

Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination.

Une analyse de discours de médecins et dentistes

Rapport de recherche

Caroline DESPRES

sous la responsabilité de Rémi GAGNAYRE et Pierre LOMBRAIL.

*Recherche financée par le fonds de financement de la protection
complémentaire de la couverture universelle du risque maladie et le
Défenseur des droits*

Table des matières

INTRODUCTION	7
1. PREAMBULE	7
2. DEFINITIONS DE LA DISCRIMINATION	10
LE PROJET DE RECHERCHE	11
1. ETAT DE LA RECHERCHE	11
11. LES TRAVAUX SUR LA DISCRIMINATION	11
12. LA DISCRIMINATION DANS L'ACCES AUX SOINS	12
13. LES TRAVAUX SUR LE REFUS DE SOINS	15
2. ENJEUX ET QUESTIONNEMENTS DE LA RECHERCHE	16
21. LE CHOIX D'UNE APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE	16
22. LES OBJECTIFS	17
23. METHODES	18
A) CONSTITUTION DU CORPUS ET DESCRIPTION	18
B) LIMITES METHODOLOGIQUES	21
24. ANALYSE	22
25. UNE ATTENTION PARTICULIERE AUX CATEGORISATIONS ET AUX REPRESENTATIONS	24
PREMIERE PARTIE : L'INTERACTION MEDECIN/PATIENT ET SON CONTEXTE	27
1. CONTEXTE GENERAL ET RELATION MEDECIN/PATIENT	27
11. LA RELATION MEDECIN/PATIENT EN CONTEXTE PLURIEL	27
12. DES CHANGEMENTS SOCIETAUX QUI AFFECTENT L'EXERCICE MEDICAL.	29
13. ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL	31
14. UN EXERCICE MOINS INDIVIDUALISE ?	32
15. LA FEMINISATION DE LA PROFESSION MEDICALE	32
16. UN CONTEXTE POLITIQUE	33
2. LA CONSTRUCTION DE CATEGORIES DE PATIENTS	34
21. LES TRAVAUX SUR LA CATEGORISATION DES PATIENTS	34
211. LES ETRANGERS	34
212. LES BONS ET LES MAUVAIS MALADES	37
213. L'AGE ET LA VIEILLESSE : UNE CATEGORIE BIOLOGIQUE ?	41
214. LES MALADIES STIGMATISEES	41
22. RESULTATS : LES CATEGORIES A L'ŒUVRE EN MEDECINE DE VILLE	42
221. LES BONS ET LES MAUVAIS MALADES EN AMBULATOIRE	43
222. LA CATEGORISATION SOCIALE DES PATIENTS	43
223. « LES CMU » : LA CONSTRUCTION SOCIALE D'UNE CATEGORIE	45
224. LES ETRANGERS ET L'ÂME	47
225. AUTRES CATEGORIES	48
3. CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DE LA PRECARITE	49
31. LES REPRESENTATIONS DE LA PRECARITE	49
32. LA PRECARITE D'ACCES AUX SOINS	53
33. UNE HIERARCHIE DANS LA PRECARITE	54
34. LE LIEN ENTRE PRECARITE ET SANTE	56
341. L'IMPACT DES CONDITIONS DE VIE SUR LA SANTE	56
342. LE RAPPORT AUX SOINS ET A LA SANTE DES PATIENTS PRECAIRES	57
35. LES CONNAISSANCES SUR LA CMU ET L'ACS	58

351. LA CMU	58
352. L'ACS	59
36. RAPPEL DU CONTEXTE ET PERCEPTION DE LA LOI PAR LES MEDECINS ET LES DENTISTES	61
37. REPRESENTATIONS ET STEREOTYPES DES BENEFICIAIRES DE LA CMU	63
REPRESENTATIONS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU	63
DES BENEFICIAIRES SOUS SUSPICION DE FRAUDE	65
UN JUGEMENT NORMATIF SUR LES DEPENSES	67
RENDEZ-VOUS NON HONORES ?	68
LES CMU, GROS CONSOMMATEURS DE SOINS ?	72
DES PATIENTS VINDICATIFS ?	75
DES PATIENTS ÉTRANGERS	76
38. LES REPRESENTATIONS NON DOMINANTES	77
<i>DEUXIEME PARTIE : LES PRATIQUES MEDICALES</i>	80
<hr/>	
1. UNE ETHNOGRAPHIE DES CONSULTATIONS	80
<hr/>	
11. CARACTERISER LES PRATIQUES	81
12. MODALITES D'ORGANISATION	82
121. L'ACCUEIL DES PATIENTS ET LA PRISE DE RENDEZ-VOUS	82
122. GESTION DES RENDEZ-VOUS	83
123. VISITES A DOMICILE	85
124 . LA SALLE D'ATTENTE	86
125. LA DUREE DE CONSULTATION	88
126. LA LECTURE DE LA CARTE VITALE	89
13. LA CATEGORISATION SOCIALE OU ETHNIQUE DES PATIENTS. QUELLES PRATIQUES ?	90
131. COMMENT REPERER LA CATEGORIE SOCIALE ?	91
132. DOIT-ON OU NON REPERER LA CATEGORIE SOCIALE ?	96
A) NE PAS REPERER	97
B) REPERER POUR QUOI FAIRE ?	98
133. REPERER LA CATEGORIE ETHNIQUE	101
134. QUEL USAGE DE LA CULTURE	102
A) LA CULTURE DETERMINE UN CERTAIN RAPPORT AUX SOINS ET A LA SANTE	102
B) LA CULTURE CREUSANT LA DIFFERENCE	103
2. LOGIQUES ECONOMIQUES DANS L'EXERCICE MEDICAL	105
<hr/>	
21. LES LOGIQUES DES PRIX	107
211. CHIRURGIENS DENTISTES	107
212. MEDECINS SECTEUR 1 ET SECTEUR 2	110
22. LE TEMPS, C'EST DE L'ARGENT	112
23. DES LOGIQUES CONCURRENTIELLES	113
24. UN NIVEAU DE VIE A ATTEINDRE	114
25. MAITRISER LA FILE ACTIVE DE PATIENTS AU TARIF OPPOSABLE COMME VARIABLE D'AJUSTEMENT	117
26. TENIR LA QUALITE EN RESTANT RENTABLE	117
27. LA PLACE DE L'ARGENT DANS LA RELATION	118
28. LES ACTES GRATUITS : UNE CHARITE BIEN ORDONNEE	119
29. LA NOTION D'ECHANGE	123
RECouvreMENTS DES TIERS PAYANTS	126
3. PRESSIONS DE NORMALISATION DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE ET LOGIQUES DE TARIFICATION	129
<hr/>	
31. LOGIQUES COMPTABLES VERSUS LOGIQUES DE SOIN	130
32. LA NOUVELLE NOMENCLATURE EN DENTAIRE	132
33. UNE DISCRIMINATION INDIRECTE	135

4. LA CONSTRUCTION DE LA PATIENTELE	136
41. LA CONSTRUCTION D'UNE PATIENTELE A SON IMAGE	136
42. LA SELECTION DES PATIENTS	138
421. LES PATIENTS MIS A LA PORTE	138
422. EFFETS GEOGRAPHIQUES	139
423. SELECTION PAR LES TARIFS	140
5. STYLE DE PRATIQUES : UNIVERSELLES, CATEGORISEES OU INDIVIDUALISEES	142
CATEGORISATION OU PRISE EN COMPTE D'UNE SITUATION INDIVIDUELLE	142
<i>TROISIEME PARTIE : PRATIQUES DE DIFFERENCIATION ET LOGIQUES EXPLICATIVES DE LA DISCRIMINATION</i>	145
1. LES SOINS, ENTRE DIFFERENCIATION ET DISCRIMINATION	145
11. LA PRISE DE RENDEZ-VOUS	145
111. EVICTION, SELECTION DE LA CONSULTATION	145
112. MODES D'ORGANISATION LORS DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS	149
113. DELAIS DE RENDEZ-VOUS	150
114. CONDITIONS DE LA CONSULTATION	151
12. DIFFERENCIATION ET DISCRIMINATION DANS LES SOINS	152
121. LA DIFFERENCIATION DE LA RELATION DE SOINS AU PRISME DE LA PRECARITE ET DE L'INTERCULTUREL	153
A) REPRESENTATIONS DE LA PLACE DU MEDECIN DANS LA SOCIETE	153
B) QUELLES CONSEQUENCES DE LA PROXIMITE SOCIALE OU CULTURELLE SUR LA RELATION ?	154
C) LA PLACE ACCORDEE AU MEDECIN AU PRISME DE L'APPARTENANCE SOCIALE ET/OU CULTURELLE	158
D) <u>LA DIMENSION RELATIONNELLE ET SON IMPACT SUR LA PRISE EN CHARGE</u>	161
122. LA DIFFERENCIATION DANS LA PRISE EN CHARGE	162
A) LGNORER LE STATUT SOCIAL	162
B) <u>DIFFERENCIER LES SOINS DELIVRES</u>	165
C) <u>ORIENTATION</u>	172
D) <u>L'INFORMATION, LA FORME DES DISCOURS</u>	173
E) <u>EDUCATION A LA SANTE ET PREVENTION</u>	176
F) <u>LE RELIGIEUX</u>	180
2. LES PROCESSUS DE CATEGORISATION	182
21. CONSTRUCTION DE LA CATEGORIE CMU	183
211. LA CATEGORIE CONTRIBUE A LA CONSTRUCTION DE LA DIFFERENCE	183
212. UNE VISION HOMOGENE AU SEIN DE LA CATEGORIE	185
213. QUEL STIGMATE ?	185
22. PRATIQUES ORGANISATIONNELLES ET CATEGORISATION	188
23. CATEGORISATION ET DISCRIMINATION	190
24. LES LOGIQUES DE LA DIFFERENCIATION	191
3. CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DU REFUS DE SOINS	192
31. LA PERCEPTION DE LA REALITE DU REFUS DE SOINS A L'EGARD DES BENEFICIAIRES DE LA CMU	192
32. LES REPRESENTATIONS DU REFUS DE SOINS	194
33. LES TYPOLOGIES DU REFUS DE SOINS	196
4. COMPRENDRE LES LOGIQUES DU REFUS DE SOINS (CMU ET AME)	199
41. LES DIFFERENTES DIMENSIONS DU REFUS	200
411. LOGIQUES DE NIVEAU DE VIE ET DE RENTABILITE	200

412. REPRESENTATION DU REFUS DE SOINS	205
413. TYPOLOGIE DE PRATICIENS	206
414. LE RAPPORT A L'ÉTAT, LE RAPPORT A LA LOI	209
414. LES PRESSIONS NORMALISATRICES	211
415. UNE RELATION MOINS SATISFAISANTE ?	212

CONCLUSION **216**

1. LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ÉTUDE : REFLEXIONS SUR LA METHODE	216
11. LA PARTICIPATION DES MEDECINS ET DENTISTES	216
12. UNE ETUDE NOVATRICE	216
LES LIMITES METHODOLOGIQUES	218
2. LES APPORTS DE L'ÉTUDE	219
21. LES REFUS DE SOINS ET LEURS LOGIQUES	219
211. LES LOGIQUES ECONOMIQUES	220
212. LES REPRESENTATIONS ET LES PREJUGES	221
213. LE TRAVAIL ADMINISTRATIF	223
214. L'ETHIQUE ET LES VALEURS : CHARITE CONTRE SOLIDARITE	224
215. UNE APPROCHE DU ROLE DU MEDECIN ET DE SA POSITION A L'EGARD DE LA SOCIETE	225
22. EN CREUX, CE QU'ILS NE DISENT PAS, CE QU'ILS NE SAVENT PAS	226
23. LES SOINS, ENTRE DIFFERENCIATION ET DISCRIMINATION	226

BIBLIOGRAPHIE **229**

ANNEXES **239**

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES DISPOSITIFS D'ACCES AUX SOINS	239
ANNEXE 2: LISTE ANONYMISEE DES PRATICIENS RENCONTRES	243
ANNEXE 3 : DEVOIRS GENERAUX DES MEDECINS (CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)	245
ANNEXE 4 : COURRIER TEMOIGNAGE DES CONTRAINTES ADMINISTRATIVES	245
ANNEXE 5 : POURQUOI PRENDRE EN COMPTE LA SITUATION SOCIALE DU PATIENT EN CONSULTATION ? (EXTRAIT D'UN DOCUMENT INPES DESTINE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE)	246
ANNEXE 5BIS : RÉPARTITION DES STATUTS EN FONCTION DU LIEU D'ACTIVITÉ	246
ANNEXE 6 : EXEMPLE D'UNE GRILLE DE TARIFS ET REGLES D'ACCES A LA CONSULTATION (ANONYMISEES) EN FONCTION DES PRATICIENS DANS UNE CLINIQUE DE LA BANLIEUE NORD	247

Nous remercions tous les médecins et chirurgiens-dentistes qui ont accepté de nous rencontrer et de donner de leur temps.

Merci à Huguette Boissonnat et Philippe Hugues pour leurs remarques et des échanges enrichissants

Introduction

1. Préambule

« L’ophtalmologue, il m’a demandé ‘est ce que j’ai la CMU ?’ Donc j’ai répondu. Normal, bon, avant il m’avait demandé de ramener l’attestation avec la carte mutuelle... la carte vitale plutôt et après quand je suis arrivée là-bas il m’a demandé si c’est la CMU, à la fin il m’a fait payer le complet en disant que c’est l’assurance qui allait me rembourser. Excuse-moi, mais c’est comme s’il utilisait la méthode de la mutuelle. »

Alors, du coup, vous avez préféré continuer à vous faire suivre à l’hôpital ?

Ah oui, parce que je sais qu’à l’hôpital même si on a pas la mutuelle on fait pas d’avance, et des fois même j’ai la mutuelle et je peux dire que des fois ça tombe que j’ai pas d’argent sur moi, j’ai pas les... on peut pas dire qu’on a toujours un accident de travail, on a pas tout le temps ce qu’on veut, mais des fois j’ai pas d’argent sur moi et quand on est dans une consultation qui te demande de payer à l’avance moi je préfère des fois le faire un peu plus tard sincèrement...même si j’ai la mutuelle mais je sais que donner et être remboursé alors que le moment de donner, y a pas, c’est ça qui est un petit peu embêtant. » (entretien réalisé en 2011)

« Avec le dentiste aussi, généralement, elle te prend pas parce que vous avez la CMU, elle te donne des rendez-vous de plus de six mois. Tout est complet. »

« Je suis allée avec ma petite parce qu’elle avait deux petites verrues au pied. Il soigne une des verrues et je m’étonne parce qu’il ne soigne pas la deuxième tout de suite. « Ah ! Mais vous avez la CMU, vous n’aurez qu’à reprendre un 2^{ème} rendez-vous ». [...] À l’époque, ça m’avait chamboulée. En fait, on ne peut pas répondre. Qu’est-ce que vous voulez qu’on dise ? On ne peut pas leur dire, “mais non, vous la prenez tout de suite, je sais bien que ça peut se faire en même temps” ». (Mireille, Desprès, 2013, p.12)

« J’ai eu des problèmes surtout avec les spécialistes, pas avec le médecin traitant. Par exemple chez l’oculiste (ophtalmologue), on était convoqué à 2 heures, il faisait passer tout le monde avant et nous on passait les derniers parce qu’on était à la CMU. Des choses comme ça. » (Zora, entretien en 2011)

Des dizaines de situations similaires ont été rapportées tout au long de notre parcours de chercheur auprès de personnes en situation de pauvreté et/ou de précarité.

Un organisme de sécurité sociale a conseillé à une femme d'annoncer au téléphone qu'elle avait la CMU (qui est discutable) ce qu'elle fait. Elle parle de son vécu : « C'est pas toujours facile de le dire parce que ça veut dire qu'on n'est rien ». Elle relate une situation où elle n'a pas prévenu le médecin qu'elle avait la CMU. Il a demandé le règlement de la consultation qu'elle n'avait pas les moyens de payer. Elle n'avait pas d'argent sur elle. Il a gardé alors le carnet de santé de l'enfant jusqu'au règlement. Elle ajoute : « ça nous fait une étiquette. C'est là qu'on sait qu'on n'est pas comme les autres. On a honte d'avoir cette CMU. On y a droit mais on a honte de le dire. » (formation ATD Quart Monde printemps 2015, autorisation de cette femme à citer son témoignage)

Les risques de ne pas être reçu, ou dans des conditions différentes, de devoir payer des soins alors que l'on n'a pas l'argent, sont chargés émotionnellement. Cette femme habitant dans le centre de la France n'est jamais à l'aise avec les médecins. Elle évoque son ressenti lors d'une consultation :

« Je ne sais pas comment ils vont réagir, alors j'ai le cœur qui bat.

- Tu appréhendes quoi ?

- La cmu. Est-ce que le docteur va m'accepter ou pas ? »

Ils ont des répercussions sur l'accès aux soins, en participant à la construction d'une défiance à l'encontre des professionnels. Ces expériences relatées régulièrement, que nous avons recueillies dans le cadre de recherches antérieures¹, ne sont pas pour autant systématiques. Certaines personnes échappent à la stigmatisation ou à la discrimination.

Ça m'est pas encore arrivé pour l'instant, le jour où ça m'arrivera je crois que le gars il s'en prendra plein sa tronche, je pense. Parce que si on a fait ça, cette CMU, si on a donné cette couverture médicale, je pense que c'est pour les personnes les plus démunies, ceux qui n'ont pas les moyens de se soigner. Je veux dire : avec mes 350€ je paie mon loyer, il reste plus grand-chose après. Mais pour être franc, moi j'ai pas encore eu de docteurs qui m'ont refusé la CMU. (Dominique, Armentières, 2012)

Parfois, ils sont épargnés grâce à la vigilance de leur médecin traitant.

« Et sinon, on vous a déjà refusé de vous soigner, un rendez-vous parce que vous aviez la CMU? »

Non jamais. Jamais parce que mon médecin traitant il téléphonait avant pour savoir si le spécialiste prenait la CMU. S'il prenait pas, il appelait quelqu'un d'autre. » (Paulette, entretien en 2011)

Ces extraits d'entretiens posent le cadre de ce projet de recherche qui répond à une demande institutionnelle conjointe du Fonds de financement de la CMU et du Défenseur des Droits. Dans quelle mesure les personnes en situation de pauvreté, de précarité et notamment les bénéficiaires de protection sociale telles que la CMU et l'AME, et plus récemment l'ACS, font-elles l'objet de soins différenciés ? Et sur quoi portent ces

¹ Desprès et al., 2012, Desprès, 2011

différences ? Ces différenciations peuvent-elles relever dans certains cas d'une discrimination ? Quels sont les arguments avancés par les professionnels ? Quelles sont les logiques sociales qui président aux discours et aux pratiques ?

Les inégalités sociales de santé trouvent leurs principales origines dans des déterminants en amont du système de soins. Cependant, celui-ci occupe une place relative pour les renforcer, les aggraver ou au contraire les réduire. L'accès aux soins est un enjeu et un levier de réduction des inégalités sociales de santé. De nombreux obstacles aux soins ont une origine économique, en lien avec la protection sociale. La CMU de base a permis de combler les brèches du système, complétée par l'AME. L'accès aux compléments santé reste inégalitaire malgré la CMUc et l'ACS (annexe 1). Au-delà de ces éléments et des questions soulevées par l'accès aux droits (conditions d'accueil des plus fragiles dans les administrations, complexité des démarches administratives pour eux, leur manque de connaissance sur leurs droits, etc), la question de l'accès aux soins une fois les droits ouverts n'est pas définitivement résolue. Les dépassements d'honoraires, d'autant que l'offre alternative est pauvre sur certains territoires, peuvent encore réduire l'accès aux personnes ayant des moyens modestes mais qui restent au-dessus des seuils de la CMUc et de l'ACS. Enfin, et c'est cette question qui nous préoccupera ici, les dispositifs mis en place par les pouvoirs publics pourraient perdre de leur efficacité en cas de refus des praticiens de recevoir ces personnes ou d'appliquer le tarif opposable, ou encore le tiers payant² ou en cas de délivrance de soins de moindre qualité. La question du refus de soins est une question très médiatisée mais qui nous semble ne révéler qu'une partie du problème. Ces refus ne concernent qu'une minorité de médecins³ même si cela a des conséquences délétères sur le rapport des personnes pauvres aux professionnels de santé et peut occasionner au minimum des retards aux soins, parfois des renoncements aux soins. Par contre, quand ils sont reçus, comment ces usagers sont-ils pris en charge ? La question des inégalités de recours aux soins ne se pose pas seulement en termes d'accès aux soins, dans le sens d'une entrée dans le système mais en termes de résultats de santé, ce qui sous-entend la prise en compte de la qualité des soins. Quelle est la qualité des soins prodigués ? Et quand les soins sont différenciés, cela contribue-t-il à une réduction des inégalités de santé ou au contraire à les renforcer ? Ces deux questions nous renvoient à la question de la différenciation dans les soins (et pas seulement son accès) et celle d'une éventuelle discrimination.

Les pratiques de discrimination constituent un obstacle aux soins (accès primaire ou secondaire). D'autre part, la crainte d'être stigmatisées ou discriminées peut conduire les personnes à des non recours aux droits⁴ pour préserver l'image de soi et induire des conduites d'évitement à l'égard de la médecine, voire de renoncement aux soins. Mais de plus en plus de travaux tendent aussi à montrer que la discrimination produit en elle-même des conséquences préjudiciables à la santé des personnes, au-delà de ses effets

² Rappelons la signification du « tiers-payant » : il s'agit d'une dispense d'avance de frais lors du règlement de frais de santé (consultations, examens radiologique, biologique, etc.). Le professionnel sera remboursé directement par l'assurance maladie ou la caisse complémentaire.

³ Cf résultats d'un testing parisien sur un échantillon représentatif de médecins généralistes, de dentistes et plusieurs catégories de spécialistes (Desprès et al, 2009).

⁴ Cf travaux de Warin et de l'Odenore.

sur l'accès aux soins (Borrell and al., 2006, Harris, 2006, Krieger, 1999, 2001). Ainsi, elle va souvent de pair avec une stigmatisation qui porte atteinte à la dignité et produit des effets de stress, d'anxiété et de désespoir (Dawson et al, 2016). Les effets sur l'estime de soi expliquent également l'état de santé des groupes touchés (Barski, 1988, cité par Massé, 2003).

2. Définitions de la discrimination

La discrimination est définie comme « le traitement inégal d'individus ou de groupes sociaux pour des raisons illégitimes » (Lochak, 1987). Plusieurs formes de discrimination sont distinguées. La première, la plus connue, est la discrimination directe, quand une réglementation, des pratiques et des politiques traitent moins favorablement certains individus en raison d'une caractéristique particulière⁵. Les critères les plus souvent pris en considération sont l'appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, l'origine, la religion, le genre, l'âge et l'état de santé ou le handicap.

La discrimination indirecte, pour sa part, renvoie à « une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, , un désavantage particulier pour des personnes ou des groupes relevant d'un des motifs prohibés par rapport à d'autres personnes ou groupes. La discrimination indirecte sera alors constituée à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés" Cette notion permet d'appréhender les discriminations "structurelles" ou "systémiques", c'est-à-dire produites par le système, par des représentations et des usages sociaux et non nécessairement produites par des individus (Daugareilh, 2013).

La discrimination multiple et/ou intersectionnelle, notion plus récente, est subie du fait du cumul de plusieurs critères⁶. Elle permet d'aborder « l'imbrication, et la démultiplication de différents systèmes de domination » (Kachoukh, 2011, p. 22), comme par exemple quand se croisent rapports sociaux de genre, de classe, de race.

La notion de discrimination implicite a été développée et pourrait constituer un concept pertinent dans le cadre de la relation soignant/soigné. Elle est décrite comme un comportement biaisé au niveau verbal et non verbal ou encore des interactions réduites (King et al., 2006) : moins de contact visuel, moins de sourire, manque de courtoisie ou interactions réduites.

Discrimination statistique

La notion de discrimination statistique, issue du champ de l'économie, est intéressante à mentionner car procédant d'une logique de différenciation distincte de celle du préjugé et du stéréotype. « La discrimination statistique se produit quand les employeurs utilisent une projection de la productivité d'un groupe (fondée sur un préjugé personnel, un jugement né d'expérience ou un raisonnement statistique) pour embaucher ou évaluer un individu. » (Chassonery-Zaïgouche, 2013, cité p.110)

⁵ Le législateur a établi une liste de critères. La Loi N°2008-496 du 27 mai 2008 mentionne les critères retenus ainsi que l'article 225-1 du code pénal. (je propose de supprimer car depuis la liste a été modifiée par 2 autres législations)

⁶ Lutte contre la discrimination multiple : pratiques, politiques et lois, Commission européenne, 2007.

Or si habituellement, la discrimination est rattachée à une attitude injuste, non rationnelle, arbitraire, « l'hostilité et l'arbitraire constituent des propriétés essentielles à l'identification de pratiques discriminatoires et à la condamnation morale qui y est associée » (Rüegger M., 2007), dans le cas de la discrimination statistique, les inférences statistiques rattachées à un groupe peuvent être pertinentes, ce qui n'empêche pas la qualification juridique de cette attitude comme discriminatoire.

« *Il ne le fera pas (discriminer) parce qu'il éprouve une animosité à l'encontre des membres du groupe défini à partir de cette caractéristique, mais parce qu'il croit que la généralisation en question s'appuie sur une base factuelle suffisante pour servir de fondement pertinent à ses décisions.* » (Rüegger, 2007, p. 77)

Balsa et McGuirre, 2001 l'ont appliquée au cadre des soins :

« La discrimination statistique rend compte de situations où un agent (employeur, médecin), sans intention de discriminer, peut appliquer des règles de prise de décision rationnelles contraires à son intention, ce qui conduit à un traitement inégal des membres de deux groupes ethniques. » (traduction par nous-mêmes)⁷

Ainsi, quand un médecin fait un diagnostic et propose un traitement, il tient compte d'éléments non observables faits sur la base d'observations en lien avec le genre, l'origine, etc. Par un exemple, une moindre observance d'un traitement chez l'homme que chez une femme, ce qui l'amènera à proposer ces médicaments moins fréquemment chez le premier que chez la seconde, quand le choix est possible.

La discrimination statistique nous semble donc intéressante notamment du fait de la sur-représentation de certaines maladies ou de certains risques dans certaines populations, comme les groupes sociaux en situation de précarité.

Le projet de recherche

1. Etat de la recherche

1.1. Les travaux sur la discrimination

Penser la discrimination renvoie initialement au rapport à l'immigration dans notre pays. Les questions relatives à l'immigration y ont longtemps fait l'objet d'une lecture en termes d'*intégration*. Les difficultés et les inégalités constatées étaient alors reliées aux attributs des dits *étrangers* plutôt que remettre en cause le fonctionnement de la société et la place qui leur était faite. Parler de discrimination, en France, à partir des années 1990, constitue donc un changement de perspective, avec une inversion de l'imputation causale. La discrimination prend acte des conséquences observables de l'idéologie raciste. Elle établit une sorte de chaînon manquant entre le racisme et l'inégalité (Fassin, 2002, p. 410).

La lutte pour les droits (contre le racisme, pour le droit des femmes...) a longtemps été cloisonnée. La fédération de ces combats autour de la discrimination, indifféremment du critère, a permis des avancées dans différents secteurs de la vie sociale pour les uns ou

⁷ Ce qui pourra constituer une discrimination directe pour le droit, si la différence de traitement intervient dans un domaine couvert par la loi et en lien avec un motif prohibé.

les autres, en établissant des jurisprudences transposables. Dans le traitement juridique de la discrimination, des cas sont analysés sans tenir compte du contexte, seul le résultat compte (non le processus qui y mène), ce qui a amené à élargir la notion de discrimination (discrimination indirecte). Cependant, la reconnaissance de la spécificité des conditions socio-historiques, des enjeux et des logiques propres à un milieu (professionnel, par exemple comme peut l'être celui de l'immobilier ou celui de l'emploi selon les secteurs d'activité considérés) apparaît nécessaire. Ainsi les questions de genre, d'âgisme ou de racisme n'ont pas les mêmes fondements, ni la même histoire. En effet, le traitement de la discrimination constitue « une épure juridique où les faits tendent à être détachés de leur contexte historique et social. » (Fassin, 2002, p. 413).

Les critiques portées à la notion de discrimination raciale portaient aussi sur le fait qu'elle isolait la discrimination des autres facteurs d'inégalités. Gérard Noiriel notait :

« Les personnes qui subissent le plus aujourd'hui ces formes d'exclusion sont généralement issues de l'immigration, mais aussi des milieux les plus défavorisés sur le plan économique, étant donné que leurs parents ont été recrutés pendant les « trente glorieuses » comme manœuvre et OS. » (p. 180)

La notion de discrimination intersectionnelle a levé en partie ces limites et permis d'articuler plusieurs critères, de conjuguer différents facteurs.

12. La discrimination dans l'accès aux soins

La notion de discrimination s'articule autour de 3 notions : un traitement différent, une raison illégitime, un résultat défavorable.

L'illégitimité est une notion subjective, renvoyant aux normes et valeurs d'une société à un moment donné (Fassin et al, 2001b). Dans le cas de la discrimination dans le champ des soins, la santé constitue une valeur universelle qui transcende les spécificités culturelles, plus encore un droit inscrit dans un certain nombre de constitutions nationales (préambule de la constitution sur le droit à la protection de la santé) et dans la déclaration universelle des droits de l'homme. La discrimination des soins apparaît d'autant plus intolérable socialement que la pratique de la médecine, depuis l'Antiquité grecque, est auréolée d'une dimension éthique, contenue dans le serment d'Hippocrate et reconduite dans les codes de déontologie qui encadrent la pratique des médecins et des dentistes. « *La santé apparaît aussi comme le domaine où le droit à une égalité d'accès s'impose à tous comme un principe universel et supérieur.* » (Fassin et al, p. 55) Fassin affirmait que « toute distinction posée préalablement à l'accès aux services et aux prestations est frappée d'illégitimité » (Fassin et al, 2001, p. 55). Comme il le montre dans plusieurs travaux, en France, la santé occupe un statut tel qu'elle a, à une époque, transcendé les droits usuels en termes d'autorisation de séjour, (Fassin, 2001) même si cela n'est plus vrai depuis quelques années, notamment sous l'effet du renforcement de la contrainte budgétaire.

Néanmoins, dans le champ des soins et de la santé, si on ne peut contester qu'il ne peut y avoir de restriction à être soigné lorsqu'on est malade, déterminer la légitimité ou l'illégitimité d'un « soin différent » doit faire l'objet d'une vigilance. En effet, pour des raisons biologiques (de métabolisme distinct), il convient d'adapter les soins à l'âge des personnes, parfois au genre ou au patrimoine génétique⁸, à situation clinique égale. Par

⁸ Les indications d'hypertenseurs pourraient être différentes si un patient est d'origine africaine, encore qu'il n'y ait pas consensus dans la littérature.

exemple, le traitement chez un sujet âgé tient compte des risques plus importants (vulnérabilité) mais aussi de la polymédication fréquente à cet âge avec des risques d'interactions médicamenteuses. Ainsi, les personnes âgées peuvent faire l'objet de restrictions légitimes quant aux prescriptions. Mais elles sont potentiellement objets de stigmatisation et de discrimination dans le cadre de représentations négatives de la vieillesse. Ainsi, des travaux ont montré que les personnes âgées reçoivent moins de soins de réanimation que des jeunes à situation clinique égale (Timmermans, 1999). Ces situations rendent compte de la moindre valeur des personnes âgées dans nos sociétés (cf travaux sociologiques sur la vieillesse).

Certaines plaintes chez les femmes (douleurs, par exemple) font l'objet d'une moindre attention par certains praticiens alors que quand elles émanent d'hommes cadres supérieurs, elles sont mieux prises en charge... (Chevreul, 2008). Les femmes sont fréquemment soupçonnées d'exagération et la prise en charge de la douleur est moins bonne.

Des individus dont la valeur sociale est considérée comme moindre, « clochards », personnes dépendantes à l'alcool (Perut et al., 2009), usagers de drogue, reçoivent des soins de moindre qualité.

Si on trouve une abondante littérature sur le sujet dans les pays anglo-saxons, ils sont moins importants en France, notamment parce que la discrimination dans le champ sanitaire a été longtemps niée. Les premiers travaux français dans le champ de la santé portant sur ces questions datent de la fin des années 1990 [Fassin, 1998, 2002]. Dodier et Camus (1998) ont réalisé une étude sur les urgences en France montrant que l'imputation d'un statut social bas à un patient aboutit à une réduction de la qualité et de la quantité des soins. Ces patients, ont-ils noté, soulèvent des réactions complexes allant de réactions très négatives à leur égard jusqu'à une forte mobilisation des ressources en leur faveur. Ces réactions dépendent aussi des circonstances (file d'attente, par exemple) et des soignants.

Carine Vassy (2001) a étudié les règles (essentiellement informelles) d'éligibilité et de priorisation des patients consultant un service d'urgences en France. Elle note que le fait que le problème clinique existe depuis plus de quelques jours est un critère pour réorienter un patient consultant aux urgences. Or, selon nous, cela peut indirectement défavoriser un patient en situation de précarité qui a plus tendance à reporter un rendez-vous, renoncer aux soins jusqu'à ce que la situation devienne intolérable ou ingérable socialement. Cependant, dans cette même étude, C. Vassy observe que lorsque les capacités cognitives, psychologiques, linguistiques ne sont pas propices à une réorientation vers une source alternative de soins, le patient a plus de chances d'être enregistré et reçu. Il en est de même s'il est présumé pauvre. Des travaux plus récents montrent une permanence de « la fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence ». (Morel, 2016)

Les travaux portant sur les différences dans les soins apportés montrent des résultats contrastés, complexes. Ainsi, si la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde (Lang et al., 1998) ne différait pas, les différences de mortalité selon la catégorie sociale (moindre pour les catégories aisées) étaient imputables à une meilleure prise en charge de ceux-ci au cours de la trajectoire de soin qui a précédé l'événement et l'hospitalisation.

Différentes études ont montré des différences de prescription et de traitement au bénéfice des catégories sociales aisées, traitement substitutif de la ménopause, thérapie antivirale, couverture vaccinale⁹.

Les travaux de l'anthropologue Sylvie Fainzang (2006) portent spécifiquement sur l'information donnée au malade (sur le diagnostic et le pronostic, le traitement) et ont été réalisés en milieu hospitalier public, dans le cadre de la maladie grave (cancer dans la grande majorité des cas). Elle montre que, sur les lieux observés, pour des raisons éthiques, au nom du « principe de bienfaisance », du meilleur intérêt du patient, l'information ne lui est parfois pas donnée. Elle observe par exemple la dissimulation d'effets secondaires de médicaments ou d'éléments pronostiques. C'est le cas notamment quand le malade ne pose pas de question. La rétention d'information par le médecin peut aller jusqu'au mensonge qui est proféré préférentiellement à l'adresse des patients des milieux populaires. L'absence de demande de celui-ci à l'égard de sa maladie est interprétée comme « un déni de sa maladie » ce qui contraste, note la chercheuse, avec une recherche effrénée d'information par le patient (interprétation des gestes du médecin, voire surinterprétation, consultation sur internet, demande à d'autres soignants). Certains malades n'osent pas poser de questions à cause de la position d'autorité du médecin, ce que nombre de médecins ne saisissent pas et ce qui constitue « une négation de la dimension sociologique de l'échange ». Une autre justification des médecins est que le malade doit être en mesure de supporter l'information ou la comprendre. Elle est donc délivrée de préférence aux malades des catégories sociales supérieures, jugés plus à même de la comprendre et de la supporter. Un amalgame est fait entre ces deux aptitudes.

Non seulement certains patients, en particulier ceux issus de milieux populaires, ne se sentent pas aptes à formuler les bonnes questions ou ne s'autorisent pas à les poser directement aux médecins, mais en outre, les médecins croient déceler une demande d'information en l'absence même de sa formulation, et une capacité à la recevoir chez les patients jugés dotés d'un certain capital culturel, tandis qu'ils occultent ou la dénie chez les personnes de milieux défavorisés (Fainzang, 2014, p.51).

Notons qu'une majorité des travaux produits en France sur la discrimination dans les soins concernent l'hôpital, notamment en ce qui concerne les travaux d'anthropologie (Crenn, Kotobi, Cognet). Un nombre conséquent porte aussi sur des soignants autres que les médecins, notamment les infirmières.

Didier Fassin et al. (2000) constataient l'accumulation de divers handicaps chez certains patients : ils « suscitent plus facilement des réactions d'intolérance quand se mêlent origines sociales (milieux défavorisés), territoriales (quartiers dits en difficulté) et étrangères (essentiellement extra-européennes). »¹⁰

Lors d'une recherche de terrain réalisée en 2005, Moulin et al. observaient l'existence de discriminations raciales dans le champ sanitaire mosellan. Ils constataient qu'elles étaient difficiles à cerner car insidieuses et clandestines voire inconscientes chez ceux qui les produisent et/ou les subissent. Elles sont rarement énoncées car non seulement illégales mais contraires aux valeurs professionnelles, déontologiques. Ils constataient

⁹ Mais pour la vaccination, l'inverse peut être vrai, dans les départements où un service de prévention collective comme la PMI est actif et dispose de moyens « suffisants » (Guthman et al., 2010) .

¹⁰ Ces travaux commencent à être anciens, le paysage de la protection sociale ayant été largement modifié par le vote de la loi instituant la CMU et désormais celui de la PUMA.

par ailleurs que « *dans le domaine sanitaire, il s'agissait moins de discriminations ethniques et raciales dont certains ont à souffrir mais bien davantage de discriminations socio-économiques : les discriminations raciales ne faisant le plus souvent que redoubler des inégalités sociales déjà existantes.* »

Ces travaux plaident pour l'importance de prendre en compte simultanément différents critères pour évaluer l'existence d'une discrimination (Discrimination multiple) et en comprendre les fondements.

13. Les travaux sur le refus de soins

Plus visible que la discrimination portant sur les soins délivrés, le refus de recevoir a fait l'objet de quelques travaux et d'un intérêt des pouvoirs publics après la médiatisation d'un premier testing réalisé par Que Choisir, suivi de près par un second émanant de « Médecins de Monde ». De nombreux testings ont été réalisés par la suite dont plusieurs avec une rigueur scientifique imposant leur légitimité¹¹. La conjonction des résultats de ces testings réalisés depuis plusieurs années et le recueil de témoignages d'expériences de refus de soins venant de personnes bénéficiant de la CMUc ou de l'AME, ou encore de plaintes auprès du Défenseur des Droits¹² ont contribué à établir la réalité de ces refus. Le testing parisien sur un échantillon représentatif de médecins généralistes, de plusieurs catégories de spécialistes (gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes, permet de suggérer plusieurs hypothèses (Desprès, 2009). Les probabilités de refus apparaissent significativement plus élevées parmi les médecins réalisant un dépassement d'honoraires (secteur 2). Cependant, ce résultat ne permet pas de savoir s'ils refusent parce qu'ils n'ont pas le droit d'appliquer des dépassements à ces patients et que recevoir ce type de patients entraîne une perte financière¹³ ou parce que ces praticiens se distingueraient sociologiquement de leurs confrères de secteur 1 dans leur rapport à la précarité (représentations des bénéficiaires de la CMUc, notamment), dans leur conception de leur exercice et dans leur rapport avec les caisses (assurance maladie). Ces deux hypothèses ne sont pas incompatibles.

L'étude réalisée dans la Nièvre (Desprès et al, 2012) suggère également que les praticiens pourraient s'ajuster à leur environnement : aucun refus spécifique n'a été observé dans la Nièvre et dans l'Orne de la part de médecins spécialistes contrairement à d'autres études ce qui suggérerait que les praticiens, dans ces départements, acceptent tous les patients en l'absence de solution alternative pour ces derniers. Par ailleurs, les praticiens sont-ils moins tolérants quand le taux de précarité est élevé dans leur territoire (peur d'être *envahis*) ou au contraire, plus tolérants (ajustement) ?

Les informations fournies par les testings restent limitées, d'abord parce qu'ils ne sont qu'un reflet ponctuel d'une situation à un moment donné. Ils ne rendent pas compte non plus de l'impact du phénomène en termes d'accès aux soins car un spécialiste d'un beau quartier parisien peut recevoir quelques appels dans l'année, alors que pour un praticien dans un quartier populaire, il peut s'agir de plusieurs coups de fils par jour. Ces

¹¹ Pour une réflexion sur la méthode voir Desprès, Couralet, 2011.

¹² Antérieurement la Halde.

¹³ Ce qui est parfois évoqué par quelques praticiens que nous avons rencontrés lors d'une première étude dans le Val de Marne (Desprès, Naiditch, 2006). Un médecin rencontré, récemment installé en centre-ville, évoque la fuite de ses patients *bourgeois* devant l'arrivée dans la salle d'attente de patients venus de banlieue.

testings sont basés sur des appels de nouveaux patients, non connus du cabinet et ne permettent pas de conclure quant aux attitudes des praticiens à l'égard des patients déjà connus du cabinet. Les taux de refus sont à cet égard « une construction » : quelques uns des praticiens testés ne reçoivent jamais d'appels de bénéficiaires de la CMU. On peut les considérer comme un « indicateur », qui ne donne qu'un reflet partiel de la réalité.

Surtout, ils sont peu informatifs sur la signification de ces attitudes. Est-ce que les refus sont produits par les dispositifs et le mode de prise en charge économique spécifique qu'ils sous-tendent, ou camouflent-ils une discrimination ciblée sur les plus pauvres ?

Tout en protégeant les patients les plus pauvres d'obstacles financiers à l'accès aux soins, la CMUc a contribué à donner une *visibilité* à ces patients, le patient devant justifier lors d'une consultation par une attestation et/ou sa carte vitale que la CMUc lui est attribuée. L'hypothèse d'un processus plus complexe encore, dans le cadre d'une discrimination intersectionnelle est également à envisager pour les refus à l'égard des bénéficiaires de la CMUc : une discrimination sociale - à l'égard des patients les plus pauvres -, qui pourrait renforcer une discrimination à l'égard de certains groupes ethniques, voire en fonction de certains profils de patients (handicapés, toxicomanes, malades mentaux, voire obèses). D'autres profils de patients sont-ils concernés et notamment qu'en est-il des « étrangers » ? Cette discrimination pourrait dépasser le stade de refus de recevoir et s'exercer à plusieurs niveaux des soins (qualité d'écoute¹⁴, diagnostic, traitement, conseils, orientation secondaire).

Lors des testings, nous avons également noté des propositions de soins différentes et plus réduites à l'égard des bénéficiaires de la CMU. Ainsi, certains dentistes acceptaient de recevoir dans le cadre de l'urgence mais refusaient des soins au long cours, notamment impliquant des soins prothétiques.

Notons également les travaux d'Estelle Carde sur l'Aide médicale d'état (AME). Elle montre l'application restrictive de l'AME par certains agents administratifs chargés de délivrer des droits.

2. Enjeux et questionnements de la recherche

21. Le choix d'une approche socio-anthropologique

Cette recherche répond à une demande du Fonds de financement de la CMU et du Défenseur des Droits, d'explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU, de l'ACS et de l'AME, ses fondements et ses causalités et plus largement le rapport des professionnels de santé aux populations précaires. En effet, le refus de soins renvoie à la question des discriminations qui peuvent prendre des formes multiples, parfois plus sournoises et dissimulées que le refus de soins comme nous venons de le suggérer, et tout aussi problématiques.

Par ailleurs, si la question était centrée sur la pauvreté (les bénéficiaires de la CMU ainsi que ceux de l'ACS se trouvent en dessous du seuil de pauvreté), il nous a semblé que la question sociale ne pouvait être déconnectée de la question raciale, ou ethnico-raciale¹⁵, voire d'autres dimensions (le genre par exemple). Cette manière d'aborder la question

¹⁴ Easton et al, 2013

¹⁵ Encore moins s'il s'agit de l'AME, qui concerne uniquement des étrangers.

des discriminations, s'inscrit par ailleurs dans les approches récentes de la discrimination, la discrimination multisectionnelle.

L'intérêt de mobiliser une étude socio-anthropologique fondée sur des méthodes qualitatives était de repérer les différentes dimensions qui président aux attitudes des médecins et des dentistes à l'égard de patients en situation de précarité et/ou originaires d'une autre culture, ou nationalité, et leurs articulations. Cette approche ambitionnait de saisir la complexité des pratiques de soins, prises entre des normes, des valeurs, des contraintes économiques, des situations d'interactions, un contexte global macro-économique et socio-politique. Les manières d'être et de faire des praticiens pourraient se traduire par une certaine ambivalence, des contradictions, des tensions entre plusieurs enjeux et valeurs qui les mettraient parfois dans des situations de dilemmes...

Les sciences sociales sont particulièrement outillées pour analyser les logiques (et intentions¹⁶) d'acteurs qui ont conduit à un traitement différencié, tout en gardant en tête qu'il s'agira dans le même temps de s'interroger sur le résultat¹⁷. Les sciences sociales ont aussi toute leur place pour comprendre les fondements et origines de la discrimination, en analysant les contextes historique, social, juridique, institutionnel des pratiques et des représentations. C'est en articulant ces deux niveaux que les sciences sociales peuvent permettre d'analyser les processus, de repérer des leviers ou des obstacles au changement.

L'analyse sociologique et anthropologique des mécanismes sociaux de la discrimination pouvait alors fournir des pistes d'évolution, de même que la comparaison entre professionnels qui discriminent et ceux qui ne le font pas est susceptible de fournir des leviers d'action. Aujourd'hui, la mise en évidence de discriminations dans les soins (essentiellement le refus de recevoir) aboutit après un processus de conciliation à d'éventuelles sanctions, rares¹⁸ et qui ont une faible portée dissuasive. Surtout, elle ne vise que les refus et ne s'attaque pas aux éventuelles discriminations lors de la délivrance de soins, ni à ses causes. En faisant l'hypothèse que la discrimination s'ancrait dans des préjugés et si la stigmatisation de certains groupes était confirmée, une meilleure connaissance du contenu de ces préjugés permettrait d'y travailler et de les transformer. Plus particulièrement, nous nous demandons si le refus était lié au dispositif et ses contraintes économiques, ou s'il s'agissait d'un phénomène plus complexe qui combinait un ensemble de facteurs pour délégitimer ses ayants droit – consciemment ou non - et en faire une catégorie de patients *différents*.

22. Les objectifs

Ce projet visait à rechercher l'existence d'une différenciation des soins délivrés par des médecins ou des dentistes à leurs patients selon leur profil social et/ou culturel, recueillir les arguments des praticiens et analyser les logiques sociales de telles pratiques. Ces pratiques et attitudes devaient être resituées dans le milieu particulier que constitue celui des soins, et le cadre spécifique de la relation thérapeutique. Pour ce

¹⁶ Même si dans la discrimination indirecte, il peut y avoir discrimination même sans intention.

¹⁷ Nos compétences médicales seront alors mobilisées.

¹⁸ Les plaintes sont rares en regard de l'estimation que l'on peut avoir des refus.

faire, une analyse socio-anthropologique nous a semblé la plus adaptée à repérer des processus, saisir des logiques d'actions.

Une prise en charge différenciée est parfois la marque d'une adaptation des soins aux besoins, attentes et caractéristiques des personnes mais pourrait dans certains cas relever d'une discrimination. Une question sous-jacente était de comprendre pourquoi certains professionnels refusent de recevoir des bénéficiaires de la CMU, attitude qui en est la forme la plus apparente. Pour répondre à ces questions, nous avons défini plusieurs objectifs intermédiaires :

- recueillir les représentations de la pauvreté et/ou précarité, son impact sur les conduites de santé, les représentations et connaissances des différentes formes de protection sociale contre la maladie et des personnes qui en bénéficient.
- recueillir les catégories mobilisées par les praticiens s'il y a lieu pour décrire et prendre en charge leurs patients.
- identifier des « manières d'être et de faire » (attitudes et pratiques) à l'égard des patients en recherchant s'il existe une différenciation et selon quels critères, et quelles catégories de patients s'il y a lieu.
- identifier le contexte institutionnel (les modes de prise en charge financière des soins et de recouvrement, les rapports aux organismes de régulation).

Nous avons choisi d'explorer ces questions auprès des médecins (spécialistes en médecine générale et autres spécialités) et des chirurgiens-dentistes, dans le cadre de soins ambulatoires et de la pratique dite libérale (médecine de ville).

23. Méthodes

Nous avons choisi une méthode par entretiens semi-directifs auprès des praticiens, en essayant de construire un corpus le plus varié possible. Les entretiens ont tous été réalisés et analysés par l'anthropologue. L'analyse et la rédaction du rapport a fait l'objet d'échanges et d'enrichissements bibliographiques et analytiques avec Pierre Lombrail.

Nous présentons la problématique comme portant sur le traitement (dans le sens gestion) de la différence, différence sociale, culturelle, l'impact de cette dimension sur la relation médecin/patient et la prise en charge. La plupart des médecins contactés se sont déclarés intéressés par cette question et ont accepté fréquemment un second rendez-vous. Nous disposons donc dans la majorité des cas d'entretiens durant au minimum une heure, en moyenne une heure et demie/deux heures. Un certain nombre se sont déclarés peu intéressés ou n'ont jamais rappelé alors qu'il y avait un barrage par la secrétaire. Certains profils de praticiens sont restés peu accessibles à l'entretien, ce qui constitue une limite méthodologique.

a) Constitution du corpus et description

Nous avons commencé par utiliser une méthode boule de neige, en mobilisant un réseau personnel de professionnels, chacun d'entre eux proposant un ou plusieurs noms de confrères. Il s'agissait de varier bien-sûr le plus possible les premiers interlocuteurs pour ouvrir de manière large le corpus. Ensuite, nous avons élargi par cercles successifs à d'autres praticiens, tout en essayant de trouver de nouvelles sources de recrutement initial.

