expérience internationale ? Avez-vous déjà pratiqué à l'étranger ? Parlez-vous des langues étrangères ?
  - 1.6. Avez-vous des diplômes particuliers ? Faites-vous des formations ?
  - 1.7. Avez-vous déjà travaillé avec des associations ? (Médecins Du Monde, Secours catholique, Les sans abris, etc. ?)
  - 1.8. Quel est le niveau socio-économique ou culturel de votre patientèle ?
  - 1.9. Dans votre patientèle, avez-vous des personnes en grande précarité ? Dans quelle proportion ? Comment vous représentez-vous cette population ? (Y a-t-il des personnes sans profession ? sans domicile ? des migrants ? des SDF ?) Qui sont ces personnes ? D'où viennent-elles ? Qu'est-ce qui les fait qualifier de précaires ?
  - 1.10. Comment travaillez-vous avec des patients qui ont des difficultés sociales ? Avez-vous un réseau dans le paramédical et le social ?

1.11. Comment faites-vous pour envoyer des patients en grande précarité chez des spécialistes ?  
Avez-vous un réseau de spécialistes ? (qui acceptent ces patients, ne refusent pas ou ne retardent pas les rendez-vous des bénéficiaires de la CMU ?)

## 2. Intérêts et conditions de travail des médecins

2.1. Est-ce que vous accepteriez de recevoir des patients de Médecins Du Monde, qui sont pour la plupart en grande précarité et/ou migrants ? Dans quelles conditions ?

2.2. Qu'est ce qui vous intéresserait dans l'accueil des personnes en grande précarité ? Qu'est-ce que vous apporte cette pratique ?

2.3. Comment vous représentez-vous les migrants ?

2.4. Avez-vous des réticences à accueillir des populations en grande précarité dans votre cabinet ?  
Lesquelles ? (étrangers ou migrants ? SDF ?)

2.5. Comment faites-vous quand la personne ne parle pas le français ? Que pensez-vous de la barrière linguistique ?

2.6. Avez-vous peur des consultations plus longues ?

2.7. Quelles pourraient être vos difficultés ? certaines pathologies infectieuses ? tropicales ? les troubles psychosomatiques ?

2.8. Quelles seront vos attentes par rapport à ces patients ? par rapport à leur langue ? à leur comportement ? au respect des rendez-vous ?

2.9. Quelles sont vos possibilités de prise de rendez-vous rapide ? sans rendez-vous ? dans la journée ?

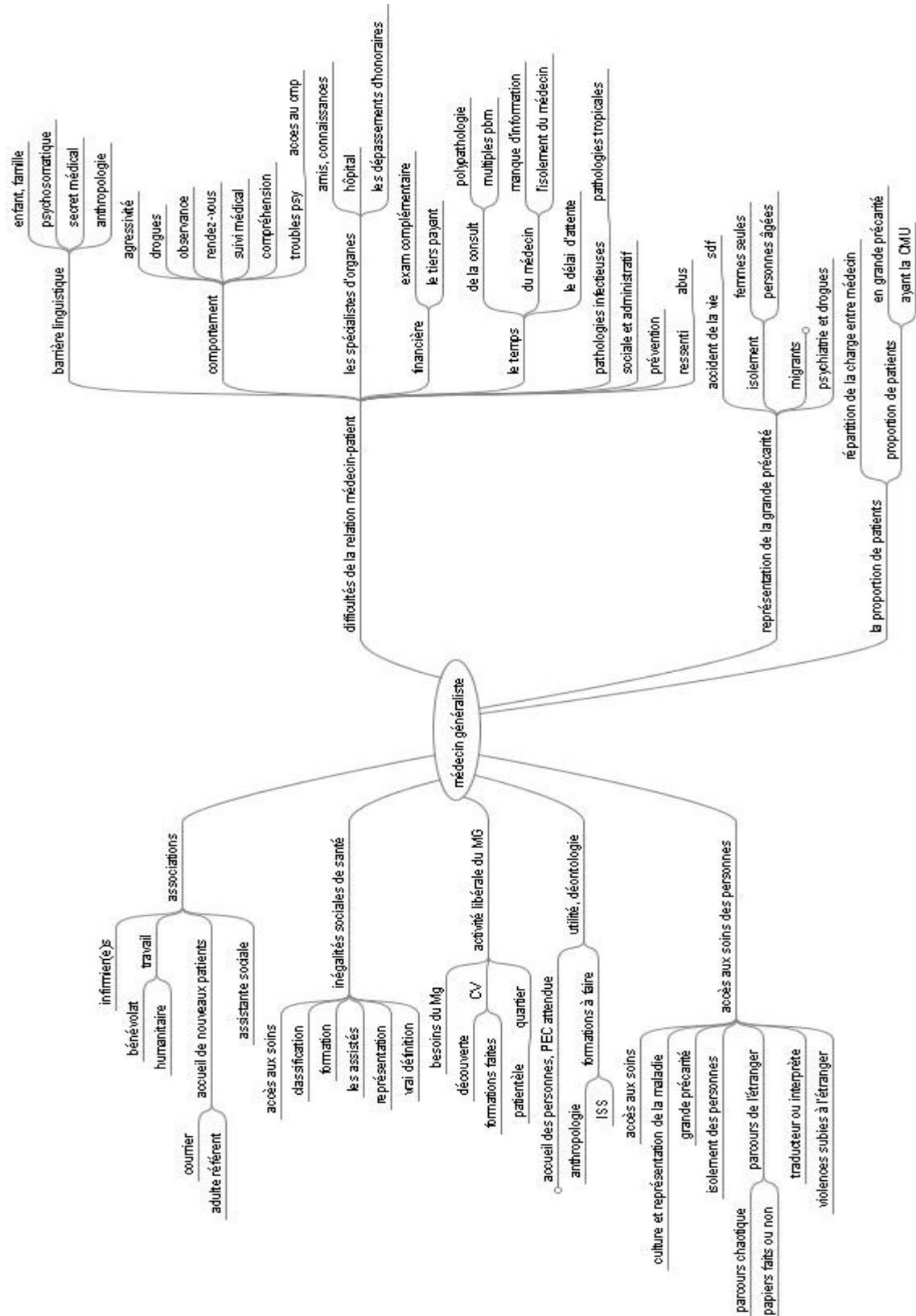
2.10. Qu'est-ce qui vous manquerait pour accueillir cette population ? Quel interlocuteur vous manquerait ?