Nous avons centré cette recherche sur la médecine de ville sans nous interdire quelques intrusions dans le secteur public, toujours à fins de comparaison et de compréhension des enjeux, d'autant que certains praticiens ont une activité mixte. Cela permettait aussi de mieux saisir les effets du contexte d'exercice sur la relation, mais aussi parce que nous pensons que certaines représentations des personnes précaires sont partagées par les médecins tant du public que du privé. La médecine hospitalière n'est pas épargnée par des processus de stigmatisation de certaines catégories de population et des conduites de discrimination comme en témoignent quelques travaux (cf par exemple, Crenn, Kotobi, 2012, Morel et Izambert, 2016).

Cette méthode avait l'avantage de faciliter l'accès aux praticiens puisque nous étions recommandés par un confrère, voire un ami.

Nous avons privilégié des entretiens longs plutôt qu'une multiplication du nombre de praticiens rencontrés, afin de mieux saisir la complexité des attitudes des médecins/dentistes à l'égard de patients en situation de précarité et/ou d'une autre nationalité ou encore originaires d'une autre culture. Ce temps a permis de saisir le caractère multidimensionnel et d'explorer quelques-unes de ces dimensions, sans pour autant parvenir à être exhaustif à chaque entretien.

Parler de discrimination dans le champ des soins, c'est se poser la question plus générale de la relation médecin/patient – expression à laquelle nous substituerons celle de soignant - soigné qu'utilisent les chercheurs Canadiens – en contexte de pluralité et de la place de la culture et du social dans la procédure diagnostique et thérapeutique, dans les prises de décisions tout au long des parcours de soin (Fortin, 2013). Nous avons donc interrogé les praticiens sur les différentes étapes de la consultation et de la prise en charge d'un patient, accueil, diagnostic, traitement et prescription plus globalement, information, éventuellement prévention et éducation, ou acte technique, orientation. Etant donné, la grande diversité de situations cliniques possibles, nous avons cherché plus précisément selon la spécialité des situations concrètes susceptibles de faire l'objet d'une différenciation et permettant d'approfondir et d'ancrer les discours sur des cas précis : annonce d'un cancer (pneumologue, ORL, gynécologue), dépistage de la trisomie 21 (gynécologue), dépistage d'un cancer, éducation thérapeutique (médecine générale), etc.

Encore une fois et malgré des temps d'entretien assez longs, il ne nous a pas été donné à chaque fois d'explorer toutes ces dimensions.

Cinquante praticiens ont été rencontrés, parfois à deux reprises, cinq d'entre eux dans le cadre d'un focus groupe¹⁹. Ce corpus porte sur :

- une dizaine d'acteurs clés, notamment des représentants de syndicats, qui nous ont aussi parlé en tant que praticiens et ont évoqué leur mode d'exercice. Notons que tous ces praticiens ont en même temps une activité libérale et naviguaient entre discours et positionnement idéologique et leur propre expérience et pratique²⁰.
- un focus groupe a été réalisé composé de cinq médecins généralistes dont l'une d'entre elle a été vue en entretien approfondi).

¹⁹ Un des médecins du focus a été rencontré également dans le cadre d'un entretien individuel.

²⁰ Ce à quoi nous les avons invités.

- des praticiens individuellement.

Au total, ont pu évoquer leurs pratiques :

- 10 dentistes
- 20 médecins spécialistes
- 18 médecins généralistes

Une dizaine d'entretiens supplémentaires, plus anciens, ont été mobilisés dans l'analyse, réalisés entre 2009 et 2011²¹. Trois des praticiens ont été revus de manière à savoir si leurs pratiques avaient changé. Deux d'entre eux (dentistes) pratiquaient des refus de soins.

Ajoutons à ce corpus, la participation et l'observation d'une *coformation* d'ATD Quart Monde où représentations et expériences de personnes vivant dans la grande pauvreté sont confrontées avec celles de professionnels, en l'occurrence il s'agissait de soignants (deux médecins généralistes et une interne, et plusieurs infirmières, aides-soignantes) et de travailleurs sociaux.

Les détails concernant le corpus constitué figure en annexe 2. Les critères recherchés ont été les suivants :

- médecins (généralistes vs spécialistes) versus chirurgiens – dentistes ;
- âge et génération, genre ;
- conditions d'exercice : secteur 1 ou 2 avec dépassements d'honoraires/ cabinet de groupe ou exercice individuel, maisons médicales, public (hôpital, centre de santé) ou privé (salarié ou statut dit libéral)²², libéral exclusif et activité mixte ;
- environnement social : rural/urbain, quartiers favorisés ou non avec donc des proportions très variables de patients en situation de précarité dans la patientèle ;
- environnement médical et médico-social avec la possibilité d'envoyer les patients ailleurs, de les accompagner en cas de problème, mais aussi risque de surcharge et de burn-out des praticiens dans des zones à démographie professionnelle faible, problèmes de concurrence ;
- régions ou départements : Ile de France : Paris (9, 14, 15, 16, 17, 18), banlieue parisienne : 93 (St-Denis, Bobigny), 92 (Meudon, Asnières, Gennevilliers, Villeneuve La Garenne), 78 (semi-rural et Versailles), 94, Nord (Lille), Bourgogne (rurale et ville moyenne), Rhône-Alpes (semi-rural, rural, ville moyenne), PACA (Nice), Jura, Perpignan, Bretagne (ville moyenne), Lorraine
- origine sociale des praticiens : milieu bourgeois/cadres supérieurs dont parents médecins, classes moyennes, origine paysanne (un cas, boursière pendant ses études)
- origine ethnique (né à l'étranger) : Proche-Orient, Afrique sub-saharienne.

²¹ Soit ils viennent conforter l'analyse actuelle, soit il sera spécifié dans l'analyse si nous nous y référons ou mobilisons des verbatims.

²² Nous avons concentré les entretiens sur des praticiens libéraux ou à activité mixte.

Il nous est apparu important de varier les spécialités médicales : le rapport à la précarité, les incidences de la précarité sur la santé et les soins pouvant varier selon les formes de prise en charge en fonction des spécialités médicales. Certaines sont plus cliniques alors que d'autres plus techniques, plus tournées vers la prévention et l'éducation du patient, d'autres vers des soins aigus.

L'hypothèse d'une discrimination multiple nous a amenée à travailler sur les catégories de patients proposées par les médecins et à ne pas focaliser les entretiens avec les praticiens uniquement sur leurs patients pauvres ou précaires mais sur l'ensemble des patients.

La recherche a duré environ un an, les entretiens ont été menés entre mars 2015 et juin 2016.

b) Limites méthodologiques

Nous pensions qu'au fur et à mesure que le corpus s'élargirait, nous allions finir par toucher des professionnels qui développent plus de préjugés, et éventuellement des comportements discriminatoires. La majorité des médecins rencontrés ont déclaré ne pas connaître de collègues qui refusaient les bénéficiaires de la CMU attestant par cette réponse, que nous pensons en partie convenue, du caractère non déontologique et difficilement avouable de cette pratique, notamment le refus de soins. Mais quelques-uns étaient sincères, sans aucun doute possible. Il semblerait donc que, les praticiens l'évoquent peu, même entre confrères.

Nous avons rencontré quelques praticiens qui refusaient systématiquement les bénéficiaires de la CMUc mais en faible nombre. Nous nous sommes également appuyés sur des témoignages de praticiens à propos de leurs confrères, donc des témoignages « de seconde main ». Les praticiens qui refusent de manière systématique sont difficiles à recruter pour un entretien. Ce sont souvent des praticiens ayant une grosse activité²³, de même que dans un contexte de dénonciation de pratiques de refus de soins peu enclins à rencontrer un chercheur et à en parler.

La première limite est donc inhérente à toute étude sur la discrimination, pratique condamnée à la fois juridiquement, socialement et déontologiquement, celle des difficultés d'accès à des personnes qui pratiquent la discrimination. Rappelons qu'il est difficile de mettre en évidence une discrimination au sein d'une consultation qui se déroule « à huis clos », ce qui explique largement que la majorité des études aient été réalisées à l'hôpital.

Nous avons essayé d'établir un lien de confiance de manière à ce que les praticiens puissent parler de manière assez libre, renforcé par la garantie de l'anonymat. Il n'empêche que certaines pratiques peuvent être cachées au chercheur, certains propos autocensurés. Cependant, avec l'expérience, il est possible de sentir quand l'interlocuteur est dans le contrôle et quand il se relâche, ce qui survient progressivement au cours de l'entretien, et encore plus lors d'un second entretien où se tissent des liens de confiance avec le chercheur. Quelques-uns des entretiens nous ont semblé plus verrouillés, notamment avec un ou deux représentants de syndicats (mais pas tous). Ajoutons qu'en cas de dissimulation, il y a perte de cohérence interne de l'entretien, hors des contradictions dans les propos qui sont usuelles, révélant des

²³ En tout cas, c'est l'hypothèse que nous formulons

ambivalences, des questions non réglées sur lesquelles le professionnel n'est pas au clair avec lui-même. En définitive, les praticiens rencontrés nous ont semblé honnêtes dans leur discours et ceux qui pratiquent des refus de soins ont certainement refusé en amont une rencontre.

Plus difficile encore à contourner, une partie des discriminations sont insidieuses, non conscientes (Fassin et al., 2001) et se prêtent peu à une exploration par entretiens. L'observation, plus intéressante, reste une méthode longue, qui a ses propres limites, et qu'il n'était pas possible de réaliser dans le temps imparti et le budget alloué.

24. Analyse

La recherche s'appuie sur des méthodes qualitatives, essentiellement des entretiens auprès d'acteurs clés et de praticiens. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse socio-anthropologique. Chaque entretien a été analysé pour lui-même en mettant en perspective les pratiques d'un professionnel en fonction de son profil, sa trajectoire personnelle, les contraintes auxquelles il est soumis (contextes de vie et de travail), ses motivations, ses perceptions, connaissances et représentations sur la précarité, sur certaines catégories de patients, etc. Les situations en marge des pratiques habituelles sont riches d'information, ce qui nous a amenée à demander aux praticiens s'il leur arrivait de réaliser des actes gratuits et dans quelles circonstances. De même, nous nous sommes intéressés aux situations de conflit avec un patient, ce qui permettait de savoir dans quelle mesure un praticien s'autorisait à « mettre à la porte » un patient.

Par ailleurs, la dimension comparative entre les praticiens nous a semblé essentielle pour comprendre en quoi des représentations et/ou des modalités d'organisation différenciées induisent des attitudes et des pratiques de soins variables²⁴, entre ceux qui pratiquent une discrimination et ceux qui ne le font pas, sans pour autant négliger le contexte et d'autres dimensions susceptibles d'orienter, voire déterminer les conduites. Cela peut permettre de comprendre comment se construisent les préjugés, comment ils peuvent aussi se déconstruire, pourquoi certains professionnels y échappent, ce qui facilite un dialogue chez les uns et au contraire, ce qui provoque incompréhensions, malentendus, mécontentements chez d'autres. Des pistes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination découleront autant de la connaissance de ceux qui pratiquent une discrimination et de la compréhension de ce qui les motive que de celle de ceux qui, à l'inverse, accueillent les plus pauvres.

Aborder le refus de soins, et plus généralement la discrimination, requiert une approche globale, systémique. En effet, le refus de soins renvoie à des pratiques de soins qui s'inscrivent dans un environnement particulier : l'institution médicale, des politiques régissant l'accès aux soins, les soins et la relation de soins, des questions économiques également. Plusieurs niveaux doivent être articulés dans le recueil de données, tant à un niveau macrosocial que microsociale au niveau des interactions individuelles entre soignant et soigné, l'analyse devant prendre en compte l'articulation entre les deux.

Lors de l'analyse, nous avons commencé par chercher à identifier les formes et modalités de la différenciation, quelles étaient celles qui relevaient d'une discrimination.

²⁴ Plusieurs travaux anthropologiques montrent que le lien entre représentations et conduites, s'il est important pour expliquer ces dernières n'a pour autant rien d'automatique.

Ensuite, nous avons essayé d'en comprendre les mécanismes de manière à éclairer les origines et les fondements de la discrimination : recherche de processus de catégorisation, de processus de délégitimation par la construction de stéréotypes et préjugés, prises en charge spécifiques conduisant à des pertes de chance, etc.

Nous avons interrogé la pratique des soignants dans une double perspective, en fonction de la situation socio-économique de leurs patients et de leur culture (de la perception qu'ils en ont), les deux devant être articulés. La culture doit être entendue dans son sens anthropologique, c'est-à-dire un ensemble de normes, de valeurs, de balises permettant de comprendre le monde et y agir (Helman, 1920). Ainsi, au-delà de la question de la culture des migrants, certains milieux sociaux sont porteurs d'une culture spécifique, qu'il s'agisse de milieux ouvriers²⁵, ou de milieux paysans, par exemple. En miroir, les soignants sont porteurs d'une culture professionnelle forgée au fil des années de formation, consolidée par les échanges avec leurs pairs.

Il paraissait intéressant, dans la perspective d'explorer la relation de soins au prisme de la différenciation sociale et de l'interculturalité, de faire varier les profils du côté « patients » (pour un même médecin) mais aussi côté médecin quand le médecin est d'une autre culture. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que la proximité culturelle peut faciliter la communication médecin/patient, même si le rapport de pouvoir reste du côté du soignant. Il peut permettre d'éviter une essentialisation de la culture (Lainé, 2016)²⁶.

Il était aussi fondamental dans l'analyse, non seulement de repérer les éléments qui caractérisent le soignant d'un côté et le patient de l'autre, lors d'un traitement défavorable, et ce en les inscrivant dans leur contexte (conditions d'exercice, histoire du professionnel, histoire de la relation), mais aussi d'approcher le contexte d'interaction nécessairement limité par l'absence d'observation directe. Ce qui va se passer lors d'une consultation (d'une interaction) n'est pas toujours joué d'avance. Nous nous sommes demandés alors quelles sont les marges de négociation possibles pour un patient ? Quels éléments peuvent faire pencher la balance en sa faveur ou en sa défaveur ? Nous avons invité le professionnel à décrire des cas concrets plutôt que de rester dans une position générale qui délivre une représentation de ce qu'il *croit* qu'il fait et non de ce qu'il fait. Les cas où il a pu rencontrer des difficultés se sont avérés plus révélateurs des préjugés, des blocages, des contradictions. Les situations de dilemmes étaient intéressantes à analyser car elles révélaient la hiérarchisation des valeurs, entre considérations éthiques et contraintes administratives ou financières, par exemple.

Dans ce rapport de recherche, nous essaierons de poser les jalons pour une compréhension des questions de la différenciation dans les soins qui restera nécessairement généraliste. Chaque secteur de soins mériterait une analyse spécifique. La profession médicale s'est construite différemment de la profession odontologique. L'offre est structurée différemment, notamment dans sa répartition public/privée. Les refus en dentaire sont donc plus problématiques dans la mesure où l'offre alternative (publique) est restreinte, seulement 9, 6 % des chirurgiens-dentistes sont des salariés ;

²⁵ cf Desprès C., 2013, Schwartz O., 1990

²⁶ Dans cet article, Lainé compare le conseil génétique dans le cadre de drépanocytose, sur des terrains différents, en Ile de France et aux Antilles. Sur ce dernier terrain, elle observe un traitement moins compassionnel des soignantes antillaises face à des futures mères, Antillaises aussi, avec un souci de précision sur les risques alors que sur le terrain francilien, les soignantes ont tendance à mettre au premier plan leur rôle de mère, indépendamment de leur discours.

dans les centres de santé, ils gardent souvent un statut libéral alors qu'en médecine la répartition est plus équilibrée, environ 60/40 en faveur du secteur libéral versus salariés exclusifs. (source Ecosanté d'après les données Adeli de la DREES). L'offre publique hospitalière est très faible en odontologie et les soins pratiqués fréquemment par des étudiants en formation. Les problématiques en médecine générale²⁷ se distinguent de celles qui président dans les autres spécialités. Les questions qui se posent pour le diagnostic ne sont pas les mêmes que pour l'éducation thérapeutique (Fournier et al. 2016) ou la prévention.

25. Une attention particulière aux catégorisations et aux représentations

Un des fondements de la discrimination est la stigmatisation des individus. Les préjugés et les stéréotypes sont mentionnés dans la littérature comme la principale cause de discrimination. La stigmatisation a été décrite comme un processus (Link et Phelan, 2001) qui commence par un étiquetage (*social labelling*), puis l'application de stéréotypes au groupe désigné (différences rattachées à une valeur négative), un processus de séparation (entre nous et eux) et enfin, ses effets de perte de statut et de discrimination. C'est pourquoi nous avons prêté une attention toute particulière dans l'analyse aux catégories empruntées ou construites par les professionnels.

Rappelons que dans le jeu des rapports sociaux, chaque protagoniste attribue à l'autre une identité sociale virtuelle, certains attributs constituent un stigmate quand ils jettent un discrédit sur la personne (ou le groupe). L'attribut (ou la marque) est souvent perçu dans le sens commun comme inhérente à la personne plutôt que comme une appellation ou une étiquette que d'autres lui apposent (Link and Phelan, op. cit.), comme Goffman (1975) le défendait : « C'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler. » Le terme étiquette est donc préférable à attribut qui légitimerait alors la désignation.

L'analyse de la stigmatisation amène à porter plutôt son attention vers la personne « victime » alors que la discrimination fait porter le regard sur le producteur de rejet ou d'exclusion. Les relations entre les deux concepts nous amènent à nous intéresser simultanément aux deux côtés. Si cette recherche s'appuie sur un recueil de données du côté des soignants, nous nous appuyerons largement sur nos travaux antérieurs sur le renoncement aux soins qui prennent en compte le point de vue des « soignés » de manière à mieux saisir le rapport entre ces protagonistes. Il s'agit bien d'un processus dynamique et interactif.

Le préjugé peut être défini comme une « attitude de l'individu comportant une dimension évaluative, souvent négative, à l'égard de types de personnes ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale. C'est donc une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale » (Fischer, 1987). Le préjugé a deux dimensions essentielles : l'une cognitive, l'autre comportementale. En général, le préjugé est négatif et a donc pour conséquence une discrimination.

Le stéréotype, quant à lui, « désigne les catégories descriptives simplifiées par lesquelles nous cherchons à situer autrui ou des groupes d'individus » (Fischer, 1987). Les

²⁷ Devenue maintenant spécialité de médecine générale mais nous garderons l'ancienne appellation pour ne pas alourdir la lecture

stéréotypes correspondent donc à des traits ou des comportements que l'on attribue à autrui de façon arbitraire. En ce sens, les stéréotypes sont une manifestation des préjugés. Le préjugé inclut le stéréotype comme une de ses formes d'expression. Mais l'un désigne avant tout une attitude, l'autre une structure d'opinion.

Si la représentation sociale inclut le stéréotype, elle est un processus d'interprétation actif à travers lequel l'observateur construit sa propre perception de l'objet. Une représentation est un mode de pensée lié à l'action, elle fournit des catégories de pensée et des rapports de sens que nécessite l'action. *« C'est la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel : celui de l'image croyance qui, contrairement au concept ou à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. »* (Laplantine, p. 296)

Nous avons privilégié une analyse des représentations qui constituent une forme d'appréhension du réel. Si les représentations sociales varient selon la position et le statut social, elles sont aussi ancrées dans l'expérience, une expérience particulière dans le champ des soins. Les représentations des plus pauvres déployées par les médecins s'inscrivent dans l'expérience du soin et de rencontres avec cette catégorie de patients (ou non). Elles concernent donc essentiellement ce champ (les soins), même si elles croisent d'autres représentations sur les personnes pauvres (ATD Quart Monde, 2015). La représentation est un processus actif et nous pensons que le fait de côtoyer régulièrement des personnes pauvres contribue à faire évoluer les représentations des professionnels alors que ceux qui n'ont pas l'occasion de les rencontrer auront des représentations plus figées, plus proches des stéréotypes et des préjugés communs.²⁸

Plus le professionnel connaîtra son patient, son histoire personnelle, plus il se rapprochera de son identité personnelle, singulière. A l'inverse, s'il ne le connaît pas, ou mal, il devra faire appel à des signes apparents porteurs d'information, notamment sur sa place dans l'échelle sociale. Quand le patient est d'origine étrangère, ou simplement éloigné culturellement du médecin et de la culture médicale, les représentations de la maladie constituent un outil fondamental pour la clinique – notamment dans le cadre de la communication entre soignant et soigné, tout en restant vigilant quant au risque de culturalisme²⁹.

²⁸ Goffman a introduit la notion de cercle de normalisation faisant référence au fait que plus on se rapproche et mieux on connaît un individu moins on est sujet à des réactions stéréotypées : « faire une brèche » (Goffman, 1975).

²⁹ Les représentations comportent néanmoins des risques quant à leur usage, ce qu'on a appelé le culturalisme qui est une tendance à réduire les sujets à leurs représentations culturelles, à les réifier, les considérer comme des objets en soi, immuables, alors qu'elles sont des constructions – collectives et individuelles, fondamentalement dynamiques et changeantes (Dozon et Fassin, 2001). Le culturalisme a eu tendance à faire de la culture – en particulier des représentations qui en sont l'émanation et la traduction – l'interprétation en dernière instance des conduites humaines, oblitérant l'effet des structures de soins ».

Afin d'aborder les logiques de discrimination, deux niveaux d'analyse sont nécessaires. Les attitudes à l'égard des patients s'ancrent tout d'abord dans le cadre d'**une interaction entre deux individus**.

Cette interaction reste difficile à saisir à travers des entretiens qui ne prennent en compte qu'une seule des parties et souvent appréhendée comme un tout collectif, la patientèle, même si nous avons essayé de faire varier les caractéristiques individuelles susceptibles de modifier cette interaction. Elle n'est pas uniquement le fait de deux personnes à un moment donné mais des éléments structurels peuvent expliquer un dysfonctionnement de la relation interindividuelle. Chaque protagoniste est situé sociologiquement. Elle est structurellement déterminée par le statut et la position sociale de chacun au sein de la société, par les rôles prescrits au sein de la consultation médicale, par les représentations que chacun se fait de l'autre. Chacun d'entre eux n'occupe pas une place équivalente.

Du côté du praticien, elle s'ancre dans les représentations de la pauvreté, de la précarité, sur une connaissance variable des difficultés et des contraintes du patient en lien notamment avec ses conditions de vie.

Ces éléments seront explorés dans la première partie de ce document.

Les attitudes et pratiques renvoient **au contexte général d'exercice des professions médicale et dentaire en France** que le praticien cherche à optimiser en fonction d'un but final variable (centre d'intérêt professionnel spécifique, rentabilité, valorisation de la relation avec le patient, qualité de vie, etc.) : en choisissant ses conditions d'exercice (libéral ou pas, horaires, recevoir sur rendez-vous ou pas...), les modes de financement (dans les limites du droit), en réduisant les contraintes administratives ou en les gérant au mieux (injonctions administratives à des résultats, par exemple en termes de suivi de diabète), en sélectionnant sa clientèle (directement ou pas). Enfin, les pratiques médicales et dentaires doivent être resituées dans un contexte de relation avec les organismes de régulation et une situation politique tendue qui nécessairement apparaît lors des entretiens et leur donne une certaine tonalité, tout comme elle complique la recherche de solutions respectueuses et négociées.

Certaines catégories de patients pourraient alors mettre en péril l'équilibre de cette organisation ou, dans le cas de la discrimination indirecte, sont exclues du fait même des modes d'organisation. Enfin, les transformations récentes de la pratique médicale ou dentaire véhiculent des logiques rendant la prise en charge de ces catégories de patients plus compliquée, plus difficile, plus contraignante.

Ces différentes dimensions sont décrites dans la deuxième partie du rapport.

Le rapport de recherche présente trois parties. La première concerne l'analyse des connaissances et représentations, la seconde décrit les pratiques médicales de manière globale et leur contexte. Dans la troisième partie, nous analysons les différentes formes de différenciation et leurs logiques. Ces différenciations quand elles existent peuvent survenir au moment de la prise de rendez-vous (refus de recevoir ou dans des conditions restrictives) ou concerner les soins prodigués. Certaines relèvent d'une discrimination. Nous analyserons comment les processus de catégorisations interviennent dans la production de discriminations puis présenterons les différentes dimensions explicatives relevées dans les entretiens et leur interprétation socio-anthropologique.

Première partie : l'interaction médecin/patient et son contexte

1. Contexte général et relation médecin/patient

1.1. La relation médecin/patient en contexte pluriel

Rappelons en préalable que la pluralité est devenue une donnée de base de nos sociétés contemporaines. Pluralité sociale, culturelle, de genre (rappelons qu'autrefois les médecins étaient quasiment exclusivement des hommes). Dans le champ des soins, elle est particulièrement présente, non pas seulement parce que les soignés ont des origines diverses, viennent d'autres mondes géographiques et culturels, mais aussi les soignants. Il n'y a qu'à observer dans les hôpitaux les origines contrastées des infirmières, aides-soignantes, etc. Rappelons que « la culture n'appartient pas qu'aux soignés. » (Fortin, 2013), l'interaction soignant/soigné relève donc fréquemment d'une rencontre interculturelle. Le soignant a aussi hérité d'une culture professionnelle qui tend à lisser les contrastes liés à son appartenance culturelle et sociale en faveur d'une culture biomédicale et à l'inverse, l'éloigner des patients issus de la même culture.

De nombreux travaux ont montré les multiples formes qu'épouse la relation médecin/malade. Plutôt que d'employer ce terme générique, certains auteurs préfèrent parler d'interactions, rendant mieux compte de cette pluralité (Mino, Frattini, 2002). La sociologie médicale a proposé plusieurs modèles, le modèle consensuel de Parsons qui correspond à un idéal type³⁰. Différentes critiques ont été portées à ce modèle, notamment le fait que le malade est vu passivement et qu'il s'applique difficilement aux maladies chroniques devenues prépondérantes. Vingt ans plus tard, Freidson va proposer un modèle conflictuel, la relation médecin/patient étant envisagée comme la rencontre entre deux mondes sociaux et culturels distincts. Chacun possède sa propre vision du monde, ses représentations de la maladie et de la santé.

Strauss propose une théorie de l'ordre négocié (modèle de la négociation). Les individus dans les organisations jouent un rôle actif et conscient dans la construction continue de l'ordre social ; la négociation est un des moyens majeurs pour recomposer et maintenir l'ordre social (Bazsanger, 1986). Le malade apparaît dans ce modèle comme un acteur à part entière de la construction négociée de la maladie. Une partie de ces négociations a lieu dans l'univers médical. Pour Bazsanger, plus qu'une relation, il s'agit d'une suite d'interactions dans le temps tournées vers un but, contrôler la maladie, son évolution ou ses symptômes et leurs conséquences. Cette (ces) interaction(s) entre le médecin et son patient doi(ven)t être resituée(s) dans le cadre dans lequel elle(s) se déroule(nt). Notamment l'organisation du système de soins qui influe sur les pratiques

³⁰ Parsons avait élaboré un modèle théorique (normatif) de la relation médecin/malade, notamment des rôles respectifs du médecin et du malade. Le malade était exonéré de ses responsabilités sociales quand il était malade à condition de remplir son rôle de malade, guérir et avoir une confiance active dans le médecin.

professionnelles (Pourette et Dalsheimer, 2016), la société où elle s'inscrit, l'environnement...

Pour les anthropologues, la rencontre médecin-malade constitue une confrontation entre deux formes de savoirs : un savoir expert, celui du soignant, et un savoir profane fondé sur des savoirs populaires et une expérience propre. *Disease*, la maladie du médecin, renvoyant au dysfonctionnement de processus biologiques et/ou psychologiques, est opposée alors à *illness*, la maladie du malade, faisant référence à l'expérience psychologique et à la signification de la maladie perçue (Kleinman, 1980). Kleinman insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'entités mais d'explications (p. 80). L'anthropologie médicale a aussi montré que la médecine, loin d'être une science internationale, « est au contraire une pratique locale profondément insérée dans la culture » (Benoist, 1993, p. 169) et que d'un pays à l'autre, les pratiques varient.

Les savoirs profanes ne sont pas figés et dès lors, évoluent au fur et à mesure des rencontres. Le concept d'acculturation a servi de base conceptuelle pour penser cette confrontation, sachant que l'un des modèles s'impose à l'autre dans un contexte d'hégémonie de la biomédecine, sans effacer toutefois une influence réciproque³¹.

Dans nos sociétés contemporaines, la massification du recours au système médical, la médicalisation – dans le sens d'une diffusion du savoir médical dans la société -, une acculturation du patient au vocabulaire médical, aux normes et valeurs de la santé publique tendent à rapprocher médecin et patient. Elle apporte à cet égard les conditions d'un accord minimal et constitue un outil de pacification (Fassin, 1998, p. 10). Cependant, ce rapprochement ne doit pas être surestimé, même si les connaissances des patients ont évolué ce qui a réduit la distance entre savoir du médecin et savoir du patient. La notion de *health literacy* fait référence à la capacité des individus à obtenir, traiter, et comprendre les informations de base et les services sanitaires nécessaires pour prendre les décisions appropriées pour leur santé. Des travaux récents (OCDE, OMS) montrent que ce rapprochement ne concerne qu'une fraction de patients et que dans les groupes sociaux les plus vulnérables (statut social « bas »), il existe une forte proportion de personnes pour lesquelles elle est très limitée. Les capacités d'acquisition et/ou d'appropriation du savoir médical sont socialement différenciées.

La rencontre soignant/soigné est un rapport social où chacun a une place assignée. Il existe une asymétrie des rôles et des positions dans la relation dont la détention du savoir légitime par le médecin n'est qu'une composante. Malgré l'avènement de la « démocratie sanitaire », le rapport reste asymétrique, « marqué par ce qu'on appelle le privilège thérapeutique », qui crédite le médecin d'une capacité à décider de ce que le malade peut entendre et peut savoir, et par là-même, d'un pouvoir sur le malade. » (Fainzang, 2013, P. 91)

Elle est aussi un rapport social où chaque protagoniste est situé au sein de la hiérarchie sociale.

« Loin d'exprimer seulement un rapport interpersonnel, la relation du malade avec ceux qui le soignent traduit en effet le rapport entre des groupes sociaux et entre des systèmes de valeurs. Dans une société polyethnique, elle reflète les tensions et les

³¹ Voir sur les diverses formes d'acculturation, acculturation forcée, créolisation : Ghasarian, 2002.

contraintes de la société globale mais aussi les échanges et les contacts qui s'y déroulent. » (Benoist, 1993, p. 164)

Bien que de manière moins prononcée qu'il y a quelques décennies, les médecins continuent à appartenir de manière majoritaire à des classes sociales aisées.

« Les praticiens sont souvent issus de milieux sociaux favorisés (Hennequin et al, 2002), ils sont peu sensibilisés et formés pendant leurs études à la prise en charge des patients en difficulté. Ils connaissent peu le monde de la pauvreté et comprennent mal l'influence des déterminants sociaux sur la perception de l'état de santé. Le mode de recours aux soins tardif des plus pauvres qui consultent souvent en urgence leur pose question. La relation praticien/patient pauvre est alors d'autant plus compliquée à instaurer que les profils et les attentes de chacun sont différents (Beach et al, 2006). » p 11

S'il y a stratification de la patientèle qui, nous le verrons, va varier selon de nombreux critères (type de pratique, lieu d'exercice...), pour les médecins, la diversité prévaut même si elle est moindre. Des différences sociologiques apparaissent notamment entre médecins généralistes et spécialistes.

Si la différence entre savoir médical et culture profane est au cœur de l'interaction médecin/malade, elle se creuse encore plus quand la distance sociale et culturelle est grande.

La dimension socioculturelle affecte l'interaction médecin/patient, quand le malade présente des difficultés de maîtrise de la langue, du fait de son origine géographique mais aussi par un moindre niveau d'éducation qui peut se répercuter sur son aisance langagière (Boltanski, 1971), ou qui peut jouer sur ses capacités à s'appropriier le jargon médical. Cela peut l'amener à moins bien exprimer ce qu'il ressent ou moins bien saisir ce qu'explique le médecin, cela amène des « malentendus » entre ces deux acteurs. A l'inverse, une meilleure éducation scolaire (en biologie, par exemple) favorise l'appropriation de concepts médicaux. Ces éléments sont renforcés par l'aspect relatif à la dimension sociologique de l'échange : quand un patient de milieu populaire ne comprend pas ce que lui dit le médecin, souvent il n'osera pas poser de questions (Fainzang, 2006, Pourette et Dalsheimer, 2016). De manière réciproque, le médecin peut moins bien saisir, décoder la demande du patient, selon les formes qu'elle épouse.

Au-delà de ces éléments sociétaux, les contextes politique, administratif, institutionnel influent sur cette interaction.

12. Des changements sociétaux qui affectent l'exercice médical.

L'avènement de la démocratie sanitaire et la place du médecin

Dans le contexte contemporain, l'individu est pensé comme autonome, réalisant des choix le concernant ce qui a présidé à la construction de ce qui est appelé la démocratie sanitaire. Les soignés revendiquent une place différente dans la relation, d'être des sujets de droit et non pas seulement objets de soins, après les scandales sanitaires (affaire du sang contaminé). Dans un contexte de critique du pouvoir médical et de l'hégémonie de la biomédecine, des savoirs concurrentiels gagnent en légitimité sociétale (médecines alternatives, contestation de la vaccination par exemple). On observe « la perte d'hégémonie des discours des médecins comme discours légitimes » (Sicot, Mercadier, Druhle, 2014, p.17) au sein de la société, ce qui ne remet pas en cause ce que nous avons dit sur la dissymétrie de l'interaction, notamment du fait du *privilege*

thérapeutique. Ce privilège donne non seulement accès à certains médicaments mais aussi à leur remboursement.

Ces évolutions sociétales ont des effets sur l'interaction soignant/soigné. Ce dernier a facilement accès à des informations médicales et revendique parfois un savoir équivalent, parfois légitimement, souvent non. La place du soignant lui semble remise en cause dans un contexte où « la dimension coercitive, prescriptive des rôles sociaux en général, s'estompe au profit des rôles négociés. » (Sicot, Mercadier, Druhle, 2014, p.17).

La fin du colloque singulier ?

De plus en plus, les pratiques médicales sont soumises à des exigences de contrôle, à la fois pour réduire les dépenses de l'assurance maladie et à des fins de qualité des soins. Les effets sur l'exercice médical ne sont pas neutres. La consultation, bien que définie comme « colloque singulier », est en fait une rencontre où d'autres acteurs sont bien présents symboliquement. On pense bien-sûr à l'Etat, à l'Assurance maladie mais aussi du fait des formes d'exercice en groupe, des réseaux de santé...

Cette irruption relativement récente est d'autant plus mal vécue qu'elle s'inscrit dans une longue histoire de méfiance des médecins à l'égard de l'Etat. « L'identité du corps médical s'est construite depuis le XIXe siècle sur son antagonisme avec l'Etat et la crainte de voir son indépendance professionnelle rognée par le développement de la santé publique puis par l'institution de l'assurance maladie. » (Tabuteau, 2010a, p. 103)

La constitution d'un corps de praticiens et d'un service public hospitaliers a amené un changement de perspective en plaçant les professionnels de santé de l'hôpital public au cœur de l'Etat et de la politique de santé (Tabuteau, 2010a).

« Une part essentielle de l'activité médicale se développe dans des structures publiques, est régie par une organisation administrative et procède fondamentalement d'une démarche d'équipe. » (p. 116)³²

Comme le précise Tabuteau, le corps médical reste marqué par un antagonisme avec l'Etat et l'assurance maladie, pour leur part « les autorités publiques ne paraissent pas plus être parvenues à surmonter le climat de défiance [...] ». (op. cit. p. 108) Cette défiance réciproque rend difficile les transformations nécessaires du système de santé et de la pratique médicale.

Les grèves de 2015 sont l'expression manifeste des inquiétudes des praticiens libéraux quant à l'avenir de la profession, la généralisation du tiers payant n'étant probablement que le cristallisateur. L'argent, au-delà des questions de remboursement et de charges administratives invoquées, débat qu'il n'est pas question d'approfondir ici, constituerait le lien d'ordre symbolique et/ou d'une réelle dépendance entre organismes de protection sociale et praticiens. Le circuit financier, en changeant, va être structurant et changer fondamentalement les choses, comme l'explique Brigitte Dormont. C'est bien ce que craignent nombre de médecins. Ces inquiétudes paraissent d'autant plus fondées que les propos de Brigitte Dormont, inspiratrice de certaines dispositions de la loi de santé, sont relativement transparents quant aux buts du tiers payant généralisé :

³² Tabuteau précise bien que cela ne se fait pas sans tension entre professionnels et pouvoirs publics. Par ailleurs, le service public hospitalier a été remplacé par des missions de service public qui peuvent être attribuées tant aux hôpitaux qu'à des établissements privés non lucratifs ou à des cliniques, avant d'être confiées à nouveau au service public.

« ...pourquoi les médecins libéraux sont-ils très opposés à ça ? Et c'est vrai que c'est d'une certaine manière, la mort annoncée de la médecine libérale mais qui est une bonne chose parce que la médecine libérale, du moins dans son cahier des charges extrémiste 1928 qui était la charte de départ, elle est complètement incompatible avec un système d'assurance maladie comme le nôtre. Un système d'assurance maladie comme le nôtre se donne pour ambition de donner un accès aux soins à tous dans des tarifs raisonnables. Donc, ça implique forcément un cahier des charges et les médecins sont payés par cette assurance maladie qui est financée par des prélèvements obligatoires. Donc les médecins ont en charge, sont les acteurs d'un service public et ils ont des obligations. Ils sont payés par les impôts, ils ont des obligations. Alors les obligations, c'est d'avoir une localisation qui fait que tous ont accès à un médecin sur le territoire et puis de faire des soins à un tarif opposable. (...)

L'assureur paye directement le médecin. Et ça, ça change tout. Et ça rend les médecins effectivement dépendant de financeurs. Maintenant, je crois que le nœud de l'opposition est celui-là. Si l'assurance maladie veut faire pression sur les médecins, (...) elle a les moyens de faire pression sur les médecins. Les médecins recevront leurs rémunérations de la sécurité sociale ou de l'organisme qui sera en charge du paiement. Donc, c'est là que le tiers payant change tout. Parce qu'effectivement les médecins vont dépendre pour leur niveau de vie, pour leur rémunération du financeur » (France culture, L'économie en questions, 19 avril 2015)

13. Environnement institutionnel

Les contextes d'exercice influent sur les pratiques, notamment le contexte structurel et organisationnel de prise en charge et l'environnement de soins, qui eux-mêmes varient selon les maladies.

Pourette et Dalsheimer (2016) montrent que les pratiques de prise en charge de deux maladies chroniques (hépatite chronique et VIH/sida) peuvent varier considérablement d'un service à l'autre. Ainsi, dans les services de maladies infectieuses où sont pris en charge les malades atteints de VIH/Sida, une approche globale est privilégiée, intégrant les dimensions psychosociales alors que dans les services d'hépatologie, pour les malades souffrant d'une hépatite B, la prise en charge est uniquement médicale. Ces contextes de prise en charge affectent les pratiques professionnelles et la relation avec les soignés.

Les soignants prennent en compte également dans le contexte spécifique d'une maladie donnée, notamment chronique, les possibilités de traitement et de l'accès au traitement, les conditions dans lesquelles celui-ci peut être délivré (chimiothérapie du cancer, traitement de l'hépatite C...).

L'orientation d'un patient, la réalisation de certains tests diagnostiques approfondis, seront plus difficiles dans un milieu rural à faible démographie médicale. Le praticien devra s'ajuster à ce contexte, il sera souvent plus autonome, pourra prescrire moins d'examens complémentaires. Nous avons rencontré un médecin rural (Rhône-Alpes) nouvellement installé, qui s'est formé auprès du Samu de manière à répondre de manière satisfaisante aux urgences. Dans un contexte pluridisciplinaire comme peut l'être une maison de santé, les problèmes psychologiques ou sociaux peuvent être délégués plus facilement quand psychologue ou assistantes sociales sont disponibles et accessibles (sur place ou à proximité dans le cadre d'un réseau).

14. Un exercice moins individualisé ?

Le modèle du médecin rural et d'un exercice solitaire a fait long feu. La pénurie de médecins dans certains territoires et/ou dans certaines spécialités a contribué à transformer l'exercice et au développement de formes partagées d'exercice de la médecine ambulatoire, pôles de santé, réseaux de santé, maisons médicales, coopérations interprofessionnelles. Cet exercice plus collectif de la médecine est particulièrement consacré par la loi HPST.

Dans le même temps, le droit à la sécurité sociale individualise la relation entre professionnels de santé et caisses d'assurance maladie (Tabuteau, 2010a).

15. La féminisation de la profession médicale

Sans développer cet aspect qui mériterait un travail de recherche en soi, il est important de souligner la féminisation de la profession médicale et de s'interroger sur ses conséquences. Deux paradigmes dominent. Le premier voit les femmes comme des médecins comme les autres. Dans le second, les modes d'exercice des femmes sont pensés comme ayant des spécificités, autour de « leurs charges domestiques et éducatives » ce qui est censé remettre en question leur disponibilité permanente. Cependant, les stratégies de maîtrise « des débordements temporels » de l'exercice de la profession médicale aux dépens des autres domaines de l'existence ne sont pas le seul apanage des femmes (Lapeyre, Lefeuvre, 2005).

La féminisation de la profession connaît une progression constante depuis le milieu du XXe siècle, dans le cadre d'une expansion globale du nombre de praticiens, et non une substitution des hommes par des femmes. Elles sont surreprésentées dans les spécialités médicales, notamment relationnelles (gynécologie médicale, dermatologie, pédiatrie) et sous-représentées quand la technologie prend une place plus importante (cardiologie, par exemple). De même, elles sont surreprésentées dans l'exercice salarié, bien que moins nombreuses dans les postes de l'élite hospitalo-universitaire.

Leur durée moyenne de travail est moindre que celle de leurs confrères masculins. Près d'un quart d'entre elles travaillent à temps partiel. Notons que lorsqu'elles exercent à temps partiel, leur durée moyenne de travail est proche de la durée légale à temps plein dans d'autres secteurs. Elles semblent effectuer en moyenne moins d'actes que les hommes, notamment parce qu'elles consacrent plus de temps à chaque patient (op. cit.).

Globalement, l'évolution se fait vers une réduction progressive des écarts entre hommes et femmes en termes de temps de travail qui ne signifie pas un alignement des femmes sur le modèle masculin. Trop souvent, les questions de recherche reproduisent « un biais androcentrique », c'est-à-dire que « la question de la conciliation de l'exercice professionnel et de la vie familiale est pensée uniquement au féminin. (Junter-Loiseau, 1999) ». Or, est observée une tendance chez les hommes à faire comme leurs compagnes et préserver leur vie privée. Ce que nous avons pu observer dans les entretiens avec les jeunes générations de médecins généralistes.

16. Un contexte politique

Les pratiques cliniques, thérapeutiques et d'accueil sont inévitablement influencées par le contexte politique national dans lequel elles s'inscrivent. Les discours politiques relayés largement par les médias sur la dette structurelle dont souffre le pays, le rappel constant de la nécessité de combler le déficit de la sécurité sociale, ont nécessairement un impact sur les positionnements des praticiens, voire sur leurs pratiques.

Les discours politiques portent aussi sur l'immigration indépendamment des questions de santé mais vont contribuer à provoquer « la suspicion vis-à-vis d'immigrés réputés fraudeurs ou profiteurs du système d'assurance sociale ». Les catégories instituées pour penser les résidents d'origine étrangère et leur place dans la Cité sont reconduites dans la manière de penser la protection sociale des étrangers, clivée entre résidents « réguliers » et « sans-papiers ». Les distinctions opérées dans la législation dans la modalité d'accès aux soins selon le critère de *résidence stable et régulière*, introduit une rupture au principe formel de l'accès aux soins pour tous, « des limites dans l'allocation des ressources » qui selon Fassin (Fassin et al., 2001, p. 58) pourraient fournir un cadre de référence à des pratiques de différenciation. Plus récemment, Izambert souligne cette mise en forme par le politique :

« La mise en scène de la pénurie permet d'imposer aux soignants des formes de tri pourtant contraires aux valeurs dont ceux-ci se revendiquent. Le procédé repose sur une double naturalisation. D'une part l'exclusion de la protection sociale que subissent certaines catégories d'immigrants est présentée comme une donnée intangible et non comme le résultat d'une décision politique. D'autre part, alors que le prix des innovations thérapeutiques et notamment médicamenteux explose (...), ce coût est également perçu comme un fait qui ne peut être remis en cause. » (Izambert, 2016)

« Toute relation de soin s'inscrit dans un contexte politique qui en structure en partie le sens et le déroulement mais, s'agissant d'une population dont la légitimité de la présence en France ne cesse d'être discutée, son poids devient crucial. » (François Sicot et Slimane Touhami, 2015)

Cette rupture fournit les bases symboliques pour remettre en question la légitimité de certains étrangers par rapport à d'autres.

« Et c'est dans cette tension, entre l'*obligation* que l'on impose à l'égard des personnes en raison de leur souffrance et le *droit* que l'on conteste à des personnes en raison de leur origine, que les discriminations peuvent devenir banales dans l'accès aux soins et leur délivrance. » (op. cit., p. 59)

Caroline Izambert souligne un changement de paradigme moral depuis deux décennies, qui permet de théoriser le tri sur critères administratifs dans les hôpitaux publics. « L'éthique n'est plus l'apanage de ceux qui veulent soigner tout le monde, mais aussi de ceux qui sont soucieux d'une « juste répartition » des ressources et se préoccupent de la solvabilité des soins. Dans cette nouvelle conception, le bon médecin n'est plus celui qui soigne chaque patient quelle que soit sa condition mais celui qui s'assure que les soins qu'il prodigue à son patient ne mettent pas en péril les finances de l'ensemble du système. »

Elle évoque « une mise en scène » de la pénurie qui ne remet pas en cause le choix politique d'exclure de la protection sociale certains immigrants, et les enjeux économiques derrière le coût élevé de certains médicaments considéré aussi comme incontournable, ou encore la hiérarchisation des tarifications.

2. La construction de catégories de patients

La catégorisation de groupes d'individus fonctionne généralement dans le monde social en permettant une économie de moyens. La catégorisation *des patients* en constitue la version plus médicale. Elle fournit des informations susceptibles d'orienter vers un diagnostic plus fréquent dans une zone géographique (paludisme), selon l'origine génétique (maladies génétiques telles que la thalassémie), en fonction des conditions de vie qui conduit à une sur-représentation de certaines pathologies (obésité ou malnutrition en contexte de pauvreté), conditions de travail entraînant des maladies professionnelles... Certaines habitudes culturelles peuvent favoriser certaines pathologies, classiquement lorsqu'elles majorent certains risques. La catégorisation est aussi utilisée pour anticiper leurs besoins ainsi que leur comportement futur vis-à-vis de la prise de médicaments, du suivi de rendez-vous, des recommandations avec des objectifs cliniques (Balsa et McGuire, 2001, 2003).

L'étiquetage constitue la première étape d'un processus conduisant à la stigmatisation, La catégorisation favorise l'étiquetage.

21. Les travaux sur la catégorisation des patients

La catégorisation des patients a fait l'objet de publications nombreuses. Par contre, peu d'entre eux portent sur ses conséquences pratiques (Vassy, 2001). Nous rappelons ici les catégories le plus souvent rapportées dans la littérature.

211. Les étrangers

Rappelons en préalable qu'en France, l'organisation de la protection sociale de la maladie et donc les soins dispensés délimite deux types d'étrangers, selon leur statut administratif. Les travaux de Fassin (voir aussi Sicot F. et Touhami Slimane, 2015) montre que cette distinction est la reconduction des politiques d'immigration dans le champ de la protection sociale contre la maladie. La séparation ne se situe pas entre Français et Etrangers mais entre résidents (ce que renforce la PUMA) et personnes au statut flou ou en instance d'une définition. Ces catégories juridico-administratives communiquent, une même personne pouvant passer d'un statut à l'autre ce qui n'empêche pas qu'à ses statuts soient associés des légitimités distinctes à se faire soigner.

Catégories administratives questionnées par les agents

Le statut *d'étranger illégitime* - parce que « sans-papiers » - se référant à la nationalité fait l'objet de réinterprétations par des agents (fonctionnaires, soignants), dans des contextes spécifiques. Ainsi Estelle Carde observe une reconfiguration des légitimités de la présence sur le territoire guyanais par les professionnels métropolitains qui fréquemment considèrent les procédures administratives comme inadaptées à la population des Noirs Marrons. Ils ont vécu de part et d'autre des berges du Fleuve Maroni, frontière entre Guyane et Surinam, depuis des siècles, vivant selon le droit coutumier et n'ont pas nécessairement régularisé leur situation administrative. Cette catégorisation procède de la perception de leur propre situation par les agents. Métropolitains, ils se considèrent souvent comme moins légitimes que ces groupes de

population qui ont toujours vécu sur le territoire guyanais, que ce soit d'un côté ou de l'autre de la frontière. Elle observe également une graduation dans la perception de l'autochtonie selon que les personnes soient des « Noirs Marrons », des « Créoles » ou des « Amérindiens » ce qui conduit à des attitudes différenciées, ces derniers sont crédités de plus d'autochtonie que les Noirs marrons, alors que parfois ils ont traversé le fleuve (qui marque la frontière) plus récemment. (Carde E., 2010)

Ethnicisation³³

Les patients ont tendance à être désignés et réduits à leur différence. Concernant les migrants, ils sont avant tout envisagés dans leur différence (Kotobi, 2000) et les spécificités mises en avant reposent sur des comportements qui posent problèmes aux soignants, tels que les retards aux rendez-vous. Les éléments mis en avant par les soignants relèvent plus souvent de la culture que d'aspects tels que la condition de migrant, les statuts administratifs de l'individu, des pratiques et des modes d'organisation différentes dans leur pays d'origine, etc. Ils contribuent à une construction sociale enfermant le patient dans une image « d'altérité culturelle. »

Les religions et cultures minoritaires sont perçues positivement par les praticiens lorsqu'elles facilitent ou n'entravent pas l'intervention médicale. Dans le cas contraire, elles sont mises en avant, explicatives d'une « non compliance thérapeutique. » (Fortin, 2013)

« L'Autre est pensé en fonction du Même qui, dans l'espace hospitalier, correspond à une certaine idée de la science ou même de la raison. Lorsque les parents³⁴ tendent à trop diverger par rapport à ce qui est acceptable comme attitude à adopter dans l'espace thérapeutique, ils sont identifiés comme à *problème*. C'est dans de telles circonstances que la culture, l'ethnicité, la religion (a priori les confessions minoritaires dans le contexte canadien), et la classe sociale sont invoquées pour expliquer les croyances ou comportements marginaux. » (Fortin, 2013)

Priscille Sauvegrain, sage-femme et sociologue, a travaillé sur les processus de catégorisation par les soignants de périnatalité (2013). Elle part du constat que les taux de césarienne sont plus élevés chez des femmes considérées comme "africaines" que chez les autres femmes (35 % vs 19%)³⁵. Les femmes « africaines » sont vues par les soignants comme des femmes « idéales » pour lesquelles « la grossesse n'est pas une maladie », « qui accouchent bien » et qui s'occupent naturellement bien de leur bébé. (op. cit., p. 120) Ces différences perçues par les soignants s'appuient sur des origines géographiques réelles ou supposées, des attributions ethniques ou raciales qui permettent de construire cette catégorie. Dans les discours des soignants, deux formes

³³ Le concept d'ethnicité fait encore débat (Crenn, Kotobi, 2012). Pour les anthropologues français, elle est problématique car contrairement à son équivalent anglais *ethnicity*, elle porte un fardeau colonial. Elle sera utilisée en gardant en mémoire sa dimension constructiviste.

« Une forme d'organisation sociale, basée sur une attribution catégorielle qui classe les personnes en fonction de leur origine supposée et qui se trouve validée dans l'interaction sociale par la mise en œuvre de signes culturels socialement différenciateurs. » (Poutignat et Streiff-Fenart, 1988, cité par Crenn, Kotobi, p. 27)

³⁴ S. Fortin a particulièrement étudié des services de pédiatrie.

³⁵ Selon l'OMS ils ne devraient pas excéder 15 %.

de différenciation sont formulées : une ethnicisation, la différence relève de la culture et une racisation, la différence est biologisée et supposée indépassable. Ce deuxième processus vient argumenter largement le taux élevé de césarienne, le bassin de ces femmes étant censé avoir une forme et une taille différente. Cette différence est considérée comme génétique par les soignants alors que d'autres hypothèses ont été évoquées (maternité précoce, malnutrition). Par ailleurs, une très mauvaise acceptation de la césarienne par nombre de ces femmes crée des conflits entre futurs parents et équipe soignante. « Ces deux processus d'altérisation se combinent pour rendre à la fois invisible les taux de césarienne élevés et inaudible l'insatisfaction des femmes ainsi que la perception de discrimination qui en découle. » (p. 129)

Les femmes d'origine africaine nées en France sont catégorisées de la même manière que les femmes émigrées alors qu'une étude quantitative constate qu'elles ne présentent pas d'état de santé ni de mode d'accouchement différent des autres Françaises. P. Sauvegrain observe aussi l'idée répandue chez les soignants que ces femmes sont opposées aux césariennes pour des raisons culturelles, de même qu'au dépistage anténatal. Les représentations ethnicisantes de ces patientes, immigrées ou non, sont fondées sur des préjugés et des stéréotypes. Les refus de certains soins ne sont pas questionnés, « puisqu'ils cadrent parfaitement avec la représentation qu'ils se font avant même de proposer le soin. » (p.130)

Anne Véga (1997) s'est interrogée sur la perception que les soignants ont des étrangers à l'hôpital, dans le cadre d'un travail ethnographique de longue durée. Elle a particulièrement analysé les stéréotypes appliqués aux patients d'origine étrangère en milieu hospitalier. Ceux-ci sont particulièrement cristallisés autour de la notion de « syndrome méditerranéen ». L'étiquetage négatif du soigné comme « psy », ou comme « syndrome méditerranéen » s'il est d'origine étrangère (et originaire du bassin méditerranéen), est souvent l'ultime moyen pour reconstruire l'identité du malade dérangeant » qui remet en cause l'ordre hospitalier et les systèmes de pouvoir (Le Grand Sébille, 2006, p. 24).

Ces stéréotypes sont relatifs à leur rapport aux soins et aux soignants. Le syndrome méditerranéen, explique-t-elle, est un « fourre-tout » regroupant des pratiques culturelles (excision, interdit de la viande de porc, circoncision...), des réactions somatiques et malaises (plaintes multiples, volubilité anxieuse, crise de nerfs, etc.) et qui se focalise sur l'opposition des patients au système médical : « désobéissance », non compliance au traitement, aux régimes, exigence, mais aussi « douilletterie », faiblesse. Ces malades sont considérés comme de mauvais malades.

« Leurs écarts répétés par rapport aux comportements normaux et attendus dans la culture hospitalière (suivi des prescriptions médicales, des horaires de toilette, des régimes alimentaires et des hiérarchies) sont souvent ressentis comme une menace ou comme une volonté consciente de remettre en cause la légitimité des savoirs et des façons de travailler des professionnels. » (Le Grand-Sébille C., p. 24)

Ces attitudes des malades sont rapportées par certains soignants aux difficultés d'adaptation au système de soins hospitalier et plus globalement à la condition de migrants. « La maladie, en anéantissant les dimensions de son « corps machine », brise aussi son statut et sa raison d'être dans le pays d'accueil. Le corps devient alors le support du langage, le trait d'union entre le système biomédical (où la dimension biologique l'emporte) et le système culturel du patient. » Mais pour A. Véga, il est plutôt

le reflet des perceptions négatives de la différence par les professionnels, par opposition à leurs modèles culturellement orientés du « bon malade ».

« Le syndrome méditerranéen, souvent prêté dans les hôpitaux aux patients d'origine étrangère, est également l'une des catégories globalisantes au moyen de laquelle les professionnels mettent en avant des traits culturels de certains « immigrés », dans leurs aspects les plus surprenants, et lorsqu'ils posent problème aux équipes soignantes. Ces classifications sont une manière de repérer les autres, en les enfermant encore dans une identité immuable, dans une culture uniforme qui les déterminerait totalement. » (Véga, 2001)

Elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'une construction sociale française, issue du regard des soignants sur les soignés et sur la différence. Dans un autre contexte culturel (italien, espagnol), ces différences s'effacent et le « syndrome » n'existe pas. Ces pratiques d'étiquetage peuvent avoir des conséquences négatives sur leur prise en charge.

212. Les bons et les mauvais malades

L'interprétation des attitudes de certains malades peut amener à les catégoriser comme de « mauvais malades » si leurs attitudes sont contraires à des attentes normatives, considérées comme celles du « bon malade ».

Aux USA, Strauss et al. avait déjà souligné dans un contexte de fin de vie que les soignants classaient les malades comme plus ou moins méritants ce qui influait sur leurs manières de les prendre en charge (1992). Soit en lien avec la raison qui les avait menés à être proche de la mort (suicide, alcoolisme) ou selon le comportement qu'ils adoptaient face à l'issue fatale et à leurs attentes normatives.

Anne Véga s'est interrogée plus globalement sur les enjeux des discours stéréotypés sur les malades (Véga, 1997) à l'hôpital. Elle repère d'autres « mauvais » malades en dehors des étrangers ; le patient qui risque de perturber l'organisation du travail est vite considéré comme quelqu'un qui « exagère », voire qui « est perturbé ». Elle montre que le discours sur/ autour des malades (et de la proximité réelle ou supposée avec le malade) est le support d'une « négociation du pouvoir entre blouses blanches ». Les représentations emblématiques de l'infirmière, entre la super-technicienne et celle de l'infirmière relationnelle, peu conciliables pour des raisons structurelles, la mettent dans un positionnement incertain, de même que l'est sa place de pivot entre médecin, malade et sa famille, autres soignants. Ainsi, pour les infirmières hospitalières, les *mauvais malades* sont ceux qui demandent une prise en charge « trop importante » qui ne leur permettent pas d'investir leur rôle « idéalisé » de technicienne ou de professionnelle de la relation.

Ainsi, plus les soins requis se rapprochent des soins de nursing, peu techniques et donc peu valorisés dans leur profession, plus la frontière avec les aides-soignantes devient incertaine. Il peut s'agir par exemple de malades chroniques ou incurables (les renvoyant à une situation d'impuissance, d'inutilité) ou demandant des soins de nursing, demandant des prises en charge sociales que l'on retrouve plus souvent dans des services de neurologie, gériatrie, psychiatrie, voire oncologie ce qui les rapproche dangereusement de la catégorie professionnelle des aides-soignantes. Dans les discours d'étiquetage, les infirmières reprochent aux mauvais malades de ne pas « bien assumer leur maladie ». Les infirmières reconstruisent les nosologies médicales qui permettent une mise à distance. « Selon la pénibilité du travail, la pathologie du malade peut être

mise à distance, supplantée par des notions de tempéraments innés, individuels, totalement déconnectés des savoirs médicaux officiels : le malade est une personnalité ayant plus ou moins la volonté de guérir. La maladie qui l'afflige n'est plus un état, mais partie intégrante de son être, rapportée à son caractère individuel ou culturel. » (Véga, 1997, p. 117)

Le désinvestissement auprès des mauvais malades les protège aussi du risque « d'être atteintes moralement et physiquement par les pathologies qu'elles soignent. »

Ces pratiques peuvent générer des attitudes de retrait en ne répondant pas systématiquement aux appels, en prenant peu en compte leur confort physique, leurs souffrances morales. A l'opposé, les infirmières se font les intermédiaires des *bons* malades auprès des médecins, mettant en avant leurs compétences relationnelles auprès d'eux. « Le malade devient alors, malgré lui, l'enjeu et le principal médiateur dans la construction de la légitimité des soignants. » (1997, p125)

L'analyse par Dodier et Camus d'un service hospitalier d'urgences complète ces résultats, d'un point de vue relevant de la sociologie du travail. L'analyse du processus de sélection à l'entrée des urgences montre une mobilisation différenciée selon les patients. (Dodier et Camus, 1997a) Malgré un principe théorique de non sélection, un certain pourcentage de patients sont réorientés vers d'autres lieux. Pour ceux qui restent, s'opère une hiérarchisation des priorités sur différents critères : la place de la demande par rapport à une urgence vraie, l'intérêt intellectuel de la pathologie, la demande sociale. A cet égard, les attitudes sont très différenciées, rendant compte de différentes conceptions de l'hospitalité et donnant lieu à démobilisation et recul pour les uns, mobilisation pour les autres. Bien que non développées, sont aussi évoquées, la valeur mobilisatrice « du cas », la légitimité d'un transfert de responsabilité (collègue, autre service), la question du contact corporel (odeur, propreté...). Certains patients sont tolérés, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de valeur mobilisatrice et sont sans cesse relégués en bas de la liste d'attente, voyant défiler d'autres, arrivés après eux et reçus avant.

« Les patients tolérés sont donc particulièrement exposés à ce qui, de leur point de vue, sera vécu comme un arbitraire, ou tout du moins une opacité importante des réactions à leur égard. Cette expérience de l'imprévisibilité et de l'opacité des modalités de prise en charge s'oppose à la notion de droits à laquelle les patients se réfèrent dès lors qu'eux-mêmes intègrent la notion de l'hôpital comme service public ouvert aux demandes de soins. » (Dodier, Camus, 1997a, p. 116)

Ils se trouvent dans une sorte d'impasse en attendant un lieu ajusté à leur souffrance. Notons que cette étude est ancienne et l'ouverture de services de gérontologie pour les personnes âgées dépendantes, ou les PASS pour les personnes démunies a en partie résorbé ces non lieux. Mais Nicolas Bélorgey a observé des faits comparables beaucoup plus récemment qu'il rapproche des effets du « nouveau management public » à l'hôpital : « ce sont les catégories les plus défavorisées de la population qui sont le plus exposées au durcissement de l'accès aux soins causé par les réformes managériales » (Belorgey, 2010). Il rapproche ces effets de ce qui est observé dans d'autres administrations comme en témoignerait « la production du consentement » au niveau des Caisses d'Allocations Familiales (Dubois, 2008).

Un certain nombre de personnes qui ont reçu les premiers soins aux urgences doivent être transférées. Les services hospitaliers sont d'autant plus réticents à accepter un malade que la charge des soins est importante (Dodier, Camus, 1997b). Les chercheurs

donnent une liste des qualificatifs associés au malade pour négocier son admission dans un service. La dénomination « il (ou elle) est bien » est celle qui revient le plus souvent, rendant compte de sous-entendus, notamment sur l'autonomie d'un patient, son caractère (mignon, charmant)... D'autres critères entrent en ligne de compte pour placer les malades des urgences dans les services : sa valeur budgétaire et la potentialité d'inédit (un beau cas).

« L'admission ne s'effectue plus sur la base des règles explicites que confère le statut d'assuré social, mais sur des bases orales, sans traces. Cette sélection sans publicité des personnes admises à l'hôpital est une modalité indirecte par laquelle se forment les équilibres imposés par l'Etat social. Elle relativise la portée réelle d'une approche publiquement posée en termes de droits. » (p. 751)

Si la situation sociale des personnes n'est que rarement mentionnée, elle intervient nécessairement : poids budgétaire pour les personnes sans sécurité sociale, réputation d'un manque de discipline des toxicomanes, anticipation d'un temps de séjour longs pour les personnes sans ressources pour se réinsérer à la sortie. Des logiques implicites de tri s'installent alors, dès l'amont des urgences (Morel, 2016).

Ces différents travaux montrent la variété des enjeux de classification et de hiérarchisation des patients ainsi que leurs effets. Ils sont particulièrement développés dans le cadre de l'hôpital, institution totale se prêtant plus facilement à l'observation que le colloque singulier propre à la médecine libérale. Rappelons que les médecins se forment à l'hôpital et intègrent une partie de ces catégories, qui peuvent être remises en question au fil de leurs expériences concrètes.

L'épidémiologie contribue également à la construction de mauvais patients. En cherchant à caractériser « des groupes à risque » sur lesquels elle focalisera ses interventions (notamment dans un souci de ne pas gaspiller ses ressources), elle a favorisé un étiquetage social qui peut à son tour engendrer stigmatisation et discrimination. Bien qu'incontournable, cette approche a donc un coût social (Massé, 2003). Dans le cadre « d'une morale sanitaire » et économique (réduction des coûts de la santé), les individus *déviant*s qui se refusent à adopter de saines habitudes de vie se voient attribuer une image négative. « Globalement, il existe un risque que les groupes ciblés pour des interventions de santé publique, sur la base de caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, classe sociale, origine ethnique), géographiques (territoires de résidence), sexuelles (orientation sexuelle, grossesses à l'adolescence) ou sur la base de comportements à risque (toxicomanie, tabagisme, sexualité à risque, refus du port du casque à vélo, etc.) ou d'habitudes de vie malsaines (sédentarité, consommation d'aliments riches en cholestérol, etc.) soient perçus négativement par le reste de la population. » (p. 244)

Par exemple, les conduites à risque et leur moralisation contribuent à faire de la catégorie des « jeunes » une classe « dangereuse » de par ses prises de risque, en s'appuyant sur une vision stéréotypée et péjorative de ceux-ci. Certaines campagnes de prévention qui cherchent à susciter le dégoût à l'égard des conduites à risques, renforcent la stigmatisation de cette classe d'âge (Peretti-Watel, 2010).

Divers travaux d'épidémiologie qui utilisent communément les critères socio-économiques, les CSP³⁶, le niveau d'éducation contribuent à pointer les personnes les plus défavorisées comme de « mauvais sujets » : ils sont plus malades, consultent tardivement ce qui rend la prise en charge plus complexe, sont moins observants, adoptent plus de comportements à risque (alimentation, sédentarité, conduites addictives), etc.

« La scolarité, et plus généralement le niveau d'études, puis la profession et les revenus, vont influencer sur les comportements de santé (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), l'exposition à certains risques (dont les risques professionnels), et les relations avec le système de santé (prévention, recours aux soins). Les relations des individus entre eux (relations sociales), les conditions de logement, l'environnement culturel, sont aussi des déterminants sociaux de la santé. Ainsi, des comportements individuels d'exposition à certains risques et les pathologies qui en découlent s'inscrivent dans un parcours de vie socialement déterminé. » (Recommandations du Collège de la médecine générale)

Dans *certain*s discours de santé publique, ils sont non seulement en mauvaise santé mais aussi souvent jugés responsables de leur état, de leur pauvreté et de leur santé, sans prendre en compte les conditions socio-économiques, les hiérarchies sociales qu'ils subissent. Cette idéologie de *victim blaming* (Crawford R., 1977) a été dénoncée depuis plusieurs décennies mais perdure.

Ces notions épidémiologiques, la répartition des risques en fonction de groupes de populations, sont en partie intégrées par les médecins dans le cadre de leur formation. Ils échappent encore moins que les autres à l'application d'un étiquetage autour du risque, ce dont pâtissent les catégories les plus précaires réputées pour adopter des conduites inappropriées, « des habitudes de vie malsaines » dont elles sont jugées responsables.

Des travaux nord-américains pointent de nouvelles formes de discrimination aboutissant au rejet de patients par certains médecins, du fait de leur orientation sexuelle, leur refus de la vaccination et plus récemment encore du fait de leur poids³⁷.

Dans le même temps, de nombreux travaux sociologiques ont insisté sur la construction sociale à l'œuvre dans la définition de ces groupes à risque. En effet, ils découlent d'une corrélation entre un facteur, une variable individuelle et un problème de santé. Mais le groupe ne constitue en rien une communauté, comme entité organique, homogène, aux marges définies et qui se définirait par des caractéristiques communes, qui en constituerait « l'essence ». Dans certains cas, cette construction peut toutefois construire

³⁶ Les CSP, catégories socio-professionnelles est un des indicateurs les plus utilisés. Il s'agit une « construction synthétisante et typifiée » (Chenu, 2000, p. 94) qui « capte des structures sociales fortes » (p. 99), une hiérarchisation sociale.

³⁷ La loi aux Etats-Unis interdit la discrimination selon la race, la couleur ou la nationalité (1964), et plus récemment du fait de l'existence d'un handicap (1990), dans les programmes financés sur fonds publics, mais ces nouveaux critères ne sont pas sanctionnés. « the rejection of patients because they smoke, play contact sports, or engage in other risky behavior is legally in the realm of physician discretion, as is discrimination based on other characteristics not protected by law. Some bases for discrimination fall within a grey zone, however, and discrimination based on obesity raises some particularly challenging issues. » (Lynch, 2013)

une communauté de destin et engendre des formes d'organisation collective, comme cela a été le cas pour les homosexuels dans le cadre de l'épidémie de sida.

213. L'âge et la vieillesse : une catégorie biologique ?

La vieillesse constitue une catégorie à la fois biologique et socialement construite³⁸, la frontière de la vieillesse étant amenée à évoluer en fonction des sociétés et des époques. La longévité tend à repousser les frontières de la vieillesse, ou à définir au sein de la catégorie des plus vieux, le troisième âge et le quatrième âge. Cette catégorisation de la vieillesse est associée à une stigmatisation des plus vieux. Dans le champ des soins, il peut y avoir discrimination dans l'accès à certains protocoles thérapeutiques innovants, dons d'organes, mais aussi parce qu'il y a anticipation d'une moindre valeur mobilisatrice du malade : charge de soins plus lourde (perte d'autonomie, notamment), complexité des problèmes cliniques au carrefour de plusieurs spécialités, risque d'hospitalisation longue à l'encontre des politiques budgétaires appliquées à l'hôpital... mais aussi moindre valeur sociale des plus âgés dans nos sociétés occidentales.

214. Les maladies stigmatisées

Certaines maladies, notamment le sida, la maladie mentale, font l'objet d'une stigmatisation³⁹. Nous avons vu que cela peut être le cas de l'obésité. Les maladies stigmatisées varient dans le temps. Le cancer donnait lieu à un ostracisme des malades comme la lèpre en son temps. Selon S. Sontag, les mythes rattachés aux maladies ont tout au long de l'histoire rendu le malade responsable de ce dont il souffre, comme elle le montre plus particulièrement pour la tuberculose ou le cancer (Sontag, 1977). Si ce n'est par leurs conduites, la psychologisation qu'affectionne l'époque moderne, tend à perpétuer le rejet de la faute sur le malade, à attribuer à celui-ci « la responsabilité ultime de sa maladie. »

Les représentations ont évolué et les malades subissent moins de stigmatisation qu'auparavant, elle reste forte pour les malades du sida ou les malades d'Alzheimer (Ngatcha-Ribert, 2012). La maladie revêt un sens symbolique, le discours sur la maladie a la valeur d'un langage qui exprime parfois les tensions entre groupes (Fainzang, 1988).

Notons que la hiérarchie des maladies se répercute dans la hiérarchie professionnelle. Comme il a été évoqué plus haut, certaines maladies supposent plus de prise en charge, une prise en charge moins technique, parfois plus sociale donc moins valorisée. Les organes n'ont pas non plus la même valeur symbolique ce qui contribue à la hiérarchisation des professions et des spécialités médicales. Le cœur est un organe noble, pas les intestins... Mais si le cerveau est aussi un organe noble, les maladies neurologiques sont pourtant plutôt stigmatisées, associées à la dépendance, avec peu de résultats thérapeutiques, parfois flirtant avec la folie comme la maladie d'Alzheimer.

³⁸ Notons qu'il existe quelques sociétés où la catégorie et le terme qui l'accompagne n'existent pas. Les adultes se situent alors sur un continuum jusqu'à la mort.

³⁹ Le handicap également ;

22. Résultats : les catégories à l'œuvre en médecine de ville

Ces travaux évoqués portent essentiellement sur l'hôpital qui constitue un lieu de formation et d'apprentissage, un lieu où se construisent des représentations professionnelles. Voyons comment ces travaux recourent nos résultats.

Invités à décrire librement leur patientèle, les médecins mettent souvent en avant les classes d'âge, fréquemment des catégories sociales rapportées à l'environnement (quartier) mais pas toujours. Nombreux sont ceux qui se réfèrent aux catégories socio-professionnelles. D'autres encore se réfèrent à l'origine (pays d'origine), alors que d'autres en évoquent le parcours migratoire.

Voyons comme cette médecin généraliste, installée dans le 92 (cabinet de groupe) décrit sa patientèle :

Bon, bref, les gens qui viennent me voir... On a plus de la moitié qui est d'origine maghrébine, mais c'est la ville de V., c'est le Maroc, c'est les Marocains qui ont été appelés à travailler à l'usine C. qui était la principale usine de V. Ils sont restés, ils ont fait venir leur famille. Donc beaucoup de Maghrébins, beaucoup de Marocains, quelques Haïtiens, très peu d'Asiatiques, quelques Africains⁴⁰. Voilà. Une population très émigrée. Des Portugais. Et puis une population relativement pauvre mais beaucoup moins pauvre qu'au cabinet de M. (un confrère), par là-bas, qui soigne les vieux émigrés, qui sont devenus des hommes seuls. Nous, c'est beaucoup de femmes, trois quarts de femmes et puis, à la fois pauvres, et aussi les classes moyennes. On soigne pas mal d'instit', d'éducateurs, d'employés municipaux. On est juste à côté de la mairie. Et on était juste à côté de la sécu, la sécu elle s'est un peu déplacée, mais du coup, on avait beaucoup de cette catégorie sociale-là. Voilà. Comme j'ai vieilli, ma patientèle a vieilli avec moi alors j'ai plus de personnes âgées que mes autres collègues.

On le voit, la caractérisation se fait en lien avec l'environnement, son histoire, articulant origine, rattachée à un territoire/région du monde (Maghreb) et une nationalité (Maroc), profil social centré sur des métiers plutôt que des CSP, le genre et l'âge, avec une dimension comparative. Quand les catégories socio-professionnelles sont mobilisées, c'est dans une version réduite à l'opposition ouvriers/cadres sup'.

Un autre médecin installé en milieu rural à proximité d'une route nationale très empruntée en période de vacances, et d'un lieu de pèlerinage, distingue patients de passage et les autres, ce qui va déterminer des demandes distinctes et des modalités différenciées de prise en charge.

Un phlébologue décrit les pathologies qu'il prend en charge tout en les articulant à des profils de patients (genre, âge, éventuellement profession).

Le plus fréquemment, les critères de description s'appuient sur les catégories socio-professionnelles, et en second lieu, l'origine (nationalité) ou la condition d'émigré (référence à un parcours migratoire ancien ou récent).

Cette première forme de catégorisation découle de leur formation et des premiers éléments importants pour la clinique. D'autres catégories émergent au fil de l'entretien, parfois inconscientes, des catégories pour penser et parfois, difficiles à détacher des

⁴⁰ Notons que quand les médecins évoquent des patients Africains, il s'agit de patients venus d'Afrique sub-saharienne. Pour l'Afrique du Nord, ils parlent de Maghrébins (la grande majorité en France des migrants d'Afrique du Nord en France viennent du Maghreb).

catégories ordinaires utilisées au quotidien par chacun de nous lors des interactions sociales.

221. Les bons et les mauvais malades en ambulatoire

Les travaux sur les bons et les mauvais malades sont essentiellement hospitaliers. Cependant, la catégorie de bons et mauvais malades est également pertinente pour les médecins libéraux et en ambulatoire. Pour beaucoup de médecins, les bons et les mauvais malades sont définis autour de la qualité relationnelle et du respect manifesté à leur égard. Le mauvais patient, c'est celui qui les met en échec.

Le patient « ingrat », « avec qui on n'arrive à rien » (Martha, 92).

Ce peut être aussi le patient qui met mal à l'aise, ce qui peut renvoyer à une catégorie sociale laquelle varie en fonction de l'appartenance sociologique du médecin et de ses affinités.

Moi je suis pas très à l'aise avec les gens qui sont... à la limite critiques parce qu'ils ont des moyens intellectuels. [...] C'est quand même souvent des gens qui pinaillement, et qui savent déjà tout. (MG, 92)⁴¹

Ces traits individuels sont parfois rapportés à une catégorie sociale ou culturelle précise.

222. La catégorisation sociale des patients

En évoquant notre intérêt pour la précarité et la prise en charge des patients précaires, il est évidemment logique que cette catégorie émerge et que les praticiens précisent s'ils reçoivent un nombre important de patients « précaires » ou non. Notons que certains praticiens récusent cette catégorie, considérant que la situation de précarité (ou de pauvreté) est un des éléments parmi une multitude d'autres qui contribuent à qualifier un patient.

a) Pauvres et précaires, rappel des définitions

Rappelons en préalable que la définition d'usage de la précarité dans les organisations internationales est celle de Joseph Wresinski reprise dans le rapport du HCSP (Haut conseil de la santé publique) en 1998⁴² puis par l'ONU, alors que la définition officielle de la pauvreté s'appuie sur le revenu. Il s'agit en France de la pauvreté relative. La précarité apparaît dans ce cadre comme plus large que la pauvreté. La situation de précarité survient lorsque le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique sont défavorables. Il ne s'agit donc pas **d'une catégorie sociale mais d'une situation évolutive et potentiellement réversible.**

⁴¹ Les entretiens sont restitués à l'état brut, sans que les corrections soient faites. Il s'agit d'un langage oral. Certaines phrases ne sont pas terminées mais elles rendent compte d'hésitations, de mots que l'on n'ose pas prononcer, etc. Les prénoms sont fictifs pour préserver l'anonymat.

⁴² Un « état d'instabilité sociale, caractérisée par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations personnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. (...) »

Il existe plusieurs formes de précarité selon le domaine de l'existence qui est affecté : économique, sociale, psychique.

La précarité, rend compte d'une insécurité fondamentale, d'une vulnérabilité qui touche plus spécifiquement les individus en bas de l'échelle sociale, incertains des lendemains, obligés à « vivre au jour la journée » (Castel, 1995).

Chacune des notions⁴³, pauvreté, précarité, exclusion en vogue dans les années 90, depuis 2000 la vulnérabilité, véhicule un modèle d'analyse de la société et ne rend compte que d'un aspect de la complexité des sociétés contemporaines. La notion de précarité rend compte de la dynamique des processus sociaux et de la pluralité des facteurs qui la construisent et qui sont interdépendants.

Les définitions sociologiques de la pauvreté n'en font pas seulement un état de privation économique. Selon Simmel, c'est l'assistance qui définit le pauvre⁴⁴, c'est-à-dire le fait de recevoir une aide matérielle de la collectivité (1998, Les pauvres).

« C'est à partir du moment où les individus sont assistés, peut-être même quand leur situation pourrait donner droit à l'assistance, même si elle n'a pas encore été octroyée, qu'ils deviennent partie d'un groupe caractérisé par la pauvreté. Ce groupe ne reste pas unifié par l'interaction entre ses membres, mais par l'attitude collective que la société comme totalité adopte à son égard. » (Simmel G., 1998)

En France, à travers les minima sociaux (RMI puis RSA), il y a une institutionnalisation de la pauvreté. Si les revenus, les ressources, s'inscrivent dans un continuum au sein de l'ensemble de la société, ces minima contribuent à rendre les bénéficiaires visibles à certains acteurs sociaux, ainsi qu'ils transforment leur rapport à la société et réciproquement. Les aides sociales renforcent une approche duelle de la société, une conception bipolaire entre pauvres et reste de la société. La CMU-C participe à cette institutionnalisation.

L'approche interactionniste a permis au-delà des faits objectifs, - le niveau de revenus, l'absence d'emploi, le fait de bénéficier d'une aide, et des contraintes qu'elles exercent -, de saisir les effets des processus de désignation et de catégorisation. Ainsi, le paradigme interactionniste permet de dépasser la question matérielle : ce n'est pas le manque matériel qui suffit à déterminer l'appartenance à une catégorie sociologique comme la pauvreté mais il faut un processus de désignation (Howard Becker, 1983) auquel l'attribution d'une aide spécifique et les seuils contribuent.

La catégorie des « précaires », passée dans le sens commun, fait référence de manière générale à des personnes rencontrant des difficultés sociales. Elle peut évoquer une hiérarchie, signifiant alors un degré moins important de dénuement par rapport à la pauvreté. Enfin, elle peut se référer à une situation d'instabilité et d'incertitude des personnes qui voient leur statut se dégrader progressivement (dans le cadre d'un processus) ou dont la situation est porteuse de ce risque. Poussé à l'extrême, pour certains, si l'instabilité est inhérente aux sociétés contemporaines, la précarité serait alors la condition de l'individu d'aujourd'hui.

⁴³ On parle de zapping terminologique.

⁴⁴ Voir aussi travaux de Paugam.

b) Pauvres et précaires, catégories du sens commun

Alors que le terme de précarité a envahi l'espace public et médiatique, au point qu'on ne parle plus guère de pauvreté, la notion apparaît assez floue, tant du côté des usagers que des professionnels. Nous avons jugé utile d'analyser les représentations de la précarité (véhiculées derrière les discours, les figures qui lui sont rattachées), mais surtout nous avons interrogé explicitement les praticiens sur ce qu'ils entendaient par cette notion, ce que nous verrons dans le chapitre suivant. On peut se demander si son usage dans le sens commun ne vise pas à contourner l'usage de la pauvreté qui, au-delà des définitions monétaires, véhicule un statut dévalorisé, disqualifié.

Nous verrons que les perceptions de ce que signifie être pauvre et/ou précaire varient fortement selon les professionnels et que leurs moyens de les repérer sont souvent très subjectifs.

La catégorie « les précaires » fait partie des catégories opératoires pour décrire, parfois désigner les patients, se superposant ou pas à celles « des CMUs »⁴⁵. Nous choisissons délibérément de ré-utiliser la dénomination utilisée par les soignants, plutôt que personnes *en situation de précarité*, et personnes *bénéficiant de la CMUc*, pour bien signifier quand nous parlons d'une catégorie. La catégorie des « précaires » est mobilisée par de nombreux praticiens, parfois parce qu'elle est nommée en tant que telle, dans d'autres cas, nous avons nous-mêmes évoqué les personnes en situation de précarité, certains se sont contentés de se l'approprier, parfois en la transformant en catégorie, « les précaires ».

La CMU est devenue aussi une autre manière de nommer les personnes pauvres ou en situation de précarité.

223. « Les CMU » : la construction sociale d'une catégorie

Qu'un patient bénéficie de la CMUc qualifie stricto sensu un type de protection sociale complémentaire. Rappelons qu'elle cible des personnes en dessous du seuil de pauvreté. Celle-ci est devenue un « proxy » pour informer sur la situation économique, voire sociale, d'une famille. Encore un pas, et elle devient une catégorie sociale.

Rappelons que la loi sur la CMU vient se superposer au système global de protection contre la maladie. Du fait du ciblage, dans le cadre du volet complémentaire de la CMU, la CMUc, la loi produit une *désignation* des personnes concernées, qui va faciliter un processus d'étiquetage et l'attribution de stéréotypes négatifs. Le praticien libéral a immédiatement une information directe sur la protection sociale (pour la CMU et dorénavant l'ACS), et indirectement sur sa situation socio-économique⁴⁶ lors de la lecture de la carte vitale ou de la présentation d'une attestation papier qui justifie des droits spécifiques.

Lors de la lecture de la carte vitale, le praticien visualise les droits à la CMU, et dorénavant à l'ACS. Quelques entretiens avec des praticiens hospitaliers montrent qu'à l'inverse, ils n'ont pas d'information précise sur le type de protection sociale dont bénéficient leurs patients, qui concerne le service des admissions et les assistantes sociales.

⁴⁵ Nous explorerons le lien entre les deux au chapitre suivant.

⁴⁶ Rappelons que les seuils varient selon le nombre de personnes du ménage.

Donc en fait j'en sais rien si elles sont précaires où pas. J'en sais rien, j'en sais rien du tout. (médecin hospitalier)

Cette praticienne souligne que la seule information qui soit rapidement accessible, c'est quand le patient n'a aucune prise en charge.

Bénéficiaire de la CMU complémentaire, qui est soumise à un plafond de revenus, informe logiquement sur la situation familiale de pauvreté (monétaire), puisque le plafond de la CMUc est situé en dessous du seuil de pauvreté. Le dispositif contribue à une mise en visibilité des revenus familiaux, si tant est que les médecins connaissent les seuils, ce qui est assez rare. C'est aussi un système qui produit des contraintes administratives, surtout quand la carte vitale n'est pas mise à jour. Ou que le système informatique ne fonctionne pas, ce qui arrive de temps à autre.

Cependant, la construction administrative de la catégorie « des CMU » en a fait beaucoup plus et ce, malgré des situations très diverses des personnes qui en sont les bénéficiaires, et fluctuantes. Rappelons que le seuil de pauvreté est défini arbitrairement, et varie selon que l'on choisisse un revenu inférieur à 50 % du revenu médian ou à 60 %.

La majorité des praticiens évoquent la CMU, non pas comme un élément, une information au sein d'un ensemble de caractéristiques, mais comme une catégorie.

... les CMU je pense, parce qu'on les appelle comme ça, je ne sais pas si tu sais. On dit les CMU comme on dit les obèses, les borgnes et machin, ce qui est pas très joli non plus. (Lorène, pédiatre)

L'emploi de la terminologie « les CMUs » a largement remplacé les patients *défavorisés, pauvres, précaires*. Le vocabulaire utilisé a fait l'objet d'une attention dans l'analyse car il n'est pas anodin de désigner un bénéficiaire de la CMU sous l'appellation « un CMU » ou « les CMUs » le plus souvent, le pluriel favorisant la construction de stéréotypes.

Cette stigmatisation est un effet de la loi qui produit une discrimination positive mais contribue aussi à une mise en visibilité, une désignation et avait été signalée comme risque potentiel dans les débats ; les effets avaient été perçus rapidement après sa mise en oeuvre, même par certains praticiens.

« On les stigmatise avec la CMU et je crois que comme toutes les lois françaises ce sont de très mauvaises lois. En France, on légifère pour tout et on finit par créer des ghettos horizontaux ou verticaux. Peu importe. On 'ghettoïse' les gens et je pense pas que les revenus des gens concernent le médecin. Ça concerne la société et le fait qu'ils soient CMU, ça les désigne d'un doigt vengeur face à certains médecins. [...] Ce que je ne comprends pas, c'est que dans notre Constitution, il y est écrit égalité et on favorise des catégories de gens inégaux par la loi. » (propos recueilli auprès d'un médecin généraliste du 94, secteur 2 en 2006 : Desprès, Naiditch, 2006)

De plus, la CMUc produit aussi une forme de distinction, notamment dans le mode de paiement de cette catégorie de patients, au travers du tiers payant. Des médecins généralistes, notamment ceux qui sont installés dans des quartiers populaires, pratiquaient déjà le tiers payant. Pour les praticiens en secteur 2, un tarif de

consultation différent va être appliqué aux patients CMU, ce qui en fait bien plus qu'une catégorie « administrative »⁴⁷.

Pourtant, ces individus ne constituent pas un groupe au sens sociologique du terme, ils n'ont pas d'identité commune, ni de communauté de destin, comme peuvent en témoigner des histoires de vie radicalement différentes. Leur point commun est celui de faibles ressources économiques, à un moment donné. Notons que si les personnes en situation de pauvreté ou de précarité parlent d'elles comme « des précaires », elles ne s'identifient pas comme « CMU »⁴⁸. La CMU est un droit, un dispositif, une opportunité, ce n'est pas une catégorie identitaire. Certains refusent la CMU pour éviter la stigmatisation qu'elle produit.

La CMU contribue symboliquement à renforcer cette séparation arbitraire de différents groupes sociaux. D'un côté, ceux qui cotisent pour payer leur mutuelle et de l'autre, ceux qui bénéficient d'une complémentaire gratuite, financée par l'Etat, régulièrement qualifiés « d'assistés », avec la nuance péjorative que revêt le terme actuellement. Les avantages viennent renforcer la dualité du dispositif et la construction par les professionnels de santé de deux catégories de patients. Cette dualité apparaît d'emblée dans les entretiens et au fil des discours : il y a « les CMUs » et les autres patients.

La catégorisation de manière plus générale permet de penser les différences, mais elle est dangereuse. Elle construit fréquemment des hiérarchies et porte un risque d'essentialisation et de stigmatisation.

Tu dis les CMUs, comme tu dis les obèses, l'expression fait que tu circonscris une certaine population comme si elle était homogène en fait... Enfin je trouve que tu conceptualises une... Enfin oui c'est ça, une population quoi. Et les CMU, bah oui on imagine...[...] C'est d'ailleurs, cette caricature, elle correspond pas du tout à la majorité des gens. Elle est caricaturale, par définition... (Lorène, pédiatre, Paris)

Nous verrons plus loin quels sont les stéréotypes associés à cette catégorie de patients.

224. Les Etrangers et l'AME

La catégorie des étrangers n'est pas spécialement mise en avant par les médecins libéraux interrogés, si ce n'est par la question de la protection sociale ou par celle de la langue. Elle croise fréquemment celle de la précarité et de l'inscription géographique de certains groupes ethniques dans des quartiers.

Certains groupes ethniques qui font l'objet d'un discours politique et médiatique sont signalés, en général pour indiquer au chercheur qu'il y en a dans la patientèle, soit pour des raisons liées au parcours du médecin, son implantation géographique, comme pour les « Roms », « les Manouches », les « Tziganes ».

Les malades sont fréquemment catégorisés selon leur différence (Kotobi, 2010), comme en témoignent les travaux cités. Cependant, leur origine ethnique est moins souvent pointée comme pouvant poser problème au soignant que la catégorie sociale dans notre

⁴⁷ La loi impose le tarif opposable (plafonné) aux praticiens libéraux.

⁴⁸ Toujours au vu de nos travaux précédents auprès des personnes pauvres et/ou précaires.

corpus. Sans doute parce qu'en ville, les praticiens sont moins amenés à rencontrer des bénéficiaires de l'AME. Seulement quelques-uns, nous disent les spécialistes.

« Ça arrive une fois tous les 5 ans », nous dit une gynécologue versaillaise. « Et l'AME, j'en ai extrêmement rarement, extrêmement rarement. (Gynécologue, Asnières). Mais par contre à l'hôpital, des AME y en a quand même un certain nombre, et des CMU, y en a évidemment beaucoup. »

Sans doute sont-ils plus concentrés sur certains territoires, la banlieue nord de Paris, par exemple, ou parce que le cabinet médical se trouve à proximité d'un CADA.

Quand une origine étrangère est évoquée, c'est fréquemment en mobilisant la culture, « autre », comme pouvant être un obstacle aux soins, ou générer des rapports aux soins différents, ce qui peut concerner aussi des bénéficiaires de la CMU (base ou complémentaire).

La condition de migrant, ce qu'elle implique de fragilité, de vulnérabilité, de précarité sociale, est par contre rarement évoquée (sauf dans le focus groupe en banlieue nord-ouest). De même qu'à l'exception de médecins réellement engagés dans les questions d'accès aux soins, la situation de très grande précarité que suppose l'absence de statut administratif est très peu évoquée, ni ses implications quant à l'accès aux soins. Ce qui est mis en avant, c'est la question de la communication, la barrière de la langue, qui est un problème, et les soucis de remboursement du tiers payant sur l'AME qui de l'avis d'une très large majorité de praticiens est incertain.

Ce sont les médecins généralistes qui sont confrontés le plus à l'AME, très peu les spécialistes, encore peu les dentistes compte-tenu d'un panier de soins restreint aux soins de base. Finalement, ils ne sont pas assez nombreux en médecine de ville pour constituer une « catégorie à problèmes ». Il faut aussi se référer au contexte politique international en relation avec les demandeurs d'asile qui pourrait susciter des formes d'autocensure d'un discours sur les Etrangers, notamment quand ils ont un statut incertain. Les discours sur les ayants-droits de l'AME se superposent à celui sur « les CMUs », parfois regroupés sous la qualification « les précaires ». Des personnes « précaires » considérées fréquemment comme plus précaires que les bénéficiaires de la CMU, qui sont plus souvent vus à l'hôpital.

225. Autres catégories

D'autres catégories sociales sont mobilisées, notamment empruntant des termes économiques ou politiques, « les bourgeois du 16^e ou du 7^e », les « bobos », ou le plus souvent adoptant les catégories socio-professionnelles, dans une version simplifiée, tels que cadres, ouvriers, artisans.

« On dresse pas un bourgeois, on est au service du bourgeois. C'est... quelquefois les gens comprennent pas ça, le patient on est à son service, il peut choisir, si on lui plait pas, il va ailleurs. » (Hortense, dentiste Lorraine)

La catégorie sociale peut être exprimée à travers le quartier d'habitat. Cette gynécologue a constaté que certaines patientes, parmi les plus aisées, négocient le prix de la consultation, procédant à une forme de « marchandage » :

Certaines patientes... alors je les catégorise. Les patientes du 6^e 7^e qui sont très près de leurs sous. Qui discutent tout et je pense qu'elles font ça pour tout, pas que pour la consult'. Et qui se permettent parce que d'un certain niveau social justement, se croient tout permis et se permettent de faire des réflexions alors que vraiment je pense qu'elles ne sont pas dans le besoin. (Hélène, gynécologue, Paris)

On remarque le même fonctionnement que pour la CMU, l'association à des stéréotypes. Le quartier d'habitat permet aussi de caractériser « les précaires » du fait du quartier où ils vivent, telle cité, tel quartier réputé à problème.

Une catégorie est fréquemment mise en avant dans le monde médical, celle des enseignants. Les enseignants, « les mgen », sont souvent considérés comme des malades gênants de par leur propension à prendre la parole et exiger des explications.

C'est celles qui viennent le mercredi après-midi, avec leur liste comme ça de questions : est-ce que je peux aller faire caca tel jour, est ce que... J'ai un petit bouton là, qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? Est-ce que je peux manger des frites le lundi ? Est-ce que j'ai le droit de prendre du ketchup le mardi ? Enfin y'en a. Heureusement pas toutes, c'est vraiment la catégorie de base mais y en a quelques-unes... (Hélène, gynécologue)

Différentes catégories utilisées pour classer, hiérarchiser, sont des catégories relativement objectives, d'autres sont socialement construites ou subjectives. Elles apparaissent plus ou moins fiables⁴⁹ mais ont en commun leurs effets homogénéisants. Ainsi la CMUc donne des informations sur le niveau de revenu/ressources d'une famille. Il existe pourtant au sein des bénéficiaires de la CMU des profils différents, tant dans la structure familiale (grandes familles, familles monoparentales), dans le rapport au travail (travailleurs pauvres, chômeurs de longue durée), dans la situation de logement (personnes à la rue, sans domicile fixe ou logées), dans la durabilité de la situation (accident de parcours, grande pauvreté, misère sur plusieurs générations), etc.

Voyons maintenant les stéréotypes qui sont accolés aux catégories et plus largement les représentations à l'œuvre autour de la précarité et des personnes en situation de précarité.

3. Connaissances et Représentations de la précarité

31. Les représentations de la précarité

La notion de précarité s'est avérée centrale dans notre recherche, notamment dans la présentation de ses objectifs. Nous présentons la recherche comme ayant pour objet la différenciation dans les soins, donc la variabilité des pratiques médicales, en fonction de la catégorie sociale et culturelle, en précisant notamment notre intérêt pour la prise en compte de la précarité. C'est aussi le terme le plus communément utilisé dans les médias, et les personnes en situation de pauvreté se définissent volontiers comme

⁴⁹ Ainsi, le chômage est bien un indicateur de précarité (incertitude de l'avenir), et souvent associé à une dégradation du niveau de vie mais pas de manière systématique (s'il est temporaire, survenant chez un cadre, s'il a été anticipé, etc.).

« nous, les précaires » reprenant les catégories de sens commun⁵⁰. Il paraissait difficile de censurer le terme. Cela nous aurait conduit à en choisir un autre, tout autant connoté, pauvres, exclus, personnes ayant des difficultés sociales : elles peuvent avoir des difficultés économiques mais pas sociales... A un moment, il faut bien nommer les choses, qualifier les situations. Nous avons alors interrogé systématiquement chaque interlocuteur en lui demandant ce que signifiait ce terme, ce qu'il évoquait pour lui, de manière à clarifier si nous parlions des mêmes situations ou des mêmes groupes de personnes. C'était aussi l'occasion d'explorer l'usage du terme.

Dans les discours et définitions produites par les praticiens, pauvreté et précarité occupent des positions réciproques. Si dans les définitions officielles, la pauvreté est plus ancrée dans les conditions matérielles, et la précarité se réfère à une situation d'instabilité, dans les discours, cela peut s'inverser. La figure du manque y occupe une place centrale, pour les deux concepts.

Pour quelques praticiens, la précarité recouvre plusieurs « réalités différentes », « elle a plusieurs visages ». Elle apparaît comme multifactorielle :

« Moi je me rapporte beaucoup à Wresinski, rapport du conseil économique et social, si je veux donner une définition, c'est toujours celle-là à laquelle je me raccroche parce que je trouve qu'elle est intéressante parce que y a une combinaison de plusieurs facteurs de précarité... (Elisabeth, dentiste d'un centre de la Croix Rouge)

Cette jeune médecin généraliste a une vision plus large et nuancée sans doute parce qu'elle a travaillé sur le concept d'inégalités sociales de santé. Elle introduit alors la notion de seuil (pour la pauvreté) et de gradient qui distingue les deux concepts. Elle montre l'intrication de plusieurs dimensions qui concourent à la complexité.

Pour moi, c'est quelque chose d'un peu subjectif qui allie effectivement quand même souvent des difficultés financières mais la plupart du temps un isolement. Et puis, un accès aux soins qui nécessite d'être particulièrement attentif en fait. Des gens qui vont pas savoir qu'ils ont des droits ou qu'il va falloir accompagner. [...] pour lesquels le parcours de soins est moins simple que quelqu'un d'autre.

Une praticienne engagée dans le mouvement ATD Quart monde témoigne des expériences des personnes les plus pauvres qu'elle côtoie, des échanges avec ces dernières entre définition théorique de la pauvreté et sa dimension ancrée dans le quotidien des personnes.