2.11. Est-ce que vous avez été sensibilisé aux Inégalités Sociales de Santé ?

2.12. Que pensez-vous de travailler avec des associations ? avec MDM ? de faire des formations une ou deux fois par an ? Qu'attendez-vous de cette collaboration ?

2.13. Quelles seront vos besoins pour prendre en charge cette population ? quelle formation ?

## Annexe II : Carte Freemind



## Annexe III : Score EPICES

EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité.

Les 11 questions du score EPICES :

N°	Questions	Oui / Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06 / 0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83 / 0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28 / 0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28 / 0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80 / 0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51 / 0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10 / 0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10 / 0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47 / 0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47 / 0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10 / 0

Constante : 75,14

Calcul du score :

Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.

Chaque coefficient est ajouté à la constante si et seulement si la réponse à la question est « oui ».

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

Exemple : Pour une personne qui a répondu « oui » aux questions 1, 2 et 3, et « non » aux autres questions :  $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$  : le résultat est supérieur au seuil de 30 donc la personne est en situation de précarité.

Références :

*Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005.* Saint-Étienne : Cetaf, 2005.

[http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE\\_prekarite.pdf](http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE_prekarite.pdf)

## Notes de Fin

- 
- 1 La CIMADE (Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués),  
<http://www.lacimade.org/nouvelles/5291-En-France--l--tranger-n-est-ni-un-probl-me-ni-une-menace> [consulté le 21/10/2015]
- 2 UNHCR, Affiche pour la Journée mondiale des réfugiés 2010,  
<http://www.unhcr.fr/4c061c549.html>[consulté le 14 septembre 2015]
- 3 DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Recommandations et Indicateurs pour organiser une Permanence d'Accès aux Soins de Santé*, Ministère de la Santé, 2008  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser\\_une\\_pass.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf) [consulté le 14 septembre 2015]
- 4 GRUSON P., « Villermé Louis-René (1782-1863) », *Encyclopædia universalis* [en ligne].  
<http://www.universalis.fr/encyclopedie/louis-rene-villermé/> [consulté le 27/10/2015].
- AIACH P., *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Edition Economica, Anthropos, collection « sociologique », p.33
- 5 AMEISEN J.-C., « Tous inclus » in BERNARD O., CORTY F.F., IZAMBERT C., *Santé publique et grand précarité : état des lieux et questions éthiques*, Actes du colloque de Médecins Du Monde dans le cadre du Congrès de la Société Française de Santé Publique, 2011.
- 6 AIACH P., *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Edition Economica, Anthropos, collection « sociologique », p.33
- 7 BLANPAIN N., *Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégorie sociale*. Division Enquêtes et études démographiques, Insee, oct 2011;(1372):4.
- 8 CHARDON O., GUIGNON N., DE SAINT POL T., *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge*, DREES [Internet]. juin 2015 [cité 14 nov 2015] ; (920). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-eleves-de-grande-section-de-maternelle-en-2013,11486.html>
- 9 Haut Comité de Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : Éditions ENSP, 1998.
- 10 WRESINSKI J., « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Conseil économique et social*, JO n°4074 du 28 février 1987.
- 11 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- SASS C., GUÉGUEN R., MOULIN J.-J., ABRIC L., DAUPHINOT V., DUPRÉ C., ET AL., « Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité », *Santé Publique*, 2006.
- 12 L'OFPRA, « Le statut de réfugié », [consulté le 16 sept. 15],  
<https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
- 13 L'OFPRA, *CESEDA Livre VII Partie législative - Partie réglementaire*  
[https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/151019\\_ceseda\\_livre\\_vii\\_parties\\_legislati ve\\_et\\_reglementaire.pdf](https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/151019_ceseda_livre_vii_parties_legislati ve_et_reglementaire.pdf), [consulté le 7/11/2015]