« il y avait la pauvreté qui est sur un seuil financier, et effectivement le seuil minima et le seuil qu'on vit le plus souvent c'est de pas pouvoir nourrir les enfants, ça c'est le minima, c'est vraiment l'insupportable... Pas pouvoir se nourrir on supporte mais pas pouvoir nourrir ceux qui dépendent de nous, ça c'est la vraie pauvreté, et la vraie pauvreté monétaire. Et donc on peut avoir cette pauvreté monétaire, même en ayant des revenus parce qu'ils vont être ponctionnés par un mari alcoolique ou

⁵⁰ Comme nous l'avons fréquemment entendu lors de nos entretiens dans le cadre de la recherche sur le renoncement aux soins.

ils vont être ponctionnés par des dettes qui ont été faites avant, ou ils vont être ponctionnés par une situation familiale ou une situation qui s'est dégradée très rapidement, donc c'est pas lié forcément au revenu, je veux dire c'est... nourrir les enfants et nourrir les siens c'est ce qui ressort toujours, ça c'est la pauvreté financière vécue dans l'intérieur. »

Une autre dimension de la pauvreté est mise en avant, c'est « l'insécurité des lendemains » Elle reprend les mots d'une militante :

Elle a dit : je peux vous dire un seul truc, c'est de ne pas savoir de quoi demain sera fait, et avoir une épée qui est au-dessus de votre tête, et elle dit : c'est ça la pauvreté.

Elle introduit une troisième notion qui est celle de la dépendance aux institutions et qui fait écho à certaines définitions théoriques, notamment celle de pauvreté assistée.

C'est-à-dire que quand vous dépendez des aides pour bouffer, vous savez pas si demain, on va pas vous les enlever. Quand vous dépendez du bon vouloir d'une association pour être logée, c'est pas sûr que demain, vous ne serez pas à la rue, et quand vous avez vos petits autour de vous, vous savez pas si on va pas vous les placer, et quand vous dépendez de l'aide, des amis, pour être relogée en attendant ou dépannée, vous savez pas si ça va durer 8 jours ou 15 jours ou 6 mois, et quand vous dépendez de... d'une situation, vous savez pas si dans 1 an, vous aurez encore de quoi vivre.

Une autre dimension a été évoquée à plusieurs reprises, celle de l'isolement social, que l'on pourrait qualifier en résonance avec la définition de Wresinski comme une autre forme d'insécurité.

*Il y a la pauvreté matérielle, il y a l'insécurité pour moi : il y a des gens qui vivent pauvrement mais qui ont une petite maison ou une famille qui les entoure beaucoup ; donc du coup, ils ont cette possibilité de réseau social qui fait qu'ils peuvent parer à de gros évènements de vie, alors que j'imagine qu'il y a des gens qui ont des revenus, qui sont pas dans une vraie pauvreté matérielle mais qui sont tellement seuls et avec des situations professionnelles qui sont très boiteuses et tout, que finalement c'est une forme de précarité parce qu'ils ont pas de parapluie quoi !
(Lorène)*

Si quelques praticiens mettent également en exergue le caractère multidimensionnel de la pauvreté ou de la précarité, souvent ils n'évoquent qu'une seule de ces dimensions et ont donc une approche partielle de cette notion. Ainsi cette médecin généraliste issue d'un milieu de paysans pauvres :

Pour moi, la précarité ça a quand même plus trait à la nourriture. Je me dis, on est très précaire quand on n'arrive plus à manger.

Le « manque » est récurrent, notamment dans l'accès à l'alimentation, plus rarement dans l'accès au logement, sauf à travers l'image emblématique du « SDF », d'une personne « à la rue ».

La linéarité des parcours de vie est évoquée, des « trajectoires tremblées » comme le disait Castel (1995).

Donc le parcours ne peut plus se dérouler sans... n'est plus rectiligne, on est sur des parcours avec des ruptures, des... » (Elisabeth, dentiste, centre de la Croix Rouge)

La perte des ressources qui permettent de rebondir, « d'un parapluie », nécessite un accompagnement, « une assistance »⁵¹ :

Moi spontanément, quand on me dit précaire, c'est des gens qui ont besoin d'un coup de main pour sortir des situations qui n'ont pas une capacité compte tenu de leur situation à avoir le parcours... le parcours qui va tout seul. (idem)

L'hétérogénéité des situations est aussi signalée :

La précarité matérielle, ah oui ça regroupe de manière extrêmement large des gens qui ont vraiment des difficultés au quotidien, des difficultés à finir les mois, jusqu'au SDF complètement désinséré. (Lorène, pédiatre)

Le travail, pourtant une des sécurités fondamentales de l'existence (cf Castel), est rarement évoqué dans ce cadre, sauf par un médecin ORL (banlieue nord parisienne) et plusieurs généralistes.

« Ben par exemple c'est des rapports au travail et des difficultés à avoir accès au travail et à se maintenir dans son travail. Moi j'estime que c'est une situation extrêmement précaire avec un retentissement extrêmement important. De ce cas, il faut faire quelque chose. C'est l'un des aspects.

Un manque de repères, de lisibilité des codes y participe, qui là encore peut empêcher de rebondir :

Moi dans le sens commun, j'entends une précarité financière. Qui peut éventuellement entraîner une dépendance des organismes sociaux. En même temps, je peux élargir et je pense à une dame, une patiente qui à mon sens est dans une précarité du fait... qu'elle est immigrée et du coup, beaucoup plus malmenée, tout en sachant qu'elle a un emploi stable. Très peu de sous et elle est victime de conduites assez abominables. Une femme intelligente, combative mais du fait qu'elle ne comprend pas bien les codes de notre société, elle se retrouve dans des situations parfois merdiques. (Ulriche, Psychiatre)

⁵¹ La catégorie d'assistance a un statut ambivalent qui fait référence d'un côté à des droits fondamentaux, universels (Murard, 1997 cité p.38 par Bresson) « respectueux de la dignité des pauvres » (Bresson, 2007) lesquels sont soupçonnés d'en profiter. Ce terme est peu utilisé sauf pour condamner ceux qui touchent des minima sociaux considérés comme « des assistés ».

32. La précarité d'accès aux soins

Pour quelques-uns, les difficultés d'accès aux soins sont une des dimensions de la précarité, plus rarement une conséquence.

Ceux qui auront du mal à avoir accès à certains soins qui seraient nécessaires pour eux, et qui ne peuvent pas pour des raisons financières, et qui ... nécessitent de trouver absolument des trucs pour qu'on arrive à les soigner quand même. Ceux-là, c'est de plus en plus fréquent parce que y'a de plus en plus de trucs dé-remboursés, je trouve. Donc surtout dans notre spécialité donc c'est un peu gênant. Surtout quand ça conditionne leur santé. (médecin ORL)

De manière fréquente, la précarité ne décrit pas la situation (familiale, économique, sociale) d'une personne mais est rapportée strictement à l'accès aux soins, dans une vision centrée sur leur pratique et leur exercice. C'est ainsi qu'ils en font l'expérience, à travers les répercussions sur l'accès aux soins.

Ne pas se soigner, quelles qu'en soient les raisons, devient une forme de précarité pour Gilles, chirurgien-dentiste dans le 15e. Il énumère toute une série d'obstacles aux soins :

« Donc la précarité pour moi, elle est aussi liée à un manque d'information, c'est peut-être un gros mot, ou très exagéré de dire ça, mais moi je pourrais mettre des patients dans une sorte de précarité parce qu'ils ne sont pas informés ou parce qu'ils n'ont pas pris le temps, qu'ils aient eu des gros à priori ou une mauvaise expérience et qui ont laissé tourner ou tomber complètement leur santé bucco-dentaire, et ça je le mettrais presque aussi dans une précarité. »

J'ai des patients qui ne veulent pas se faire soigner parce qu'ils ne veulent pas le dire, qu'ils sont séropositifs, et du coup ça entraîne une précarité dans ce domaine-là.

Parfois même le contraire de la santé :

« C'est-à-dire que moi j'ai déjà vu des patients, cadres supérieurs, très bons postes : les six dents de devant très jolies pour le sourire mais y a plus de molaire derrière, plus de dent, c'est une précarité. »

Enfin, les populations précaires comprennent aussi les populations qualifiées aujourd'hui de vulnérables :

« En précarité, peut-être que je mettrais aussi les personnes qui sont dans une certaine détresse, qui peut être psychologique, qui peut être liée à un état de santé, de maladie. (...) » (Gilles, dentiste, 15e)

Un autre dentiste (94) rappelle qu'il n'y a pas que la précarité sociale mais aussi la précarité « mentale ». Il fait référence alors à certaines catégories de patients qu'ils soignent comme des personnes ayant la maladie d'Alzheimer.

L'hygiène bucco-dentaire chute et on arrive rapidement à des catastrophes.

Les personnes *précaires* sont parfois aussi définies par le biais de leur rapport aux soins, parfois leur rapport à la maladie.

33. Une hiérarchie dans la précarité

Une fois énoncée la définition, dans un grand nombre de cas, les praticiens introduisent des nuances dans leur propos qui renseignent plus sur les représentations de la précarité. Ils établissent des hiérarchies. Notamment, entre « vraie » précarité et une autre (elle serait fausse ?).

La « vraie précarité » selon une pédiatre (Elise), c'est la perte de l'ensemble de ces sécurités, de ces attaches qui permettent encore de rebondir sur une situation ; elle en donne un exemple concret, celui d'une femme sans papier, mère seule élevant trois enfants en bas-âge, relogée dans un hôtel en grande banlieue alors qu'elle avait commencé à construire des attaches et des liens à travers l'école où étaient scolarisés ses enfants, la pédiatre, etc.

Pour de nombreux médecins généralistes, parmi ceux qui reçoivent des patients appartenant à des catégories sociales défavorisées, les « vrais précaires » ne viennent pas dans les cabinets libéraux.

Les gens qui sont vraiment précaires, on les voit pas. ils arrivent pas.

Mais c'est quoi pour vous quelqu'un de vraiment précaire ?

C'est quelqu'un qui est tellement préoccupé de 'où est-ce que je vais dormir', 'qu'est-ce que je vais manger' que au final, la santé ça traverse même pas l'esprit. (MG, focus groupe)

La *vraie* précarité s'articule avec la question de l'accès aux soins dans le cadre d'un point de vue médico-centré. La *vraie* précarité se rapprocherait plus de la grande pauvreté, notamment non domiciliée. Lors de la prise de RDV, un médecin généraliste (Jura) explique qu'il n'a pas de « SDF » dans sa patientèle. Cette autre médecin généraliste considère qu'elle ne voit pas le « vrai précaire qui est à la rue. »

«J'ai l'impression que la vraie précarité je l'ai vécue surtout à l'étranger. Parce que ici même les gens qui sont entre guillemets précaires ont de l'argent pour avoir un minimum. Donc pour moi la précarité ça serait quelqu'un qui n'a pas de logement, qui n'a aucun moyen de subsistance et qui ne pourrait pas se soigner.»

Finalement, elle évoque les personnes sans statut administratif :

Les personnes les plus précaires ? ça serait peut-être les personnes sans papiers. Qui sont dans des centres de rétention. Pour moi, c'est plutôt ceux-là les plus précaires. Ceux-là je ne les ai pas beaucoup côtoyés en médecine générale, je les ai plutôt côtoyés dans le social en dehors. » (Amina, MG)

Ces représentations tirent la précarité plutôt vers la grande pauvreté, ce qui ferait que les bénéficiaires de la CMUc ne seraient pas les plus précaires. Ainsi ce médecin généraliste considère que « les gens en CMU, c'est des gens normaux », des gens qui viennent, ils ont fait la démarche, ils veulent se soigner, on fait des prescriptions, on les soigne normalement », ce qui les distingue de la vraie précarité, selon lui.

« la vraie précarité, c'est le type qui a rien. Vous avez quelqu'un qui débarque dans votre cabinet, il a une carte CMU qui est... il a une vague attestation. Qui est périmée. Il a une attestation qui est périmée. Il a pas de domicile fixe, il est logé chez untel. Bon, c'est ça la vraie précarité. Vous allez faire une ordonnance, vous vous dites comment il va se démerder pour récupérer l'ordonnance. C'est ça la précarité. Ça c'est le samu social. »(MG, 92)

Mais de manière relative (en comparant aux bénéficiaires de la CMU), et en référence à l'accès aux soins, ceux qui sont au-dessus des seuils sont aussi considérés comme plus précaires⁵²:

Des gens qui travaillent. Qui sont plus dans la précarité pour moi, que ceux qui ne travaillent pas. Beaucoup de mes patients qui travaillent et qui ont une assurance ordinaire, normale ils sont dans l'incapacité de payer. Après, quand ils ont tout payé, qu'ils ont des enfants, ils sont dans l'incapacité de payer même le ticket modérateur.

Pour une grande majorité de praticiens, la précarité est pensée avant tout dans le cadre de l'accès aux soins de manière restrictive. Dans ce cadre, la hiérarchie de la précarité dans l'accès aux soins ne suit pas la hiérarchie de la précarité économique. C'est aussi les conceptions du Dr Ortiz (CSMF), soulignant la plus grande insécurité en termes d'accès aux soins de ceux qui sont au-dessus des seuils (CMU et ACS).

Vous avez une série de populations, que moi j'ai tendance à considérer comme étant dans une relative précarité, qui sont pas forcément dans les critères CMU/CMUC parce qu'ils sont juste au-dessus, et c'est ceux-là qui posent le plus de problèmes d'inégalités sociales, parce qu'ils ont droit à rien. Ils ont le droit à rien, mais par contre ils ont les moyens de rien, ils ont les moyens financiers de rien faire. Et là ça pose problème, et c'est vrai que là il faut être particulièrement attentif.

Il fait également référence aux situations de non recours qui sont à l'origine d'une autre forme de difficultés d'accès aux soins, « les populations qui pourraient y avoir accès et qui y ont pas accès et donc qui sont dans ces populations précaires et qui ne sont pas couverts par la CMU ou la CMUC. »

Sans nier leur situation économique difficile, des sous-catégories parmi les bénéficiaires de la CMUc peuvent bénéficier de ressources, ce qui contribuerait à ce qu'ils ne soient pas « tout à fait » précaires. Cette médecin généraliste fait référence à une communauté juive orthodoxe qu'elle suit en partie :

⁵² Ce qui rend compte par ailleurs de l'efficacité du dispositif, malgré ses imperfections.

Y a une communauté très très forte et financièrement, y a des difficultés. Ils ont des difficultés dans la communauté mais il y a une richesse culturelle et une richesse d'entraide. Ce qui fait que pour moi, c'est pas vraiment des patients précaires. Même si ils ont la CMU.

Dans cette vision, la précarité signifierait la perte de l'ensemble des sécurités, ce qui pour Wresinski relève de la grande pauvreté, la misère.

Il faut interpréter ce sentiment pour certains généralistes de ne pas voir les plus précaires (un dentiste fait les mêmes constats), par le fait qu'effectivement les plus désinsérés, les plus marginaux ne fréquentent que très rarement les cabinets de ville.

34. Le lien entre précarité et santé

341. L'impact des conditions de vie sur la santé

Peu de médecins mettent en avant les répercussions des conditions de vie sur la santé comme pour ce néphrologue :

La précarité aussi, induit... [...] des pathologies qui sont probablement un peu différentes. Je parle pas des pathologies induites par le plomb à cause des peintures au plomb chez les enfants vivant dans des appartements défavorisés... C'est vrai que le saturnisme dans ma spécialité, je connais ça. Je parle pas uniquement de ça, je parle aussi de la somatisation, d'un mal-être, d'un vécu des difficultés financières et sociales dans la vie, qui font que vous avez forcément les populations précaires qui sont moins bien nutries, qui ont pas les soins dentaires qu'il faut, mais qui somatisent aussi leurs difficultés de la vie quotidienne, avec des troubles du sommeil, enfin bon tout ce que vous connaissez, les problèmes digestifs, les colopathies et cætera, et cætera.

Un hépato-gastroentérologue qui reçoit beaucoup de toxicomanes, considère qu'il n'y a pas de maladies spécifiques en lien avec la pauvreté ou la précarité mais une sur-représentation de certaines maladies ou problèmes de santé : obésité, hépatites chroniques, etc. Cette sur-représentation fait référence à une logique de pensée statistique, utile à l'exercice clinique mais qu'il faut bien différencier d'un stéréotype appliqué de manière systématique à un individu particulier.

En pédiatrie, le développement de l'enfant passe par l'alimentation, des rythmes de vie qui sont rattachés à la situation sociale :

Bah il y a l'obésité c'est sûr, c'est vraiment social. (...) A voir comme ça c'est surtout ce qui est sensoriel, tout ce qui est gastrique, gastro-entérologique c'est pareil... Après si, les troubles du comportement, les troubles du sommeil, parce que voilà, les enfants qui se couchent à pas d'heure, qui dorment dans des trucs très exigus avec les parents qui regardent la télé à côté, voilà, ils ont pas la même qualité de sommeil que les enfants... Quand les besoins de base sont mal assurés, l'enfant qui est en développement il peut pas se développer de la même façon qu'un enfant qui est parfaitement nourri, au repos, avec des vraies plages de repos, une

*stimulation juste quand il faut, t'es sûre hein je veux dire, on le sait tous.
(Lorène)*

Un peu plus fréquemment, le lien entre santé et conditions de vie est décliné autour de l'alimentation de manière moins globale.

L'impact des conditions de vie sur la santé est pensé avant tout en termes d'accès aux soins limité pour des raisons économiques. Cela témoigne d'une mauvaise connaissance des déterminants de la santé et de leur poids respectif par les praticiens.

342. Le rapport aux soins et à la santé des patients précaires

a) health literacy

Un certain nombre de praticiens font bien la distinction entre patients rencontrant une situation économique difficile, des problèmes matériels et des formes d'appropriation et de compréhension de leur maladie.

« La personne qui vient qui ne sait pas pourquoi elle vient, qui sait pas dire les médicaments qu'elle prend ou qui ne sait pas décrire ses douleurs ou ses symptomatologies, c'est ça qui pose vraiment un problème. C'est pas la précarité. On peut avoir quelqu'un de pauvre, qui sait très bien dire, ben voilà, je suis allé chez le médecin, parce que j'avais mal au ventre. » (radiologue, 93)

Même si ce praticien considère que cela peut arriver plus fréquemment chez des personnes en situation de précarité, « le trait » n'est pas automatiquement assigné aux personnes appartenant à la catégorie.

Si vous avez un patient qui vous dit, je viens pour passer le scanner, y a marqué thorax, abdomen, pelvis, et y a rien d'autre et vous allez le voir, ben non, j'ai été opéré d'un cancer de l'estomac, je suis surveillé régulièrement, j'ai eu de la chimiothérapie, au dernier bilan j'avais rien, ça va ! Le problème est réglé. En pratique, c'est rarement ça. En pratique, ça peut aller de ça à « ah ben, je ne sais pas pourquoi je suis venu. » Voilà, dans les populations précaires, y a plus la tendance à... pas forcément, je sais pas... le côté de la zone est plutôt du côté du « je sais pas pourquoi » que du côté... » (radiologue, 93)

Dans la grande majorité, les difficultés de patients précaires à s'approprier la maladie, comprendre ce qu'explique le médecin du fait de son niveau socio-éducatif sont ignorées, occultées (en prendre la mesure supposerait alors de prendre plus de temps avec certains patients pour les écouter, ajuster son langage, si besoin, vérifier qu'ils ont compris) ou sous-estimées.

b) Renoncements, non recours

Plus rarement, la précarité ou la pauvreté sont rapportées à un rapport spécifique aux soins et à la santé, une manière de se soigner particulière. Ce lien n'est pas forcément évoqué par les praticiens au moment où nous abordons la question de la précarité, mais émerge tout au long de l'entretien. Par exemple, quand nous leur demandons comment ils repèrent les personnes en situation de précarité. Quelques-uns, nous le verrons, évoquent des patients qui disparaissent pendant un long temps et donc se réfèrent au renoncement aux soins. Les chirurgiens-dentistes, de manière assez récurrente,

affirment que les patients en situation de précarité consultent majoritairement en situation d'urgence.

Ils viennent pour l'urgence, on fait un ou deux soins. Je dirais qu'il y a peut-être une fréquence plus importante parmi ces patients là à ... ne pas continuer à avoir une sorte de rigueur et de suivi. C'est à dire qu'ils viennent une ou deux fois, bon ils ont d'autres soucis. (dentiste, CNSD)

Ces éléments sont rapportés à une fragilisation de ces patients. Même si les rendez-vous manqués sont évoqués, particulièrement problématiques dans les régions sous-dotées où cela est préjudiciable aux autres patients, ce qui est évoqué là, c'est le défaut de continuité des soins :

La notion de responsabilité par rapport à leur propre santé qui n'est pas la même quoi. Ils n'ont pas la même perception que... ils ont un peu "lâché". Vous voyez que la personne vient pas, ou elle rappelle 6 mois après parce qu'elle a un autre problème, mais elle a lâché, elle a pas fini son soin. (dentiste, CNSD)

Quelques-uns évoquent la notion de culture, une culture de « non soins » peu éloignée de la culture de privation qu'évoquait Schwartz chez les ouvriers du Nord de la France (1990). Elle est aussi rapportée à des milieux paysans, à la ruralité, construite aussi non pas tant par des logiques financières, même si ces milieux sont aussi traversés par ces questions mais par l'éloignement des services de soins. Un dentiste installé dans une petite ville évoque la notion de culture dans son acception anthropologique, sans être pourtant sûr de l'employer correctement mais la rattache au rapport aux soins. Elle est évoquée au moment où il évoque la question des urgences en odontologie. La demande de soins est en partie déterminée selon lui par l'environnement :

Je pense que dans les régions très sous-dotées, on a des personnes qui arrivent à tenir beaucoup plus longtemps, parce qu'elles savent que ça va être difficile d'être pris. Il y a aussi une notion de culture... la culture par rapport aux soins dentaires, par rapport à la gestion de la douleur... est certainement différente dans les régions. La demande de soins, est très différente d'une région à l'autre, elle est pas exprimée de la même façon et l'attente est différente. (dentiste, centre de la France)

Ce rapport à la santé bucco-dentaire se démarque des normes actuelles dans la société, ce que nous avons remarqué dans nos travaux dans le Nord de la France :

Toutes les semaines, j'ai des demandes pour enlever toutes les dents, quel que soit l'âge et le nombre de dents qui restent.

35. Les connaissances sur la CMU et l'ACS

351. La CMU

Les connaissances sur les dispositifs d'accès aux soins et notamment de protection sociale contre la maladie sont solides chez les médecins généralistes travaillant dans des quartiers défavorisés, ou qui reçoivent une population précaire importante. Plus

généralement et surtout pour les spécialistes, les connaissances sont moins bien consolidées.

« La CMU ? la Couverture Mutuelle Universelle, c'est l'idée que toute personne quelle que soit sa condition... enfin je connais pas la définition très précise en fait déjà, donc ça influence peut-être... c'est toute personne qui est en France depuis un petit bout de temps, quelle que soit sa situation en termes de papiers et tout... peut avoir la CMU, si elle est pas ayant droit pour la Sécu de quelqu'un d'autre, ou si elle travaille pas... ou si elle est pas... donc voilà ça garantit... ça garantit l'accès aux soins de manière généralisée. (Lorène, pédiatre)

Un peu plus loin, elle se reprend, en rectifiant que non : « Si t'es d'origine je-sais-pas-quoi et que t'es en France depuis trois mois... Ah non c'est l'Aide Médicale d'Etat ça ? »

Si cette pédiatre a une connaissance incertaine mais pas trop éloignée de la réalité (CMU de base), très fréquemment les praticiens différencient mal (ou pas du tout) CMU de base et CMU complémentaire. D'ailleurs, à plusieurs reprises, ils citent des exemples de personnes qui auraient fraudé, alors qu'il s'agissait probablement de situations qui relèvent plutôt d'une CMU de base (avec règlement de cotisations). Peu savent que la CMU de base peut être soumise au paiement de cotisations selon les revenus. Même si cela concerne une frange numériquement peu importante des bénéficiaires de la CMU de base, cela contribue à donner une image du dispositif comme « laxiste », trop généreux ou injuste.

Une majorité des praticiens rencontrés ne connaît pas les seuils d'attribution de la CMUc. Souvent les images sont floues, certains mélangent CMU et AME. Nous avons rencontré occasionnellement des praticiens qui ne savaient pas ce qu'était précisément la CMUc (médecins spécialistes). D'un autre côté, les chirurgiens-dentistes semblent mieux informés des différentes formes de protection sociale, sachant que la place des complémentaires santé est prépondérante pour une partie des soins qu'ils prodiguent. Ils connaissent très précisément le panier de soins de la CMUc et son périmètre alors que dans le cadre des soins médicaux, cela a peu d'incidence sur le remboursement des soins au patient à partir du moment où il y a une complémentaire.

352. L'ACS

Nous avons interrogé systématiquement les praticiens sur l'ACS. Globalement, peu en ont fait l'expérience, même parmi les généralistes, ce qui est à rapporter au taux élevé de non recours à ce dispositif. Seuls les généralistes du 92 (focus groupe), qui sont proactifs dans des démarches d'accompagnements vers l'accès aux droits et reçoivent une grande majorité de patients en difficulté, en voient un nombre élevé.

Chez les spécialistes et quelques dentistes, il est fréquent qu'ils ne sachent pas de quoi il s'agit, ou en aient une connaissance très floue.

L'ACS ? Ah ça me dit quelque chose, mais là je vois plus du tout ce que c'est. (Lorène, pédiatre)

Certains sont bien informés de la loi mais n'ont pas rencontré de patients avec qui ils devaient la mettre en oeuvre. Parmi ceux qui n'en ont jamais entendu parler, certains ne possèdent pas de dispositif de lecture de la carte vitale et n'ouvrent pas les courriers de

la sécu qui a informé des nouvelles dispositions depuis juillet 2015. C'est le cas d'un dentiste, une dermatologue, une psychiatre.

Ulriche (spécialiste secteur 2 à Paris) a reçu un courrier de la sécu lui signalant qu'elle a appliqué abusivement un dépassement d'honoraires à plusieurs personnes bénéficiant de l'ACS. Ajoutons qu'elle n'est pas informatisée et ne dispose pas d'un dispositif de lecture de la carte vitale. Elle ne sait pas ce qu'est l'ACS et est furieuse car elle ne sait pas de quels patients il s'agit, ni comment obtenir cette information. Elle a immédiatement envoyé un mail à la sécurité sociale. Cependant, elle doute des informations émanant des caisses ce qui s'inscrit dans une histoire personnelle où la sécurité sociale lui avait donné de fausses informations, selon elle volontairement, notamment en ce qui concerne son installation en secteur 2. Elle soupçonne qu'il puisse s'agir d'une lettre type pour culpabiliser les médecins. Elle insiste pour dire qu'elle fait des actes gratuits aux bénéficiaires de la CMU et qu'elle connaît bien la situation sociale de ses patients. Elle ressent néanmoins un sentiment de culpabilité s'il était vrai qu'elle ait appliqué à des personnes un dépassement indu.

Le plus souvent, les praticiens savent qu'ils doivent procéder au tiers payant, mais les modalités ne sont pas toujours claires, de même que le cadre précis. Quelques-uns notent que l'information ne figure pas toujours sur la carte vitale. Ainsi une gynécologue a reçu un courrier de la sécurité sociale parce qu'elle n'a pas appliqué le tiers payant à une patiente alors que ce n'était pas marqué sur la carte vitale et que la patiente n'en a pas fait état.

Le courrier disait en substance : comme les patients ne vous indiquent pas qu'ils bénéficient de l'ACS, c'est à vous de leur demander. Ah oui d'accord, donc je vais demander à chaque patiente... J'ai essayé après, je me suis dit : tiens je vais essayer sur une semaine, j'ai demandé : « est ce que vous avez l'aide à la complémentaire de santé ? » Et alors là les gens te regardent genre...(Michèle, gynécologue S2)

L'utilisation n'est pas encore tout à fait claire, notamment pour savoir s'il faut faire un tiers payant intégral. Dans ce cas, les praticiens constatent qu'ils ne sont pas toujours remboursés.

Parce que, ça va pas être simple quand même hein ! Moi, je reçois un patient qui a l'ACS, il va me dire : « Moi j'ai l'ACS », d'accord très bien, sauf qu'il faut que je vérifie qu'il est à jour de ses droits d'ACS, dans sa Carte Vitale pour l'Assurance Maladie, parce que sinon il va falloir que je lui fasse payer les 7 euros non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Dans quelques cas, les médecins ont déclaré ne pas avoir été réglés de la part complémentaire. De temps en temps aussi, le système informatique est bloqué et ils n'arrivent pas à faire passer le tiers payant. Certains ont fait alors une attestation papier.

Il y a parfois des mauvaises compréhensions qui risquent de déboucher sur de nouvelles formes de jugements.

C'était quand même un peu énervant, elle avait pas de mutuelle cette dame. Elle en avait pas en fait et donc elle avait pas utilisé l'argent que la sécu lui avait donné pour acheter une mutuelle, et que ça, je trouvais ça

quand même énervant. Parce que si ils avaient des aides, ça devait servir pour le motif, quoi ! (MG, Yvelines)

Il s'agissait d'une personne qui avait reçu un accord, une attestation à utiliser auprès de la mutuelle mais qu'elle n'avait pas utilisée. Rappelons qu'il est appelé abusivement chèque santé mais qu'il s'agit d'une attestation pour la mutuelle. Non d'un vrai chèque.

Pour quelques dentistes, les bénéficiaires de l'ACS sont des patients comme les autres et ils ne signalent pas de difficultés particulières.

36. Rappel du contexte et perception de la loi par les médecins et les dentistes

Avant d'aborder les représentations des bénéficiaires de la CMU, nous reprendrons brièvement le contexte dans lequel a été mise en œuvre la Loi. La CMU de base traduit un changement de logique de la protection sociale, notamment l'affiliation à la sécurité sociale sur critère de citoyenneté, la résidence régulière sur le sol français. Leduc a analysé la perception de la CMU par des agents de la sécurité sociale et montre que certains ont été déstabilisés. Le système français a construit une dépendance entre travail, salaire et assurances sociales. Les agents de la sécurité sociale ont alors été choqués par l'ouverture de droits gratuits sans contre-partie.

« La CMU souligne la lente mutation d'un droit professionnel et familial à la protection contre la maladie en un droit personnel et individualisé, la Sécurité Sociale s'adossant aux droits fondamentaux de la personne et se détachant un peu plus de la conception originelle, comme le confirme le passage d'un financement par cotisations prélevées sur le travail à un financement par l'impôt. » (Chauchard, 2005, cité par Leduc, p. 89)

Plus encore, Leduc dévoile les enjeux sociaux et identitaires. Le soupçon de fraude partagé par de nombreux agents d'accueil de la sécurité sociale (Leduc, 2007) ne vise pas seulement à condamner un accès frauduleux mais de le faire dans un registre de comparaison, exprimant un sentiment d'injustice.

« La réduction de l'inégalité par la loi provoque à la fois la peur d'une dégradation du groupe des travailleurs par un nivellement des conditions, mais provoque également la peur d'un rattrapage de l'autre groupe, les non travailleurs, par une amélioration de leurs conditions. Ces agents proches socialement des bénéficiaires de la CMUc mettent alors en œuvre des stratégies de distanciation sociale. »

Ces agents, femmes pour la majorité, seraient selon Leduc dans une zone incertaine entre classes populaires et moyennes. Il décrit un ressentiment, « un mélange de mépris et d'envie » si l'on en croit Castel (2003), et qui attribue la responsabilité du malheur que l'on subit aux catégories juste au-dessous de soi sur l'échelle sociale. Dans ces travaux, si ces éléments de compréhension des propos qu'il a pu entendre viennent en premier, un racisme n'est pas totalement absent pour certains.

Qu'en est-il des médecins et des dentistes ?

La CMU dans ses principes est plébiscitée par tous ceux que nous avons rencontrés, incluant les syndicats. « Une vraie bonne idée », selon Hamon, « une bonne chose ».

*Moi, j'ai connu des gens qui ont été en difficulté temporaire financière, qui ont eu la CMU et qui ont été bien contents de l'avoir, qui ont pu continuer à se soigner, non là-dessus y'a rien à dire, c'est parfait.
(Hamon, FMF)*

Les témoignages sont nombreux :

C'est génial la CMU, on peut les soigner, on peut tout faire. La CMU, c'est le bonheur ! (Martha, MG)

La mise en œuvre de la CMU en 2000 a été perçue de manière plus contrastée. Elle est perçue parfois dans le cadre d'une continuité puisqu'elle remplace l'aide médicale gratuite. Mais bien plus souvent, les praticiens considèrent qu'elle a introduit un changement, voire une rupture ; pour les chirurgiens-dentistes, elle constitue un changement radical. Cette dentiste (Lorraine) rappelle les conditions difficiles d'accès aux soins avant la CMU :

Mais c'est vrai que moi mon exercice quand j'ai commencé à S. en campagne... enfin les extractions ou les gros trucs, c'était des gens qui arrivaient au dernier moment, qui avaient souvent pas un bon d'AMG. Alors le plus dur c'était les gamins, parce qu'on voyait arriver des enfants avec des cellulites et ils arrivaient au dernier moment mais il fallait qu'ils aient leur bon mais en plus ils leur donnaient au compte-goutte.

La CMUc a alors solvabilisé des patients, explique-t-elle, qui ne consultaient pas les dentistes, sauf dans l'urgence.

Alors, après nous on avait ce papelard (bon d'AMG), on essayait de se faire rembourser, ça durait 6 mois, on rangeait le papier, donc quand ils venaient avec leur papier on mettait ça à la poubelle et on s'en servait pas. Alors quand on était correct et poli, on mettait ça à la poubelle quand on avait fini de les soigner et puis on faisait des actes gratuits.

Cette solvabilisation a permis d'apaiser les relations qui pouvaient s'avérer difficiles quand un patient ne payait pas ses soins. Avant la CMU, des conflits émergeaient au moment d'aborder la question du règlement. Plusieurs praticiens témoignent de ce genre d'expérience.

La mise en œuvre de la CMU a été vécue par certains comme un « choc de civilisation » : les dentistes, et dans une moindre mesure les médecins spécialistes, ont vu arriver dans leur cabinet des populations qu'ils n'étaient pas accoutumés à recevoir. Ils n'avaient pas été préparés, ce qui a été sans doute propice à des incompréhensions mutuelles.

Avec la CMU, pour nous, ça a été un choc. On a vu rentrer dans nos cabinets des gens qu'on n'imaginait pas, qu'on connaissait pas, qu'on ne fréquentait jamais et qui sont arrivés la tête haute en revendiquant des tas de trucs, chauffés par les travailleurs sociaux qui enfin ont trouvé des moyens de leur faire soigner les dents. Chauffés par le milieu ambiant. Oui ces gens-là, il faut qu'ils accèdent aux droits. Il faut qu'ils soient soignés. Avec la CMU, on va pouvoir rattraper... ils sont arrivés en conquérants. Ils avaient leurs droits. (dentiste, Lorraine)

Plusieurs dentistes, témoins du passage de l'AMG à la CMU, déplorent un défaut de négociation entre les pouvoirs publics et leur profession. Des crispations en ont découlé, liées notamment à la tarification initiale des prothèses et au cadre limité (nombre de couronnes par an).

« On les a mis devant le fait accompli le premier janvier. Ils subodoraient... parce qu'ils avaient quand même eu les textes, lesquels textes disaient des choses complètement aberrantes. » (Elisabeth, dentiste)

Cela a amené certains à refuser les bénéficiaires de la CMU, parfois par réaction envers les pouvoirs publics, ces patients devenant les boucs émissaires de ce conflit.

37. Représentations et stéréotypes des bénéficiaires de la CMU

Nous avons vu que la CMU contribuait à institutionnaliser la pauvreté, à construire une catégorie socio-administrative alors que les bénéficiaires n'ont en commun qu'un accès à une forme spécifique de protection sociale complémentaire, en lien avec leurs revenus.

Cette catégorie s'est alors chargée de sens social et fait l'objet de préjugés dans la population⁵³. Des stéréotypes vont automatiquement s'y appliquer en tant que « groupe social » administrativement construit. Le groupe, « les CMUc », a hérité d'une partie des préjugés sur les pauvres. Quelques praticiens ont observé ce phénomène.

« Avant, on parlait des gens en situation de pauvreté qui avaient l'aide médicale. Voilà, ça passait parmi le reste. On a commencé à parler d'une catégorie CMU. Pour la profession, les CMU sont devenus la bête noire. On a mis l'étiquette CMU, ils peuvent pas venir, ils nous laissent leurs prothèses et ils nous coutent de l'argent. » (dentiste en centre de santé)

Les préjugés sur les bénéficiaires de la CMU avaient déjà été signalés dans un précédent rapport où quelques praticiens avaient été rencontrés en entretien. Si quelques-uns d'entre eux considéraient que les bénéficiaires de la CMU étaient des patients comme les autres, nombreux étaient ceux qui les percevaient comme n'honorant pas leurs rendez-vous. Ces comportements étaient rattachés à la pratique du tiers payant, « ils deviennent 'je m'en foutiste' » et parfois au manque d'éducation. La fraude était également évoquée par cette catégorie de praticiens, chacun d'entre eux pouvant donner un exemple qui lui était propre. (Desprès, Naiditch, 2006). Enfin, ils étaient considérés comme hyper consommateurs. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Représentations des bénéficiaires de la CMU

Quelques années après la mise en place de la CMU, nous avons recueilli diverses représentations des bénéficiaires de la CMUc, comme « des pauvres », relevant de la grande pauvreté dont la figure était incarnée par le « sdf », « le clochard » (Desprès, 2005). Ces représentations ont évolué sans toutefois disparaître.

A l'origine, moi j'identifie vachement la CMU comme étant destinée vraiment aux personnes qui sont dans la rue, à des gens très seuls, qui sont des chômeurs en fin de droits, tu vois, des gens qui sont vraiment dans une vraie précarité financière, je pense qu'il y a aussi des gens qui bossent pas qui ont la CMU, tu vois ? (Lorène, pédiatre)

⁵³ Desprès C. (2005), Les usages sociaux de la Couverture Médicale Universelle : des modalités d'accès aux soins différenciées pour une population plurielle, *Sciences sociales et santé*, Vol. 23, n° 4, pp 79-110.

Dans ce cadre, les bénéficiaires de la CMU, non désaffiliés, ont tendance à être pensés comme illégitimes, fraudeurs. Il faut savoir que les personnes désaffiliées fréquentent effectivement peu les cabinets de ville (mais qu'une part d'entre eux y ont droit). Quelques généralistes en ont quelques-uns parmi leurs patients, quelques dentistes aussi mais ils sont bien conscients qu'ils consultent ailleurs (hôpital, Médecins du monde, PASS) ou échappent au système de soins. Quant aux spécialistes qui ont une consultation à l'hôpital, ils constatent des différences quant au profil respectif de leur patientèle dans ces deux lieux.

Plus souvent, les bénéficiaires de la CMUc qu'ils reçoivent seraient du côté de l'*autre précarité*, une « moindre précarité ». Si les personnes ou les familles sont situées en dessous du seuil de pauvreté (ce que ne savent pas nécessairement les médecins), elles ne sont pas considérées comme précaires, parce que les représentations de la précarité se réfèrent à l'accès aux soins.

*« il est évident que ce n'est pas le cas des deux-tiers des patients CMUc que je vois, que je ne considérerais pas comme précaires, clairement. »
(Albert, dentiste, 15e)*

« Moi je n'ai pas le sentiment de me trouver face à des patients en situation précaire. » [dans son cabinet] (dentiste, Bourgogne)

Pourtant, ce dentiste reçoit 20 % de patients qui ont la CMUc. Il faut analyser ces éléments en prenant en compte le fait que les praticiens de ville ont souvent une vision parcellaire des bénéficiaires, sachant que comme nous venons de le préciser, ils n'en voient qu'une partie, en général les mieux lotis.

Ces patients « pas si précaires » peuvent être délégitimés. Ils sont facilement l'objet d'une suspicion, discours non spécifique à une catégorie de praticiens mais plus fréquent chez les médecins spécialistes et les dentistes.

Ils sont considérés comme des patients comme les autres, par de nombreux médecins généralistes, .

La perception aujourd'hui des bénéficiaires est dans la majorité des cas plus nuancée, mais elle continue à s'articuler avec un discours sur la fraude. Trois registres différents sont mobilisés. Le premier concerne la situation à l'égard du travail, les bénéficiaires de la CMUc sont des chômeurs.

Rappelons que si une partie importante des ayants droits est constituée de personnes touchant le RSA (et auparavant le RMI), de chômeurs, de personnes désaffiliées, au sens que leur donne R. Castel (1995), 'SDF', jeunes en rupture familiale, elle rassemble aussi ce qu'on appelle aujourd'hui des travailleurs pauvres, c'est-à-dire des personnes qui travaillent à temps partiel ou des familles touchant le SMIG composées d'un nombre élevé d'enfants⁵⁴. Le fait qu'une personne travaille va à rebours des représentations dominantes de la pauvreté ou de la précarité.

⁵⁴ D'après une étude de la DREES, 26 % des bénéficiaires d'âge actif occupent un emploi, au chômage dans 35 % des cas, retraitée dans 1 % des cas et inactive dans 26 % des cas (ces résultats concernent la personne de référence du ménage).

Albert, dentiste parisien, connaît des patients qui travaillent à temps plein et comptent de l'existence du SMIG ne comprend pas que la CMU ait pu leur être attribuée. Il reconnaît ne pas connaître les critères d'attribution de la CMU.

Le second registre concerne les stigmates de la pauvreté. Le bénéficiaire de la CMU est un pauvre, il doit en porter les attributs, dans sa mise, son apparence vestimentaire, une « allure négligée » ou sur des signes corporels rendant compte des effets de la pauvreté sur la santé comme l'état bucco-dentaire, par exemple. Or, la situation de pauvreté au sens économique du terme peut être provisoire, ou nouvelle, notamment dans un contexte de crise économique. En effet, les « nouveaux pauvres » peuvent encore présenter les reliquats d'une vie passée plus glorieuse, les bijoux offerts dans une vie antérieure que l'on a gardés quitte à vivre plus misérablement encore.

Or, si les bénéficiaires de la CMUc sont bien pauvres en termes économiques (le plafond d'attribution est en-dessous du seuil de pauvreté), au moment « t » du calcul de ressources (fait sur les 12 mois précédents), ils n'ont pas nécessairement incorporé « l'identité de pauvres ». La santé ne se dégrade pas nécessairement rapidement, quand on a engrangé de belles années. Certaines attitudes acquises dans l'enfance perdurent, même quand la situation économique s'est fortement dégradée, brossage de dents, habitudes alimentaires, exercice physique (marche à pied, par exemple)... Leurs comportements ne sont pas non plus ceux que l'on attend des « pauvres », position d'humilité notamment, tête baissée sentiment de honte qui se lit dans le regard... la figure du « bon pauvre ». Parfois, l'individu revendique explicitement un droit, plutôt que se résigner à recevoir une assistance, ce qui apparaît aux yeux de certains comme de l'arrogance, voire du manque de respect à leur égard.

Enfin, le troisième registre est celui des consommations. La vision du pauvre est celle d'un être rationnel qui dépensera le peu d'argent qu'il a pour satisfaire des besoins, besoins hiérarchisés selon la logique des professionnels de santé, les soins ayant une place de choix dans cette hiérarchie. Toute dépense jugée inconsidérée apparaît comme un signe d'une situation qui n'est finalement pas si mauvaise que ça.

Des bénéficiaires sous suspicion de fraude

Les suspicions de fraude sont fréquemment évoquées par des praticiens qui, par ailleurs, ne connaissent pas les seuils d'attribution de la CMUc. Quelques-uns dénoncent une fraude courante, fréquente. Pour d'autres, ce sont des cas isolés qu'ils ont pu constater par eux-mêmes.

En matière de CMU, je peux vous dire que y'a quand même des trous dans le dispositif parce que moi j'ai vu une nana qui revenait des Canaries, avec sa famille toute bronzée, c'est une gamine que je connais depuis longtemps. Dont je connais la famille, qui est pas... bon qui roule pas sur l'or mais qui n'est pas dans le besoin, qui a une carte de CMU, toi t'as la CMU toi ? Et alors elle a un mec qui déclare rien, qui bosse et qui gagne très bien sa vie mais qui déclare rien. Donc elle a la CMU, elle passe à travers les gouttes. (MG, banlieue sud-ouest)

Si certains praticiens (souvent généralistes mais pas exclusivement) connaissent précisément la situation de la famille, dans un certain nombre de cas, ces suspicions de fraudes reposent sur des impressions, des éléments subjectifs. La légitimité est mise en question quand les attributs de la pauvreté ne sont pas visibles, ce que nous avons déjà

observé dans une étude auprès des agents d'accueil de la sécurité sociale dans le 94 et que confirmait Leduc (2007).

Des idées et des préjugés circulent, avant même d'avoir rencontré un bénéficiaire de la CMU. Dans une étude réalisée auprès d'étudiants en médecine en DCEM4/DFASM3, soit 6^e année des études médicales (Etcheberry, 2015), plus de la majorité des étudiants (52,4%) pensent que les fraudes au dispositif CMUc sont fortement préoccupantes, 2 étudiants sur 10 « non préoccupantes à peu préoccupantes ».

L'idée de fraude est en partie rattachée au fait que des personnes sont considérées comme « trop riches » pour avoir le droit à la CMUc. Nous pensons que cette croyance découle d'une mauvaise estimation du niveau de revenu de leurs patients. La plupart des études montrent une mauvaise connaissance des plafonds d'attribution, une surestimation du plafond donnant droit à l'ouverture de droits (Petitcollot, L., 2011, Etcheberry, op. cit.), parfois une sous-estimation (Mériaux, 2013). L'étude de Luaces auprès de médecins généralistes d'Aquitaine en 2011 montre une sous-estimation, tirant les représentations des bénéficiaires vers la grande pauvreté ce qui expliquerait alors l'impression de fraudes.

Face à des patients qui bénéficient de la CMU, qui ne présentent pas les stigmates de la pauvreté, possèdent éventuellement un bijou ou un téléphone, « trop voyants », et ne connaissant ni les seuils d'attribution, ni les revenus précis de leurs patients, les praticiens n'ont pas les moyens de juger objectivement de sa légitimité. Ils ont des impressions, des ressentis et leurs doutes viennent se renforcer en échangeant avec leurs collègues.

Y a beaucoup de gens qui sont soi-disant CMU, qui sont soi-disant au chômage qui travaillent au noir. Ça, c'est hallucinant ! je ne suis pas la seule à le dire, mon gynéco m'a dit qu'il avait pas mal de CMU, il est dans le 9^e, il m'a dit qu'il avait pas mal de ce genre de patients qui avaient des hôtels à Marrakech, qui sont propriétaires d'hôtels. (dentiste, 18^e)

Des effets de rumeur viennent les conforter, celle du bénéficiaire de la CMU qui posséderait une voiture luxueuse. Les praticiens ont rarement observé la fameuse BMW de leurs propres yeux.

Donc c'est vrai que des fois t'as vraiment un doute, c'est vraiment désagréable, parce que tu sais c'est comme les gens qui ont des belles voitures et qui payent pas d'impôts. Tu te dis mais attends moi je paye mes impôts comme tout le monde, ça me saoule ! Mais je les paye parce que je pense que c'est important comme système et parce que j'ai pas le choix ! Mais quand même, quand tu tombes sur ce genre de gens t'as quand même l'impression de te faire arnaquer ! (Lorène)

Dans certain cas, ils ont pu observer par eux-mêmes des éléments discordants, « un 200 m² avenue Foch », une patiente qui ferait des allers retours entre la France et l'Afrique⁵⁵.

⁵⁵ Notons dans certains cas qu'il pourrait s'agir d'une bénéficiaire de la CMU de base, qui paye des cotisations

Parmi les praticiens qui considèrent qu'il y a des fraudes, deux formes de positionnements sont observés : ceux qui trouvent que c'est insupportable et ceux qui considèrent que ce n'est pas leur problème.

C'est pas mes oignons. (Michèle, gynécologue, Paris)

Encore une fois, la vision des bénéficiaires comme non légitimes à accéder à ce droit est plus nuancée qu'il y a quelques années. Plusieurs interlocuteurs (incluant plusieurs syndicats de médecins) rappellent l'importance des non recours, phénomène social bien plus problématique que les taux présumés et estimés de fraudes à la CMU. Occasionnellement, nous avons entendu des praticiens (hors champ de l'étude) déplorer que l'attribution se fasse sans justificatif et sans mécanisme de contrôle. Ce type de discours reste marginal et concerne plutôt l'AME.

Moi je pense pas que les gens qui ont la CMU trichent. Non, je pense pas. de toute façon la CMU c'est quand même contrôlé. Là où il y a de la triche, c'est quand même l'aide médicale d'Etat. Infernal ce truc quand même. Quelque part. J'ai reçu des patientes... Honnêtement, je m'en suis débarrassée des dames africaines, de la bonne société africaine qui vont et viennent entre Dakar et Paris⁵⁶ comme toi tu vas à Levallois. Et qui déclarent ici qu'elles ont pas de revenus et ont l'AME. Parce que l'AME c'est déclaratif. Tu dis que tu n'as pas de revenus. Là, c'est agaçant quoi ! c'est vrai. (Gynécologue, Paris, s2)

Un jugement normatif sur les dépenses

Quand les praticiens (une partie d'entre eux) ne se saisissent pas de la possession d'objets « de luxe » pour délégitimer l'attribution de la CMUc, des jugements normatifs sur leurs dépenses sont fréquemment constatés. Des dépenses de prestige (comme un écran plat) pour des patients pauvres contribuent à redonner du statut social mais ces conduites sont retournées contre eux pour démontrer une incapacité à gérer son argent et le quotidien.