- 
- 14 JRS France, « La rue n'est pas un lieu d'asile », [consulté le 7/11/2015]  
<http://www.jrsfrance.org/2012/07/la-rue-nest-pas-un-lieu-dasile-2/>
- 15 VALLUY J., *Rejet des exilés - le grand retournement du droit d'asile*. Édition du croquant, Bellecombe-en-Bauges, 2009., <http://www.reseau-terra.eu/article876.html>
- 16 EUR-Lex (Access to European Union Law), « DIRECTIVE 2013/33/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale », [consulté le 7/11/2015]  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32013L003>
- 17 JRS France, « La rue n'est pas un lieu d'asile », [consulté le 7/11/2015]  
<http://www.jrsfrance.org/2012/07/la-rue-nest-pas-un-lieu-dasile-2/>
- 18 Service-public.fr, « Étranger en France : carte de résident de 10 ans »,  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2208>, [consulté le 16/9/15].
- 19 Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, « Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille »,  
<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx> [consulté le 7/11/2015]
- 20 UNESCO, « Migrant / migration », [consulté le 7/11/2015]  
<http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
- 21 La CIMADE , « Migrants, acteurs du développement », [consulté le 17 sept 2015],  
<http://www.lacimade.org/fichepratiques/4530-Migrants--acteurs-du-d-veloppement>
- 22 VALLUY J., *Rejet des exilés - le grand retournement du droit d'asile*. Bellecombe-en-Bauges : Édition du croquant, 2009, <http://www.reseau-terra.eu/article876.html>
- 23 *Ouvrez les frontières*, *Courrier International* n° 1289 du 16-22/07/2015.
- 24 MONTEIL C., ROBERT-BOBÉE I., *Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes*, 2011, [consulté le 2/11/2015],  
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/245>
- 25 BLANPAIN N. Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégorie sociale. division Enquêtes et études démographiques, Insee. oct 2011;(1372):4.
- 26 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- 27 SUADICANI P., HEIN H., GYNTELBERG F., « Strong mediators of social inequalities in risk of ischaemic heart disease : a six-years follow up in the Copenhagen male study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1997.

- 
- 28 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- 29 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- 30 DENANTES M., CHEVILLARD M., RENARD J.-F., FLORES P., « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, 2009.
- CHATELARD S., LAGABRIELLE D., *Compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature*. [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Grenoble, 2011.
- 31 La documentation française, « L'accès aux soins et la qualité du système de santé », <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/droits-malades/acces-soins.shtml>
- 32 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.
- 33 FUTIN Muriel, Accès aux soins des populations défavorisées dans le département du Rhône, [Thèse d'exercice], Université Claude Bernard, Lyon, 1995.
- 34 Groupe protection sociale du GISTI, *L'accès aux soins des étrangers : les débats et les évolutions du droit*, in « Santé, le traitement de la différence ». Hommes et Migrations, mai-juin 2000 :1225, pp.101-110. <http://www.gisti.org/spip.php?article740> [consulté le 28/10/2015]
- 35 Service public, « CMU et AME », <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19717> [consulté le 18/08/2015].
- 36 MÉDECINS DU MONDE, Équipe de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France : CHAPPUIS M., TOMASINO A., Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées : MARI C., MATHIEU C., BOUILLIE T. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2014*, Paris : Directions des Missions France de Médecins du Monde et ORS MiP, DGS, DGCS, 2015.
- 37 DESPRES C., « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010.
- 38 MÉDECINS DU MONDE, *L'accès aux soins des plus démunis en 2006, Dossier de presse*, La Mission France de Médecins Du Monde, Journée internationale du refus de la misère, 17 octobre 2006.
- 39 PIASER G., RAYNAUD D., « Consultation médicale, l'influence du revenu et de l'assurance complémentaire », *Revue économique*, 2002.
- 40 FOYER-SCHERPE C., GIRIER P., *Représentation des relations avec les médecins généralistes d'une communauté des gens du voyage de la région lyonnaise*. [Thèse d'exercice]. Université

---

Claude Bernard, Lyon, 2012.

41 BASUYAU L., *Améliorer l'accès au médecin généraliste des familles Roms, quels enjeux ? : Analyse descriptive et qualitative d'un travail mené avec Médecins du Monde à Montpellier en 2011-2012*. [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine, Montpellier, 2012.

42 AÏACH P., *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Edition Economica, Anthropos, collection « sociologique », p.33

43 ROSENBLATT D., SUCHMAN E.-A., « Informations et attitudes des travailleurs manuels envers la santé et la maladie », in HERZLICH C., *Médecine, maladie et société*, Paris : Mouton, 1970. Traduction de « Blue collar attitudes and information toward health and illness », in SHCOSTAK A.-B., GOMBERG W., *Blue collar world, studies of the american workers*, Prentice-Hall, 1964.

44 DOURGNON P., GRIGNON M., JUSOT F., « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de la littérature », *Questions d'Économie de la Santé*, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, 2001.

MANN J., « Éthique et droit de la personne », *Santé Publique*, 1998.

MORADELL M., HALLEY DES FONTAINES V., « Les principaux risques d'exclusion des soins dans les pays de l'Union européenne », *Santé Publique*. 2000.

SCHNEIDER-BUNNER C., *Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité*, Paris : Economica, 1997.

45 BORGÈS DA SILVA G., MINGUET-FABBRI J., ORGEBIN J.Y., HERTER G., CHANUT C., MABRIEZ J.-C., « Inégalités sociales de santé dentaire : la mesure du risque et des besoins sanitaires », *Santé Publique*, 2003, [www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-347.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-347.htm).

46 BELIN S., *Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires*. Thèse d'exercice. Université de Saint-Étienne.

47 WRESINSKI J., *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Conseil Economique et social, 1987.

LECOMTE T., MIZRAHI A., *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux, Enquête sur la santé et les soins médicaux*, Paris : CREDES, 1996.

GILLES M., LEGROS M., *L'épreuve de la pauvreté*. Paris : CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie), 1995.

48 BELIN S., *Utilisation du score EPICES [...] [cf. note 44]*

SASS, C. ET AL., « Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes »,

---

*Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2006.

49 GISTI, « La protection sociale des étrangers après la loi Pasqua »,

[http://www.gisti.org/publication\\_pres.php?id\\_article=198](http://www.gisti.org/publication_pres.php?id_article=198) [consulté le 28/10/2015]

50 THOMAS I., *La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste : peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation « étranger malade » au bénéfice de son patient « sans papiers » ?* [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Grenoble, 2010.

51 Legifrance, « Circulaire n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire) »,

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_19408.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19408.pdf) [consulté le 7/11/2015]

52 CMU, « Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs) »,

[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE\\_DSS\\_2A\\_2011\\_351%20du%208%20septembre%202011\\_AME.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_DSS_2A_2011_351%20du%208%20septembre%202011_AME.pdf) [consulté le 7/11/2015]

53 GISTI, « Le maintien des droits à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès », <http://www.gisti.org/doc/publications/1998/maintien-droits.html> [consulté le 28/10/2015]

54 AUGUST P. ET VEÏSSE A., « Droit à la santé et situation d'exil », *Droit des étrangers, Informations sociales* n°78, Paris : CNAF, 1999.

55 THOMAS I., *La régularisation pour raison médicale, conduite pratique à l'usage du médecin généraliste : peut-on optimiser les démarches du médecin généraliste, pour les demandes d'accès aux soins et de régularisation « étranger malade » au bénéfice de son patient « sans papiers » ?* [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Grenoble, 2010.

56 Service public, « Quelle est la procédure pour le séjour de l'étranger malade ? »,

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17164.xhtml> [consulté le 19/08/2015].

57 THOMAS I., *La régularisation [...]* [cf. note 53]

58 ODSE, MÉDECINS DU MONDE, *La régularisation pour raison médicale en France, un bilan de santé alarmant 1998-2008 : dix ans d'application du droit au séjour des étrangers malades, Rapport de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers*. Paris : ODSE, Médecins du Monde, 2008, [http://odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008\\_.pdf](http://odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE-rapport2008_.pdf)

---

59 Le dernier développement légal est l'article 12 bis 11° de l'ordonnance de 1945 introduit par la loi du 11 mai 1998.

60 La CIMADE , « Migrants, acteurs du développement », [consulté le 17 sept 2015],

<http://www.lacimade.org/fichepratiques/4530-Migrants--acteurs-du-d-veloppement>

61 DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, *Recommandations et Indicateurs pour organiser une Permanence d'Accès aux Soins de Santé*, 2008  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser\\_une\\_pass.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf) [consulté le 14 septembre 2015]

62 MÉDECINS DU MONDE, *Rapport de Médecins du Monde. État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent*, Direction des Missions France de Médecins du Monde, 2010.

Legifrance, « Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions », [consulté le 7/11/2015],

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>

63 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes,

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_synthese.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_synthese.pdf) [consulté le 7/11/2015]

64 COLLIN T., *Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun*. [Thèse] Université Joseph Fourier, Grenoble. 2011. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694/document>

65 MÉDECINS DU MONDE, Équipe de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France : CHAPPUIS M., TOMASINO A., Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées : FAHET G., GARDIES E., *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Rapport 2011*. Saint-Étienne : Directions des Missions France de Médecins du Monde et ORS MiP, 2012.

66 MÉDECINS DU MONDE, *Rapport de Médecins du Monde. État des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent*, Direction des Missions France de Médecins du Monde, 2010.

67 MOLINA G., « Des valeurs à défendre », *Empan*, 2008, p. 109-114,

<https://www.cairn.info/revue-empan-2007-4-page-109.htm> [consulté le 7/11/2015]

68 MÉDECINS DU MONDE, Équipe de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France : CHAPPUIS M., TOMASINO A., Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées MARI C., MATHIEU C., BOUILLIE T. *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2014*, Paris : Directions des Missions France de Médecins du Monde et ORS MiP, DGS, DGCS, 2015.

---

69 MÉDECINS DU MONDE, Équipe de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France : CHAPPUIS M., TOMASINO A., Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées : FAHET G., GARDIES E., BOUILLIE T. ET AL., *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2013*. Saint-Étienne : Directions des Missions France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2014.

70 MÉDECINS DU MONDE, [...] *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2014*, [...] [cf. note 66]

71 MÉDECINS DU MONDE, [...] *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Rapport 2011* [...] [cf. note 63]

72 MÉDECINS DU MONDE, [...] *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2013*, [...] [cf. note 67]

73 MÉDECINS DU MONDE, [...] *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Rapport 2011* [...] [cf. note 63]

74 PHILIPPE V., *Obstacles à l'accès aux soins cités par les patients en grande précarité ayant une pathologie chronique*. [Mémoire] Université Claude Bernard Lyon 1, 2013.

75 MÉDECINS DU MONDE, [...] *Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, Rapport 2011* [...] [cf. note 63]

76 MATHIEU A., *Prise en charge des migrants en médecine générale, point de vue des patients*. [Thèse d'exercice] Université de Lille – État, 2011, <http://theseimg.fr/1/node/77>

77 FOYER-SCHERPE C., GIRIER P., *Représentation des relations avec les médecins généralistes d'une communauté des gens du voyage de la région lyonnaise*. [Thèse d'exercice] Université Claude Bernard, Lyon, 2012.

78 BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin, 2005. (1<sup>ère</sup> éd. 1992). <http://www.scps.be/spip.php?articlM19> [consulté le 21 septembre 2015]

79 LETRILLIART L., BOURGEOIS I., VEGA A., CITTÉ J., LUTSMAN M., « Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative », *Exercer*. 2009.

80 Haute Autorité de Santé, « Les réseaux de santé [Une démarche d'amélioration de la qualité] », 2006, [consulté le 7/11/2015]

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux\\_de\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf)

81 VELISSAROPOULOS A., DROUOT N., SIMONNOT N., « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale État dans 10 villes de France*, Coordination Mission

---

France Médecins du Monde, 2006,

[http://www.actupparis.org/IMG/pdf/EnquA\\_te\\_CMU\\_AME.pdf](http://www.actupparis.org/IMG/pdf/EnquA_te_CMU_AME.pdf) [consulté le 21/10/2015].