Lorène, pédiatre, interroge une mère sur leur projet du week-end et apprend qu'elle emmène ses enfants à Disneyland car elle détient désormais un abonnement.

Je sais pas combien coute un abonnement à Disneyland mais j'ai une vague idée du prix d'entrée donc un abonnement ça doit être vraiment cher, et je me suis dit... enfin je me suis dit : moi mes enfants je leur achète pas un abonnement à Disneyland quoi ! Moi ça me paraît être un truc, pour moi c'est luxueux si tu veux.

C'était aussi parce que c'est quelquefois dans des familles comme ça... plus précaires qu'on a, comme ça, un écran plasma à 3000 euros et un super abonnement alors que, dès fois on finit pas les mois.

⁵⁶ Notons une discordance, les personnes sans papiers ne sont pas réputées pour circuler de part et d'autre de la frontière, courant le risque de ne plus pouvoir entrer sur le territoire français...

Si ces propos révèlent des jugements normatifs sur les arbitrages financiers, ils sont aussi une porte d'entrée à des formes de suspicion :

Et ça, c'est pas toujours évident en fait, de savoir à quel point la CMU est justifiée ou pas. Alors c'est pas notre boulot de la justifier, mais on sait qu'il y a beaucoup d'abus dans le système de santé... (Lorène, pédiatre)

Encore une fois, ces propos ne peuvent être détachés d'une méconnaissance des critères d'attribution de la CMUc et des seuils que Lorène domine mal. Le discours nous semble parfois ambivalent, précautionneux, en essayant de maîtriser ses propos devant le chercheur.

Au-delà d'un jugement sur les dépenses, cet achat rend compte de choix et de valeurs quand on dépense dans un contexte contraint financièrement. Cela renvoie symboliquement, en arrière-plan au peu de valeur qui serait créditée aux soins dispensés, discours qui ne peut être détaché d'un sentiment des médecins de perte de prestige de leur profession.

« Je pense qu'il y avait un peu d'argent qui tombait, mais pas beaucoup, qui était claqué de façon complètement... déraisonnable mais à un moment donné, voilà... faut aussi être correct. Enfin me dis pas que tu peux pas acheter une pilule quand... non, non. T'as un super Iphone, à l'époque ça existait pas. Moi quand même j'en ai vu pas mal ça. »(Justine, gynécologue)

Rendez-vous non honorés ?

L'absentéisme est un des arguments le plus souvent invoqué pour « blâmer » les bénéficiaires de la CMU. Les patients qui ne viennent pas à leur rendez-vous, très souvent sans prévenir deviennent un problème, pointé par tous les praticiens, un phénomène nouveau pour les plus anciens. Tous l'évoquent. Cet absentéisme semble un phénomène généralisé.

« Est-ce que vous savez qu'aujourd'hui il y a 26 millions, 26 millions, de rendez-vous pris par les patients, non-honorés annuellement, auprès des médecins libéraux. 26 millions ! Et attendez, moi j'en ai tous les jours dans ma consultation ! (CSMF)

Il a donné jour à des pratiques nouvelles de manière à en réduire les effets désorganisateur, à l'hôpital ou en cabinet.

Un psychanalyste libéral constate qu'aujourd'hui la moitié des patients n'honore pas leur rendez-vous. Un pneumologue qui assure une demi-journée de consultations dans un dispensaire déplore une perte de temps. Il a cessé ces consultations.

« J'avais des consultations pleines avec dix rendez-vous et y en avait quatre qui venaient. Alors je poireautais, j'avais plein de boulot ici, et je poireautais au dispensaire à me tourner les pouces en me disant... c'est gratuit, les gens, ils prennent rendez-vous, ils viennent pas. »

Qu'en est-il des personnes en situation de précarité ? Des travaux sur le rapport au temps des personnes vivant dans la grande pauvreté montrent des difficultés à anticiper et à s'organiser quand la gestion des problèmes de quotidien submerge le présent. Cela pourrait expliquer des difficultés à anticiper un rendez-vous très en avance, des urgences engageant la survie peuvent également expliquer des rendez-vous manqués. Cela concerne une frange de cette population, pas nécessairement ceux qui fréquentent quotidiennement un médecin généraliste, encore moins un spécialiste.

Dans sa thèse, Estelle Machat aborde cette question de l'absentéisme des patients de catégories sociales défavorisées, souvent donc des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Celle-ci a été explorée particulièrement dans une étude réalisée en milieu hospitalo-universitaire, donc caractérisée par un contexte particulier où le colloque singulier est remplacé par une triade patient-étudiant-enseignant-praticien. Les taux d'absentéisme y sont importants. Elle montre l'absence d'une recherche explicite de consentement, l'absence au rendez-vous reste alors la solution pour le patient d'exprimer son refus de continuer les soins.

Plusieurs médecins nous ont dit avoir regardé précisément avant l'entretien, qui était concerné par les rendez-vous non honorés dans leur patientèle sans que les CMU soient surreprésentés. D'autres affirment le contraire.

Et aujourd'hui on est à quasiment 10 % de rendez-vous non honorés, c'est énorme ! C'est énorme. Alors, quand on regarde qui n'honore pas les rendez-vous, il est exact de dire qu'il y a une proportion de CMU ou de précarité non négligeable et probablement plus importante que de populations de classes sociales moins défavorisées, qui n'honorent pas les rendez-vous. Et c'est vrai que ça agace, mais il faut s'interroger pourquoi. (CSMF)

J'ai regardé, puisqu'on se rencontrait : l'absentéisme dans mon cabinet est généré 6 à 7 fois plus, plutôt 7 fois plus, par des patients en CMU complémentaire que par des patients hors CMU complémentaire. (dentiste, syndicat UJCD)

Même si je changerai pas ma pratique parce que c'est pas ma façon de voir les choses dans la vie mais y a quelques trucs qui sont un peu compliqués, les gens qui ont la CMU en tous cas de moi ce que j'ai pu expérimenter, il y en a pas mal qui décommandent et qui ne viennent jamais. Voire même pas mal du tout. » (Justine, gynécologue, 92)

-Les CMU c'est quand même des gens parmi lesquels y a beaucoup plus d'absentéisme, que la population générale. Ça...

-Vous l'expliquez comment ?

-Parce que ça n'a pas d'importance, ça n'a pas de valeur. Ça n'a pas de valeur, c'est gratuit ! (pneumologue)

Parfois, ce sont des populations appartenant à des catégories ethniques spécifiques.

Alors moi je le sais. Je sais que j'ai dans ma patientèle des classes sociales particulièrement défavorisées, en particulier la population gitane, je le sais. Et j'en tiens compte, je sais que si j'ai beaucoup de rendez-vous

pris par la population gitane, à tous les coups j'en aurai un sur deux qui viendra. (spécialiste, Perpignan)

Nous pourrions continuer à déployer des témoignages qui vont dans ce sens, de la part de praticiens qui reçoivent les bénéficiaires de la CMU comme de ceux qui y sont hostiles, voire les refusent. La véracité de cette affirmation reste à démontrer et des études quantitatives seraient bienvenues. Par contre, le phénomène semble étendu à la population générale, et donc logiquement les bénéficiaires de la CMU n'en sont pas exemptés. Sans être nécessairement plus fréquents que chez les autres patients, il pourrait être plus visible et moins toléré chez ceux-ci, mis en visibilité.

S'ils ratent deux rendez-vous, je leur dis excusez-moi..., surtout les CMUs parce que ça arrive bien souvent avec les CMUs. Je leur explique calmement. [...] Je leur dis si vous voulez qu'on continue ensemble, vous allez me payer le rendez-vous manqué qui ne sera pas remboursé. (dentiste, 94)

Ce qui chez tout autre patient sera rapporté à son manque d'éducation (individuelle) ou de multiples raisons possibles, est renvoyé, ici, à un comportement propre à un groupe précis. Il y a surdétermination culturelle.

« Quand un patient est en retard, nous nous en accommodons ou nous nous en indignons ; mais si ce patient est pauvre, nous disons que c'est parce qu'il est pauvre, que les pauvres n'ont plus le sens du temps et de la ponctualité, qu'il faut leur donner des rendez-vous stricts pour leur apprendre à retrouver leurs repères. » (Fassin, 2000)

Les rendez-vous non honorés peuvent être vécus comme un manque de respect et le témoignage de la dégradation de leur statut dans la société par les professionnels. Les retards relèvent de ce même registre.

Ces rendez-vous non honorés ont effectivement des effets perturbateurs sur l'organisation des cabinets libéraux et les autres patients en pâtissent puisque les plages de rendez-vous bloquées retardent les délais de rendez-vous.

Et c'est vrai que quand vous avez X patientes qui attendent pour avoir un RDV et que vous êtes là, et que personne ne vient pendant une demi-heure, et que vous savez que vous avez 5 demandes de rdv en urgence, au bout d'un moment ça finit par fatiguer et c'est vrai que c'est chiant. » (Justine, gynécologue, Asnières)

Certains distinguent les rendez-vous non honorés de la difficulté à suivre un parcours de soins, à s'inscrire dans une continuité des soins qui n'est pas spécifique à la précarité mais qui est plus fréquente dans cette population. Plusieurs types de rendez-vous non honorés (le patient ne vient pas et ne prévient pas) sont ainsi décrits par une dentiste travaillant dans un centre de santé en région parisienne.

On a les gens qui oublient, qui oublient de prévenir et qui se ramènent le lendemain. Et puis on a ceux qui abandonnent. C'est à dire qu'ils vont revenir deux ans après. Mais qui vont pas revenir 8 jours après. Ah ben j'ai oublié de prévenir. Pour moi, c'est deux catégories. Si on leur dit, écoutez, c'est pas gentil. Vous savez bien comment on travaille, vous savez bien que... etc. on diminue beaucoup le pourcentage de ces gens-là. Il en

reste. Mais moi, ça m'est arrivé d'oublier un rdv de médecin. » (dentiste, région parisienne)

La problématique de l'inscription des soins dans la continuité, dans le temps, est particulièrement évoquée par les dentistes, notamment parce qu'ils délivrent des soins qui s'inscrivent dans une temporalité particulière (sur plusieurs consultations, plusieurs semaines, parfois plusieurs mois). La difficulté de certains patients est à relier à une trajectoire professionnelle instable et une protection sociale fluctuante, ce que les praticiens évoquent rarement. Plusieurs ordres d'explications peuvent être avancés selon les cas, que les praticiens n'évoquent pas. Ainsi, elle peut être expliquée par exemple par des ruptures de droits imputables au système de protection sociale et son organisation alors qu'ils sont fréquemment considérés comme une négligence des patients (perte de la CMUc au cours du parcours de soins par exemple). Les violences institutionnelles subies à d'autres occasions expliquent également une méfiance et un éloignement des soins ou des organismes sociaux de certaines personnes vivant dans la précarité.

En dentaire, l'abandon des soins peut poser des problèmes financiers aux praticiens s'ils s'avèrent fréquents.

Moi ça m'est arrivé, quand même, quelques fois, plusieurs fois par an, où par exemple on va faire des prothèses, et le patient ne vient pas à la pose de prothèse. C'est-à-dire que là, vous êtes dans la gabegie totale, vous êtes sur la fin d'un plan de traitement, vous devez stabiliser les choses. Les prothèses, elles sont là pour stabiliser les choses.

Au-delà de la question financière, le praticien se pose des questions, en tout cas celui-ci :

Ça veut dire qu'entre le patient et vous il y a eu une incompréhension totale parce que, bon, qu'il loupe son rendez-vous pour x raisons, et il peut y avoir des raisons très valables, à ne pas pouvoir se rendre... Mais qu'il ne reprend pas contact avec vous, qu'il ne se pose jamais la question de dire « Mais on fait un truc là, ça fait x semaines que je vois mon dentiste... » Vous voyez ce que je veux dire ? Il ne vient pas à la pose des prothèses, c'est presque l'échec total. (Dentiste UJCD)

Cette autre dentiste travaillant dans un centre de santé de la Croix-Rouge en banlieue nord de Paris aborde ces ruptures, ces abandons de manière différente :

Les situations dentaires, elles sont très très lourdes souvent. C'est des gens qui sont allés de rupture en rupture au niveau des soins. Quand ils arrivent, ils sont souvent dans des situations catastrophiques, pas tous... Y a un enjeu important pour leur santé et y a un enjeu : est-ce qu'on arrive à sortir de ces ruptures permanentes ou pas. On y arrive pas avec tous. Mais on y arrive avec certains.

C'est tout l'intérêt de son métier. Un enjeu relationnel et un défi :

Ceux avec qui on y arrive pas, on a envie de... j'ai envie de dire, poser un caillou, c'est-à-dire une expérience positive qui sera peut-être suivie d'une rupture. Mais qui reste une mémoire d'une expérience positive. Ça

je trouve ça intéressant. Parce que quelque fois, on les revoit deux ans après, on les revoit plus, ils disparaissent et deux ans après ils viennent deux ans après et disent, je reviens parce que ça s'est tellement bien passé que c'était évident que j'allais revenir. Oui mais ça fait deux ans ! Ah ben oui mais depuis 2 ans, y a eu plein de choses, j'ai pas pu, j'ai ceci, j'ai cela. Mais là, ça y est. On redémarre un processus, on sait pas jusqu'où il va aller. Avec certains, il va aller jusqu'au bout, du coup, ça lâche pas, avec d'autres...

Les CMU, gros consommateurs de soins ?

La surconsommation de soins, des demandes inconsidérées d'examens radiologiques (comme scanner, IRM), font partie des discours véhiculés sur les bénéficiaires de la CMUc. Rappelons à ce sujet que les études de l'Irdes démontrent qu'il n'y a pas de surconsommation des bénéficiaires de la CMUc mais un phénomène de rattrapage (Grignon, Perronin, 2003). L'étude d'Etcheberry (op. cit.) montre que 26,6% d'entre eux pensent que les bénéficiaires de la CMUc sur-consultent en médecine ambulatoire (médecine générale et de spécialité) par rapport à la population générale⁵⁷. Ils sont 47,7% à penser qu'ils consultent moins souvent. A l'inverse, dans l'étude de Petitcollot (2011), 70,1% des étudiants (internes en médecine générale franciliens) associent «consultation" itérative" injustifiée" et "abus" aux patients bénéficiaires de la CMUc.

Ils sont déjà en partie conditionnés avant de commencer à exercer. Ces représentations sont alimentées par les discours véhiculés dans la profession.

Il y a une observation qu'on a souvent, c'est que les personnes ayant la CMU consultent plus souvent. Ça c'est la constante. En fait, dans la majorité des cabinets où j'ai été, on a vraiment été, on a vraiment l'idée... ah bah tiens ils reviennent encore. C'est des CMUs. (Lorène, pédiatre)

Les comportements de « surconsultation des familles CMU » sont rattachés à la gratuité dont ils bénéficient grâce au tiers-payant, « qui déresponsabilise les gens ».

C'est à dire que comme ils payent pas, on a l'idée qu'ils consultent beaucoup plus facilement, et pour des petites merdes. Franchement en général c'est vraiment pour des petits trucs, c'est à dire qu'une maman qui a un enfant qui a un nez qui coule depuis 48h, sans fièvre à l'âge de trois ans, c'est-à-dire que n'importe qui l'enverrait à l'école, elle va venir consulter et demander un sirop, mais un sirop remboursé, en fait. Alors qu'une maman standard, je sais pas si c'est conscient en fait, mais elle aura pas envie d'aller chez le médecin pour rien, et est-ce que consciemment ou pas elle se dit que ça lui coutera de l'argent, j'en sais rien mais... ça c'est un constat. (Lorène)

De même, cette gynécologue qui observe ces conduites plus souvent dans sa consultation hospitalière. Il en est de même d'une autre gynécologue qui compare aussi ses patientes « libérales » et celles de l'hôpital.

⁵⁷ A noter que l'auteure de l'étude considère la réponse comme juste.

Y a un truc qu'on pourrait dire et qui des fois t'agace, c'est les patients CMUistes qui consomment énormément de médicaments et de médecine et des fois, ça t'agace gravement. Mais ça je le vois plus à l'hôpital avec mes patientes qui sont séropositives qui ont des traitements qui coutent excessivement cher, mais comme elles payent rien parce qu'elles voient pas...(Michèle, Gynécologue Paris S2 2009)

Justine (gynécologue, Asnières, activité mixte) voit aussi dans un cadre hospitalier plusieurs femmes africaines suivies pour un sida qu'elle a pu opérer précédemment.

Parfois, elles ont des soucis donc j'ai dû les opérer, et elles reviennent me voir en fait. Et je ne peux pas dire non, dans cette situation-là en fait. Et comme elles n'ont rien à déboursier, je sais que, du coup, elles viennent me voir parce que ça leur fait du bien, je suis contente pour elles. En même temps, peut-être qu'il y aurait d'autres endroits un peu plus appropriés, que si elles dépensaient un petit peu, elles viendraient me voir peut-être pas tous les mois. »

Ce qui est mis en avant par cette praticienne, ce sont les conduites des patientes plutôt que les dysfonctionnements du système et le manque d'espaces d'écoute, pour des femmes mal insérées dans la société parce que migrantes, qui en connaissent mal les rouages et qui peuvent en plus être doublement discriminées du fait de leur statut de migrantes et du fait de leur maladie. Elle évoque pourtant bien le fait que cette demande relèverait d'une prise en charge par les médecins généralistes mais qu'ils reçoivent ces patientes trop vite :

« Le Généraliste, ça va très vite, ils les voient 10 minutes un quart d'heure. C'est ça que je veux dire. Ils torchent quoi. Ils torchent les consultations. »

Plus nuancée que les précédentes dans ses propos, cette gynécologue parisienne relate les mêmes phénomènes :

Alors j'ai l'impression que c'est quand même des patientes... Y a des patientes... nickel, très bien comme partout quoi. Mais y a des patientes qui viennent pour me montrer un résultat, alors que je leur ai dit que si c'était normal, c'était pas la peine de me montrer, et qui reviennent sous prétexte de ne pas payer la consult' parce qu'elles ne payent rien du tout, elles reviennent en consult' quoi. C'est vraiment pas nécessaire. (Hélène, gynécologue)

Comme pour le discours sur la fraude (à l'accès aux droits), les représentations sur la surconsommation sont partagées entre collègues ce qui a pour effet de les renforcer.

Un nombre de praticiens, parmi les plus impliqués dans les questions d'accès aux soins, dénoncent pour leur part ces discours. Les études de l'IRDES et de la DRESS dont certains ont pris connaissance qui démontrent l'absence de surconsommation ont largement participé à déconstruire ces représentations. Parfois, leurs propos s'appuient simplement sur leurs propres expériences de praticiens pour infirmer les représentations dominantes. Un médecin généraliste représentant de la SMG rappelle :

« ça pose pas de problème, les gens consomment pas plus, faut être clair. Moi mes patients CMU, je les vois pas plus que les autres, ou peut-être que la campagne est un milieu privilégié, je sais pas. »(MG)

« Y a sûrement des gens qui abusent mais d'une façon générale l'ensemble des études ont bien montré que les gens qui ont droit à la CMU ont un effet rattrapage. » (SMG)

Une autre médecin généraliste évoque spontanément ces stéréotypes sur les bénéficiaires de la CMUc, qui nous l'avons dit, circulent dans le milieu. Elle récuse cette idée de surconsommation. Elle ne l'a pas du tout observé pour sa patientèle.

Nous pouvons apporter quelques réflexions sur ces conduites de consommation. Les travaux montrent des phénomènes de rattrapage au début de l'entrée dans le dispositif qui s'atténuent dans le temps. Par ailleurs, ces études statistiques sont fondées sur des moyennes, ce qui n'empêche pas que certains des bénéficiaires consultent plus souvent et de manière parfois mal justifiée. Dans nos travaux dans le Nord, nous avons pu constater une sous-utilisation du système de soins par les personnes plus âgées, héritage de leurs parents, alors que pour les jeunes générations, un manque de confiance dans ses propres compétences, surtout quand l'enfant est malade peut expliquer des recours excessifs ainsi qu'une évolution des normes. Les résultats des études quantitatives sont fondés sur des moyennes qui captent mal les différences au sein d'un groupe hétérogène comme l'est la CMU.

Notons que la représentation des bénéficiaires de la CMUc qui surconsomment n'est pas observée chez les dentistes. Aller chez un dentiste reste peu agréable, même si les pratiques actuelles d'anesthésie ont largement fait disparaître la douleur. Cela reste « profondément ancré dans l'esprit des gens » (dentiste Santé publique) associée selon lui à des représentations que cela coûte cher (pour le soigné), « peut-être plus chez les précaires ». Des études montrent un rapport particulier des personnes en situation de grande pauvreté face à la santé bucco-dentaire. Plusieurs études montrent une mauvaise santé buccodentaire des personnes en situation de précarité, avec notamment un nombre plus important de dents manquantes que la population générale et une sous-estimation de leur nombre par les patients, une moindre demande (besoin ressenti), un faible recours aux soins de dentiste (Rochereau, Azogui-Levy, 2013). Quand ils consultent, leur état buccodentaire est fréquemment très dégradé et nécessite des soins plus lourds, plus complexes. Ce qui est souvent rattaché à leurs difficultés de vie et leur hiérarchisation :

Une partie des gens qui ont des problèmes de dents, c'est parce que c'est pas leur priorité. (dentiste parisien)

A l'opposé des discours sur la surconsommation des bénéficiaires de la CMUc, une culture du renoncement, du non soins est parfois évoquée :

Dans un certain milieu... non pas milieu, dans un certain type d'éducation. Ils pensent qu'ils peuvent bouffer comme ça. Ils ont toujours vu leur père édenté. Ils sont habitués à voir les gens édentés. Comme dirait l'autre, les sans-dents. »

Un autre évoque le cas d'une famille amenant un adolescent présentant une carie banale sur une molaire et avant qu'il ne dise quoi que ce soit, demandant au dentiste d'arracher la dent, ce qui l'a choqué.

Des patients vindicatifs ?

Des stéréotypes sur le comportement des patients sont également signalés, de même que pour la question de la fraude et des rendez-vous non honorés. Il suffit que cela arrive à un patient pour que cela soit rapporté à son statut social ou l'attribution de la CMU, gratuité aidant, ce qui les rendrait irresponsables.

Certains les présentent comme exigeants :

Ils veulent de la super qualité, ils viennent pas aux rdv. Ils râlent tout le temps sur ce qui a été fait par les prédécesseurs. Vous êtes pas responsable au niveau du prédécesseur si ça a pas été bien fait, je ne suis pas responsable. C'est pas mon problème ! Je suis désolée pour le patient, mais je ne peux pas encaisser les doléances...

Elle donne un exemple.

« Lui, il travaille au noir. Il est super-exigeant. Il a été dans un centre de soins... C'est vrai qu'on lui a fait un sabotage au centre de soins. Il a été très mal soigné. On lui a laissé des caries. Alors la couronne, il dit, il faut ci, il faut ça. Le problème de la CMU, c'est que les soins de gencive ne sont pas pris en charge. »

Notons que certains patients ont vécu des expériences désagréables, des erreurs médicales ont pu être faites à leur encontre. La méfiance s'installe dans les rapports. L'exemple rapporté ci-dessus pourrait s'inscrire dans ce contexte expliquant cette exigence alors que le patient vient d'être mal soigné, voire une agressivité à l'encontre de la profession.

Cet autre dentiste (94) constate que :

« C'est pas toujours des gens faciles à soigner. Ils sont très exigeants, ils veulent surtout rien payer. Y en a qui sont très gentils. Pas de problème. Mais y en a qui ne sont pas gentils. Là on leur dit : allez vous soigner ailleurs !

Plus souvent qu'exigeants, ils sont décrits comme revendicatifs.

Il a le droit à des soins gratuits mais il vient pas, il s'excuse pas. Et en plus, ce sont des gens qui pour la majorité, sont les plus revendicatifs. (dentiste, 13^e, 2009)

Ils se positionnent comme revendiquant un droit, « dans un rapport de j'y-ai-droit » ce qui paraît légitime dans l'absolu, d'autant que ce droit est parfois bafoué, mais ce qui est insupportable à de nombreux praticiens.

Il n'est pas à écarter que ce positionnement qui concerne plutôt les patients ayant la CMU soit une conséquence du refus de soins qui a été médiatisé ou dont ils ont pu faire l'expérience. Une attitude défensive. De même, l'agressivité d'une personne peut être liée aux expériences antérieures qu'elle a vécues et au développement de stratégies de

défense. Cette compréhension que certains praticiens développent leur permet de désamorcer certains comportements.

Quand quelqu'un s'énerve, je sais qu'il y a des choses derrière et que ce n'est pas forcément contre moi. Y a toute une histoire qui a dû aboutir à ce que ça se passe comme ça. (MG, Rhône-Alpes)

Parfois, ils peuvent sur-interpréter un refus du praticien, ou quand un règlement est demandé pour un acte non pris en charge. « Avec les CMU, il faudrait que tout soit pris en charge de A à Z. » Ou encore quand le praticien rencontre des difficultés techniques.

Donc ils arrivent de toute façon c'est gratuit, quand tu leur demandes leur carte vitale ils sont là bon bah attendez j'ai la CMU. Parce que c'est gratuit en fait, ils se rendent pas compte que toi derrière t'es payé par la Sécu, ce qui... pour le coup, ça fonctionne bien maintenant, ce qui était pas le cas avant, mais ils arrivent et... si la CMU bloque il est hors de question pour eux de faire quoi que ce soit. Tu dis, attendez, passez au moins le papier, tu sais t'as vraiment l'impression de quémander, ça c'est vrai que ça arrive régulièrement en fait d'avoir des gens qui sont vraiment... C'est à dire que la société leur doit vraiment quelque chose ! (Lorène)

Pour certains praticiens, la CMU a construit au fil du temps, une logique de gratuité dont ils seraient prisonniers.

« Le panier de soins, il est quand même limité. Et nous, on n'y peut rien. Il y a des choses qui ne sont pas prises en charge, ni pour un CMU, ni pour un non CMU. Mais les CMU, ils partent du principe que tout doit être payé.

Des situations ont aussi été rapportées où le patient exigeait un examen (notamment l'IRM, à haute valeur symbolique), comme un dû, ce qui est aussi une manière de récuser les compétences du médecin, en ignorant que c'est lui qui est juge de son indication.

Des patients étrangers

Bien que peu fréquemment, le lien entre la CMU et l'origine des personnes a pu être évoqué. Une dentiste demande à son secrétariat de demander la couverture complémentaire aux patients dont le nom a une consonance étrangère ou qui ont un accent. Une autre à qui il est demandé quelle est la population ciblée par la CMU répond :

« C'est des gens d'origine étrangère. Il y a pas beaucoup de Français. Si c'est ça, l'intention de votre question. [ça ne l'était pas]. En général, des gens d'Afrique du Nord. Peut-être qu'ils ont la nationalité française, j'en sais rien mais la consonance des noms, c'est que des gens d'Afrique du Nord. En majorité, c'est ça. C'est peut-être dû au quartier du 18^e. J'en sais rien. » (dentiste 18^e, 2009)

Les représentations dominantes et la manière dont les stéréotypes sont mis en forme dans les discours dénotent une tendance à l'essentialisation : les conduites dans un contexte de pauvreté y apparaissent comme résultant d'une « nature » des personnes pauvres. Les travaux sur la pauvreté montrent à l'inverse que les attitudes et les conduites sont le résultat d'une organisation sociale hiérarchisée, de la répartition des richesses et des politiques de solidarité, parfois d'attitudes défensives en lien avec des expériences antérieures de disqualification, parfois d'humiliations, de discrimination.

38. Les représentations non dominantes

D'autres représentations moins fréquentes, concernent des praticiens qui ont une patientèle plutôt issue des couches populaires, dont une part est en situation de précarité. Ceux que nous avons rencontrés (notamment les médecins généralistes du focus groupe) sont confrontés à diverses formes de précarité. Il n'y a pas de discours structuré sur « les CMUs » mais des représentations émergent derrière les justifications qu'ils donnent à soigner de telle ou telle façon. C'est la situation de précarité qui est l'objet de représentations et la catégorie « CMU », même si elle est utilisée de temps en temps, n'est pas opérante pour parler de précarité.

Ils connaissent les préjugés et les stéréotypes véhiculés dans la profession et les récuse. Un extrait des échanges dans le focus groupe est rapporté ci-dessous témoignant de la circulation de ces préjugés dans la population, et qu'ils ironisent :

M1 : ce qui se dit c'est que ceux qui ont la CMU, c'est ceux qui viennent pas

M2 : c'est ceux qui viennent trop ! Tu entends le contraire

M1 : qui surconsomment

M3 : Qui consomment trop

M2 : Ils consomment ou ils viennent pas.

M1 : ceux qui annulent pas leur rdv et qui ne viennent pas et ceux qui viennent pour rien.

M1 : les gens qui ont la CMU, c'est des gens qui ne payent pas. Ils se rendent pas compte du prix des choses (ton ironique)

Ils sont aussi conscients d'un état de santé plus dégradé, qu'ils relient à des déterminants de santé, hors du système de soins (mais relativement peu fréquemment).

Des fois la santé, ça vient quand même... loin derrière. Pour un petit facteur de risque, on va pas s'emmerder ! (Pierre, MG, focus groupe)

Catherine définit la précarité ainsi (la vraie) :

C'est quelqu'un qui est tellement préoccupé de ou est-ce que je vais dormir, qu'est-ce que je vais manger que au final, la santé ça traverse même pas l'esprit. (MG, focus groupe)

La représentation la plus courante concerne la hiérarchie des valeurs, la santé étant considérée comme non primordiale alors que la personne n'a pas accès à des besoins essentiels.

Les représentations sont aussi rattachées à la complexité des problématiques (santé et social, parfois santé mentale) et leur intrication, des difficultés de vie qui submergent certains ce qui explique qu'ils n'arrivent pas à gérer des problèmes administratifs (accès à la CMU), et que la santé est le moindre de leur souci.

Une majorité d'étudiants, 52,6 %, se représente les bénéficiaires de la CMUc comme posant plus de problèmes que les autres patients : sur le plan administratif, médical, relationnel, respectivement 85,4 %, 65,2 %, 56 %. 64,5 % pensent qu'ils ne posent pas plus de problème que les autres sur le plan médical. Les étudiants souhaitant s'installer en milieu urbain non défavorisé associent significativement les bénéficiaires de la CMUc à des patients complexes à gérer.

Isabelle consulte dans un centre de santé de la Croix Rouge. Elle récupère les cas compliqués. Elle explique ce qu'est un cas compliqué pour elle :

« Je pourrais te donner des panoramiques. C'est parlant. Il manque des dents chez des gens jeunes. Y a comme ça des images radiologiques... Y a toutes les dents ... les dents pour mastiquer. Postérieures... y a beaucoup d'enfants avec des pathologies aussi molaires atteintes avec des caries profondes à 4 ans. Ce que j'appelle des cas lourds parce que... parce que c'est difficile. »

Au total, deux processus contribuent à distinguer les patients précaires – bénéficiaires de la CMUc – déjà décrit par Estelle Carde :

Une délégitimation des patients pauvres, ils seraient des fraudeurs et de mauvais patients, mettant en péril les comptes de la sécurité sociale.

Une différenciation (sans délégitimation), ils auraient des besoins spécifiques et nécessiteraient une prise en charge spécifique, ce qui pourrait conduire à les orienter vers le public (centres de santé, hôpital) voire proposer des dispositifs hors du droit commun⁵⁸. Mais pas nécessairement, nous verrons qu'il y a des praticiens qui arrivent à ajuster leurs pratiques de manière à les inclure.

Deux discours donc concernant des praticiens distincts. Une troisième catégorie les considère comme des patients comme les autres.

Ces représentations seraient favorisées par une méconnaissance et une invisibilisation des classes populaires laissant plus libre cours aux préjugés : (Beaud et Pialoux, 2003)

« Ce mépris de classe a une histoire : il s'enracine dans une sorte d'incapacité des « élites » à comprendre ce que vivent réellement (la « mal-vie »...) les ouvriers et les employés en voie de prolétarianisation. Ceci est à mettre en rapport avec le fait qu'en

⁵⁸ Rappelons que le nombre de bénéficiaires de la CMU représente un peu moins de 10 % de la situation. Ce n'est donc pas une filière spécifique pour quelques individus à la marge, mais bien l'instauration d'un double système qui est en jeu, ce que certains acteurs appellent « un système à double vitesse ».

France, dans les beaux quartiers comme dans d'autres régions de l'espace social ségrégué d'aujourd'hui, les classes populaires sont devenues « invisibles ». A force de ne pas les voir dans l'espace public, on s'expose à parler d'elles sans les connaître, en les identifiant à travers des préjugés sociaux, bref, on risque de renouer avec un « racisme de classe ». p. 94

Cette méconnaissance est d'autant plus marquée que les groupes sociaux qui se confrontent se connaissent mal, ce qui était particulièrement le cas en dentaire, ce que confirme un dentiste de santé publique :

Le regard que porte le bourgeois sur l'ouvrier et l'ouvrier sur le bourgeois... Et on s'aperçoit que c'est plein de préjugés et que ce ne sont pas forcément des mondes qui se rencontrent et qui se croisent et donc qui se connaissent et c'est pas propre aux professions de santé mais par contre si les professions de santé sont 90 % issues d'un certain milieu sociologique, il est évident que confronté à un autre milieu sociologique, il y a des clés qu'ils n'ont pas et qu'ils n'ont pas forcément envie d'avoir.

Deuxième partie : les pratiques médicales

La variabilité des pratiques s'analyse à la fois en comparant les praticiens entre eux, ce qui peut nous permettre de définir des typologies de praticiens selon leurs manières d'être et de faire, leur style de pratique et la variabilité interne, c'est-à-dire des pratiques qui varient en fonction du patient, bien entendu, à pathologies égales (ce qui veut dire aussi que la variabilité entre catégories de spécialistes doit être maniée avec prudence). Considérant notre objet de recherche, nous allons articuler les deux, c'est-à-dire essayer de caractériser les praticiens en fonction de critères variables tout en voyant en quoi ils produisent de la variabilité interne, c'est-à-dire une différenciation des pratiques selon les catégories sociales ou culturelles de leurs patients.

Mais auparavant, nous allons présenter rapidement le contexte dans lequel vont s'inscrire les pratiques, dans leur dimension de relation/interaction soignant/soigné et en lien avec l'organisation de l'exercice.

1. Une ethnographie des consultations

Le champ de la santé a connu des profonds bouleversements, un changement de paysage depuis plus d'un siècle et plus encore depuis quelques décennies. Les principaux éléments en sont la démographie médicale, la transition épidémiologique, les tensions économiques, le droit des malades sur un fond d'affirmation progressive du pouvoir de l'Etat dans l'organisation et la régulation du système de santé (Tabuteau, 2010).

Le médecin, longtemps décrit comme le sage, le réformateur social, a vu sa place dans la société évoluer au fur et à mesure qu'il gagnait en savoir et en efficacité technique.

Sa pratique est désormais encadrée par des règles professionnelles, sociales, économiques et politiques et insérée dans « un système social complexe dont il devient un rouage soumis à des pressions contradictoires » (Benoist, 1999). Le centre de gravité des décisions en santé s'est déplacé au profit d'instances administratives mais aussi du côté des soignés dans le cadre de ce qui est appelé communément la démocratie sanitaire/ en santé. Dans le même temps, le contexte de la pratique a été transformé par des évolutions législatives et organisationnelles, notamment la loi de 2002 relative aux droits des patients. Des collectifs se sont constitués et font pression sur les pouvoirs publics. Dans le cadre de cette nouvelle place des patients et notamment par le biais des associations, l'épidémie de sida a joué le rôle de catalyseur (Mino, Frattini, 2002). Ces éléments ont contribué à une perte d'autonomie du médecin dans son exercice.

Ces changements ne se font pas sans provoquer un questionnement identitaire ni générer un mal-être dans la profession. Il reste aux médecins à redéfinir leur place alors que la profession est loin d'être homogène.

Les professionnels de ville sont confrontés aujourd'hui à des publics précaires, ce qui n'est pas en soi nouveau. Cependant, la CMU supplantant l'Aide médicale gratuite a facilité l'accès aux soins en « médecine de ville » des personnes défavorisées sur le plan économique (en dessous du seuil de pauvreté). La crise renforçant l'affaiblissement de la société salariale, la désaffiliation (Castel, 1995) a augmenté le nombre de personnes dans ces situations. De plus, pour la profession dentaire, la transformation est plus évidente. Ces publics fréquentaient peu les cabinets dentaires avant l'instauration de la

CMU. Enfin, l'histoire contemporaine, la circulation des populations dans un contexte de mondialisation a contribué à façonner les sociétés contemporaines désormais multiculturelles. Le médecin ne peut échapper à la réalité incontournable que constitue la mixité socio-culturelle de sa patientèle, qu'il le veuille ou non.

La médecine libérale ambulatoire constitue l'armature du système de soins, notamment en soins de santé primaires en France. Elle constitue une majeure partie de l'offre médicale et dentaire. Il ne s'agit pas d'une activité libérale proprement dite puisque cette activité est encadrée : un des éléments de cet encadrement est la régulation des tarifs, considérée comme d'autant plus légitime par les régulateurs que la dépense de soins est socialisée c'est-à-dire prise en charge, même si ce n'est que partiellement, par la collectivité.

La construction historique des deux professions (médecins et chirurgiens-dentistes) a suivi des chemins radicalement différents. Les contextes d'exercice continuent à répondre à des logiques différentes. D'autres éléments organisationnels distinguent les deux professions comme la répartition public/privé différente entre ces deux professions, ce qui n'est pas sans impact sur les demandes de soins émanant de bénéficiaires de la CMU et les possibilités alternatives de recours en cas de refus. Il existe peu de structures odontologiques hospitalo-universitaires. Hors services hospitalo-universitaires, il n'y a pratiquement pas d'odontologie hospitalière en France. Notons l'existence de quelques PASS bucco-dentaires. Enfin, en dentaire, 93 % de la profession est libérale alors qu'en médecine c'est 55 %, ce qui n'est pas non plus sans effet sur la construction de la profession.

11. Caractériser les pratiques

Pour faciliter l'organisation de notre matériel, très volumineux, nous avons essayé de définir différents critères permettant de caractériser les modalités d'exercice et les pratiques. Ils sont parfois prédéterminés par le type de spécialité alors que dans d'autres spécialités, il relève d'un choix.

Différents critères définissant des styles de pratiques nous ont semblé pertinents à retenir :

- Plateau technique important versus place primordiale de la clinique
- Sélection de patientèle implicite ou explicite ou pas de sélection (incluant la recherche ou pas d'une mixité sociale)
- Exercice individuel/ de groupe (produisant des échanges, des comparaisons, des réflexions sur sa pratique)
- Prendre le temps (quelles que soient les contraintes) comme horizon
- Application d'un dépassement d'honoraires/ volume d'activité

Certains styles de pratiques seraient alors propices ou non à des formes de discrimination directes et indirectes. Ces styles de pratiques procèdent de choix, de préférences mais aussi ne sont pas déconnectés de la formation des praticiens (ce qu'ils ont appris, comment faire...) et des choix d'organisation, sans rendez-vous, secrétariat, et ce qu'ils peuvent engendrer en termes de sélection de la patientèle.

Ils déterminent ou orientent vers une prise en charge avec :

- tendance à l'universalisation (protocolisation, routines, suivi des recommandations) ou à une individualisation marquée
- tendance ou non à la catégorisation sociale et/ou culturelle des patients

12. Modalités d'organisation

Le style de pratiques est en partie orienté par les modalités d'organisation de l'exercice, mais réciproquement, les modalités d'organisation sont choisies de manière à faciliter un mode d'exercice qui est privilégié.

Les éléments décrits concernent **l'ensemble des patients**. S'il y a des modalités spécifiques pour certaines catégories de patients, nous le signalerons.

121. L'accueil des patients et la prise de rendez-vous

Les prises de rendez-vous sont communément faites par téléphone auprès d'un secrétariat (situé dans le cabinet ou dans une centrale de réservation moins couteuse, plus rarement avec un dispositif à touches).

« La barrière entre guillemets, on a un système c'est détourné vers un secrétariat, ça sonne pas, jusqu'à 10 heures du matin, c'est le secrétariat, et après il y a un système de répondeur en disant vous voulez joindre le docteur machin faites la touche 5, pour le docteur machin faites la touche 2... donc c'est pas compliqué. Mais je pense que par exemple pour les gens qui parlent pas très bien français c'est compliqué, et en même temps on peut pas faire autrement. (pédiatre parisienne)

Certains médecins peuvent les assurer par eux-mêmes, plus fréquemment dans des spécialités telles que la psychiatrie. Parfois sur certaines plages horaires. Enfin, les modalités de prises de rendez-vous sur internet se développent de plus en plus. Certains médecins généralistes reçoivent sans rendez-vous.

Certaines pratiques sont plus adaptées aux populations précaires, vulnérables ayant des difficultés avec les nouvelles technologies (problèmes psychologiques, cognitifs, personnes âgées) ou encore ne parlant pas bien notre langue. Certains dispositifs sont donc susceptibles de provoquer une discrimination indirecte, pas nécessairement choisie pour sélectionner des patients mais pour des raisons de commodité.

Je n'ai plus de téléphone fixe. Ce qui fait que je fonctionne uniquement sur mon téléphone portable. Je demande aux gens d'utiliser les SMS ou les mails ; je me suis rendue compte en fait que par cela, je fais une sélection. Parce que tu as toute une population qui n'est pas à l'aise avec l'écrit. Mais bon, quand même...c'est beaucoup plus pratique ! (psychiatre à Paris)

Dans ces deux cas, l'aspect pratique est privilégié malgré une conscience de ses effets sélectifs. Une médecin généraliste installée dans la banlieue nord-ouest de Paris considère que le secrétariat est la solution idéale pour l'accueil des personnes plus précaires. Dans le cabinet de groupe où elle exerce, le poste a été supprimé parce que les charges étaient trop élevées. Une partie de sa patientèle préfère venir directement :

... les gens qui se pointent ici, y en a quand même pas mal. Ou qui ont pas les moyens de prendre rdv, soit pour des histoires de langue, ou je ne sais pas quoi, ou psychologiquement. (...)

Ce choix qu'elle déplore, contraint pour des raisons économiques, est contrebalancé par une pratique assez souple et une disponibilité quand des personnes viennent directement au cabinet : pour leur proposer un rendez-vous dont la temporalité dépendra de la demande mais aussi du profil du patient, parfois le patient peut être reçu immédiatement.

Un cabinet de pédiatrie ne reçoit en urgence, en principe, que les enfants connus du cabinet, ce qui là conduit à une éviction des familles plus défavorisées, privilégiant la PMI, mais qui appellent le cabinet en cas d'urgence.

« On essaye nous, c'est un luxe qu'on s'accorde, en tout cas moi je suis accrochée à ça, de ne pas voir les enfants en urgence sans les avoir déjà vus une fois en bilan. » (Pédiatre, Paris 14^e, 58 ans, cabinet de groupe)

Ce choix qui part d'une intention de suivi de qualité, où le pédiatre connaît les familles, conduit néanmoins à une forme de sélection ; cependant, les pédiatres de ce cabinet gardent une certaine souplesse et ne refusent pas systématiquement toutes les demandes en urgence de familles non connues du cabinet.

122. Gestion des rendez-vous

Le choix dans les modalités de gestion des rendez-vous procède de différentes logiques. L'absence de rendez-vous, « c'est à l'ancienne », réagit une pédiatre à qui la question est posée. Cette forme d'accueil contourne les problèmes de patients qui sont en retard ou n'honorent pas leurs rendez-vous. Elle facilite l'accès des patients en difficulté pour gérer le temps, ou qui sont dans une demande immédiate (certains toxicomanes, par exemple). Sur ce point, le syndicat MG France se positionne clairement :

Donc, en gros si vous faites un colloque sur les Inégalités sociales de santé, la première conclusion que vous pouvez tenir c'est de dire écoutez les rendez-vous exclusifs remplis à l'avance c'est un obstacle supplémentaire qu'on met à l'accès aux soins. (MG France)

Elle est considérée par d'autres comme moins adaptée à une patientèle qui travaille.

« Là, ce qui serait absurde c'est qu'en plus, nous on a des jeunes et c'est des gens qui bossent quoi ! Donc tu peux pas leur dire de venir à 10h et les voir à 14h30. Autant leur dire de venir à 14h30 en fait. Et d'ailleurs toi tu te fais avoir avec la salle d'attente qui craque, tous les gens qui te regardent, enfin c'est horrible quoi ! Enfin voilà, du coup, je pense que c'est vraiment un truc old school pour les familles qui ont du temps quoi. » (Lorène)

Ce médecin est néanmoins consciente des difficultés que cela présente pour certains patients :

Et ça, ça doit jouer pour les personnes, devoir venir tel jour à telle heure, pour les gens qui sont vraiment dans la précarité parce qu'ils sont

vraiment désinsérés et tout. Le fait de venir en rendez-vous, c'est pas toujours évident. (...) Et en fait, le fait de leur demander une certaine ponctualité, donc une certaine rigueur, d'organisation, une certaine capacité à planifier les choses, ça doit freiner pour des gens qui sont vraiment très désinsérés... (Lorène)

La consultation sur rendez-vous est un confort – cela permet de savoir à quelle heure on finit -, un choix lié à un profil de patientèle, mais aussi parce que recevoir sans rendez-vous est une modalité considérée comme très anxiogène par de nombreux praticiens.

Attends ! À chaque fois que tu vas chercher, tu vois les gens qui te regardent ; dès qu'il y a un peu de retard, ils te regardent comme ça ! Il y en a qui soupirent... même qui sont debout devant ta porte alors qu'ils pourraient aller s'asseoir. De temps en temps, c'est vraiment pénible quoi. Quand t'es en retard, tu le sens vraiment passer. (Lorène)

Certains médecins rencontrés sont organisés autour de consultations sans rendez-vous et considèrent qu'il y a des formes d'autorégulation. Jusqu'à une certaine limite car tous évoquent les périodes d'épidémie de grippe où cela leur échappe. En zone sous-dotée, cela peut devenir ingérable, pas assez de place dans la salle d'attente, la foire d'empoigne entre personnes qui attendent pour savoir qui est arrivé en premier, comme en témoigne une généraliste des Yvelines :

Y avait la pleine salle d'attente. Après on mettait des chaises dans l'entrée ; et puis après, les autres étaient assis dans l'escalier donc ça énervait les copropriétaires et on savait jamais le tour à qui. C'était toujours qui avait doublé l'autre voilà... C'est pas facile.

La gestion des RDV manqués

La gestion de rendez-vous manqués dans un centre de santé est assez peu problématique comme le souligne une dentiste, alors que le phénomène peut désorganiser un cabinet lorsqu'il concerne plusieurs patients dans une journée. Un autre praticien ajoute que les risques financiers pour un centre de santé ne sont pas les mêmes ; pour un praticien isolé, ils l'engagent personnellement ainsi que ses proches.

Des stratégies de gestion de l'absentéisme, reconnu par tous, ont été mises en œuvre dans certains cabinets. Une pédiatre constitue une liste de personnes qui ont manqué des rendez-vous et les fait rappeler systématiquement la veille par son secrétariat. Dans une situation (unique), une mère de famille avait confirmé la veille au soir et manqué son rendez-vous du matin. Ce médecin lui a envoyé un courrier lui demandant de régler la consultation. Elle commente qu'elle pense ne jamais revoir cette patiente. Notons que cette personne n'était pas en situation de précarité...

Dans d'autres cabinets, il arrive qu'au bout d'un certain nombre de rendez-vous non honorés, les patients soient exclus du cabinet, les médecins revendiquant que le patient a des droits mais aussi des devoirs. C'est un discours régulièrement entendu.

C'est-à-dire, moi ce que j'aime pas avec la CMU, je reçois les gens vraiment sans problème, mais il y en a certains qui n'ont que des droits, et où sont leurs devoirs... (Elise, pédiatre s2., Paris)

Dans ce cabinet de groupe, les patients des listes spéciales sont rappelés la veille. Certains patients semblent apprécier. D'autres aux dires de la pédiatre, pourraient trouver ce système trop cadrant et changer de cabinet.

Quand les gens sont 20 minutes en retard, qu'ils sont pas venus ou qu'ils disent je suis coincé dans les transports je suis désolée, on demande au secrétariat de les rappeler, et on les met sur liste spéciale, c'est-à-dire que la prochaine fois qu'ils prendront rendez-vous, le secrétariat les appellera la veille pour vérifier qu'ils maintiennent le rendez-vous.

Certains praticiens fixent un cadre strict :

J'aurais tendance à dire que c'est pas forcément sur le deuxième rendez-vous que j'ai une part d'absentéisme importante. Pourquoi ? Parce que je vais dire au patient « voilà, je vous fixe un deuxième rendez-vous : vous êtes disponible ? Vous allez venir ? Je vous préviens, si vous ne venez pas, c'est pas la peine de rappeler, je ne vous reprends plus.

L'enjeu serait différent pour les soins buccodentaires selon que le praticien pratique ou pas le tiers payant :

Par un système d'acomptes, le patient a déjà versé. Il n'a pas payé toute sa prothèse mais il en a payé une partie, donc s'il ne vient pas c'est... il ne sera ni remboursé par la sécurité sociale, ni remboursé par sa complémentaire, donc ça veut dire qu'il a jeté l'argent par la fenêtre.