82 DESPRÈS C., GUILLAUME S., COURALET P.-E., *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*. Fonds CMU, [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus\\_soins\\_testing2009\\_rapport.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf) [consulté le 6/11/2015]

83 VELISSAROPOULOS A., DROUOT N., SIMONNOT N., « *Je ne m'occupe pas [...]* [cf. note 79]

84 FAHET G., CAYLA F., *Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne*. GRSMP, ORS Mip, [http://www.ormsip.org/tlc/documents/precarite\\_sociale\\_82.pdf](http://www.ormsip.org/tlc/documents/precarite_sociale_82.pdf).

LOMBRAIL P., PASCAL J., LANG T., « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », Dossier Inégalités Sociales de santé, *Santé, Société et Solidarités*, 2004.

85 FOYER-SCHERPE C., GIRIER P., *Représentation des relations avec les médecins généralistes d'une communauté des gens du voyage de la région lyonnaise*. [Thèse d'exercice ] Université Claude Bernard, Lyon, 2012.

86 ALLONCLE ET AL., *Observatoire de la Santé des Lyonnais, Rapport 2013*, Lyon : ARS (Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes et Ville de Lyon, 2013, <http://www.polville.lyon.fr/static/polville/contenu/THEMATIQUES/SANTE/Rapport%20SANTE%202013.pdf>

OBSERVATOIRE PARTENARIAL DE LA COHÉSION SOCIALE ET TERRITORIALE DANS L'AGGLOMÉRATION LYONNAISE – URBALYON, *Les inégalités sociales et territoriales dans l'agglomération lyonnaise*, Cahier n° 6, Lyon : Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise, 2012.

87 OBSERVATOIRE PARTENARIAL DE LA COHÉSION SOCIALE ET TERRITORIALE DANS L'AGGLOMÉRATION LYONNAISE – URBALYON, *Les inégalités sociales et territoriales dans l'agglomération lyonnaise*, Cahier n° 6, Lyon : Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise, 2012.

88 OBSERVATOIRE PARTENARIAL DE LA COHÉSION SOCIALE ET TERRITORIALE DANS L'AGGLOMÉRATION LYONNAISE – URBALYON, *Les inégalités [...]* [cf. note 85]

89 TUDREJ B., *Précarité, Analyse d'un concept*, Mémoire de master 1, Recherche en éthique médicale, Université Descartes, Paris V, 2007.

---

90 LORTHOLARY O., « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Laennec*, 2007, [www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm](http://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm) [consulté le 2/11/2015]

91 LORTHOLARY O., « Pathologies [...] [cf. note 88]

92 SASS, C. ET AL., « Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2006.

93 TUDREJ B., *Précarité, [...] [cf. note 87]*

94 LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015.

95 Le baromètre 115 établi en 2015 par la FNARS pour 2012 établit que le dispositif d'asile comporte 21 410 places en CADA et 19 000 en hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA, faits pour quelques nuits seulement), alors que la demande d'aile en 2012 est équivalente à 55 255 nouveaux demandeurs d'asile.

LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, ATD Quart Monde, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015.

96 Service public, « Étranger en France : allocation temporaire d'attente (Ata) » <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16118> [consulté le 2/11/2015]

97 CMU, « Vous bénéficiez du RSA ? », [http://www.cmu.fr/vous\\_beneficiez\\_du\\_rsa.php](http://www.cmu.fr/vous_beneficiez_du_rsa.php)

98 Ameli, formulaire de « Demande de CMUC »,

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/formulaires/S3711.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3711.pdf), [consulté le 2/11/2015]

99 DEFENSEUR DES DROITS , « les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME » rapport au premier Ministre, mars 2014.

100 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.

101 LORTHOLARY O., « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Laennec*, 2007, [www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm](http://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm) [consulté le 2/11/2015]

102 ANTOINE D., CHE D., « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2010 », *Numéro thématique - Tuberculose en France : la vigilance reste nécessaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet], 2012 [cité 31 oct 2015] ; (24-25). Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-24-25-2012>

103 RIEUTORD G., DE CHAMPS LÉGER H., CAUBARRERE I., CORP E., BLACHER J., « Évaluation du dépistage de la tuberculose-maladie chez les étrangers en situation précaire dans un centre de santé

---

de Médecins du Monde à Paris en 2012 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2015, [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015\\_29\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_2.html)

104 LORTHOLARY O., « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Laennec*, 2007, [www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm](http://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm) [consulté le 2/11/2015]

105 COMITÉ MÉDICAL POUR LES ÉXILÉS, *Migrants, étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels*. Le Kremlin-Bicêtre : Le Comede, Inpes, 2008.

106 LORTHOLARY O., « Pathologies [...] [cf. note 99]

107 ALLORY E., *Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? Description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes, au sein de leurs consultations avec les migrants. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés*, [Thèse d'exercice ] Université de Rennes 1, 2011.

108 ABALLEA F., « Besoins de santé et classes sociales », *Recherche sociale*, 1982

109 FASSIN D., « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, 2000.

110 FOURNIER M., « Les french doctors : figures de l'humanitaire moderne », *Sciences Humaines*, mars 2000,

[http://www.scienceshumaines.com/les-french-doctors-figures-de-l-humanitaire-moderne\\_fr\\_266.html](http://www.scienceshumaines.com/les-french-doctors-figures-de-l-humanitaire-moderne_fr_266.html) [consulté le 7/11/2015]

111 OMS, « Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant », France, 2000, <http://www.who.int/whr/2000/fr/> [consulté le 5/11/2015]

112 CABINET ICF GHK ET MILIEU LTD., *A fact finding analysis on the impact on the members states 'social security systems of the entitlements of non active intra EU migrants to special non contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence*, Rapport final suite à la demande de la Commission européenne, octobre 2013.

113 OCDE, *Perspectives des migrations internationales 2013*, Éditions OCDE, 2013, [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013\\_migr\\_outlook-2013-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013_migr_outlook-2013-fr)

114 GUILLOU A.-Y., « Immigration thérapeutique, immigration pathogène. Abandonner le « parcours thérapeutique » pour l'« expérience migratoire » », *Sciences sociales et santé*, 2009.

115 INSEE, « Santé et recours aux soins », *Immigrés et descendants d'Immigrés en France, édition 2012*. Paris : Insee, 2012, p.232,

---

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/IMMFRA12\\_k\\_Flot5\\_con.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_k_Flot5_con.pdf) [consulté le 2/11/2015]

116 COGNET M., HAMEL C., MOISY M., « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations*, 2012.

117 INSEE, « Santé et recours aux soins », *Immigrés et descendants d'Immigrés en France, édition 2012*. Paris : Insee, 2012, p.232,

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ref/IMMFRA12\\_k\\_Flot5\\_con.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/IMMFRA12_k_Flot5_con.pdf) [consulté le 2/11/2015]

118 COGNET M., HAMEL C., MOISY M., « Santé des migrants [...] [cf. note 114]

119 LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, ATD Quart Monde, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015, p.122.

120 COMITÉ MÉDICAL POUR LES ÉXILÉS, *Migrants, étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels*. Le Kremlin-Bicêtre : Le Comede, Inpes, 2008.

121 COMITÉ MÉDICAL POUR LES ÉXILÉS, *Migrants, étrangers [...] [cf. note 118]*

122 ALLORY E., *Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? Description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes, au sein de leurs consultations avec les migrants. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés*, [Thèse d'exercice] Université de Rennes 1, 2011.

123 MATHIEU A., *Prise en charge des migrants en médecine générale, point de vue des patients*. [Thèse d'exercice] Université de Lille – État, 2011. <http://theseimg.fr/1/node/77>

124 DARETHS-FABIER S., PROUFF B., *Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation*, [Thèse d'exercice] Université de Bordeaux 2, 1980.

[http://www.apima.org/img\\_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite\\_ecoute.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite_ecoute.pdf)

125 CHATELARD S., LAGABRIELLE D., *Compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature*. [Thèse d'exercice] Université Joseph Fourier, Grenoble, 2011.

126 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité et santé*, Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998.

127 CORDIER A., SALAS F., *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'État*, Paris : IGAS-IGF, 2010 ; p.61.

128 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité [...] [cf. note 124]*

129 CORDIER A., SALAS F., *Analyse de l'évolution [...] [cf. note 125]*

130 BVA Opinion, *Baromètre d'opinion de la DREES 2014, sur la santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale, Principaux enseignements de l'enquête 2014*, Paris : DREES,

---

2015,

[http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre\\_opinion\\_drees\\_2014-2.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre_opinion_drees_2014-2.pdf)

131 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité [...]* [cf. note 124]

132 ARCHIMBAUD A., *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au premier ministre, 2013 :

[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport\\_officiel-aline\\_archimbaud%5B1%5D.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf)

[consulté le 2/11/2015]

LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, ATD Quart Monde, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015.

133 La documentation française, *La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2009 et 2010*, Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2011, p. 39,

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000420.pdf> [consulté le 6 nov 2015]

134 LEBAS J., CHAUVIN P., *Précarité [...]* [cf. note 124]

135 SEPULVEDA CARMONA M., « Extrême pauvreté et droits de l'homme » in BRAND A.-C. ET MONJE BARON B. (sous la dir.), *La misère est violence, rompre le silence, chercher la paix*.

136 WALKER R., KYOMUHENDO G.B., CHASE E., ET AL., « Poverty in Global Perspective : Is shame a common denominator ? », *Journal of Social Policy*, Cambridge University Press, vol.42, Issue 02, avril 2013, p. 215-233.

137 FROST F., KEMPF T., *Formation à la sécurité du patient en médecine générale*, [Thèse d'exercice], Université Claude Bernard Lyon 1, 2013.

138 LAVAL C., ZEROUG-VIAL H., « Prendre Langue », *Les cahiers du Rhizome, Santé mentale et précarité*, ORSPERE SAMDARRA, 2015,

<http://www.orspere.fr/IMG/pdf/CAHIER-RHIZOME-55.pdf> [consulté le 21/10/2015]

139 Conseil National des Médecins, « Code de déontologie médicale », figurant dans le code de la santé publique sous les numéros R.4127-1 à R4127-112 [version du 30 janvier 2012],

<http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous> [consulté le 21/10/2015].

140 ROUX A., *L'enfant interprète de son parent dans la consultation médicale*. [Thèse d'exercice] . Strasbourg : Université de Strasbourg, 2010.

141 BÉAL A., CHAMBON N., « Le recours à l'interprète en santé mentale, » *Les cahiers du Rhizome, Santé mentale et précarité*, ORSPERE SAMDARRA, 2015.

<http://www.orspere.fr/IMG/pdf/CAHIER-RHIZOME-55.pdf> [consulté le 21/10/2015].