Quand il y a tiers payant, le patient qui abandonne ses soins n'est pas pénalisé, c'est le chirurgien-dentiste qui va en assumer le coût, notamment règlements au prothésiste, consultations non réglées ou qu'il doit rembourser à la sécurité sociale s'il n'a pas été jusqu'au bout du plan de soins. Nous verrons plus loin, ces aspects de remboursements.

Un médecin spécialiste installé à Bobigny a constaté un fort taux d'absentéisme et a adopté des stratégies de *surbooking* pour gérer les RDV non honorés. Un médecin généraliste en zone rurale double les rendez-vous quand il sait qu'il s'agit d'un patient qui est sujet à l'absentéisme. Dans la plupart des cas, le rappel la veille permet de réduire leur nombre sans les supprimer complètement. Les hôpitaux ont mis en place un système de rappel par SMS la veille du rendez-vous.

De manière globale, l'absentéisme des patients de plus en plus fréquent est expliqué par un « non savoir-vivre », un manque de respect dans une logique de consommation, voire une forme d'individualisme. Ils apparaissent moins tolérants en général quand il s'agit d'un patient ayant la CMU (certains courent le risque d'exclusion), alors que d'autres au contraire se mettent dans une situation d'empathie, sont plus compréhensifs en regard des situations de vie difficiles qui les rendent plus excusables. Le non absentéisme participe à la construction du patient « méritant ».

123. Visites à domicile

Elles concernent les médecins généralistes, un dentiste parmi ceux rencontrés en fait également. Contrôlées rigoureusement par l'assurance maladie, les visites à domicile facilitent l'accès aux soins de patients qui ont de réelles

difficultés pour se déplacer, non motorisés, dépendants (vieillesse, handicaps, atteints de maladies invalidantes), difficultés renforcées dans des contextes ruraux par exemple quand les lieux de soins sont éloignés du domicile. Certains médecins généralistes continuent cependant à en réaliser et pour quelques-uns d'entre eux, c'est important.

La base, on a dépossédé les médecins de leurs patients, ils vont aller faire leurs consultations et puis ils vont aller faire leur horaires comme tout un chacun, on les a dépossédés de... de l'immersion dans la famille puisqu'on fait pratiquement plus de visites à domicile, ce qui est grave parce que du coup on forme nos soignants à soigner des chemises d'hôpital. (représentante ATD/Quart Monde)

La visite contribue à une meilleure connaissance du patient, une autre manière aussi de réaliser la consultation, propice à une approche plus globale. Elle donne accès directement aux conditions de vie.

...il y a ce côté ethnologique. Parce que quand vous allez à domicile vous entrez dans l'intime total et vous voyez vraiment à qui vous avez à faire. Et ça c'est vachement sympathique, dans la prise en charge ; il y a un peu d'émotion qui passe au travers de ça alors qu'au cabinet c'est très technique. Quand on va en visite on est dans l'empathie et on accompagne des gens... (MG, Bretagne)

Les médecins ruraux ou semi-ruraux soulignent que, en dehors des personnes âgées dont l'enjeu est le maintien à domicile, ces visites concernent souvent des familles bénéficiant de la CMUc, souvent non motorisées, parfois monoparentales ou qui ont beaucoup d'enfants. Venir au cabinet suppose alors de déplacer tous les enfants qui vont encombrer la salle d'attente.

124 . La salle d'attente

Nous avons déjà évoqué les difficultés liées à la salle d'attente bondée, notamment quand le praticien reçoit sans rendez-vous. D'autres questions se posent, notamment quand se côtoient des patients très différents. Plusieurs praticiens ont expérimenté la mixité sociale ou culturelle. Elle ne semble pas leur poser de problèmes. Un exemple particulièrement intéressant est celui d'une grosse clinique située dans le 93 où se côtoient patients parisiens plutôt en haut de l'échelle sociale (réputation de la clinique) et patientèle du quartier à grande composante maghrébine et d'Afrique noire. Une dentiste note également :

Et, mais je fais la prothèse je fais tout ça, et en plus voilà, donc j'ai toujours pensé qu'on pouvait faire ça en même temps qu'on pouvait cheminer avec des gens très pauvres et que les gens qui venaient se faire faire de superbes dents avec greffe de gencives et autres choses comme ça, ils étaient tout à fait capables de s'asseoir dans une salle d'attente à côté d'une personne qui avait pas beaucoup de revenus, et qui... Et ça s'est toujours bien passé, ça s'est toujours à peu près équilibré. (dentiste Lorraine)

Comme elle le précise, le problème n'est pas lié à la confrontation de milieux sociaux diversifiés, mais plus à des patients problématiques. Pour sa part, les situations sont faciles à gérer car il y a deux salles d'attente au cabinet. Cette situation est unique dans nos entretiens.

Mais c'est pas que pour les gens pauvres. Y a des personnes qui ne sont pas pauvres, mais y a un profil de patient qu'on ne peut pas laisser dans une salle d'attente avec un groupe, parce qu'on sait, il y a des personnes âgées dans notre patientèle, y a les personnes qui ont nos âges, et puis y a des personnes jeunes, qu'on peut pas laisser... On ne peut pas toujours mélanger les personnes dans une salle d'attente. Donc en principe les salles d'attente on essaie d'avoir une homogénéité, ça c'est le travail de l'assistante ou de la réceptionniste, c'est de ne pas mélanger certaines personnes ensemble.

Donc c'est pas que pour les précaires, y a une personne par exemple quand elle arrive on sait qu'on peut pas la mettre dans la salle d'attente s'il y a déjà deux personnes, parce qu'elle va poser des questions demander à quelle heure ils ont rendez-vous, dire *mais moi elle m'a dit qu'elle me prendrait à l'heure, mais vous êtes sûr que je peux pas passer avant vous parce que j'ai ci j'ai ça*. Et puis une autre, je pense à une vieille dame qui est... qui va se mettre à raconter, et puis s'asseoir à côté de tout le monde pour raconter... et c'est une dame bourgeoise très chic et caetera, et on sait qu'elle vole dans la salle d'attente, elle pique les recettes, elle pique les... C'est pareil, c'est des gens qui sont huppés. On a des gens pauvres qui sentent mauvais donc c'est pareil on sait que celui-là quand il va venir on va le mettre, on a... Donc on a des petits coins avec des petits fauteuils où on fait attendre les uns ou les autres, et on essaie... et y a une dame par exemple que j'aime beaucoup qui... qui brode toujours en attendant d'être prise, et elle ne supporte pas d'aller dans la salle d'attente, mais elle est psychiatre, et voilà. J'en ai une autre qui est psychothérapeute elle est... non psychanalyste et européenne, enfin machin elle fait des congrès elle écrit des livres, elle ne rentre jamais dans la salle d'attente, donc c'est pas que les plus pauvres. La salle d'attente c'est une vraie attention de la part de l'équipe, c'est toute l'équipe qui se penche là-dessus et on en parle et on gère et de temps en temps...

Certaines habitudes culturelles, quand les personnes se déplacent en famille, en groupe peuvent perturber :

Ils viennent à 5, donc ils arrivaient, et un patient prenait la salle d'attente pour lui tout seul, or on était deux ou trois dentistes à travailler. Donc impossible de gérer, et quand ils étaient 5 dans une salle d'attente, arrivait l'autre avec le bébé et la grand-mère, et le... ne parlant pas français, parlant fort, avec des habitudes qui sont pas des habitudes très policées et là, la patientèle elle a souffert. (dentiste Lorraine)

Parfois aussi, il s'agit d'éviter que certains profils se rencontrent pour des raisons de contagion.

On était assez exigeantes sur les locaux à savoir qu'il y au moins un box chacune, deux salles d'attentes, pour pas que moi mes femmes enceintes soient avec les bébés malades. (Hélène, gynécologue)

Parfois de confidentialité, comme dans les cabinets de psychanalyse, ou les locaux sont aménagés de telle façon que le patient qui sort ne soit pas amené à croiser celui qui attend. Ce n'est pas toujours possible.

125. La durée de consultation

Nous verrons que la durée de consultation est une variable d'ajustement des revenus. Elle est aussi pour beaucoup un critère de qualité des soins, permettant de gagner la confiance du patient, d'améliorer la relation en permettant une meilleure connaissance, donc une meilleure prise en charge.

Cette gynécologue qui était chef de clinique à l'hôpital (AP-HP) a choisi de s'installer en libéral afin de pouvoir prendre son temps avec ses patients. Elle a gardé une activité hospitalière et compare son exercice dans les deux cadres :

Y'a qu'au cabinet où j'ai l'impression de bien faire ma médecine, enfin de vraiment m'occuper des gens. (Justine)

Dans le cabinet de groupe où elle exerce, l'autre gynécologue reçoit tous les quarts d'heure.

Je trouve que c'est difficile d'examiner les gens, de les écouter et de répondre vraiment à leur demande réelle, en un quart d'heure quoi. Je trouve ça difficile. (Justine)

Ce temps est nécessaire à une approche globale de la patiente :

...savoir si elles vont bien, si elles ont des infections vaginales et qu'elles ne peuvent plus avoir de rapports alors qu'elles ont 55 ans..., si elles sont un peu rendues dépressives par leur boulot et qu'elles vont être en arrêt demain mais que ce serait bien de s'en rendre compte aujourd'hui parce qu'elle est en burn-out devant vous, voilà, ça fait que, voilà, si vous parlez pas avec elle, vous le saurez jamais...

En ce qui concerne les médecins généralistes, différentes pratiques émergent. Un médecin (Virginie, milieu semi-rural) qui reçoit sans rendez-vous passe le temps qu'il faut et ajuste la durée aux demandes, à la complexité du cas. Elle ne se soucie ni de la salle d'attente (ou assez peu) ni de l'heure à laquelle elle finit (cela peut être à 23h ou plus tard encore). Les temps de consultation varient donc fortement d'un patient à l'autre. A l'inverse, un médecin généraliste en milieu rural reçoit sur rdv, pris souvent le jour même ou la veille. Il ajuste en fonction de la salle d'attente (il a pu prendre du retard, avoir reçu une urgence, etc.) et éventuellement explique à ses patients s'il écourte la consultation qu'il prendra plus de temps la fois d'après. Dans ces deux cas, les temps de consultation varient.

Certains types de soins (prévention, éducation thérapeutique) requièrent des temps plus longs. Un médecin généraliste (Bretagne) reçoit sans rdv mais cale ce type de rendez-vous en début de matinée. En principe, cela fonctionne assez bien. Pour ceux qui ont des rendez-vous programmés, c'est bien-entendu plus facile.

D'autres ont un temps plus homogène, notamment les spécialistes. Les dentistes marquent des durées de rendez-vous variables en fonction des actes techniques.

Ces temps varient en fonction d'autres critères que cliniques : le patient qui pose plus de questions, le patient qui demande plus de temps d'explication, l'un et l'autre se trouvant aux deux extrêmes de la hiérarchie sociale.

126. La lecture de la carte vitale

Une majorité des praticiens utilise un dispositif de lecture de la carte vitale. La présence de ce dispositif a un impact sur la prise en charge des bénéficiaires de la CMU. Il informe le praticien des droits spécifiques, CMU et ACS, donnant lieu notamment à l'application de tarifs opposables et du tiers payant. Il peut l'utiliser en début ou en fin de consultation.

Certains choisissent d'accueillir le patient, d'écouter, répondre à sa demande, etc. Ils gèreront en fin de consultation les questions de règlement.

D'autres le font en début de consultation pour des raisons variées. Cela leur permet d'accéder à des logiciels spécifiques, d'ouvrir le dossier médical en même temps. Il arrive aussi que cela vise à vérifier le statut CMU de la personne. Ainsi un praticien pourra définir le cadre, notamment dans les cas où il refusera de réaliser des soins prothétiques, ou s'il demande un complément d'honoraires.

Certains praticiens ne sont pas équipés d'un dispositif de lecture de la carte vitale. Ils sont peu nombreux et nous n'avons pas suffisamment d'exemples pour essayer d'en cerner le profil. Nous pouvons suggérer quelques hypothèses : quelques médecins rétifs aux nouvelles technologies (parmi les plus âgés ?), un exercice qui ne nécessite pas d'ordinateur (peu adapté pour les psychiatres, psychothérapeutes, par exemple). Par ailleurs, le dispositif met en relation le praticien avec les caisses de l'assurance maladie. Certains récusent ce lien administratif mais qui revêt aussi une dimension symbolique.

C'est peut-être aussi un moyen de se justifier auprès de catégories de patients pour ne pas faire de tiers payant, notamment les bénéficiaires de la CMUc.

Oui. Pour ne pas qu'on m'oblige à... Quand les gens viennent je leur dis, je suis désolé, je n'ai pas le lecteur de carte. Voilà. Donc tu payes ou tu vas ailleurs. Parce que je ne veux pas faire la banque. Je suis prêt à faire toutes les facilités de paiement possible comme je t'en ai parlé tout à l'heure. (dentiste, 16^e)

Il y a bien contradiction entre le fait d'accepter des facilités de paiement en échelonnant les règlements et « refuser de faire la banque. » C'est sans doute là qu'est le nœud de cette contradiction, que l'Etat finance les soins aux bénéficiaires de la CMU mais pas sur sa trésorerie. Ce qui en plus crée un lien de dépendance entre lui et les caisses dont il est tributaire pour récupérer le règlement des soins.

Moi je leur dis, vous faites la CMU, vous faites les papiers, mais vous payez, vous vous faites rembourser (dentiste, 16^e)

Lorène, dentiste dans le 13^e, déjà rencontrée en 2009, n'était pas équipée, considérant que ce serait « faire le boulot de la sécurité sociale. ».

La sécurité sociale est supposée traiter les demandes des patients. Or là, ils ont tout déchargé sur nous, c'est-à-dire que là, il faut un logiciel supplémentaire, il faut un lecteur de carte, il faut programmer tout ça...

Elle ajoute que les communications avec la caisse sont payantes et qu'enfin, s'il y a un souci de remboursement, les patients s'adresseront à elle. Donc elle a choisi de faire des feuilles. Rencontrée à nouveau en 2016, elle s'est mise au dispositif qui fonctionne bien selon elle. Une des raisons de ce changement a été d'éviter « les chèques tiroirs ».

13. La catégorisation sociale ou ethnique des patients. Quelles pratiques ?

Les médecins généralistes seraient « *parmi les mieux placés pour connaître la vie quotidienne de leurs patients, leurs conditions d'habitat ou leurs habitudes alimentaires, voire leurs traditions culturelles, pour aborder la maladie et les soins.* » (Connaissances, attitudes, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées des Bouches du Rhône, Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, juin 1997).

Par ailleurs, ils seraient selon les mêmes sources, « *souvent les mieux à même de connaître leurs éventuelles difficultés financières (pour l'avance des frais médicaux ou les remboursements), ou leurs problèmes familiaux, exprimés par exemple dans les relations parents-enfants ou dans le malaise des jeunes des quartiers en difficulté.* » (op. cit.)

Telle est l'hypothèse formulée par ce collectif en 1997. Qu'en est-il aujourd'hui ? Dans un contexte de ralentissement de l'augmentation des dépenses de santé et donc de réduction des visites à domicile, de baisse de la démographie médicale en zone rurale concourant à des situations de surcharge les laissant moins disponibles pour écouter leurs patients et pour réaliser des visites à domicile, qu'en est-il de cette connaissance supposée des médecins généralistes des patients et de leurs difficultés ?

Le constat que fait le vice-président du Conseil de l'ordre des médecins, est celui de la méconnaissance des conditions socio-économiques de leurs patients.

« Les médecins ne sont pas conscients ou ne sont pas au fait ou se mettent des œillères pour voir des situations réelles de précarité. Alors qu'ils ne connaissent pas les critères d'attribution de la CMUc, ils méconnaissent l'attribution de l'aide médicale d'Etat par ailleurs mais ça les inquiète moins. Ils ne connaissent pas le niveau de ressources et ils ne se préoccupent pas toujours de la réalité des conditions de vie, de la mère isolée avec 2 enfants qui est caissière gondolière dans un supermarché dont il ne sait pas qu'elle travaille à temps partiel, qu'elle travaille à temps partiel pas par choix mais parce que l'employeur ne propose pas d'autres postes que ceux-là. Méconnaissent souvent la réalité des budgets des ménages. Ou va seulement se crispier sur le fait qu'ils sont quand même partis en vacances au ski ! Donc ils n'avaient qu'à pas... ou qu'elle n'a qu'à pas aller chez le coiffeur toutes les semaines ! » (Deseur, CNOM)

En ce qui concerne notre corpus, la situation apparaît contrastée, variant selon le type de praticiens puisque nous avons interrogé tant des chirurgiens-dentistes que des médecins, généralistes et spécialistes.

Cette connaissance varie selon des critères nombreux, liés à l'organisation (et son impact sur la durée de consultation, la réalisation ou non de visites à domicile, par exemple), leur appétence relationnelle, leur sensibilité et leur attention aux problématiques sociales, etc.

Nous avons cherché dans un premier temps à analyser les pratiques effectives de recueil d'informations sur la situation sociale. Dans un second temps, il s'est agi de comprendre à la fois les buts recherchés et ce qu'ils en font concrètement, ce que cela produit et de manière réciproque, pour ceux qui ne le font pas, quelles motivations président à ces choix. Derrière cette analyse des pratiques déclarées, il s'est agi de repérer des processus de catégorisation avec les risques d'effets délétères déjà évoqués.

Certains praticiens cherchent à recueillir cette information, situer socialement voire économiquement un patient, d'autres non. Nous avons également identifié deux principales catégories d'enjeux à connaître la situation sociale du patient : la première est économique, évaluer les capacités de paiement du patient (pour éventuellement ajuster le tarif de consultation ou des actes), la seconde est clinique, cette information (ou non) est jugée par certains capitale pour mieux les soigner.

131. Comment repérer la catégorie sociale ?

Pour certains praticiens, il s'agit de situer le patient au sein d'une hiérarchie sociale, ce de manière globale, alors que pour d'autres, il s'agit de repérer une catégorie particulière, « les précaires », ou les personnes en situation défavorisée, ou de vulnérabilité, quelle que soit la terminologie utilisée. Parfois repérer les bénéficiaires de la CMU.

Les critères d'évaluation de la situation sociale d'un patient ne sont pas toujours aisés. La pauvreté ne se donne pas toujours à voir. Les changements de la pratique médicale, notamment en ville, le fait que le médecin ne réalise plus de visites à domicile, ont un impact sur sa connaissance des conditions de vie du patient. Dans ce cadre, les patients vivant des situations socio-économiques difficiles ne sont pas nécessairement repérés, en dehors de ceux qui sont dans la grande pauvreté et qui fréquentent rarement les cabinets de ville.

Nous avons donc essayé d'appréhender la manière dont les choses se faisaient en leur demandant de décrire la première consultation, et plus généralement les informations qu'ils cherchaient à recueillir. Au sein des informations qu'ils jugeaient pertinentes, quelles étaient celles qui leur paraissaient incontournables ou tout au moins nécessaires. Plusieurs critères d'évaluation sont mobilisés, reposant sur ce que les économistes ont coutume d'appeler des *proxys*. Ils sont fondés soit sur une observation, soit sur un questionnaire, voire les deux conjugués. C'est souvent la conjugaison de plusieurs critères qui permet de situer le patient.

a) Questionnements

La connaissance passe par la délivrance d'informations le concernant par le patient, suscitée par un questionnaire du médecin, parfois allant jusqu'à la mise en récit (d'un parcours de vie, d'un parcours migratoire, ou seulement un parcours de soins avant la rencontre). Le patient n'est pas passif à cet égard et se livre avec plus ou moins de bonne

volonté à l'exercice. Différents éléments recueillis lors d'une consultation, peuvent donner des indications. Ils peuvent être recueillis de manière systématique lors d'une première consultation et de la constitution du dossier médical, informatisé ou non. Ailleurs, la connaissance mutuelle s'échafaude au cours des années, de manière non structurée au fil des conversations et d'informations qui s'accumulent.

Les informations pertinentes sont le plus souvent recueillies par le médecin, mais certains délèguent la part plus administrative (adresse, téléphone...). Parfois plus.

« Premièrement, moi je demande toujours à la secrétaire de marquer le motif de la consultation sur la demande de rendez-vous, mais secondairement, si vous regardez mes dossiers, il y a toujours le statut marital, le nombre d'enfants, le métier qui est fait, le lieu d'où il vient, où ils vont, qui ils sont... » (praticien, syndicat MG France)

Les informations jugées pertinentes sont le plus souvent la profession, la situation par rapport à l'emploi (chômage). A notre connaissance, les praticiens ne demandent jamais à leurs patients des informations aussi directes et sensibles que la perception de minimas sociaux mais le patient peut l'aborder spontanément. La CMUc donne une indication fiable des revenus et ressources (en dehors de situations de fraudes) mais dépend du quotient familial. Cependant, dans la mesure où les médecins ne connaissent que rarement les seuils d'attribution de la CMUc, cela leur est peu utile dans l'évaluation de la situation économique.

Si la profession est régulièrement demandée, ce n'est pas de manière systématique ; elle situe le patient dans l'échelle des CSP, fournit des indices du niveau socio-éducatif.

« Et puis après t'as la profession quoi, ça ment pas. Alors après tu peux te faire avoir ! T'as des gens qui sont architectes et qui sont au chômage de longue durée, enfin déjà t'as toutes les professions très techniques, t'as des gens qui disent alors je suis dans la communication, alors tu sais pas trop, quelquefois en creusant... (Lorène, pédiatre)

Ces questions ont pour elle un intérêt médical.

En fait les horaires, alors moi dans ces cas-là, je posais la question de la profession et je pose souvent la question des horaires pour voir le volume de garde de l'enfant... » (Lorène)

Il en est de même pour cette médecin généraliste :

Moi je pose toujours la question sur la profession. [...] Je trouve ça étonnant que certaines puissent trouver que la profession n'a pas d'intérêt quand on soigne les gens ! D'abord y a des risques particuliers liés à des professions, y a le fait de faire un boulot qui vous intéresse ou pas. [...] Si on parle de santé, de bien-être, tout ce qui passe au travail, ça me paraît important ; ça a des incidences évidentes avec les risques au travail mais comme on a beaucoup de gens qui ne travaillent pas... Y a aussi les risques de pas travailler. (Martha, MG, banlieue Nord-ouest)

Pour ce spécialiste en ORL, c'est une information essentielle, qui donne un horizon à sa prise en charge.

Je vois beaucoup de vertiges à cause de ça [travail de ménage, manutention]. Et puis, ils tardent parce que les médecins [généralistes] ne sont pas très formés à ça. Et puis souvent j'en vois en bout de course quand le médecin a pas envoyé et puis... y'a vraiment du travail à faire quoi. Parce que les gens ne pouvaient plus travailler. Et ici c'est vraiment une priorité de les maintenir au travail. Une priorité absolue.

Si la profession est fréquemment recueillie pour des raisons cliniques (en cela son intérêt varie d'une spécialité à l'autre), et non dans le but d'analyser la situation sociale du patient, elle n'en fournit pas moins des informations qui vont être intégrées, traitées consciemment ou non par le praticien.

Cependant, il y a manière et manière. Si les uns posent la question de manière systématisée, les autres y voient le moyen d'engager la discussion, « pour les connaître ». Un médecin généraliste expliquait qu'il « en fait du lien » (Gaël, Rhône-Alpes). Cette gynécologue avait coutume de demander la profession. Elle a cessé :

Une fois, c'est un copain flic qui m'a dit : « Mais pourquoi tu demandes ça ? Pourquoi tu demandes la profession des gens ? Ils sont pas en train de témoigner devant la justice ou quoi, donc qu'est-ce que ça peut te foutre ? » Je dis : « Mais c'est vrai, il a raison. » [...] Depuis j'ai arrêté de la demander. Je la demande... à un examen pour détendre l'atmosphère, tu vois, je peux rencontrer une dame et qu'elle est mal à l'aise, tu dis : « Qu'est-ce que vous faites dans la vie ? » Je ne demande plus jamais nom, adresse, profession...

Pour d'autres, la question du travail est abordée quand la question d'un arrêt maladie se pose, elle prend du sens dans ce contexte et n'apparaît plus intrusive. Ou encore quand une dermatologue constate un eczéma des avant-bras dont elle cherche l'origine.

De manière plus globale, plusieurs médecins affirment connaître leurs patients.

« Mais on les connaît nos patients attendez ! J'ai pas besoin de leur feuille d'impôts moi ! Le médecin c'est quand-même, mais vous le savez bien, c'est quand même le confident de ce qui se passe, on connaît le roman familial, on connaît le milieu social... j'ai pas besoin de la feuille d'impôt, je vois comment... on sait comment ils vivent, on connaît l'entourage social et familial. (néphrologue)

Nous ne présageons pas de la justesse ou non de ces affirmations en ce qui le concerne, nous avons rencontré des praticiens qui connaissaient très peu leurs patients. Ces propos sont à replacer dans le contexte d'une pratique clinique qui l'amène à côtoyer des patients sur le long terme, parfois vingt ans, notamment des patients en dialyse. Ce qui n'est pas le cas de ce dentiste :

Tu le vois tout de suite qu'ils n'ont rien. Alors peut-être que dans le lot, y en a qui ont fait le malin pour dire qu'ils se sont faits soigner gratuitement mais tu joues pas à la misère quand tu es dans la misère, je pense. [...] Les gens qui peuvent pas payer, tu entends le discours. Pendant l'interrogatoire médical, on parle. Donc les gens, ils dérapent, ils se confient.

Le discours, que les patients se confient à eux, nous semble relever de l'ordre de la croyance, et ce d'autant que le patient est situé en bas de l'échelle sociale. Des travaux anthropologiques ont montré que le patient peut mentir à son médecin (Fainzang, 2006) ou simplement lui cacher des informations. Quelques médecins tout en considérant bien connaître leurs patients, leur histoire, reconnaissent que parfois certaines situations leur échappent :

J'ai suivi une femme pendant toute sa grossesse, je la connaissais vraiment bien et puis elle a accouché, elle a eu son bébé. Pareil, j'ai suivi le bébé pendant..., je le suis toujours, pendant de nombreux mois et j'ai appris a posteriori parce qu'elle est venue me le dire que, en fait, elle habitait à l'hôtel pendant tout ce temps-là. Je ne savais pas et elle venue me le dire, le jour où elle a eu un appartement. Elle m'a dit, j'ai jamais osé vous en parler mais c'est vrai que je ne lui ai jamais posé la question directement ! (Martha, MG)

Deux formes de positionnements sont décrites, selon qu'il s'agisse de situer socialement (et économiquement le patient) dans le cadre d'un gradient social (perspective inégalités sociales de santé) ou de manière ciblée de rechercher pauvreté ou précarité qui sera traitée de manière spécifique. Deux manières de faire également, systématisée et protocolisée ou au fur et à mesure, de manière graduée et en posant des questions qui ont un sens clinique plus immédiat, pour le praticien et pour le patient. Une relation qui se construit alors pas à pas :

Moi je trouve que c'est le temps qu'on passe avec eux et la relation qu'on établit avec eux qui aident à savoir des choses qu'on ne peut pas forcément savoir par des questions systématiques. (Martha, MG)

Les gens, on apprend à les connaître au fil des consultations. (Pierre, focus groupe)

L'ORL que nous venons de citer ne pose pas la question sur le travail de manière systématique, mais quand « ça peut avoir des influences sur leur santé, leurs pathologies professionnelles et tout. Je leur demande pas sinon. »

Parce qu'une fois sur deux ils ne travaillent pas. Ils aiment pas trop. [...] Ils aiment pas trop être face à leur chômage, à leurs difficultés, tout ça. Ils essayent coûte que coûte de maintenir une apparence de statut social quand ils se présentent au médecin. La plupart du temps. Donc faut pas leur coller des étiquettes, chômeur, machin. Donc quand on pose la question du métier et tout ... D'ailleurs je leur dis pas si ils sont en activité, je leur dis : « Votre métier, c'est quoi ? ». Et à ce moment ils me disent si ils sont en activité ou pas. A la fois pour savoir quel impact le métier peut avoir sur la santé et la santé sur leur métier.

Plusieurs médecins généralistes (focus groupe en banlieue parisienne) demandent systématiquement à leurs patients s'ils détiennent une mutuelle mais dans l'immense majorité des cas, ils ne le font pas. Les dentistes posent aussi régulièrement la question, parfois en prennent les coordonnées.

D'autres éléments ont été cités, plus particulièrement dans le focus groupe où une partie des médecins utilise un logiciel spécifique comportant un grand nombre de questions. La question du logement est particulièrement pertinente, un indice de grande précarité quand ils sont hébergés ou habitent à l'hôtel.

Les gens qui sont hébergés chez quelqu'un, ça met la puce à l'oreille.

b) Observation et regard clinique

L'observation, - le regard clinique - , constitue une composante fondamentale de la pratique médicale. Profondément intégrée dans la pratique quotidienne, elle ne se donne pas à voir ou à entendre, demandant une reconstruction par le praticien de ce qu'il fait naturellement (après un apprentissage) sans en être conscient. Une multitude d'éléments émanant d'une personne sont assimilés, qui informent tant sur la situation médicale, sociale, relationnelle quand il ne vient pas seul, etc.

L'observation s'appuie essentiellement sur des éléments subjectifs : liés à l'apparence (vêtements, objets), parfois aux manières d'être, à la présentation corporelle, toutes choses que certaines personnes pauvres vont essayer de dissimuler.

« ...ça détermine énormément la catégorie sociale. C'est pour ça que je fais un effort d'arrêter mais je catégorise quand même. L'apparence de la personne donne mille indices. » (Eric, psychiatre)

Cette apparence prend des formes multiples, entre la manière de s'habiller, des objets ayant une haute valeur symbolique et économique (montres, téléphones, de préférence de marque).

Voilà, on imagine des gens assez simples, les vêtements nous influencent énormément. Et puis, c'est pas tellement les vêtements, c'est... Alors les bijoux, les montres, alors les vêtements tout le monde peut faire semblant dans un sens ou dans un autre, mais il y a quand même des trucs qui trompent pas. Les états dentaires, les états des mains, les bijoux des femmes, la marque des montres des hommes. Alors, je regarde pas trop les marques mais t'as de temps en temps un petit coup d'œil, qui te permet...(Lorène)

Cette pédiatre mixe ces éléments d'apparence et ce qui relève d'un regard spécifiquement clinique et révèle aussi des éléments sanitaires : dents, mains. C'est aussi une manière de se mouvoir dans son corps, qui est socialement déterminée, etc. Elle évoque « la façon de parler, la façon de se positionner, l'aisance aussi. »

Deux univers différents se donnent à voir quand on pose la même question à des médecins généralistes de banlieue nord.

Et après y a aussi les gens qui viennent avec des sacs.⁵⁹ Et qui clairement viennent aussi avec les mêmes vêtements et qui sont pas... C'est des gens qui dorment dans leur voiture, qui essaient de prendre des douches comme ils peuvent.[...] Ils se triment toujours avec des sacs, ils

⁵⁹ Ce qui évoque une personne qui vit dans la rue ou hébergée chez l'un ou l'autre.

viennent trois heures à l'avance dans la salle d'attente parce qu'il pleut et ils branchent leur téléphone dans la salle d'attente.

On est loin des colliers de perle et des téléphones hi-tech...

c) Effets indirects de difficultés économiques

Les difficultés financières éventuelles des patients sont appréhendées de manière indirecte, à travers des retards ou des renoncements aux soins :

« Y a des patients que je sais qu'ils sont très très malades et qui ont besoin de me voir régulièrement, tous les trois mois et que je vois une fois par an. Je me dis, y a un truc qui va pas... Parfois les gens, y a un tabou. Ils vont pas...parler de tout. » (Amina, médecin généraliste)

Sophie, jeune médecin généraliste en Savoie, constate qu'une de ses patientes « ne vient pas ou elle vient avec 10 motifs de consultation. » Contrairement, à d'autres praticiens qui considèrent que si leurs patients présentent des difficultés financières, ils en parleront ou ils le sentiront, elle est consciente que certains patients chercheront à les dissimuler, par fierté.

D'autres signes peuvent permettre de signaler un état de privation matérielle, pour ceux qui seraient au-dessus des seuils et qui contrairement aux bénéficiaires de la CMUc ne seraient pas repérés :

Mais t'as les couches par exemple, ça c'est clair que tu vois les couches et... Ah ben, tu vois la marque des couches, est-ce que c'est changé beaucoup.[...]Parce que les couches c'est quand même un gros budget...

Certains signes sont considéré comme indicateurs d'une aisance financière et contredisent donc l'impression première du praticien. Il en découle deux attitudes, soit de remettre en question l'attribution de la CMU quand c'est le cas, soit un jugement sur l'arbitrage des dépenses.

132. Doit-on ou non repérer la catégorie sociale ?

La catégorisation sociale des patients est considérée par certains comme nécessaire. Dans les recommandations du Collège de Médecine Générale⁶⁰, il est spécifié :

« Le recueil systématique d'informations sociales est une condition indispensable à la fois pour :

- évaluer les éventuelles difficultés sociales de chaque patient qui peuvent jouer sur son état de santé,
- mettre en évidence des différences sociales de santé dans sa patientèle,
- guider les pratiques visant à réduire ces différences. »

⁶⁰ https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjPgcyJtb3JAHXMshQKHdBiAz8QFggOIAE&url=http%3A%2F%2Fwww.lecmg.fr%2Flivreblanc%2Fdocs%2F140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf&usg=AFQjCNFDsvbdOD2fqgnKtXrfCdjCH07OA&sig2=xOTkwcCABK7cg3HwHMkaXw&cad=rja

Les médecins sont donc invités à adopter une attitude « proactive » pour connaître la situation sociale de leurs patients. Par consensus, et après revue de la littérature par une équipe de recherche en épidémiologie sociale, le groupe a retenu 7 informations indispensables : la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient⁶¹. (Collège de médecine Générale) Le groupe a identifié d'autres informations utiles qui peuvent être demandées ultérieurement : le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle INSEE, le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue (ibid.).

Comment nos praticiens se situent-ils par rapport à ces recommandations ?

a) Ne pas repérer

Pour Eric, les éléments qui objectivent la situation socioéconomique, le statut social d'un patient, vont conduire à un étiquetage, qui est nécessairement enfermant.

Je demande un peu ce que font les gens dans la vie mais pas tout de suite parce que ça objective un peu, ça met une étiquette. C'est important de laisser parler les gens le moment venu. Parce que moi, ça me met un filtre. (...) Ouais. J'attends... J'ai une curiosité de savoir ce que font les gens, dans quelle catégorie socioprofessionnelle ils sont, tout ça. Mais j'attends pour le faire parce que je vais les catégoriser. Et ça va avoir des effets. Je vais au moins les objectiver, ça sera beaucoup moins subjectif. Et j'accueillerai avec beaucoup moins d'ouverture ce qu'ils vont me dire même si je vois bien-sûr si c'est un cadre avec une cravate ou des employés du service de la voirie. (Eric, médecin psychiatre, 94)

Ce médecin psychiatre a reconsidéré ses pratiques antérieures où il pratiquait des formes de catégorisation sociale. Il essaye de ne plus le faire car il considère que « tu parles pas à un cadre comme à quelqu'un des classes populaires quand tu es médecin. Tu n'y échappes pas. » Nous avons vu également qu'un médecin ORL ne le faisait que quand il jugeait l'information nécessaire.

Certaines questions sont effectivement mal prises par des patients. Ainsi, Lorène reçoit un jeune couple et leur enfant. Elle leur demande s'ils sont Chinois ce qui semble mal vécu par le père de l'enfant.

Il a pris la mouche alors j'ai pas osé demander, parce que c'était au moment où j'ai demandé qui parle quelle langue à la maison... De temps en temps, tu vas à tâtons un peu et puis tu te fais rembarrer !

Si de nombreux praticiens procèdent à ce type de démarche, plus ou moins consciemment, ils reconnaissent fréquemment se tromper. Lorène n'ose pas poser trop de questions supplémentaires à ce couple et décide d'appliquer le tarif opposable. Lors d'une discussion autour de chaussures adaptées pour l'enfant, elle cherche à leur conseiller prudemment un produit peu coûteux.

⁶¹ Cette information permet de s'assurer des capacités de compréhension des recommandations et des ordonnances par le patient.

Je lui dis, ça dépend un peu de votre budget, et elle me dit : Ah ! mais j'ai pas de budget ! Et la fois d'après, elle est arrivée avec des super chaussures qui doivent bien coûter 100 euros. Sachant qu'elle va les mettre deux mois...

Et constate que cela n'est pas un problème pour eux et qu'elle s'est trompée sur leur situation de vie et professionnelle.

L'habit ne faisant pas le moine, c'est pas toujours évident de savoir, et puis on peut avoir vraiment des surprises, ça arrive qu'on identifie des gens, vraiment comme...[...] Tu peux te faire vraiment avoir par des impressions, tu peux vraiment calquer quelque chose sur des personnes, tu peux vraiment te faire piéger et leur prêter un fonctionnement qui n'est pas du tout le leur. (Lorène)

De nombreux exemples d'erreurs de « casting social » nous ont été donnés par d'autres praticiens.

Pour certains, il n'y a pas d'intérêt à repérer les patients précaires du fait de l'efficacité de notre système de protection sociale.

Au jour d'aujourd'hui, on se pose pas la question de savoir s'il est à la CMU ou pas, parce qu'on a un système de prise en charge qui garantit à tout le monde la même prise en charge des examens complémentaires, donc la démarche diagnostique, elle est la même. (CSMF)

b) Repérer pour quoi faire ?

A quoi ça sert ? Ça sert à rien. [repérer la catégorie sociale] Imaginez que vous ayez une réponse et que vous en fassiez quelque chose, c'est extrêmement dangereux. C'est la porte ouverte à toutes les dérives. C'est la porte ouverte à faire des bêtises. Faire des fautes. (ORL, banlieue nord-ouest)

Selon le collège de Médecine générale, « les acteurs des soins primaires se doivent de prendre en compte ces inégalités [sociales de santé] pour adapter leur prise en charge. »

Voyons ce que font les praticiens que nous avons rencontrés des informations concernant la situation sociale des patients.

a) Une attention particulière au parcours de soins (dépenses)

Pour un médecin installé en zone frontalière, la prise en charge pose rarement de problèmes. Le seul problème concerne des patients qui passent la frontière parce qu'ils considèrent qu'ils seront mieux soignés en France et payent eux-mêmes leurs soins.

Quand ils me disent : « Bah écoutez c'est nous qui payons », c'est vrai qu'on en tient compte dans les... ceux qui sont vraiment indispensables on le fait et puis... On le phase si vous voulez, on le fait par étapes, c'est-à-dire qu'on fait vraiment l'indispensable, et on se dit « Bon, si là avec ces examens complémentaires je débrouille un peu le sujet, j'irai plus loin », et cætera, on raisonne beaucoup plus en entonnoir que dans les

populations qui sont largement couvertes. Ça m'arrive par exemple avec des populations maghrébines qui viennent, qui habitent en Algérie, au Maroc ou... [...] et qui viennent pour avoir un avis... Et c'est vrai que ça peut arriver. Et alors comme ils payent tout, vous avez une autre réflexion, mais on n'est pas dans ce cadre de la précarité, résidant en France.

Selon les médecins généralistes installés dans des banlieues parisiennes et qui reçoivent une forte proportion de personnes en situation de précarité⁶², il faut être attentif lorsqu'on oriente pour des examens complémentaires, notamment pour les personnes qui n'ont pas de mutuelle. Par exemple dans le focus groupe (mais idem pour Sophie en Rhône-Alpes), ils font tous le tiers payant (total ou partiel selon les cas) mais ils orientent en deuxième intention plutôt à l'hôpital parce qu'il est difficile de faire l'avance pour certains patients (au dessus de seuils permettant le tarif opposable). Pour ceux-là, Amina accompagne le parcours de soins :

« Et pour eux, j'appelle les kinés, j'appelle systématiquement tous les gens qui sont impliqués dans les soins. Je les envoie chez les gens que je sais qu'ils travaillent un peu comme ça. Et je les appelle tout en les prévenant, voilà j'appelle le gastro-entérologue... J'appelle tout le monde, je préviens tout le monde. Et du coup, les patients peuvent comme ça suivre leurs soins... » (Amina)

Notons un dernier élément, pointé par les médecins ou les dentistes qui connaissent les parcours erratiques, non linéaires des personnes en situation de précarité. Quand ils consultent, il est important de saisir cette opportunité.

La précarité, ce que je pense c'est quand on chope quelqu'un qu'on voit rarement ou... ben voilà c'est là qu'il faut qu'on fasse un maximum d'effort parce qu'on va le revoir dans trois ans ! (Martha, MG, banlieue nord)

Ce qui suppose de rester disponible et accueillant, quelle que soit l'heure et même si la salle d'attente est comble.

b) Analyser les conditions de vie de manière à ajuster le paiement

L'information sur la situation socio-économique pour certains est utile pour ajuster leurs tarifs. Certains praticiens s'informent aussi sur la couverture complémentaire. En effet, les praticiens de secteur 2, uniquement des spécialistes dans notre corpus, peuvent adapter les tarifs aux catégories de patients et à leurs capacités de paiement, telles qu'elles sont perçues. Parfois aussi, ils s'ajustent au remboursement (en fonction des complémentaires santé). Etant donné la faible part de remboursement par l'assurance maladie en dehors des soins de base, les chirurgiens-dentistes ont tendance à poser la question lors d'une première rencontre mais ce n'est pas systématique.

Ainsi, cette gynécologue installée au bord du 6^e arrondissement, ayant une clientèle variée, « dans un quartier qui n'est pas excessivement défavorisé » pour reprendre ses mots, applique des tarifs variant de 70 à 90 euros. Ces tarifs ne s'appliquent pas aux

⁶² Ceux que nous avons rencontrés

bénéficiaires de la CMUc. De plus, elle fait payer moins aux jeunes patientes (étudiantes) ainsi qu'aux femmes au chômage.

Ce psychologue, installé dans le 6^e, ajuste également la consultation aux possibilités du patient :

« 120 euros pour une consultation d'une heure, c'est le maximum. Pour certains, « ils payent avec des assiettes ».

Dans l'évaluation du tarif, ce médecin prend en compte le trajet quand le patient vient de loin, considérant que c'est un coût supplémentaire pour le patient, ce qui est très rare.

L'ajustement des dépassements d'honoraires s'avère assez fréquent. Il introduit de la subjectivité, s'appuyant sur des critères tels que l'apparence vestimentaire ou des éléments de discours, ce qui met mal à l'aise quelques praticiens. Ils se trouvent dans une posture qui ne relèvent pas de leur fonction et leur métier. Un rhumatologue en secteur 1 reçoit ses patients sur des temps longs. Il pratique une médecine « manuelle » mobilisant diverses techniques qui relèvent des médecines dites parallèles (médecines non conventionnelles pour reprendre la terminologie MOS). Il avait l'habitude d'appliquer une cotation « dépassement exceptionnel » (DE), soutenu pour cela par le syndicat de rhumatologues. Cependant, il a reçu un courrier de la sécu lui demandant de réduire le nombre de DE. Il applique alors à certains de ses patients un acte hors nomenclature, qui sera en partie remboursé par les complémentaires.

C'est à nous praticiens, personnes humaines, de décider par rapport à un individu si il casque ou s'il ne casque pas ! Et quand la sécurité sociale m'a dit, c'est bien, je me suis senti autorisé à refaire des DE, c'est-à-dire en tant que Deus ex machina de décider qui, dans la population, allait être remboursé et ceux qui n'allaient pas être remboursés. [...] On nous dit diminuez ! Mais à qui on doit diminuer ? Est-ce qu'on doit laisser le DE à celui qu'on sent... pour qui, il tient à son argent même si il est riche et est-ce qu'on doit enlever le DE à celui qui ... on sait qu'il nous dira rien parce qu'il est introverti.

A la fois, réaliser cet arbitrage le met mal à l'aise, mais de plus, il considère « que ce choix est impossible, « sur quels critères on se base ? ». Il met ainsi en évidence le caractère arbitraire et subjectif, même si la situation apparaît plus tranchée entre DE ou non DE que pour les dépassements d'honoraires, qui peuvent être plus gradués. Ce qu'il rappelle, c'est qu'il y a éventuelle pression du patient. Rappelons que ce sont plus facilement les personnes plus aisées et ayant un meilleur capital social qui sont en mesure de négocier les prix⁶³, « pourquoi vous ne me faites pas un DE pour que je sois entièrement remboursé par ma mutuelle ? », alors que ce sont ceux qui en ont le moins besoin.

Les riches peuvent être les pires dans le sens où, si on leur fait un acte hors nomenclature, ils vont pas du tout être remboursés par une mutuelle qu'ils payent déjà très cher. Alors ceux-là, ils vous ratent pas. [...] Et là, vous avez affaire avec quelqu'un qui va vous exploser la figure et vous

⁶³ Une gynécologue installée à la limite 6^e/14^e a remarqué au début de son installation que c'étaient les femmes plus aisées qui contestaient ses tarifs de consultation.

allez le perdre et on ne peut pas perdre toute notre clientèle pour faire une forme de justice sociale. Parce qu'au bout du compte on est sacrifiés dans l'histoire ! (rhumatologue)

c) Repérer les bénéficiaires de la CMU pour une éviction

Certains secrétariats demandent – lors d'une prise de rendez-vous au téléphone -, systématiquement quelle est la protection sociale des patients, alors que d'autres vont réagir à certains indices.

« Souvent l'accent. Ou la consonance du nom. A ce moment, elle demande quel type de couverture maladie, ils ont. » (dentiste, 13e)

Nous avons vu que la carte vitale pouvait être lue en début de consultation de façon à repérer les bénéficiaires de la CMUc. De manière à préciser le cadre de la prise en charge, comme par exemple quand un dépassement d'honoraires sera réclamé (indemnité) ou que il sera demandé une avance de frais.

d) Analyser la situation sociale de manière à ajuster la prise en charge

Cette question constitue le cœur de la recherche. Y a-t-il différenciation de la prise en charge en fonction de la catégorie sociale attribuée au patient. Le praticien ajuste-t-il le traitement, l'orientation, le suivi en fonction du statut social ? et plus précisément, comment ? Nous y consacrerons un chapitre spécifique.

Il peut s'agir de tenir compte des conditions de vie et de la situation économique comme l'ajustement à des besoins jugés spécifiques.

133. Repérer la catégorie ethnique

Avant tout, rappelons que l'origine contribue à étayer la construction de discours sur la différence, les migrants sont perçus comme affectés de particularités. Les travaux de plusieurs anthropologues relatent la description par les soignants de spécificités notamment maghrébines et africaines. Le patient est enfermé dans cette image d'altérité qui le maintient à distance. Rappelons que l'essentiel de ces travaux en France mais aussi à l'étranger (cf travaux canadiens, par exemple) concernent l'hôpital.

Avant d'analyser ce que les soignants font de l'origine ou la nationalité de leurs patients, voyons s'ils cherchent ou non à la repérer, à la connaître.

Eric, psychiatre dans le Val de Marne recevant essentiellement des étrangers dans un CMP, avait déjà signalé qu'il ne cherchait pas à obtenir des informations sur la catégorie sociale. Il procède de la même façon pour l'origine.

« La catégorie les gens noirs, je ne leur demande pas d'où ils viennent à la première consultation. Frantz Fanon, qui disait, d'où vous venez, c'est insupportable. Donc je leur demande pas. Je crois qu'ils sont très très contents qu'on leur demande pas d'où ils viennent. Y a des fois, au bout d'un moment... ça peut durer longtemps... ah ben tiens on vient du Congo. » (Eric)

Cette gynécologue préfère ne pas poser de questions sur les origines, par peur que cela soit mal compris, ce qui relève d'une logique différente du précédent praticien,

« je demande extrêmement peu par peur qu'ils pensent que je suis raciste. Très clairement j'ai peur que ce soit mal pris. [...] Voilà et comme je suis une petite blonde aux yeux bleus, je veux pas du tout qu'ils puissent penser quoi que ce soit alors non. (Justine)

Néanmoins, elle s'autorise quand il y a un intérêt clinique :

Il y a les anémies là ... ou la recherche de thalassémie. Oui. Y en a quelques-unes quand elles ont une anémie chronique, je dis : « Ben puisque vous venez du pourtour méditerranéen, il faudrait passer à la consultation de l'hôpital Necker... et on se revoit. Parce que là, j'ai pas l'impression ni de discriminer, ni de juger.

Cet intérêt pour l'origine dans le contexte actuel est frappé de suspicion. D'autres à l'inverse, n'hésitent pas à évoquer les origines, l'éventuel parcours migratoire, (focus groupe), s'il font des voyages réguliers pour voir leur famille...

Différentes attitudes ont été recueillies, sachant qu'elles ne sont pas toujours conscientes. Parmi les praticiens rencontrés, on voit bien qu'un certain nombre d'entre eux intègrent cette dimension dans leur pratique, d'une manière ou d'une autre.

Plusieurs praticiens nous ont donné des exemples, ont pu signaler des régularités, en précisant, *souvent mais pas toujours*. Parfois il peut s'agir aussi d'une rhétorique face au chercheur, certains pouvant être sensibles au regard que l'on pourrait porter sur eux, une crainte d'être jugé comme ayant des préjugés contraires à une certaine image d'eux et de la profession. Les propos retenus ont été resitués dans une tonalité générale de l'entretien.