---

142 TraducMed, application Google téléchargeable sur :

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.companynome.traducmed&hl=fr>

[consulté le 21/10/2015].

143 METE-YUVA G., *Traduire pour rendre la parole. Maux d'exil*, 2008

144 FLORES G. ET AL., « Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatrics Encounters », *Pediatrics*, n°1, 1er janvier 2003.

145 Inter Service Migrants – Interprétariat, <http://www.ism-interpretariat.fr/> [consulté le 21/10/2015].

146 BÉAL A., CHAMBON N., « Le recours à l'interprète [...] [cf. note 139]

147 LAVAL C., ZEROUG-VIAL H., « Prendre Langue » [...] [cf. note 136]

148 BÉAL A., CHAMBON N., « Le recours à l'interprète [...] [cf. note 139]

149 BOUSQUET M.-A., *Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*, [Thèse], Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, 2013,

[http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/magnat-bousquet\\_these.pdf](http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/magnat-bousquet_these.pdf)

150 ENTRESSANGLE-BARDON H., *Quelles sont les représentations du cancer et de ses traitements chez des migrants originaire d'Afrique du Nord et d'Europe du Sud ?* [Thèse d'exercice], Université Paris Diderot, Paris 7, 2009.

151 ALLORY E., *Quelles sont les représentations des migrants chez les médecins généralistes rennais ? Description des spécificités et des difficultés, ressenties par les médecins généralistes, au sein de leurs consultations avec les migrants. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés*, [Thèse d'exercice ], Université de Rennes 1, 2011.

152 Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Atlas de la démographie médicale 2014 », <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472> [consulté le 6/11/2015]

CHAPDELAIN P., BISSONIER C., BOETSCH D., MATUSZEWSKI C., *Atlas de la démographie médicale 2014*, Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014,

[http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)

[consulté le 6/11/2015]

153 STEPHAN H., *Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale : à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes*, [Thèse d'exercice] Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2012.

154 GILL V., « Doing attributions in medical interaction : Patients' explanations for illness and physicians' responses », *Social Psychology Quarterly*. 1998.

155 STEPHAN H., *Analyse du déroulement [...] [cf. note 151]*

---

156 DARETHS-FABIER S., PROUFF B., *Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation*, [Thèse d'exercice] Université de Bordeaux 2, 1980.  
[http://www.apima.org/img\\_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite\\_ecoute.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite_ecoute.pdf)

157 STEPHAN H., *Analyse du déroulement [...] [cf. note 151]*

158 DARETHS-FABIER S., PROUFF B., *Évaluation de la qualité [...] [cf. note 154]*

159 Haut Comité de Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : Editions ENSP, 1998

160 BASUYAU L., *Améliorer l'accès au médecin généraliste des familles Roms, quels enjeux ? : Analyse descriptive et qualitative d'un travail mené avec Médecins du Monde à Montpellier en 2011-2012*. [Thèse d'exercice] Faculté de médecine, Montpellier, 2012.

161 FAHET G., CAYLA F., *Précarité sociale et recours aux soins dans les établissements de soins du Tarn-et-Garonne*. GRSMP, ORS Mip,  
[http://www.orsmip.org/tlc/documents/precarite\\_sociale\\_82.pdf](http://www.orsmip.org/tlc/documents/precarite_sociale_82.pdf).

162 LOMBRAIL P., PASCAL J., LANG T., « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », Dossier Inégalités Sociales de santé, *Santé, Société et Solidarités*, 2004.

163 LOMBRAIL P., PASCAL J., « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 2005.

164 LEGROS M., BAUER D., GOYAUX N., ET AL., « Santé et accès aux soins », *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Lyon : EHESP-ONPES, DGFO, DGS, 2012.  
[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_couv.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf)

165 DENANTES M., CHEVILLARD M., RENARD J.-F., FLORES P., « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, 2009.

166 BOUSQUET M.-A., *Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*, 2013,  
[http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/magnat-bousquet\\_these.pdf](http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/magnat-bousquet_these.pdf)

BREUIL-GENIER P., GOFFETTE C., *La durée des séances de médecins généralistes. Études et résultats*, DREES, 2006.

167 MATHIEU A., *Prise en charge des migrants en médecine générale, point de vue des patients*. [Thèse d'exercice] Université de Lille – État, 2011. <http://theseimg.fr/1/node/77>

168 OFII - Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, « Nos missions », [http://www.ofii.fr/qui\\_sommes-nous\\_46/nos\\_missions\\_2.html](http://www.ofii.fr/qui_sommes-nous_46/nos_missions_2.html) [consulté le 31/10/2015]

---

169 MATHIEU A., *Prise en charge [...] [cf. note 165]*

170 MÉDECINS DU MONDE, Équipe de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France : CHAPPUIS M., TOMASINO A., Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées : FAHET G., GARDIES E., BOUILLIE T. ET AL., *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2013*. Saint-Étienne : Directions des Missions France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, 2014.

171 MÉDECINS DU MONDE, ÉQUIPE DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE : CHAPPUIS M., TOMASINO A., Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées : MARI C., MATHIEU C., BOUILLIE T. *OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE, RAPPORT 2014*, PARIS : DIRECTIONS DES MISSIONS FRANCE DE MÉDECINS DU MONDE ET ORS MiP, DGS, DGCS, 2015.