134. Quel usage de la culture

La définition anthropologique de la culture réfère aussi bien à un groupe issu d'une aire géographique « exotique », qu'à un milieu précis, un sous-groupe social dans notre société. La culture du patient est évoquée à plusieurs reprises selon des acceptions variées.

a) La culture détermine un certain rapport aux soins et à la santé

Quelques praticiens évoquent un certain rapport aux soins en lien avec les questions de précarité qui croisent aussi un groupe social donné. Elle est souvent évoquée, à propos des Roms, déterminant alors un rapport spécifique au corps, à la maladie, à la santé et aux soins. La culture est alors pensée comme obstacle aux soins et à la prévention :

Lorsqu'on essaie de mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique c'est vrai que c'est pas toujours simple. Allez éduquer un gitan sur la diététique, c'est impossible, impossible ! Oui, vous allez arriver à lui faire passer quelques messages mais culturellement ils ont de telles habitudes que c'est extrêmement difficile, allez éduquer une population extrême-orientale qui comprend mal le français sur les limitations du sel. Vous avez goûté le Nuoc Nam ? (médecin spécialiste, Perpignan)

Cette gynécologue installée dans le 14^e, pas très loin d'une station de RER a une patientèle assez hétérogène.

Mais c'est vrai que les Africaines d'Afrique noire [...], un peu moins du Maghreb, mais l'Africaine de l'Afrique noire, on les voit quasiment que pour la grossesse. J'en ai très très peu au cabinet. Alors je pense que y'a un biais du cabinet. Parce qu'elles vont certainement plus en PMI, plus dans des centres de santé, mais je pense quand même que... parce qu'elles ont la CMU, elles peuvent venir, c'est pas voilà, mais je pense que culturellement, effectivement, c'est pas dans les mœurs que d'aller faire une consult' chez le gynéco, de faire un dépistage de frottis... La pilule, c'est pas forcément quelque chose qui est rentré dans les mœurs... Alors que chez nous... Alors déjà y en a plein qui se font pas suivre, mais moins. C'est plus acquis. Et ça, je pense effectivement que c'est culturel.

Elle constate un moindre suivi gynécologique pour les femmes « d'Afrique Noire », dont on ne sait pas si ce sont seulement des origines, des femmes migrantes arrivées récemment : ce qui expliquerait une moindre habitude de suivi gynécologique, non pas tant lié à leur « culture » mais à des habitudes liées au système de santé local, au coût des soins dans leur pays, etc.

Fréquemment on le voit, l'origine et la culture sont pensées comme obstacles, à communiquer, à se comprendre, à accepter la maladie ou les traitements...

Des différences dans les manières de se soigner sont parfois énoncées :

Clairement, les patients qui ont une culture musulmane ont un soin dentaire, un soin d'hygiène dentaire qui est beaucoup plus poussé que le chrétien blanc (dentiste, région Centre).

Un dentiste versaillais constate l'inverse dans son expérience au cabinet. Il note même les désastres du Ramadan en termes de caries.

b) La culture creusant la différence

« La culture, avant tout comprise comme un révélateur de la différence, devient en cela un principe explicatif dans l'interprétation des événements. » (Kotobi, 2000) Elle serait source de difficultés. Elle contribue à une certaine mise à distance, signifiée par le « eux » opposé au « nous », une moindre proximité sociale rendrait la relation moins fluide et surtout le soin. La demande du patient serait plus difficile à décoder.

Non, mais c'est sûr qu'on soigne pas pareil les gens avec qui on se comprend tout de suite. Que les gens pour qui on comprend pas bien leur problématique. C'est compliqué. C'est évident que c'est difficile de soigner des gens d'une autre culture. Enfin, c'est difficile. C'est à la fois très enrichissant parce qu'on apprend des choses et puis que en plus, franchement les Maghrébins, ils sont très sympas mais... enfin, pour la plupart. Y en a qui sont chiants. (Martha, MG, banlieue nord-ouest)

Ces difficultés sont rapportées chez cette généraliste à des situations qui croisent les contextes interculturels, mais ne sont pas spécifiques pour autant. Elle donne des exemples où les patients ne sont pas nécessairement d'une autre culture.

C'est vrai que moi où ça me pose problème, c'est les gens quand je comprends pas ce qui se passe, quoi. Quand j'ai l'impression qu'ils sont pas malades et qu'ils se plaignent beaucoup, quand leur plainte est pas exprimée d'une façon que je peux comprendre, quand ils demandent rien. Y a des trucs comme ça où je perds un peu patience parce que je comprends pas. Et je me dis, c'est pas bien, il faudrait que j'essaye de comprendre mais j'y arrive pas ! (Martha)

Rappelons que la notion de culture ne concerne pas seulement les personnes venues d'ailleurs, ailleurs lointain ou plus proche, mais que le soigné comme le soignant ont une culture propre.

L'origine est aussi mobilisée pour expliquer des comportements transgressifs, comme ne pas honorer ses rendez-vous.

*Pour certains cultures, c'est peut-être moins important d'honorer...
(Justine)*

Ce que sa secrétaire d'origine maghrébine vient valider, « chez nous, ça se fait tout le temps, ne vous inquiétez pas, c'est tout le temps comme ça, c'est pas offensant. »

Enfin, il n'est pas rare que l'origine soit rattachée à une moindre éducation, éducation dans le sens de respect des codes sociaux (et non dans le sens de la scolarisation, des études) sans qu'il soit envisagé que les codes diffèrent d'un pays à l'autre. On pense à une anecdote d'un jeune Africain arrivant à la fac en France qui saluait tout le monde et à qui personne ne répondait...

2. Logiques économiques dans l'exercice médical

Les résultats des testings sur le refus de soins montrent invariablement un plus fort taux de refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUc de la part des médecins en secteur 2 et des dentistes par rapport aux médecins du secteur 1. Ils suggèrent que la logique économique pourrait influencer les attitudes des praticiens, sachant que les premiers ne peuvent appliquer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMUc et que les montants des prothèses dentaires sont fixés par l'Etat. Que nous apporte l'analyse qualitative ? En quoi la rémunération rattachée au soin dispensé influe-t-elle sur les pratiques de soins ? Quelle est la part de la dimension économique dans leurs choix d'exercice et leurs modalités d'organisation ? comment modulent-ils les tarifs et dans quels buts ?

Les revenus des praticiens sont déterminés par les éléments suivants, chacun ayant une part variable selon le type d'exercice comme nous le verrons : le tarif des soins (de la consultation ou des actes réalisés), les charges fixes et non fixes⁶⁴ - partagées ou non avec des collègues - , avec une variabilité selon le lieu d'installation (loyer), le nombre de salariés employés, le montant d'investissement technologique, le nombre d'heures et le nombre d'actes réalisés.

Dans les comptes nationaux de la santé 2011 (Bellamy, Mikol, 2012), les revenus moyens d'activité des médecins libéraux en 2008 varient du simple au double. Ces écarts s'expliquent par des différences dans les tarifs de base et la quantité d'actes réalisés, ainsi que par le poids des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités. Le tarif de la consultation est une des variables d'ajustement du niveau de revenu dans certaines spécialités ainsi que la multiplication des actes. Ajoutons que les tarifs opposables des actes techniques sont en moyenne significativement plus élevés ce qui expliquent des disparités de revenus en fonction des spécialités médicales (Bellamy et al, op. cit.)⁶⁵. Les radiologues et les anesthésistes se situent en haut de l'échelle des revenus, ils effectuent la majorité voire la totalité de leur activité en actes techniques. A l'inverse, les spécialités plus cliniques sont moins rémunératrices.

Dans l'étude citée (Bellamy et al, op.cit.), le nombre de patients au tarif opposable n'est pas considéré comme pouvant influencer sur les revenus.

Parmi les actes pratiqués, ce sont les prothèses dentaires qui contribuent le plus aux honoraires moyens perçus par les chirurgiens-dentistes (Bellamy, 2013). Sur 131 690 euros d'honoraires moyens, 94 320 euros de dépassements (taux de dépassement de 72 %) ; les soins conservateurs sont la 2e source d'honoraires, puis les actes d'orthodontie et enfin, les actes de chirurgie. Les dépassements sont très faibles sur les soins conservateurs. Théoriquement, ils n'ont pas le droit de faire des dépassements sur les soins de base.

La part de chaque poste varie considérablement selon le type de spécialité et notamment en fonction du plateau technique qui est très important dans certaines

⁶⁴ Impôts, électricité, loyer, cotisations sociales (URSSAF), assurances professionnelles, salaire et charges d'éventuels employés, assistantes dentaires, secrétaires, etc. Certains praticiens rappellent qu'ils doivent mettre de l'argent de côté pour la retraite au vu des niveaux bas de retraite libérale.

⁶⁵ En 2008, les revenus déclarés avant impôts étaient de 97 400€ en moyenne pour les médecins ayant une activité libérale, 121 300€ pour les spécialistes et 76 600€ pour les omnipraticiens. Les radiologues déclaraient 173 900 euros/an, les anesthésistes 170 200, les dermatologues 77 400.

professions, radiologie, ophtalmologie par exemple, cardiologie, chirurgien-dentiste... Il existe des prérequis en lien avec les normes de qualité en vigueur, toujours plus importantes, ainsi que des normes et règles nouvelles qui peuvent impliquer des investissements importants (accessibilité aux personnes à mobilité réduite, par exemple). Les investissements technologiques varient selon les spécialités. Le plateau technique d'un dentiste n'a rien à voir avec celui d'un médecin généraliste ou encore celui d'un psychothérapeute qui n'a besoin que d'un fauteuil. Au-delà, les investissements peuvent varier d'un praticien à l'autre au sein d'une même spécialité. Par exemple, nous avons rencontré un dentiste qui a investi dans un scanner, une gynécologue dispose d'un appareil échographique, etc. Dans certaines professions, les avancées médicales ont imposé des investissements très coûteux qui ne peuvent être assumés que collectivement.

La rentabilité d'un cabinet est parfois mise en péril par ces investissements technologiques. La répartition entre les deux secteurs en fonction des spécialités médicales peut s'expliquer par ces coûts d'investissement à rentabiliser. Par ailleurs, rappelons que les praticiens en secteur 1 ont moins de cotisations à payer, prises en charge partiellement par la sécurité sociale (caisses d'assurance maladie). Pour les spécialités plus cliniques, il y a une forme d'équilibre à trouver entre différentes variables d'ajustement et un objectif de chiffre d'affaires et de revenu. La part liée au tarif de consultation est alors plus susceptible d'influer sur le chiffre d'affaires et le revenu, en lien avec les heures de travail et le nombre d'actes. Dans ce cadre, pour un niveau de revenus donné, l'ajustement se fera entre choix des conditions de travail (avoir par exemple un secrétariat ou une assistante dentaire), heures de travail (nombre de patients vus et temps qui leur est consacré), tarifs, nombre de patients en tarif opposable...

Des éléments reliés à la rentabilité d'un cabinet sont en tension par rapport à des valeurs, le sens de l'action, - mission de service public, assurer la continuité des soins, etc -, mais aussi les attentes en termes de niveau de vie et de qualité de vie (prorata entre heures de travail et niveau de rémunération). Ces éléments sont très variables en fonction de chacun, de son histoire, de son profil sociologique...

Nous allons voir que le niveau de vie attendu varie considérablement d'un praticien à l'autre, en fonction de contraintes plus ou moins indépendantes de l'exercice médical, liées à leur vie privée (personnes à charge), leur manière de se positionner au sein de la société, la valeur d'une profession étant en partie jugée en fonction du revenu qui lui est rattaché.

Par ailleurs, « le juste prix » des soins est une notion souvent évoquée qui ne peut être pensée sans comparer à d'autres professions de santé et plus largement, et sans lui associer la qualité des soins.

Nous distinguerons dans un premier temps, chirurgiens-dentistes et médecins dans la mesure où le remboursement des soins par l'assurance maladie et les complémentaires santé répond à des logiques distinctes.

Rappelons que pour les bénéficiaires de la CMUc, de l'AME (dans un cadre plus restreint), et dorénavant de l'ACS, il existe des tarifs opposables, les médecins ne peuvent donc appliquer de dépassements d'honoraires à ces patients. Pour les autres patients, en dentaire, le tarif des « soins » est opposable alors que le tarif des prothèses est librement choisi par le praticien et en médecine, les médecins conventionnés du

secteur 2 peuvent choisir le montant du dépassement, « avec tact et mesure » comme il est spécifié dans les textes.⁶⁶

21. Les logiques des prix

211. Chirugiens dentistes

Plusieurs acteurs de la profession de chirurgien-dentiste ont insisté sur la logique de remboursement des soins par l'assurance maladie. Ils pointent que les tarifs des soins dentaires de base sont parmi les plus bas des pays européens. Tous les dentistes rencontrés, incluant ceux qui reçoivent un grand nombre de personnes précaires et sont engagés dans l'accès aux soins de ces populations, considèrent que la rémunération de ces soins est sous-évaluée. Historiquement, cela s'est fait dans un contexte de négociation avec l'assurance maladie. Les syndicats ont accepté le niveau de tarification des soins de base mais en contrepartie ont obtenu la libéralisation des prix pour les soins de prothèse⁶⁷.

Contrairement à la médecine, en fait, au deux-tiers, même si on considère que l'assurance maladie est financée par nous aussi, mais les 2/3 des coûts sont pris en charge par les usagers à travers les mutuelles et le reste à charge, ce qui n'est pas le cas dans le reste de la médecine. Schématiquement, en dentaire, sur l'ensemble des dépenses dentaires, l'assurance maladie n'en couvre qu'un tiers. (PH, dentiste, 94)⁶⁸.

Plusieurs ont insisté sur le fait que s'ils ne réalisaient que des soins, le cabinet ne serait pas « viable ».

Mais globalement, pour les soins, on est souvent pas rentables, donc ce qui explique aussi le coût de la prothèse, on est obligés entre guillemets de rattraper. A mon avis, c'est une grosse erreur de Santé Publique... (dentiste, 15e)

Ainsi, par la tarification des prothèses, les dentistes récupèrent « ce manque à gagner ». Cette situation concernant les tarifs de base est dénoncée par tous les dentistes et n'est pas sans incidence sur la santé publique.

C'est comme si tu construis un immeuble en bâclant les fondations et en faisant un bel immeuble. L'immeuble va se casser la gueule. (Elias, Paris)

Les soins prothétiques font partie du panier de biens de la CMUc ; le tarif a été sous-évalué au départ, comme relatent les praticiens, en même temps que plafonné ce qui a entraîné un mécontentement généralisé. Du côté de ceux qui soignaient les plus

⁶⁶ Une certaine marge de manœuvre reste toutefois possible pour les médecins du secteur 1.

⁶⁷ Des effets d'inégalités sociales d'accès aux prothèses sont alors constatés, prothèses qui sont correctement remboursées par les complémentaires santé de niveau élevé.

⁶⁸ Il ajoute : « Là on ne regarde que par rapport à ce qui est réellement dépensé. Or sur les dernières études de l'IRDES, on est largement à plus de 50 % des renoncements financiers pour le dentaire. »

démunis, cela leur semblait un non-sens de parvenir à les réinscrire dans une démarche de soin, tout en limitant le nombre d'actes par an, sachant qu'après des années de renoncement aux soins buccodentaires associé à une mauvaise alimentation, souvent une hygiène buccodentaire négligée, il y a un gros rattrapage à effectuer.

Y avait un plafond de 2000 F, y avait un plafond par an et par patient. Ça correspondait à deux couronnes par exemple. Un patient qui arrive avec la bouche à refaire. Il est prêt, tu fais ton plan de traitement, il reprend toute cette confiance, cette envie de se soigner et on lui dit : ah ! je vous fais deux couronnes cette année mais les suivantes, ça sera l'année prochaine. Et le reste, ça sera sans doute dans deux ans ou dans trois ans. C'est totalement aberrant. Par rapport à un plan de traitement et à la prise en charge globale d'un patient. C'est monstrueux ! » (Elisabeth, région parisienne, centre de santé)⁶⁹

Au-delà de cette discontinuité des soins instaurée initialement, cela pouvait poser des problèmes techniques :

Je peux pas faire deux couronnes : tout fout le camp ! Si je refais la bouche, je peux pas vous dire que je vais faire deux couronnes maintenant puis deux couronnes... et on leur répondait à la Sécu, c'est deux couronnes par an. (Hortense, Lorraine)

De leur côté, ceux qui ne recevaient pas ces populations, dans la mesure où ces soins avaient été hors de leur portée pendant longtemps, devaient les recevoir pour un prix imposé par l'Etat qui était inférieur au tarif qu'ils appliquaient aux autres patients. Ces tarifs étaient considérés comme trop bas et donc les dentistes déclaraient qu'ils travaillaient à perte. Ces tarifs ont été revalorisés en 2006. Mais ils ne l'ont pas été depuis cette date. Et donc émerge à nouveau un discours sur les tarifs CMU qui impactent la rentabilité de certains cabinets, discours généralisé. A titre d'exemple, ces deux dentistes au profil différent ont le même discours. La première est une femme, proche de la retraite, engagée sur les problématiques d'accès aux soins dans une association, en province, et qui reçoit de nombreuses personnes en situation de précarité, bénéficiant ou non de la CMU. Le second est un jeune praticien parisien, très éloigné de ces problématiques de par ses origines sociales, son peu d'expérience quotidienne avec la précarité, il a très peu de patients ayant la CMU, par effet de quartier.

Alors le plan de traitement, on va le faire, mais on sait que si on fait des couronnes, on va être payés sur une céramique 375 euros alors que pour les autres, on est entre 500 et 800 euros. Donc on perd quand même un peu de gras. Sur les couronnes en acier, on va être payé 300 euros alors que sur les autres on est à 400/450, donc on perd aussi un peu de gras. Ensuite sur les prothèses on perd aussi un peu, sur les soins on perd rien, on peut soigner sans problème... (Hortense, Lorraine)

Le coût de la prothèse CMU est 375 euros, c'est la céramique. Elle est payée 375 euros par la Sécurité Sociale. Moi, la facture du prothésiste sur

⁶⁹ sauf à faire appel à l'INM, l'impérieuse nécessité médicale, ce que beaucoup ont pratiqué.

une couronne, j'en ai pour 120 euros, il me faut, deux-trois rendez-vous de préparation. J'en ai pour deux heures-deux heures et demie de travail. Donc deux heures et demie, je vous ai dit le coût du cabinet à l'heure 120 euros, 200 euros, je suis à l'équivalent. Donc si on prend des patients CMU, en soi... c'est short mais pas aberrant. On peut pas dire qu'on perd de l'argent. On n'en gagne pas mais on n'en perd pas.

- Ce qui veut dire derrière que si vous n'avez que des patients CMU vous ne gagnez pas votre vie ?

- C'est pas viable. Ah le cabinet n'est pas viable, c'est... très clairement, c'est pas possible. Economiquement ça ne marche pas, ça ne peut pas marcher. Et de même si je ne fais que des soins, c'est encore moins viable. (dentiste Paris 15^e)

Bien-entendu, les syndicats relayent ce discours sur les tarifs.

D'une situation où on faisait quelque part appel à la générosité des praticiens, parce qu'ils acceptaient de faire des tarifs plus faibles, aujourd'hui on en arrive à une situation où, comme au niveau du soin, c'est faire des prothèses à des prix qui ne correspondent à aucune réalité. (UJCD)

H. Boissonnat, du Mouvement ATD Quart Monde, relatait une initiative développée en Lorraine, avant la mise en place de la CMU. Chaque dentiste avait accepté de signer une charte et soignait gratuitement un nombre donné de patients⁷⁰. Cette expérience construite avec les professionnels de santé avait été une réussite car les professionnels étaient partenaires dans la réflexion et dans la décision, ils avaient proposé une méthode originale pour permettre à une époque où la CMU n'existait pas de prendre en charge les soins prothétiques des personnes bénéficiant du Fonds d'action Santé.

Et les dentistes me disaient : tu sais, il vaut mieux qu'on sache qu'on en a 2 à faire par an, qu'on les fasse bien et que ça marche, plutôt que d'avoir des gens qu'on peut pas soigner, qu'on est obligés de renvoyer, on sait pas qu'en faire, on sait qu'ils seront pas soignés, on sera pas payés.

L'adhésion généralisée des dentistes à cette démarche suggère une hypothèse économique sur leurs motivations. En définissant le nombre d'actes à l'avance, le praticien peut maîtriser les coûts. Or la logique économique ne peut être abordée sans penser la maîtrise. En acceptant des bénéficiaires de la CMUc, les praticiens ne peuvent connaître à l'avance le nombre de patients qu'ils vont recevoir et qui auront besoin de tels soins (à moins d'établir des quotas). Dans un quartier favorisé, les risques d'effets notables sur les revenus globaux sont faibles. Ainsi pour le dentiste du 16^e rencontrée, c'est quelques appels par mois. Ils sont beaucoup plus importants dans les quartiers populaires.

L'UJCD rappelle que 70 % de l'activité sont des soins, 30 % des prothèses et que le chiffre d'affaire généré se répartit inversement (idem pour FSDL). Il constate

⁷⁰ Dans cette initiative, le Conseil général prenait aussi en charge les patients les plus précaires.

qu'aujourd'hui les dentistes perdent de l'argent, d'autant plus qu'ils pratiquent un peu plus que 70 % de soins, ce qui peut être le cas dans les régions sous-dotées et que « si vous avez une proportion importante de CMU sur vos prothèses, elles ne vont plus être génératrices de 70 % de votre chiffre d'affaire. »

Si vous n'avez que des patients CMU, vous mettez la clé sous la porte. Les problèmes sont mathématiques, on ne peut pas accueillir tout le monde. (FSDL)

212. Médecins secteur 1 et secteur 2

Contrairement au dentaire, seuls certains praticiens ont l'autorisation d'être en secteur 2 (les anciens chefs de clinique) et c'est l'ensemble des soins qui sont a priori soumis au dépassement d'honoraires pour les praticiens autorisés. Seules y échappent certaines catégories de patients, tels que les bénéficiaires de la CMU, l'AME, dorénavant les bénéficiaires de l'ACS.

La majorité des médecins en secteur 2 parmi ceux que nous avons rencontrés déclarent appliquer des tarifs plus bas en fonction de leur propre estimation des capacités de paiement de leurs patients. Ces pratiques sont exceptionnelles pour certains (révélées incidemment lors de la narration d'un cas), quasi systématiques chez d'autres, évoquées spontanément lors des questions sur la connaissance qu'ils ont du statut social d'un patient. On s'interrogera plus loin sur le caractère subjectif de ces évaluations, parfois même arbitraire.

Le choix du secteur 2 pour ceux qui en ont la possibilité est fondé sur des arguments de rentabilité souvent associée à la durée de consultation.

Faut pas se cacher, c'est la rémunération. (...) Soyons honnêtes, je veux dire à 23 euros la consultation... Objectivement, je comprends pas comment ils font pour vivre. (Hélène, gynécologue)

Cela permet de recevoir les patients plus longtemps car, à 23 euros la consultation de médecine générale, la rentabilité oblige à en recevoir plus, ce qui suppose moins de temps, moins d'écoute, peut-être la nécessité de renouveler la consultation car tout n'aura pas pu être abordé. Des études ont montré que la durée de consultation était effectivement plus longue en moyenne en secteur 2⁷¹.

La multiplication des actes techniques constitue le premier moyen d'augmenter ses revenus, sachant que les actes techniques sont généralement mieux cotés que l'activité clinique.

Je fais des dépassements d'honoraires sinon je ne pourrais pas vivre. J'ai fait des choix professionnels qui m'obligent... Je suis complètement rebelle à ça, je prends peu de personnes, je les garde longtemps, je les écoute... mais mon salaire à la fin du mois, c'est ridicule. Mais c'est

⁷¹ Ainsi, en moyenne, « le nombre d'actes des médecins du secteur 2 est, pour presque toutes les spécialités, très inférieur à celui des médecins de secteur 1. » (Bellamy et al, 2012) Les auteurs rappellent alors que l'impact sur les revenus est « amorti », voire compensé par les dépassements d'honoraires.

normal que avenue X à 2300 euros par mois, je fais des DH. C'est un secteur 2 général le centre de Paris et le secteur 1 qui a été inventé pour la Creuse, pour le fin fond de la France, ça n'a aucun sens. (Antonio, MG, secteur 2 Paris 1er)

Ce médecin généraliste est parisien. Un spécialiste exerçant en secteur 1 dans le 93 est au contraire très satisfait.

Quand on a une clientèle comme la mienne, on vit bien. On vit très bien. Je rencontre souvent les X [il cite le nom de sa spécialité] parisiens et évidemment, on ... ils imaginent pas du tout qu'un secteur 1 peut vivre très bien dans le 93. Mon chiffre d'affaires a rien à envier au chiffre d'affaires des Parisiens d'autant que les charges ici sont nettement moins importantes. Pour ça que je peux avoir un cabinet de 100 m2 pour moi tout seul. A des tarifs dérisoires.

Si le choix du secteur 2 est une manière de contrebalancer financièrement le choix d'une durée de consultation plus longue, dans certains cas, il vient compenser d'autres manques à gagner liés à l'activité professionnelle et une logique de tarification qui ne prend pas en compte de multiples activités visibles ou invisibles du médecin.

« Moi, je vois les choses de la façon suivante. Les dépassements d'honoraires nous permettent de financer tout un tas de trucs que l'assurance maladie ne nous finance pas. Par exemple, moi je m'occupe d'un réseau de suivi de cancer du sein, c'est quand-même pas mal de boulot, c'est totalement bénévole. On touche pas un sou pour toutes les réunions, tout le truc et le machin. En fait, toutes les filles qui sont dans ce réseau de suivi de cancer du sein, qui participent et qui sont actives, elles sont toutes en secteur 2. [...] Moi je mets ça dans une espèce de panier global qui fait que tu peux rester des heures à l'hôpital alors que tu es payée 50 euros la demi-journée. » (Michèle, gynéco, s2, 9^e)

Dans la même logique, en secteur 2 les praticiens semblent plus facilement penser le tarif de consultation en lien avec une logique de soin plus globale. Si une patiente revient montrer ses résultats, elle ne paiera pas à nouveau, ou en tout cas sans dépassement. parfois, encore, cela dépendra de la patiente...

Y'a une patiente que j'avais vue avant l'été là, pour un souci d'infection et qui là me dit : ah là je suis, je suis embêtée... Parce que je lui dit : Ah vous travaillez ? Elle me dit : ah non ! En ce moment, je suis en recherche d'emploi, je trouve pas. Bon, elle venait pour un contrôle, je lui ai refait son prélèvement. Je lui ai pas fait payer (Hélène, gynécologue parisienne)

Ces discours sont tenus quand la spécialité est avant tout clinique. Par contre, des praticiens argumentent le dépassement d'honoraires sur un décalage entre la valeur « réelle » de l'acte et le prix du remboursement au tarif sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires fréquents en chirurgie en découleraient : 460 euros, il y a 20 ans, 480 euros aujourd'hui pour une prothèse de hanche (Hamon, FMF). Selon toujours Hamon, si les actes étaient remboursés à leur juste valeur, ces dépassements d'honoraires n'existeraient plus.

22. Le temps, c'est de l'argent

Le temps constitue une autre variable d'ajustement pour arriver à moduler son revenu (ou en tout cas essayer). Ce qui récuse l'idée trop simpliste de l'existence d'une frontière entre praticiens du secteur 1 et du secteur 2, les uns plus altruistes et les seconds plus gouvernés par des logiques économiques. Certains praticiens peuvent obtenir un chiffre d'affaire équivalent en multipliant les actes, notamment techniques, et en recevant sur des temps très courts. Rappelons par ailleurs qu'en secteur 1 une partie des charges sociales sont prises en charge par la collectivité.

Sans que cela soit automatique, une durée de consultation plus longue est plutôt un indice de qualité des soins. Ce temps, c'est du temps pour écouter le patient, mieux le connaître, parfois l'examiner. Comment peut-on écouter une plainte, l'évaluer, analyser le contexte, examiner, expliquer, prescrire, et éventuellement recevoir un paiement en 10mns ? Mais c'est aussi un confort pour le médecin, d'autant qu'il a des attentes en termes relationnels.

Quoi qu'il en soit, le choix d'offrir une qualité de soins au patient est mise en avant par les praticiens du secteur 2, associée à un confort, de meilleures conditions de travail.

« Je prends les consultations plutôt longues, pour justement ne pas être trop pressée, prendre du temps avec les patientes... qui justifient aussi ce tarif. Parce qu'on peut faire à 30 euros, mais on les voit cinq minutes, on les écoute pas... On en voit cinquante dans la journée. Enfin moi c'est pas cette relation là que je voulais avec mes patientes. » (Hélène, gynécologue, 14e)

Comme cette gynécologue, une autre spécialiste, dermatologue, a choisi son niveau de dépassement en regardant les tarifs du quartier et en ajustant à son niveau de diplôme et de compétences.

Qualité des soins et qualité de vie du praticien se conjuguerait pour produire un cercle vertueux. Tous n'y arrivent pas :

« Donc, pour faire la vraie médecine donc que je voulais faire, je savais que ce serait en ville. Mais honnêtement, bien la faire et pour en vivre normalement, eh ben, je sais pas comment on fait. Ou si si si je sais. Y'en a qui font ça. C'est du 8h00-21h00 et puis ben d'ailleurs la vie personnelle, ça peut pas marcher hein. C'est pas possible. » (Justine, gynécologue, 92)

Certains médecins quand ils en ont la possibilité pourraient multiplier les actes (échographie par exemple dans le cadre d'un suivi de grossesse) pour gagner plus, ce qui ne nous a jamais été dit en entretien mais rapporté par des confrères.

Notons que les praticiens qui sont dans une logique de « travailler plus, pour gagner plus » ont peu de chances d'accepter un entretien de recherche et ont un agenda saturé. Dans ce contexte, il pourrait y avoir ajustement des temps de consultation en fonction des patients, ceux qui sont moins rentables seraient reçus moins longtemps. Seul un travail d'observation avec recueil systématique des temps de consultation permettrait d'objectiver une telle situation.

En recevant moins longtemps les patients à qui ils doivent pratiquer le tarif opposable, certains pourraient récupérer en rentabilité... Un praticien l'évoque ouvertement. Il est rhumatologue, formé à des techniques manuelles, ostéopathie, acupuncture. Il est en secteur 1, n'ayant pas obtenu l'accord pour être en secteur 2, mais il a des consultations longues, trois quarts d'heure parfois une heure. Nous avons déjà évoqué le fait qu'il a reçu un courrier de l'Assurance maladie lui demandant de réduire ses DE. Mal à l'aise de choisir parmi les patients, celui dont la consultation sera cotée DE et celui qui sera en hors nomenclature (HN), il décide de se déconventionner. Il continue à recevoir les patients ayant la CMU mais à un tarif moindre que son tarif « normal ». Il a mis au point des techniques spécifiques lui permettant d'assurer des soins s'approchant de ce qu'il offre aux patients qui payent le prix fort, tout en le faisant dans un délai beaucoup plus court.

Parfois aussi pour récupérer en rentabilité, des praticiens multiplieraient les actes techniques. Ainsi cette jeune médecin dénonce des pratiques observées dans le cabinet de groupe où elle exerce :

Très clairement y'a ceux qui aiment bien ([la CMUc] parce que, ils vont faire des actes et des actes... Ils font des actes et des actes, comme c'est pas eux qui payent, ils font des échographies à tout le monde, des machins à tout le monde. Donc ça se fait, et je sais très bien que la nana qui fait ça, c'est pas du tout la seule.

Des bénéficiaires de la CMUc nous ont rapporté à plusieurs reprises que dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance, ils ne sont pas reçus par le médecin mais récupèrent l'ordonnance auprès d'une secrétaire qui fait passer la carte vitale...

23. Des logiques concurrentielles

Nous avons déjà évoqué l'ajustement des dépassements d'honoraires à la situation socio-économique du patient, « par conscience personnelle », nous dit cette gynécologue.

C'est vrai qu'à une petite étudiante qui travaille au Mc Do le week-end, je ne peux pas, que ce soit culturellement, éducationnellement je sais pas comment on peut dire, je peux pas lui demander 80, 90 euros. C'est pas possible. (Hélène)

Les pratiques d'ajustement des prix relèvent d'un certain positionnement éthique et déontologique mais répond aussi à un besoin de fidéliser la clientèle.

Et comme on a quand même envie qu'elles reviennent, qu'elles soient suivies, qu'on puisse les revoir, on s'adapte quoi. Là, justement, j'ai une patiente qui est venue y'a trois semaines et son frottis, il faut qu'on lui refasse. Et là, le message qu'elle laisse, c'est : est-ce que je repayerai la consult ? Donc c'est que quelque part quand même, et elle a déjà eu mon collègue lui avait déjà fait le tarif, qui est un petit tarif étudiant, voilà, donc c'est quand même quelque chose, on voit, c'est quelque chose qui tient à cœur aux patientes.

La question de la concurrence est relativement peu abordée par les médecins qui doivent plus gérer une trop forte demande que l'inverse, sauf peut-être ceux qui sont nouvellement installés.

24. Un niveau de vie à atteindre

Si l'ajustement des dépassements d'honoraires aux ressources d'un patient (ou ce qu'il donne à voir) est chose courante, quand elle survient trop fréquemment, elle peut mettre en péril la rentabilité de l'activité. Justine est gynécologue. Elle continue à exercer une activité de chirurgie dans un hôpital public et dans une clinique privée. En parallèle, elle vient de s'installer dans un cabinet de groupe en banlieue nord-ouest dans une ville très contrastée socialement. Son tarif de consultation est de 75 euros mais elle consent un tarif inférieur ou un tarif « sécu » aux femmes qu'elle considère en difficultés. Compte-tenu du lieu d'implantation de son cabinet médical et de sa propre sensibilité aux situations sociales de ses patientes, il arrive fréquemment qu'elle n'applique pas le dépassement d'honoraires.

« Un peu trop souvent je pense, je fais pas de dépassements, donc là c'est clair que c'est... Que ce soit en médecine ou en consultation ou en chirurgie... [...] Les dépassements en chirurgie, franchement j'ose même pas en faire quand j'en fais... Dès que je vois que les gens sont normaux, je fais payer un peu mais dès qu'ils ont des soucis, je fais pas trop quoi. Voire rien. Mais c'est pas bien... c'est pas bien de faire ça parce que je ne vis pas de mon métier hein. Là je gagne trois fois moins que ce que je gagnais à l'hôpital. Donc c'est beaucoup plus dur.

Justine est prise dans une situation de dilemme, entre une forme de compassion, de désir de ne pas mettre les personnes dans des situations difficiles, tout en cherchant à rentabiliser son activité, ce qu'elle arrive à grand peine, notamment dans le cadre de son activité chirurgicale.

...je sais que je devrais pas le faire parce que j'ai l'assurance à payer, j'ai mon aide opératoire, j'ai la clinique... (rires). La mastect' [mastectomie] c'est... 200 euros de bloc, même pas quoi. Donc je vais être payée 200 euros pour 3 heures de bloc avec derrière... J'ai vraiment plein de paperasse. J'ai beaucoup de travail... bloc opératoire... ce que je dois payer enfin... C'est du bénévolat et d'un autre côté, la nana, elle gagne pas si mal sa vie que ça mais enfin, elle est seule, elle est secrétaire, et clairement, tout le monde lui demande du dépassement tout le temps. Donc à un moment donné y'a ... elle peut pas... Faut voir aussi dans le parcours de soin quoi, les gens ce qu'ils en font. Effectivement les autres, eux ils s'en foutent mais moi ça me ... gêne un peu quoi. » (Justine)

On voit la tension entre question financière, qui pour cette jeune praticienne relève presque de la survie, - sans son mari, elle ne pourrait pas subvenir à ses besoins - , et d'un autre côté, une forme d'humanisme, une vision altruiste de son métier.

C'est pour ça que je suis contente de travailler. Parce que je sais que je fais du bien à des gens mais je sais que c'est pas tout à fait ... C'est pas que c'est rentable mais on met toujours en opposition dans l'idéologie la finance et la médecine et c'est vrai que c'est en opposition totale. En tant

que médecin, je devrais même pas avoir à m'occuper de finances et en tant que financier, j'aurais pas à prendre en compte l'humain ... Mais si, le problème c'est qu'on est bien obligés d'avoir un compromis. (Justine)

L'ajustement du tarif en fonction de la situation sociale est une manière de gérer ce conflit entre plusieurs valeurs qui peuvent s'avérer contradictoires.

Le revenu va en partie déterminer le niveau de vie. Il varie selon les besoins de chacun, lesquels sont déterminés en premier lieu par le contexte familial : travail du conjoint et niveau de revenu de ce dernier, enfants à charges, etc. Ainsi, si la gynécologue dont nous venons d'évoquer les soucis de rentabilité est protégée par les revenus de son mari, ce n'est pas le cas de toutes ou tous. Ainsi, une pédiatre en secteur 2 explique qu'elle a un mari artiste et qu'elle doit assurer les besoins du foyer ; ils ont trois enfants, jeunes adultes à leur charge.

Il faut être basique. Moi, je suis chef de famille. J'ai un mari qui est artiste. Je suis chef de famille et mon mari n'a pas de régularité de revenus. Heureusement que je suis installée à Denfert-Rochereau pour vous dire les choses de façon très pratique. (...) Je peux pas freiner et je bosse 60 heures par semaine. J'ai pas de vacances, j'ai pas de voiture de fonction. (Elise, Consultation à 50 euros)

Cela contribue à ce qu'elle soit « contrainte » par ses besoins...

« Je peux pas baisser, pas baisser les prix moi, vu le loyer qu'on a, vu quasiment ma situation familiale, je ne peux pas baisser mes prix. »

Dans le cabinet libéral où elle exerce, les autres pédiatres sont en secteur 1 et pratiquent quasiment systématiquement des dépassements à 42 euros.

Les besoins sont aussi variables, selon que l'on est propriétaire de son logement (héritage pour certains, évitant d'avoir à payer un loyer) ou encore en fonction du style de vie et des dépenses qui y sont rattachées : l'un est chasseur, prend des cours de tir très coûteux, l'autre aime voyager...

Le coût de la prothèse, il est calculé en fonction du temps que je vais passer, du coût de prothésiste, donc de mes charges fixes, et puis effectivement après ce que je veux pour vivre. (Gilles, dentiste, Paris 15)

A l'inverse, certains praticiens ont peu de besoins.

Bon, moi je trouve que je suis célibataire, j'ai pas beaucoup de besoins ; je trouve que avec 3000 euros, on vit pas mal. J'ai pas à me plaindre ; la moyenne en France, c'est 1700, je crois. On a la chance de faire un boulot qui nous plait. (chirurgien-dentiste en centre de soins)

Une généraliste installée en banlieue, en évoquant le montant des impayés, précise qu'elle attache peu d'importance à ce qu'elle gagne.

Et moi je vérifie rien parce que je m'en fous. (Martha, MG, banlieue nord-ouest)

Ces besoins financiers sont aussi socialement construits :

...une catégorie professionnelle comme ça qui a été habituée à gagner beaucoup d'argent et qui supporte pas d'en gagner moins. Or elle en gagne moins. Comment on accepte de perdre un pouvoir d'achat important depuis 15 ans ? On a un train de vie. C'est pas évident. (Elisabeth)

Rappelons les origines sociales des médecins, une surreprésentation des cadres et des professions intellectuelles supérieures, encore aujourd'hui (DRESS, 2006). Au-delà des besoins matériels, le revenu idéal est construit en fonction de la position sociale attendue, le revenu assurant dans notre société un certain prestige. De plus, dans un contexte où de nombreux médecins ont le sentiment que leur statut social s'est dévalorisé, le revenu occupe alors une place symbolique d'autant plus importante. Ce niveau de revenu leur semble inadapté : quand il est rapporté aux heures effectuées, en termes de responsabilité surtout.

Je trouve que quand il y a un niveau d'études, normalement il y a un montant. Comme quand on prend des responsabilités, on est plus payé. C'est pour ça que le dirigeant d'une société est quand même plus payé que le sous dirigeant ou je sais pas quoi. Hors là, il y a une inadéquation. Et qui est connue de tous, et qui est imposée aux médecins, c'est ça que je trouve humiliant. (...) Je trouve que, un médecin, qui a fait 8 ans d'études, qui va prendre les responsabilités sur un diagnostic de pas se tromper, de prescrire, de pas prescrire, d'avoir un procès ou pas, je veux dire la vie, la mort, est-ce que je suis disponible, est-ce que je suis pas disponible, tout ça. Pour un montant modeste. Pour moi c'est humiliant. » (Gynécologue, Justine, Asnières et secteur Public)

Au-delà du revenu, c'est aussi le tarif de consultation qui apparaît symboliquement faible.

Je trouve ça extrêmement insultant. Et je trouve que ça ne participe pas aux bonnes relations entre les patients et leurs médecins. [...] 23 euros, c'est une humiliation mais sans nom. Moi je trouve ça choquant. (gynécologue, Justine, Asnières)

La valeur symbolique de l'acte est jugée par les praticiens sur une échelle de comparaison de prix, en général l'exemple le plus souvent pris est celui d'un téléphone portable, de préférence un smartphone à haute valeur technologique.

« Donc c'est pas normal, donc effectivement, que je fasse payer moins qu'un téléphone portable que les gens ils ont déjà, je pense. C'est anormal de payer 23 euros pour être pris une demi-heure en consultation. Moi je trouve ça anormal. Enfin je veux dire... le coiffeur, ça peut être un restaurant... ça peut être ... même le macDo mais enfin ça coûte pas ça ! ça coûte beaucoup plus cher. » (gynécologue, Justine, Asnières)

Cela paraît d'autant plus choquant à certains que la santé occupe une place de choix dans les valeurs de nos sociétés occidentales. Notons que cela n'empêche pas pourtant une faible place pour les dépenses de prévention, une plus grande valorisation des actes

techniques en comparaison avec la clinique et la dimension relationnelle des soins, la prise en charge sociale située encore plus bas dans l'échelle monétaire et symbolique.

25. Maîtriser la file active de patients au tarif opposable comme variable d'ajustement

Justine écoute donc « son bon cœur » et réduit fréquemment son tarif de consultation en fonction de sa perception de la situation économique de ses patientes.

Si à un moment donné, dans ma journée, et ça m'arrive hein, entre les CMU, une chômeuse, une étudiante et un médecin⁷²... évidemment... Du coup, je fais 23 euros ou je suis pas payée, mais je sais qu'à la fin de la journée, c'est pas bien pour moi, parce que je sais très bien que je rentre pas dans mes frais.

Elle est, semble-t-il, dans une situation économique problématique. D'autres au contraire cherchent à maîtriser la file active des patients en tarif opposable. Ils ne refusent pas nécessairement tous les patients ayant la CMU mais choisissent qui, quand, dans quel cadre, établissent éventuellement « des quotas », pas plus de tant par semaine, par mois... (cf annexe 6). On comprend dans ce contexte pourquoi certains praticiens craignent un afflux de patients par effets de réseaux, de filières...

26. Tenir la qualité en restant rentable

Du côté des chirurgiens-dentistes, la question de la qualité des soins est mise en avant, à la fois autour du travail du prothésiste et du matériel, mais aussi la mise en conformité en termes d'hygiène prend du temps, par exemple pour nettoyer les instruments. Une logique de rentabilité peut amener à réduire les exigences de qualité.

De manière globale, le syndicat FSDL considère que compte-tenu du niveau tarifaire actuel, « on ne peut pas soigner selon les données acquises de la Science », argument qui justifie leur demande de levée de l'opposabilité.

De manière plus spécifique, concernant les tarifs de remboursement des prothèses dans le cadre de la CMU, plusieurs chirurgiens-dentistes considèrent qu'ils pousseraient à la médiocrité : ils encouragent « la prothèse de Chine », « la CMU, ça n'encourage pas le travail de qualité. » Les soins seraient bâclés faute de temps :

Les gens se disent pourquoi veux-tu que je me foute en faillite pour faire des détartrages à la con pour 28 euros ; je vais pas le faire. Donc ils le font en 5 mn, ils en font 4 dans l'heure. Ils nettoient pas les instruments entre chaque patient, ils voient... au lieu de voir 10 patients par jour, ils en voient 30. Alors, quand c'est comme ça, souvent ils ont pas d'assistant, ils travaillent tout seuls. Dans des conditions sanitaires, je te raconte pas. Et ça tout le monde le sait. (Elias, 16^e)

Pour certains, l'équation est binaire : travailler à perte ou réduire la qualité (ils sous-entendent que c'est ce que font les autres).

⁷² Il était coutumier de ne pas faire payer un confrère. Cette habitude se perd progressivement mais certains continuent encore à l'appliquer. Il s'agit alors d'un acte gratuit.

Ce qui se passe actuellement, c'est que ça fonctionne à deux vitesses : ceux qui prennent les CMU, je sais que je discute avec les praticiens, y en a qui sont très contents de la CMU parce qu'ils prennent le patient 5 mn sur le fauteuil, je bâcle ! je bâcle ! Ou je prends des empreintes en 5mn, 10 mn, je me casse pas la tête, j'envoie en Chine et à ce moment-là, c'est rentable. Moi quand je prends la CMU, je travaille à perte. (Claire, 18^e)

Les gens qui n'ont pas d'argent, ils n'ont rien à payer, mais le praticien on en a rien à faire ! On est la vache à lait ! On est là pour faire de la qualité à moindre prix.

Ce discours pourrait relever d'une logique de justification de leurs pratiques, puisque Elias, de fait, refuse « la CMU » (dans le sens d'application du dispositif), et Claire si elle accepte les bénéficiaires le désapprouve franchement.

Du côté des médecins, la qualité est associée essentiellement au temps passé, comme déjà évoqué.

27. La place de l'argent dans la relation

La place de l'argent dans la relation est régulièrement évoquée, articulée aux discours sur le dispositif de la CMU.

J : Dans la relation aux autres, c'est important qu'il y ait un acte de... c'est pas un remerciement parce qu'un remerciement ça peut être verbal. Mais qu'il y ait un acte de... actif quoi. Quelque chose d'actif, que ce soit une démarche.

Chercheur : c'est un peu la logique de consultation de psy ?

J : Exactement, voilà c'est ça. Exactement, c'est ça. Quand on va chez le psy, c'est quand même logique si on paye toutes les semaines 35 euros ou 40 euros. C'est pas une grosse somme, mais... voilà c'est une démarche. (Justine, gynécologue)

Dans ce cadre, la « gratuité » consentie aux bénéficiaires de la CMUc, l'AME et l'ACS est régulièrement contestée :

« Dans le cadre de la CMU, je trouve ça anormal que les gens n'aient pas 1,50 ou 2 euros symboliques. C'est un symbole, voilà c'est une petite somme. Une petite somme. Si c'est pas un médecin que ce soit pour autre chose, pour un fonds pour je sais pas quoi. Mais qu'il y ait quelque chose de symbolique en fait, qui n'est rien qu'une participation. » (Justine)

Ce discours est régulièrement énoncé parmi les médecins spécialistes de notre corpus, mais beaucoup moins fréquemment parmi les généralistes. Il n'y a pas consensus dans la profession. De nombreux médecins généralistes font le tiers payant depuis des années. Certains relatent qu'il a fallu un bras de fer avec l'assurance maladie, jusqu'à très récemment. Et c'est les caisses qui leur disaient : il faut responsabiliser les patients !

28. Les actes gratuits : une charité bien ordonnée

Parmi les praticiens rencontrés, plusieurs font état de situations où ils font des actes gratuits, une manière de se présenter comme des médecins respectant le serment d'Hippocrate et les règles déontologiques en recevant les patients en situation socio-économique difficile.

Aujourd'hui, les médecins libéraux prennent en charge les patients qui n'ont pas de droits ouverts, ils font des actes gratuits. Ils font régulièrement des actes gratuits, et on se pose pas la question parce que c'est notre éthique. » (Dr Ortiz, CSMF)

Le Dr Ortiz est président du syndicat CSMF (confédération des syndicats médicaux français). Si on ne peut contester qu'une partie des praticiens sont bien gouvernés par une éthique professionnelle, la généralisation nous semble abusive et il faut rendre compte de la diversité des pratiques et des praticiens.

Il s'en réfère à ses pratiques personnelles⁷³ :

Il y a six mois, je vois dans la salle d'attente un patient, parce que je commence à être un vieux singe et j'ai l'habitude, grisâtre, pas bien, etc. La salle d'attente était pleine, je le prends en priorité, je découvre que c'est un patient dialysé, qui avait fui son pays, qui était pas dialysé depuis une petite semaine, et qu'il fallait que je dialyse en urgence, aucun papier, rien ! rien ! Il est arrivé il y a 8 jours, qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai pris le patient, je l'ai immédiatement branché en dialyse, je me suis pas posé la question. Une fois qu'il a été branché en dialyse, j'ai appelé le directeur de la clinique, je lui ai dit : « Ecoutez, j'ai un patient là, celui-là on encaissera rien, je tiens à vous avertir que la clinique n'encaissera rien mais je pouvais pas faire autrement », réponse du directeur de la clinique : « Mais vous avez bien fait ! »

Nous avons exploré ces situations où est posé un acte gratuit et les diverses raisons qui peuvent les motiver. Quasiment tous les médecins quand ils sont interrogés déclarent en avoir réalisé.

Les baisses de tarif déjà évoquées peuvent aller jusqu'à la gratuité, plus rarement en dentaire dans la mesure où le praticien doit régler des prestataires mais cela peut arriver occasionnellement.