172 MÉDECINS DU MONDE, <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/Lyon#>

173 FORUM RÉFUGIÉ, Centre de santé à destination des personnes exilées victimes de violences et de torture, Centre de santé Essor : <http://www.forumrefugies.org/missions/missions-aupres-des-demandeurs-d-asile/centre-de-sante> [consulté le 15/11/2015]

174 CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER, annuaire : PASS : <http://www.ch-le-vinatier.fr/annuaires/poles-et-services/unites-657/pass-185.html?cHash=48beb2cfa4fd548246fc0fd8dfb8c3ab> [consulté le 15/11/2015]

175 CCAS, Ville de Lyon, *Guide de l'urgence sociale*, 2013  
<http://www.lyon.fr/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=MDT-Type&blobheadername3=Content-Type&blobheadervalue1=inline%3B+filename%3D%2234%2F524%2FGuide-Urgence-Sociale-2013.pdf%22&blobheadervalue2=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobheadervalue3=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=5000124975510&ssbinary=true>

176 COLLIN T., *Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun*. [Thèse d'exercice] Université Joseph Fourier, Grenoble. 2011. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694/document>

177 LEGROS M., BAUER D., GOYAUX N., Groupe de travail « Santé et accès aux soins », *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Lyon : EHESP-ONPES, DGFOS, DGS, 2012., [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante\\_couv.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf)

178 LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, ATD Quart Monde, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015.

CORDIER A., SALAS F., *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'État*, Paris : IGAS-IGF, 2010, p.61.

- 
- 179 FOURNIER M., « Les french doctors : figures de l'humanitaire moderne », *Sciences Humaines*, mars 2000,  
[http://www.scienceshumaines.com/les-french-doctors-figures-de-l-humanitaire-moderne\\_fr\\_266.html](http://www.scienceshumaines.com/les-french-doctors-figures-de-l-humanitaire-moderne_fr_266.html) [consulté le 7/11/2015]
- 180 LUYTS B., SARROT J.-C., ZIMMER M.-F., *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, ATD Quart Monde, Éditions Quart-Monde / Éditions de l'Atelier, 2015.
- 181 COLLIN T., *Le parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé de Chambéry : évaluation du retour au droit commun*. [Thèse d'exercice] Grenoble : Université Joseph Fourier, 2011, <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620694/document>
- 182 WIEVIORKA M., *La France Raciste*, Saint-Armand : Éditions du Seuil, 1992.
- 183 ARCHIMBAUD A., *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au premier ministre, 2013.
- 184 CHATELARD S., LAGABRIELLE D., *Compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature*. [Thèse d'exercice] Université Joseph Fourier, Grenoble, 2011.
- 185 TUDREJ B., *Précarité, Analyse d'un concept*, Mémoire de master 1, Recherche en éthique médicale, Université Descartes, Paris V, 2007.
- 186 DENANTES M., CHEVILLARD M., RENARD J.-F., FLORES P., « Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale », *Exercer*, 2009.
- 187 DENANTES M., CHEVILLARD M., RENARD J.-F., FLORES P., « Accès [...] [cf. note 184]

# **PHILIPPE Virginie : L'ACCUEIL DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LYONNAIS.**

190 f. 1 ill. 2 tab.

Th. Méd : Lyon 2015 n° 345

---

## **Résumé :**

**Introduction :** Cette thèse a pour objectif de connaître les conditions d'accueil des personnes en grande précarité par les médecins généralistes : leurs représentations de ces personnes, leurs difficultés de prise en charge de ces patients et leurs compétences mises en œuvre pour pallier les difficultés, dont la connaissance des inégalités sociales de santé.

**Méthodologie :** Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 26 médecins généralistes de Lyon.

**Résultats :** Les médecins généralistes ont des représentations variées de la grande précarité. Ils sont confrontés à de nombreuses difficultés lors des consultations, plus longues. Quelques médecins rapportent des demandes abusives. Pour l'interrogatoire et l'examen des patients, les barrières linguistiques et socioculturelles ont souvent été citées. Ensuite, les conseils de prévention et les traitements donnés par les médecins sont plus difficiles à appliquer pour ces personnes, vu leur contexte de vie difficile. Le médecin doit gérer le traitement de pathologies plus nombreuses chez ces personnes que dans la population générale, puis organiser le suivi ou l'accès aux soins secondaires. Les refus de CMU chez les spécialistes de ville les conduisent à appeler des connaissances pour prendre rendez-vous pour le patient. Il arrive que les médecins, du fait des difficultés sociales et administratives de leurs patients, fassent appel aux assistantes sociales. Les médecins peuvent s'aider d'un traducteur familial ou d'un logiciel de traduction, limiter le nombre de motifs par consultation, ou les faire revenir. La plupart des médecins considèrent que l'accueil des personnes en grande précarité dans leur cabinet est déontologique. Certains se sentent particulièrement utiles auprès de cette population. Les médecins reconnaissent qu'il existe des inégalités sociales de santé, tout en les recentrant surtout sur l'inégalité d'accès aux soins.

**Discussion :** La représentation des personnes en grande précarité est proche de celle de la population générale, avec des points de vue très variés, et parfois des préjugés qui peuvent nuire à la relation médecin-patient. Connaître les inégalités sociales de santé pourrait permettre une meilleure prise en charge globale de cette population qui devrait relever du droit commun et non de l'assistance ou de la charité des médecins.

---

**MOTS-CLÉS :** Médecine générale, populations vulnérables, défavorisés, migrants, accès aux soins

---

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur Mohamed Saoud  
Membres : Monsieur le Professeur Yves Zerbib  
Madame le Professeur Liliane Daligand  
Madame le Professeur Marie-France Le Goaziou  
Monsieur le Docteur Alain Richet

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 8 décembre 2015

---

**Adresse de l'auteur :** virginelen@gmail.com