Maintenant c'est vrai que la chance d'être en libéral, (...), c'est aussi la chance de pouvoir modifier son tarif comme on le veut pour un patient, soit pour un copain que je soigne parce que ça me fait plaisir et que voilà. Soit pour une personne ça m'arrive, très simplement. Ça m'est arrivé il y a pas très longtemps, de facturer que la facture du prothésiste, c'était un cas un petit peu particulier. (Gilles, dentiste, 15e)

C'était un jeune toxico... il me dit « ex-toxico », je pense qu'il est entre les deux. Avec en tout cas une vraie volonté de s'en sortir. Qui malheureusement dans un schéma familial, là je pense qu'on n'était pas forcément dans la précarité financière pure, c'est-à-dire que s'il avait toqué à la porte de ses parents, je pense, ça se passait très bien. Je connais pas ses parents... En tout cas, c'est ce que je ressens. Après je pense qu'il a fait des choix tout

⁷³ En tant que parole syndicale, il nous a autorisé à citer des extraits de l'entretien.

jeune qui ont été compliqués, il a 22 ans. Aujourd'hui après un passage... quand je dis toxico, un vrai toxico, des drogues *costos*, et avec un passage dans la rue. Une vraie précarité mais, je vous le dis, je pressens quand-même... avec un passage dans la rue. Donc il a une vraie précarité, mais un peu en choix de sa part aussi. Dans le sens, j'ai un problème mais j'ose pas aller demander aux personnes qui pourraient m'aider parce que je suis dans un état, aujourd'hui pas présentable. Le temps a passé, aujourd'hui encore moins présentable, et puis tout ça c'est compliqué. Là, une tendance à remonter, bref, cette personne désire remonter la pente, des vrais vrais problèmes dentaires, je dis bah voilà, *moi c'est ok, vous venez, mais vous venez à telle heure, moi ça m'arrangeait aussi, on va prendre plusieurs rendez-vous, vous vous engagez à venir complètement, vous me faites confiance, on y va ; l'aspect financier sera pas un problème, c'est-à-dire que je vais lui faire quelque prothèses et je vais régler pour lui. Je peux pas le faire pour tout le monde mais c'est parce que... voilà ça tombait sur... je sais pas peut-être j'étais plus touché, j'ai senti qu'il y avait et que c'était un moyen d'aider aussi, et c'est la chance de pouvoir le faire aussi, parce que j'avais plus de temps... ça s'y prêtait bien.*

Le cadre imposé est très strict et s'inscrit dans un contrat entre eux deux.

« Il... il m'a fait un faux plan une fois, deuxième rendez-vous, quand je dis faux plan, il est arrivé avec 25 minutes de retard. Je lui ai dit *stop, continue et on arrête*, c'est l'heure pile, autrement dit c'est 5 minutes avant *pas de bol* ou *pas pas de bol*. Moi je suis très à l'heure, j'aime pas être en retard, donc je lui ai dit *voilà on a rendez-vous à 15h vous arrivez à moins 5 parce que moi j'attends pas, vous arrivez à 15h02 je vous prends pas*. Après nickel, il était désolé à chaque fois il s'est excusé *et cætera*. Donc mais c'est aussi, voilà il m'a fait un faux plan de départ, mais je pense que c'était... je sais pas, soit une manière de tester, ou pas volontaire de sa part, ou pas méchant, ou il s'est dit on a rendez-vous à 15h et ah zut je suis à la bourre et... parce que ça peut arriver ça, je sais pas, mais ce que j'aurais pu tolérer c'était pas tant le quart d'heure ou les 20 minutes qu'il a eus, c'est là pour le coup dans la relation thérapeutique, pour lui faire comprendre que là j'étais prêt à faire un effort et que cet effort n'était valable que si lui le faisait aussi. C'est pareil, je lui ai donné une brosse à dent, je lui ai dit *vous faites ce que voulez, vous vous brossez les dents quand vous voulez, moi je veux que vous vous brossiez les dents, je veux que les dents soient nickel à chaque fois, si c'est pas bien brossé je ne soigne pas*. Parce que c'est une manière de dire... je pense que c'est une aide aussi, crue parfois, mais si les dents sont pas brossées on peut rien faire, et ça aidera pas. »

Dans ce cas, le chirurgien-dentiste fixe un cadre, plus encore qu'un cadre, il y a une forme de contrat entre eux, le patient devant faire sa partie, répondre à certaines exigences du praticien en termes d'hygiène bucco-dentaire et de ponctualité. Cela renvoie à un discours maintes fois entendu : « le patient » a des droits mais aussi des devoirs. Ce praticien a donc fixé un certain nombre de règles/devoirs sur lesquels il ne transigera pas.

Dans ce contexte, le patient apparaît comme méritant, « un bon pauvre », puisqu'il essaye de s'en sortir, ce qui s'inscrit dans une logique de charité.

« On est plus... enfin moi je suis comme ça, on est plus enclins à faire ce geste-là sur un patient qui se donne du mal, qui est motivé et puis qui dira jamais rien, qui dit oui à tout, qui dit oui à tout dans le sens que... qui est moteur et puis qui a envie... si c'est les gens qui se donnent du mal, on sait que c'est pas facile, on aide un peu.

Il fera d'autant plus un « effort » que le patient est compliant et lui fera gagner du temps. Ce patient apporte des satisfactions au médecin, une contre-partie symbolique.

Et puis quand ça se passe bien, les quelques euros, ou dizaines d'euros, enfin un peu plus, que j'enlève... que va récupérer le patient, on les récupère peut-être aussi, parce que le patient a été hyper motivé, il a tout fait ce qu'on disait, donc tout s'est passé nickel et on n'a pas rajouté la séance supplémentaire parce que le patient a oublié de venir au rendez-vous et du coup peut-être qu'on y... c'est équivalent. Peut-être que ça revient au même je sais pas. » (Gilles, dentiste, 15^e)

Revenons sur les réductions de tarifs consenties aux patients. En procédant ainsi, sans doute parfois non consciemment, des praticiens appliquent leurs propres critères pour choisir ceux qui bénéficieront de tarifs ajustés, ce qui relève alors de la charité individuelle et non de la justice sociale. Ainsi, nous avons vu qu'ils adaptaient les niveaux de dépassements d'honoraires à des situations sociales, voire individuelles.

« J'ai des patients qui sont en difficulté financière ou qui se retrouvent sans emploi, mais ça m'arrive d'alléger un peu la facture, parce que je veux le faire, parce que voilà et puis point barre, mais... en disant ou sans le dire au patient, et puis c'est tout. Mais c'est une relation parce que, on est... c'est humain. » (Elias, dentiste 16e)

Ces situations où est consentie au patient une réduction du dépassement, voire la gratuité de la consultation, supposent que le patient ait évoqué ses difficultés, voire raconté son histoire, ce qui suppose des compétences socialement situées. Parfois aussi, pour les plus pauvres, une question de pudeur, de dignité ou la honte de ce qu'ils vivent les amènera plutôt à se taire. Il sera plus aisé de relater une situation transitoire et accidentelle. Pour les migrants, il peut s'agir des capacités à mettre en récit leur histoire, capacités mises à mal quand ils ont vécu des drames. Un médecin de PASS (Savoie) relatait la difficulté à organiser sur le plan temporel et en leur donnant du sens les événements de leur vie après des tragédies personnelles. Ils avaient de ce fait moins de chance de gagner le statut de demandeur d'asile. Enfin, les personnes plus aisées ont plus d'habileté à négocier un dépassement d'honoraires, souvent moins de scrupules à le faire.

La subjectivité marque ces pratiques d'ajustement des prix pouvant aller jusqu'à la gratuité.

Parfois, elles sont présentées comme procédant d'une logique de redistribution entre patients : les plus riches payent pour ceux qui ont moins de moyens.

En gros, tu fais financer par les patientes qui ont de l'argent, voilà... Tu leur fais financer à la fois le fait de voir des patientes qui ont pas de fric et qui sont à la CMU et toutes les activités autres. (Michèle, s. 2, 9e)⁷⁴

L'acte gratuit consenti par les praticiens est distingué de ce qu'ils nomment la gratuité des soins quand ils réalisent un tiers payant. Il est pensé différemment. Dans le même

⁷⁴ On peut se dire qu'il y a double peine pour les patients au-dessus des seuils et qui payent « plein pot » qui financent déjà la redistribution par les impôts, la CMU étant financée par l'impôt.

temps, quelques médecins récusent les propos de leurs collègues, considérant qu'il n'y a pas de gratuité des soins (dans le cas du tiers-payant) et que le terme est inapproprié.

Pour la majorité, *la gratuité* instaurée par le tiers payant est rattachée à un discours sur la responsabilisation du patient. Il s'agit d'un vieux débat, un discours longtemps tenu par la sécurité sociale, à l'origine du ticket modérateur, remis au goût du jour avec les franchises médicales.

Le fait que les gens soient déresponsabilisés par l'absence de règlement, ça les oblige plus à rien. Donc les gens téléphonent, ils te disent voilà, j'ai la CMU, donc tu as pas le droit de les refuser donc tu leur fixes un rdv mais si ça les emmerde, ils viennent pas. Et ils te téléphonent pas. Ça leur donne aucune obligation. Ils n'ont que des droits. Et toi, tu dois te mettre à leur disposition. (Elias, dentiste, 16e)

Ce discours sur la déresponsabilisation reste extrêmement prégnant même si quelques médecins s'en démarquent, plus souvent des médecins généralistes. Ce qui est récurrent également dans les discours, c'est que la gratuité induit une moindre prise de conscience des coûts des soins et de l'autorégulation qui en découle.

Je peux vous donner l'exemple d'une famille de 6 enfants qu'on connaît par cœur parce que ils consultent de façon.... Une fois qu'ils sont fidélisés... qu'ils arrivent à trouver un endroit où on est un peu à leur écoute... des fois, ils... La gratuité induit des choses qui ne sont pas forcément très saines. (Elise, pédiatre, parisienne, s2)

Malheureusement, l'effet nocif de la CMU, le fait de pas savoir combien ça coute, on peut avoir des patients qui sont consommateurs de soins et non plus patients : j'ai le droit à... deux détartrages, ça fait 6 mois que j'ai pas été détartré. J'ai le droit, j'ai la CMU. Vous n'avez pas plus le droit qu'un autre, pas plus pas moins, il y a besoin il y a pas besoin. (...) On a souvent, plus facilement ce discours-là. (Gilles, dentiste, 15e)

Il a mis en place une stratégie à visée éducative :

« Donc de temps en temps, j'essaye de le faire plus ; maintenant, je remets à toutes les personnes qui sont bénéficiaires de la CMU, une note d'honoraire à titre informatif. » (Gilles)

Cette pratique n'est pas exceptionnelle. Evoquée également par un dentiste d'une PASS⁷⁵ bucco-dentaire.

La pratique systématisée de tiers-payant, aujourd'hui pour plusieurs catégories de patients, et par des médecins généralistes, contribue à la production de nouvelles normes, ne rien avoir à déboursier pour les soins médicaux.

Je m'énerve à l'hôpital. Les Africaines qui te demandent de leur mettre du Dexeryl parce qu'elles ont la peau sèche, elles sont à 100 %, moi je refuse. Je leur dis ben non, mais vous pouvez acheter un lait. Mais c'est

⁷⁵ Permanence d'accès aux soins de santé

remboursé. Mais votre traitement, il coute très cher. Donc tu essayes de faire un peu de... Et puis des fois, ça t'agace quoi ! Mais ceci dit, c'est exactement pareil avec les patientes qui ont la sécu et qui sont remboursées... parce que maintenant tu payes plus, y a que chez le médecin que tu payes. Quand tu vas à la pharmacie, tu payes pas, quand tu vas au labo, en général tu payes pas non plus parce qu'ils te font le tiers payant. C'est vrai que les patientes qui perdent les examens et qui te redemandent une ordonnance, c'est très très agaçant ; moi je leur fais la leçon aussi en leur disant, vous savez, ça coute cher. (Michèle, s2, 2009)

Ces propos méritent un commentaire : compte-tenu du déremboursement de nombre de médicaments, des franchises, des dépassements d'honoraires, pour une frange de la population, au-dessus des seuils, on ne peut pas dire qu'elles ne payent plus dans la mesure où demeurent fréquemment des restes à charge, et que même pour ceux qui sont protégés, certains soins sont hors du panier de soins, et des médicaments non remboursés.

29. La notion d'échange

Le discours sur le tiers payant, considéré comme une forme de gratuité des soins, (gratuité pour le patient, encore qu'elle n'est pas toujours effective, mais pas gratuité pour la collectivité), fait l'objet de divergences importantes de la part des praticiens⁷⁶. Dans notre corpus, une majorité des praticiens dénoncent le principe de gratuité alors qu'ils l'appliquent eux-mêmes. Les propos tenus par certains médecins ou chirurgiens-dentistes ne sont pas l'apanage de la profession. Ils témoignent que la CPAM, jusqu'à des dates récentes, leur reprochait quand ils pratiquaient des tiers payants à des patients autres que les bénéficiaires de la CMU (et quelques autres situations telles que les accidents du travail) de ne pas « responsabiliser » leurs patients.

Quand ils venaient en dispensaire et que c'était gratuit, moi je me souviens des populations, j'étais dans le XVe ou je travaille en PMI dans le 92, les gens arrivaient avec des petits gâteaux pour le ramadan des trucs comme ça, maintenant ça n'existe plus ! C'est pas que je veux des petits gâteaux, c'est pas le propos, le propos c'était qu'il y avait une notion d'échange qu'il n'y a plus. [...] C'est une énorme... mais une énorme erreur ! On doit payer un euro, trente centimes même, qu'il y ait une notion d'échange. (Elise, pédiatre, s 2)

Ce dentiste libanais évoque l'époque de la guerre où il recevait gratuitement ses compatriotes qui avaient fui leur pays et n'avaient rien.

Parce que ces gens quand je les ai aidés comme ça pour rien, ils se sentaient un peu redevables. Donc c'est un peu pervers parce qu'ils se sentent obligés de t'apporter une bouteille de vin. Une bouteille de

⁷⁶ Nous parlons là de son principe et ne discuterons pas de la question de sa généralisation ni de la faisabilité de son application, même si cela é été abordé par les médecins, la recherche s'étant déroulée dans la même période que les mouvements sociaux de 2015.

quelque chose, une boîte de chocolat. C'est beaucoup pour eux de payer ça.

Alors qu'avec le tiers-payant qu'il refuse d'appliquer, « les gens vont dans les dispensaires, ils payent plus rien, ils n'ont plus le sentiment non plus de devoir quelque chose à quelqu'un. »

Ces deux formes de gratuité sont distinguées, ne sont pas pensées de la même façon ce qui peut nous laisser penser que dans la « gratuité » consentie aux bénéficiaires de la CMUc, au nom rappelons-le de la solidarité nationale, sur des critères objectifs, ce qui pourrait les déranger, c'est qu'elle leur est imposée.

Ulriche (psychiatre, s2, 1^{er}) ne pense pas que la gratuité soit un obstacle au soin.

Parce que quand j'étais à l'hôpital en CMP, c'était des soins gratuits, ça n'empêche pas le soin !

Elle évoque aussi la question de la dette :

Ça crée une dette de la part du patient vis-à-vis du médecin. Donc tu reçois des cadeaux. Donc c'est un paiement en nature qui arrive. Mais ça peut être inconfortable pour le patient. Et après, il y a des médecins qui peuvent se sentir dévalorisés. En tout cas, ce n'est pas du tout neutre.

Il y a selon elle, une double polarité de la dette :

La reconnaissance excessive, la dette que contracte le patient, et dont il ne pourra jamais se délivrer finalement dans une certaine mesure. Sauf à faire des travaux de plomberie chez son médecin. Ou l'inverse, qui est le mépris. La trop grande considération ou la déconsidération. Je pense que les deux polarités peuvent découler de la gratuité des soins. Et après, dans les représentations auprès du médecin lui-même. Il peut se sentir comme ... j'en sais rien, mère Thérèse secourant les pauvres, ou comme un kleenex utilisé. » (Manuelle)

Si ce point de vue est intéressant, il procède néanmoins d'une logique individualisante, car dans un contexte de solidarité nationale, il n'y a pas de sentiment de dette mais celui d'un droit, inscrit dans le contrat social, destiné aux plus vulnérables (malades, situation sociale) et dont chacun peut potentiellement bénéficier à un moment de son existence. La notion de droit préserve de la dette face à la charité. Mais le rapport soignant/soigné inscrit dans le droit s'avère différent et parfois mal vécu par certains :

« Moi, j'ai commencé à travailler avant la CMU. Et pour en revenir à quand je travaillais en dispensaire, où là c'est gratuit, ou en PMI, j'ai fait beaucoup de PMI et cætera, les gens étaient très gênés que ce soit gratuit, et donc il y avait un rapport humain et une espèce d'estime de soi qui faisait que les gens, du coup... La CMU a induit quelque chose de très étonnant, c'est-à-dire que tout leur est dû maintenant. » (Elise, pédiatre)

Dans la situation du tiers payant :

« Le patient ne donne pas quelque chose en échange et il n'attend pas la même chose non plus. Y a un dû à priori. C'est tenu. Y a un dû a priori et le médecin n'a probablement pas la perception de la compensation de ce qu'il donne. Ça peut paraître paradoxal, mais ça existe. (rhumatologue)

La référence psychanalytique est mobilisée fréquemment :

« Ça existe à tel point que dans les faits, pas pour des raisons de dissimulation fiscale, une psychothérapie analytique, le règlement se fait de la main à la main, même si c'est pas toutes les séances. Il se fait en espèces et c'est pas pour masquer la recette. Il se passe quelque chose lors de l'échange d'argent. » (Deseur)

La notion d'échange, du don/contre-don, est effectivement au coeur des relations sociales (Mauss, 1968). Dans le cadre des soins, si du point de vue du patient il peut y avoir gratuité quand il est en ALD, bénéficie de la CMU, l'AME, il ne s'agit pas pour autant d'une vraie gratuité. Tout d'abord parce qu'il persiste fréquemment des restes à charges pour les familles lors d'un épisode de soins et que par ailleurs, elles ont souscrit à une complémentaire santé. Il y a donc toujours des échanges mais ils sont devenus invisibles, prennent des formes différentes à travers des transferts sociaux (mutualisation, impôts).

Donc, si on peut effectivement se dire qu'il y a toujours échange, sa moindre visibilité pourrait contribuer à ce que la consultation perde sa valeur symbolique.

La gratuité donne l'illusion qu'on est un produit comme un autre et qui du coup fait que les gens consomment sans réfléchir, voilà. L'absence de réflexion. C'est dû, on a le droit on va chez le médecin, c'est gratuit et donc on peut y aller autant qu'on veut. On n'a pas à réfléchir qu'on a un médecin face à soi et qu'il y a une relation d'échange, on a un... on appuie sur le bouton docteur j'ai une angine est-ce que je pourrais être soigné. Alors que c'est pas ça qui m'habite en tant que médecin... c'est la relation humaine, c'est pas... j'ai effectivement un savoir parce que j'ai fait de longues études et machin et tout ça et les autres, ils ont d'autres choses à m'échanger mais il y a une notion d'échange.

Le passage à la charité qui crée une forme de dette, humiliante pour celui qui n'a pas les moyens de rendre, à celle de droit transforme bien la relation et exonère le patient de cette relation déséquilibrée mais ce que certains finalement déplorent.

La notion de réciprocité est perçue différemment pour ce praticien (médecin généraliste phlébologue, angiologue, sect.1) qui considère qu'en donnant accès gratuitement à un soin non pris en charge par la sécurité sociale (rééducation physique), il en retire des bénéfices, pour lui, un « gain de notoriété », mais aussi une satisfaction médicale, parce que son patient va mieux.

D'autres médecins considèrent également que la CMUc, en solvabilisant les patients, a assaini les relations.

Dans les endroits où les gens peuvent pas payer, il vaut mieux le tiers payant que ne pas être payé. Enfin... c'est complètement idiot et si ça

permet aux gens de se soigner. Au moins... c'est moins gênant que de dire : je vous soigne gratuitement. Les gens sont toujours gênés. (Martha)

L'expérience d'un médecin déconventionné va dans le même sens. Même s'il s'agit d'un cas marginal, elle illustre que les personnes n'ont peut-être pas tant perdu la notion d'échange, d'autant qu'il offre un produit « d'exception », nous faisons référence au temps de consultation et aux pratiques mises en œuvre qui impliquent le praticien physiquement et/ou émotionnellement : hypnose, ostéopathie.

Les quelques personnes à qui j'ai fait gratuit, je le les ai plus jamais revues. La gratuité dans ma clientèle et avec moi, je les vois qu'une fois. Les gens ont dû se sentir coupables, pas pouvoir revenir à cause de ça. (rhumatologue, ostéopathe, déconventionné)

Dans d'autres cas, cela a permis aussi aux praticiens d'être payés pour le travail accompli car ils étaient souvent amenés à réaliser des actes gratuits. Les questions d'argent étaient aussi auparavant à l'origine de conflits.

Cette médecin généraliste est installée dans une zone à très forte demande, avec une clientèle d'employés et d'ouvriers, un nombre de CMU qu'elle considère « pas si élevé que ça, curieusement » malgré la présence d'un quartier défavorisé au sein de la commune où elle habite et est installée. Le cabinet implanté dans ce quartier a fermé. Elle relate sa perception de l'instauration de la CMU :

Moi, j'ai vu par exemple Mr V. (médecin qu'elle a remplacé puis dont elle a racheté la clientèle), il pouvait voir 4 personnes, il demandait qu'une consult' parce qu'il avait honte de demander quatre. C'est vrai que nous avec F. (son associée), on a vite changé, on a fait les tiers payants ; donc après, demander 4 fois 6,90, ça fait pas beaucoup plus cher qu'une consult', si on avait demandé 23 et là, on est payé pour le travail qu'on a fait.

La honte à demander le règlement lui vient de ses origines paysannes et de son expérience propre de la valeur de l'argent.

Parce que sinon ça fait toujours un truc faux où voilà, on n'ose pas faire payer, c'est un truc... alors moi encore pire, avec des origines paysannes. Mes parents ils avaient pas du tout d'argent. Donc de toute façon, 23 euros puis multiplié par le nombre de gens, moi ça me paraissait énorme. Et puis être obligée de demander ça, je trouvais ça très embarrassant. Alors que la CMU, top, ça évite ce genre de truc.

On peut la comparer à d'autres praticiens qui méconnaissent largement les difficultés économiques des plus démunis et pour qui 23 euros, c'est finalement pas grand-chose... (cf dentiste 15^e)

Recouvrements des tiers payants

La CMUc pour ceux qui ont un dispositif de lecture de la carte vitale est un fonctionnement plutôt satisfaisant selon une majorité des praticiens.

Avec la carte vitale, là ça marche bien. Ce qui est embêtant, c'est quand elles n'ont pas de cartes, parce que perdue, parce que pas à jour, etc. Et alors là, c'est vrai que c'est pénible. Parce que c'est à nous de faire des photocopies, d'envoyer à la sécu, et on est payés un mois et demi après. (Hélène, gynécologue)

Par contre, ils sont nombreux à déplorer les difficultés de remboursement, dans le cas de l'AME.

Ça demande plus d'administration parce que pour le coup y'a pas de carte vitale, donc là on est obligés de faire les photocopies et d'envoyer à la bonne sécu, à la bonne caisse. Bon, c'est pas insurmontable et faut y penser aussi, c'est des petits trucs à faire quoi. Après voilà, moi j'ai la chance de pas en avoir beaucoup ce qui est pas contraignant. Je connais des médecins qui ont 5-6 CMU, 5-6 AME par jour, ils passent leur vie à faire ça quoi, photocopier des papiers, envoyer.

Une autre gynécologue a la même expérience, dans un autre département :

« Et l'AME, j'en ai extrêmement rarement, extrêmement rarement. Et pour le coup, j'ai tellement rien compris à comment on déclare le truc, que je me suis pas fait payer en fait. Parce que j'ai même pas compris comment ça marchait. (Justine)

Un médecin généraliste dans une ville de banlieue explique :

Franchement moi j'ai l'impression de travailler pour mes oeuvres quand j'ai une aide médicale d'Etat. [...] Les gens qui ont l'aide médicale d'Etat, y'a pas de carte vitale et donc on est rémunéré au petit bonheur la chance mais bon, je dis... Je pense que j'ai travaillé pour mes œuvres et quand les gens me présentent une Aide médicale d'Etat, et bien on sait que le remboursement est aléatoire. (MG, banlieue sud-ouest)

Et c'est ce que font pas mal de spécialistes qui finalement laissent tomber la recherche de remboursement.

Si c'est pour passer des semaines à téléphoner, à passer trois quarts d'heure pour tomber sur la personne... pour 28, 92 euros... (dentiste, centre de la France)

Les lenteurs administratives touchent particulièrement ceux qui ne sont pas équipés de dispositif de la carte vitale, comme nous l'avons dit. Pour cette dentiste qui ne prend pas la carte vitale, c'est très lourd, un « bazar » pour envoyer la feuille de soins au centre de traitement.

...parce que ça a souvent changé d'adresse, parce que le patient vous amène une feuille qui est un torchon parce qu'on doit voir l'original qu'il a plié, déplié dans son porte-monnaie et qui devient presque illisible. On doit faire une photocopie, on doit lui remplir sa feuille de sécu, on doit faire une photocopie de la carte de sécu, remplir... on doit le poster, mettre un timbre, monopoliser l'assistante pour tout ça, parfois on se fait

avoir parce qu'on ne regarde pas les dates parce qu'on est pressé, parce qu'elles sont périmées, parce qu'il y a un petit machin en bas à droite... Les adresses sont souvent changées, donc il faut se renseigner en permanence pour savoir où on doit l'envoyer...pour être payé dans 4 mois, c'est ingérable... on a plus vite fait de dire merci, c'est pas grave. On gagne du temps. »

Cette autre praticienne fait de même :

Et celle-là aussi, j'envoie pas les papiers parce que comme tu n'es pas remboursée et en fait quand tu envoies les papiers CMU, tu n'es jamais payée... [...] Je dois avoir un an de consult, une fois par semaine... (Ulriche, pas de CV, Paris 1^{er})

Certains insistent sur la lourdeur administrative, et refusent de s'y plier. Une position de principe.

C'est de l'esclavage. Je ne suis pas payé pour faire ça. Moi je suis un soignant, je ne suis pas un scribouillard et je n'ai pas les moyens pour mettre un salarié... lui non plus. Pour cocher que la sécu me rembourse bien tous les dossiers. [...] Je peux pas courir moi après la sécu pour que la sécu me paye. Parce que le problème, c'est ça. (Elias, dentiste)

Volontairement, il a choisi de ne pas utiliser le dispositif de lecture de la carte vitale. C'est un moyen de ne pas faire de tiers payant.

Quand les gens viennent je leur dis, je suis désolé je n'ai pas le lecteur de carte. Voilà. Donc tu payes ou tu vas ailleurs.

Un grand nombre de praticiens relatent un temps considérable passé à pointer les dossiers qui n'ont pas été remboursés ou pas à la hauteur de ce qu'ils attendent. Il existe une opacité du système selon eux.

De nombreux exemples nous ont été donnés de consultations non remboursées, ou seulement partiellement. Cela peut concerner certaines complémentaires (nous ne les nommerons pas mais des noms sont récurrents), cela concerne aussi bien plus souvent l'AME. Nous en avons choisi un exemple relaté par une gynécologue :

C'est une jeune femme, elle est ayant droit de ses parents, bien qu'elle ait plus de 18 ans. Donc... ils m'ont refusé, je ne sais plus pourquoi... Ils m'ont fait tout un souk, j'avais compté un C2. Ils m'ont juré qu'elle n'avait pas de médecin traitant. Bref. Le truc me répond qu'elle a pas déclaré de médecin traitant donc tu peux pas compter un C2. La fille, elle te dit qu'elle a déclaré un médecin traitant. Tu ré-écrit, en fait tu apprends que c'est l'ayant droit qui a déclaré un médecin traitant mais pas la fille, enfin un souk pas possible, et finalement, alors ça, c'est les pires, c'est la mutuelle X, je sais pas... ils comptent les sous, eux, et résultat, finalement ils te disent que tu peux rien compter du tout, à part un C tout court et donc tu renvoie les papiers, 23 euros. Et finalement ils te remboursent 13,75 euros parce qu'il y a pas la CMU complémentaire au bout de... je sais pas, 5 courriers. Donc j'abandonne l'affaire. C'est... Il y a des trucs qui sont complètement incompréhensibles pour le praticien.

Plusieurs attitudes ont été observées. Des praticiens ne font pas le décompte des consultations en tiers payant et de ce que les caisses leur remboursent. D'autres surveillent de près et se battent pour obtenir « leur dû » comme cette gynécologue mais finissent par renoncer. Enfin, certains ne « lâchent rien ». En tout cas, c'est du temps administratif qui peut devenir conséquent selon le profil de clientèle.

Après, il y a un problème administratif, c'est un peu plus compliqué, ça demande du boulot, le système est quand même pas optimum, faut dire ce qui est. Même la carte Vitale parfois, faut renvoyer une relance, faut contrôler, il y a un peu plus de pointage à faire, ou de comptabilité parce que le règlement qui régit la Sécurité Sociale est bien évidemment codé. Donc on a des numéros de lot et après il faut retrouver par ordinateur le lot 1842 à qui il appartient. Donc c'est un peu casse-pied, c'est... (Gilles, 15e)

Enfin, concernant l'ACS, les règlements apparaissent irréguliers au vu des quelques situations prises en charge dans ce cadre, alors que les praticiens sont nombreux à ne pas savoir exactement comment procéder. Notons un dentiste (94) qui considère que « c'est encore plus compliqué » parce qu'il y a plusieurs niveaux de remboursement.

C'est galère ! c'est terrible comme truc. C'est ce qu'il y a de pire. Pratiquement un tiers des règlements en tiers payants disparaissent.

3. Pressions de normalisation des caisses de sécurité sociale et logiques de tarification

Depuis 20 ans, s'accumulent des dispositions qui visent à contrôler les praticiens dans le cadre de la mise en place d'une maîtrise gestionnaire de leur exercice. Ces effets sont particulièrement sensibles depuis la loi Juppé de 1996 qui s'est dotée d'instruments de mesure de la pratique professionnelle, dans un objectif de maîtrise comptable (Tabuteau, 2010).

L'objectif, comme l'explique une dentiste, est « qu'on sache par praticien combien il va faire dépenser à la sécu dans l'année ». Les évaluations des pratiques sont financières fondées sur des volumes d'activité, de prescriptions de médicaments, d'arrêts de travail, d'indemnités journalières, etc. en référence à des valeurs moyennes départementales. Or les pratiques dépendent des besoins des patients, de l'environnement socio-économique (notamment le profil de la population). Les praticiens sont donc soumis à un contrôle qui ne prend pas en compte le profil de clientèle et notamment le nombre de patients vulnérables.

Tous ces gens qui sont en maladie chronique, super médicamentés, avec des risques d'hospitalisation et tout ça, c'est tous des planches à savon ! Tous les vieux, tous les enfants, parce que c'est une surconsommation évidente.

Or, on sait que les personnes plus précaires sont en moins bonne santé, que leurs conditions de travail sont plus difficiles ; elles sont plus susceptibles de subir du stress

au travail ou des problèmes de santé mentale. Ainsi, il n'est pas absurde de penser que les médecins qui reçoivent de fortes proportions de patients en situation de précarité, des travailleurs pauvres, fassent plus d'arrêts de travail, gèrent aussi plus d'accidents du travail en ce qui concernent les catégories ouvrières. Ce que relatent certains médecins généralistes et qui justifient qu'ils se préoccupent de la profession de leurs patients. Plusieurs d'entre eux ont le sentiment que les conditions de travail de leurs patients se sont détériorées depuis quelques années.

Par exemple, quand les étudiants s'étonnent que les gens demandent tant de jours d'arrêt de travail, je leur dis ben demande-lui ce qui se passe au boulot. (Martha, 92)

31. Logiques comptables versus logiques de soin

Ainsi, les logiques normatives de la sécurité sociale se confrontent à celles plus individuelles du médecin. L'assurance maladie s'est fixé des objectifs, raisonne en fonction de moyennes, épingle les praticiens qui dérogent. Le médecin est face à un patient malade, souffrant et tente de le soulager, de répondre à sa plainte. Plus il est à l'écoute, en empathie, plus il aura tendance à accepter un arrêt de travail...

Une médecin psychiatre parisienne qui a effectué une partie de sa carrière comme praticien hospitalier témoigne de son expérience dans un hôpital en Alsace :

Le bon médecin, c'est celui qui remplissait tous les papiers, de demandes d'accréditation, de normes, etc. Mais lorsque le patron de l'hôpital voulait que son cousin soit soigné, c'est pas lui qu'on appelait pour lui demander s'il pouvait le recevoir. C'était l'autre médecin. C'est une profession où l'évaluation de la qualité et encore plus les psychiatres, échappent au tiers, vraiment profondément et comme tous nos outils d'évaluation dans tous les domaines, ce sont que des outils quantitatifs, voilà. Donc tout ce qui peut ressortir, c'est l'acte. L'acte et la consommation. Les médicaments, etc. Et plus tu vas vers la relation, et moins c'est évaluable. (Ulriche, psychiatre)

Un médecin est plus susceptible d'être hors normes quand il reçoit des populations précaires. Il est alors parfois mal noté à travers des courriers étoilés⁷⁷ l'engageant à réduire son activité, quelquefois menacé, voire soumis à de réelles sanctions. Cette incohérence des pouvoirs publics avec des injonctions contradictoires (réduire les inégalités sociales de santé⁷⁸) est problématique : certains praticiens sont profondément découragés face à une perte de sens de leurs actions, d'autres vont de manière très pragmatique commencer à sélectionner leur patientèle, avec éviction des plus pauvres.

⁷⁷ Plus on a d'étoiles, plus on sort de la moyenne régionale (selon le principe de la courbe de Gauss). Les praticiens, ceux qui reçoivent des personnes qui ont des conduites « hors normes » ont plus d'étoiles. Par exemple, une psychiatre proposant essentiellement de la psychothérapie, recevant très peu de psychotiques, prescrit peu d'arrêts de travail et de traitements. Elle est en dessous de la moyenne régionale.

⁷⁸ Thématique des dernières journées scientifiques de l'assurance maladie.

Les courriers « étoilés », les reproches voire les sanctions sont ressentis comme une violence symbolique à l'encontre des médecins qui ont le sentiment de faire correctement leur travail, voire y laisser leur santé pour certains. Certains médecins généralistes, en assurant la continuité des soins, considèrent qu'ils ont une mission de service public, dans un contexte où ils souhaiteraient avoir aussi une vie de famille, une vie de loisirs, etc. Or, le contrôle trop pointilleux apparaît comme relevant d'une défiance, les médecins se sentant traités comme des escrocs, des voleurs en puissance, voire avérés. La violence institutionnelle relatée en ce qui concerne les patients lors d'une demande de droits ou dans un cadre hospitalier, trouve son pendant. Cependant la différence s'arrête là dans la mesure où les ressources matérielles et symboliques, le poids social de la profession sont différents, le corporatisme professionnel leur permet aussi de se mobiliser collectivement en descendant dans la rue comme cela a été le cas à plusieurs reprises en 2015 autour du tiers payant généralisé.

Les remontrances des caisses sont d'autant moins bien reçues que les médecins qui pratiquaient le tiers payant de manière assez généralisée s'étaient vus reprocher ces pratiques et avaient été incités à les réduire.

« Ils aimaient pas du tout ça. Ils sont venus nous dire qu'attention, qu'ils toléraient. Mais que si tout d'un coup, ils toléraient plus, ça veut dire qu'ils nous payeraient plus. On pouvait continuer à faire le tiers payant si on voulait. Finalement ils ont jamais appliqué ça. Après, ça a changé, c'était la mode du tiers payant. (MG, Yvelines)

Le discours sur la responsabilisation des patients constituait un argument qui, nous l'avons dit, est aussi relayé par des médecins...

Nous, ils nous disaient : vous ne devez pas faire le tiers payant. Même pas aux gens qui ont 100 %. Mais pourquoi ? qu'est-ce que ça vous change de donner 23 euros à la personne ou de les donner à moi. Non, non, non, qu'ils m'ont dit. C'est pas pareil, leur faire gratuit comme ça, vous allez les inciter à venir plus.

Ce à quoi, elle répondait :

Non, ils ne viendront pas plus. C'est impossible de venir là. C'est bouché. Faut quand même être courageux pour venir attendre une heure et demie sur le trottoir... » (MG, Yvelines)

Le discours sur la responsabilisation des patients (et les enjeux économiques sous-jacents) n'est pas récent. On peut dire qu'il a toujours été présent, en tension avec la question de l'accès aux soins. De même, lors de la mise en œuvre de la loi CMU, les législateurs craignaient les abus et une surconsommation⁷⁹ et ont donc cherché à encadrer les dépenses de soins en fixant des consommations standards de soins⁸⁰.

⁷⁹ Cette crainte d'une explosion des dépenses n'est pas récente et traverse l'histoire de la sécurité sociale en France, entre désir de protéger la santé, permettre l'accès aux soins pour tous et la peur de l'assuré qui dépenserait sans compter. Le ticket modérateur relève de cette dernière.

⁸⁰ Nous l'avons déjà évoqué à propos de la limitation du nombre de couronnes par jour comme c'était le cas au début de la mise en œuvre de la loi. Finalement la législation a été revue sur ce point.

Il fallait créer une médecine payante pour que les gens qui l'utilisent sachent que ça coûte et que c'est une médecine de grande qualité, extrêmement payante, et puis essayer de dresser au maximum ceux qui payent pas. Et là on m'a dit la CMU, vous avez donné un chèque en blanc à des gens pour rentrer dans un magasin et prendre tout ce qu'ils veulent, et bien on va faire des magasins pour eux où il y a pas grand-chose et comme ça on sera sûrs qu'ils dépensent pas. (Hortense, dentiste Lorraine)

Cette dentiste pointe le fait qu'il est demandé un effort financier aux praticiens, ce qu'elle accepte de bon gré :

On demande quand-même à des petites entreprises de faire un effort financier important, parce qu'actuellement je pense qu'on est à peu près... On travaille à moitié prix, moi je travaille un peu moins que moitié prix pour les gens qui sont à la CMU, pour le même boulot parce qu'on va pas faire un travail moins beau, moins machin, moins truc, on va faire le même boulot mais on va leur vendre moitié prix. (dentiste Lorraine)

Et, poursuit-elle dans le même temps, on cherche à restreindre leur activité.

« Le dentiste-conseil me dit mais on va vous apprendre à vivre, on va vous calmer, on va vous envoyer en vacances ! (...) Et elle me dit mais vous travaillez beaucoup trop ! Vous vous rendez pas compte ! vous coutez bien trop cher à la Sécurité Sociale ! Et après, 5 ans après on vous dit mais vous travaillez pas assez, vous refusez les patients vous vous rendez pas compte !

Les professionnels sont dès lors soumis à des injonctions contradictoires qui les mettent dans une situation intenable.

C'est dégoûtant, regardez-moi ces professionnels de santé, c'est des salauds, et la Sécu de l'autre côté, le médecin-conseil, il nous a expliqué que écoutez c'est pas compliqué vous fermez vos cabinet à 18h, et on lui dit mais on peut pas fermer nos cabinet à 18h, les gens sortent du travail viennent se faire soigner. Donc de 18h à 20h, c'est le gros moment, 17h-20h, ils nous dit bah si les gens veulent venir après leur travail c'est que c'est pas vraiment quelque chose d'important, c'est pas vital, donc c'est une exigence particulière de votre patient, un EPP, donc vous comptez un supplément. Là vous perdez pas d'argent en diminuant votre quantité d'actes » (Hortense)

32. La nouvelle nomenclature en dentaire

Une nouvelle nomenclature des actes en buccodentaire a été mise en œuvre depuis le 1^{er} juin 2014, la CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire). Ces cotations sont fondées sur l'acte technique et non les soins dans un sens plus global et d'accompagnement. Calmer la douleur, juguler le début d'une infection, a fortiori la prévention ne sont donc pas rémunérés dans cette logique.

Seule la première consultation est remboursée, pour établir le plan de traitement. Les consultations d'urgence « uniques » ne sont pas cotées. Ce dentiste décrit la situation :

La personne souffre, elle a besoin d'être soulagée. Donc là, on est bien dans 'acte technique', on agit. Dans la très grande majorité des cas, c'est-à-dire dans 90% des cas, on ne va pas pouvoir terminer l'acte technique. C'est-à-dire, la personne souffre, on la soulage, mais il n'y a pas le soin de réalisé. Et là, nous n'avons pas le droit de coter, ou il n'y a pas de cotation. [...] Et donc, cet acte d'urgence unique, aujourd'hui, il n'est pas coté.[...] Dans mon cabinet, on va dire que 7 fois sur 10 le patient ne revient pas, ou en tous cas ne revient pas dans cette phase-là. Je le reverrai dans deux mois, en urgence. Parce que, X (nom de la ville où il exerce) est une zone très sous-dotée. »

Or les personnes en situation de précarité consultent plus souvent en urgence. Si la consultation est cotée « plan de soins » et qu'il n'y a pas un plan de soins qui suit, la sécurité sociale va réagir.

Mais vous avez un plan de soin, et où il est... ? où sont vos soins ? Bah il est pas revenu. Et pourquoi il est pas revenu ? Bah il peut pas... Oui mais vous avez pris une cotation plan de soin et vous avez pas fait le plan de soin, et pourquoi vous avez juste soigné cette dent-là ? Et donc là on peut pas justifier qu'on a fait un travail de qualité, puisqu'on n'a pas étalé notre plan de soin.

Certains vont « éviter » ce type de patients alors que d'autres vont développer des stratégies de contournement.

Donc il vaut mieux prendre la personne et ne rien dire, la dépanner... donc la soigner gratuitement, et puis au bout d'un moment, quand on sent qu'elle rentre dans le plan de soin, là on peut commencer à faire la consultation, établir un plan de soin... (Hortense, dentiste Lorraine)

Elle donne un exemple concret :

Par exemple, je désinfecte une dent, elle vient, elle a une dent verte, infectée, donc... au début je vais la mettre sous antibiotique sans discuter sans la faire payer, et puis après, une fois que je vois qu'elle est décidée à venir, faut venir au moins 5 ou 6 fois pour drainer l'abcès, tout ça c'est gratuit, et au moment où la dent est désinfectée, et que je vais juste pouvoir obturer les racines, là c'est payant, donc ça peut être payant à la dixième séance seulement.

De même en est-il pour les catégories fragiles, vulnérables, cela incluant les personnes âgées.

« Les gens sur lesquels j'ai été redressée par le dentiste conseil de la sécu, et les gens sur lesquels j'ai remboursé à la sécu des consultations qui étaient des consultations en trop parce qu'il y en avait plus qu'une par an, en fait c'était sur des... Voilà, je crois que c'est la moitié des personnes âgées et cancéreuses, ou diabétiques, donc ça on n'a pas

accepté que je les prenne en charge moi, autant, alors que je pense que maintenant ce serait accepté, donc voilà, et puis y avait des personnes handicapées, notamment une personne qui était malvoyante, qui arrivait pas à brosser ses dents convenablement donc qui avait du tartre et qui avait trop rapidement, et elle était diabétique donc j'avais une prise... J'avais mis en place une prise en charge préventive et on m'a dit si vous voulez faire de la prévention c'est pas sur les crédits de l'Assurance Maladie mais sur les crédits prévention. Donc j'ai dû rembourser les visites et les détartrages, ou alors il fallait que je le fasse hors nomenclature, et je voulais pas demander un hors nomenclature. » (dentiste Lorraine)

Par ailleurs, certaines catégories sont moins rentables, « les enfants parce qu'ils prennent beaucoup de temps pour un acte technique qui est le même que pour une personne adulte », « les enfants ne sont plus soignés dans les cabinets, plus personne n'en veut ».

Les logiques de cotation n'affectent donc pas seulement les personnes vulnérables, mais plus globalement, la conception des soins.

Le dentiste qui a une forte population de personnes en situation de précarité qui viennent plutôt en urgence ne va pas pouvoir coter ces consultations si le patient ne revient pas la fois suivante, même s'il y a des soins à entreprendre. Une consultation qu'il ne pourra pas coter.

Dans cette logique « technicienne », la consultation de prévention ne trouve pas de place en dentaire sauf dans le cadre restrictif du bilan bucco-dentaire (protocole national). Dans les quartiers favorisés où les personnes viennent tous les 6 mois pour une visite de contrôle et de prévention, un dentiste s'est fait reprocher de réaliser trop de consultations sans actes techniques derrière. Une autre dentiste parle de virage technologique. Le dentiste n'est plus un soignant mais évalué et payé en fonction seulement des actes techniques.

« Donc la conception, c'est vraiment... C'est pas de la médecine bucco-dentaire, c'est-à-dire qu'une personne vient, consulte, parce qu'elle a un Lichen plan dans la bouche, et bah... c'est pas considéré comme une consultation parce qu'on a pas posé d'actes techniques on a pas fait de plan de traitement. » (dentiste Lorraine)

Cela pour effet de décourager les praticiens.

On n'a pas fait ce métier comme on irait vendre des chaussures. Quand on a fait un métier de soignant, c'est quand-même une partie de sa vie qu'on consacre aux autres. Et un fond de nous, on est quand-même comme ça.

La désaffection des jeunes en dentaire (plus d'un tiers des étudiants qu'on ne retrouve plus une fois les études finies) est pointée par plusieurs de nos interlocuteurs.

J'en vois qui n'arrivent pas à lier leurs attentes humaines et les conditions de gestion d'un cabinet, ils arrivent pas. Ils arrivent pas à faire le joint entre les deux, parce qu'à un moment il faut faire le grand écart entre la

bienveillance et l'exigence humaine, et puis l'exigence comptable, et puis l'exigence juridique. La règle quoi, il faut respecter les règles. (dentiste Lorraine)

Notons que la non cotation de l'urgence en dentaire met tous les patients au même niveau. Quel que soit le statut du patient, l'acte d'urgence n'est pas coté. Les chances qu'il revienne ne sont pas les mêmes...

33. Une discrimination indirecte

Ainsi, les praticiens exercent dans un contexte où ils subissent toutes sortes d'injonctions normatives qui orientent leur pratique et ne leur laissent pas toujours le choix. Dans un contexte où les médecins qui refusent des bénéficiaires de la CMU sont déconsidérés, pointés du doigt, certains discours émanant d'agents de l'assurance maladie les incitent pourtant à ne pas les recevoir. Quelques-uns l'auraient exprimé explicitement⁸¹ :

Quand on m'a dit à la sécurité sociale, mais le serment d'Hippocrate est valable que pour le risque vital, vous devez refuser, vous avez tout à fait le droit de refuser et de renvoyer les gens à l'hôpital en disant que vous n'avez pas le temps pour eux. Et je dis : mais je peux pas refuser un patient ? et on m'a dit, vous pouvez refuser un patient à la CMU ou à autre chose dans la mesure où il y a une offre de soins autour de vous. Vous n'êtes pas là pour vous faire manger par vos patients vous êtes là pour dispenser des actes techniques de qualité. (Hortense, dentiste Lorraine)

Plus généralement, les pressions exercées sur les praticiens, peuvent les encourager à éviter certaines catégories de patients. Encore une fois, il ne faut pas généraliser, ce qui pourrait relever non d'un discours global de l'assurance maladie, relayé par ces agents, mais une interprétation toute personnelle des agents, non exempts eux-mêmes de préjugés sur les plus pauvres, pétris d'une culture économique et éloignés de l'éthique du soin. Par contre, les contrôles et courriers de la sécurité sociale favorisent des ajustements de certains praticiens, de manière à améliorer le RIAP (document envoyé par la caisse qui récapitule l'activité en lien avec les moyennes).

Donc ils ont commencé à leur envoyer aux confrères, aux spécialistes ou à les envoyer ailleurs, et ils ont pas forcément signé le contrat de médecin traitant. Ils ont gardé en contrat de médecin traitant le plus possible... de 15 à 50 ans, cadres, familles moyennes ; et donc on a vu les cabinets se déplacer et aller dans les zones où les populations ressemblaient à ça. (Hortense)

Le rapport veille santé réalisé par ATD Quart Monde confirme sur un nombre de praticiens plus importants ce que nous avons pu recueillir en entretien auprès de quelques praticiens. Ce rapport témoigne de la souffrance que cela a produit chez les

⁸¹ Ces discours ne peuvent et ne doivent pas être généralisés mais ont été relayés par plusieurs praticiens. Il semble exister d'importantes variations d'une caisse à l'autre, d'un département à l'autre. Dans le 93, ou à Paris, nous n'avons pas recueilli de tels témoignages.

praticiens, dans un contexte départemental où la pression des caisses était très forte. Des praticiens ont fermé leurs cabinets, des suicides ont eu lieu.

Et nous basculer de l'humain au technicien, on doit faire le grand écart dans nos têtes. Et on a dû exploser nos têtes et des soignants qui sont explosés intérieurement, y en a plein. (dentiste, ATD Quart Monde)

Ces témoignages ont été réalisés entre 2004 et 2008, certains ont été découragés, on leur reprochait de travailler trop (individuellement) alors qu'ils étaient dans des régions sous-dotées. D'autres ont ajusté leurs pratiques de manière à entrer dans les clous : ils prennent désormais plus de vacances, ferment leur cabinet. Ils peuvent refuser les patients susceptibles d'être en dehors du parcours normatif attendu, ce qui aurait des incidences sur le RIAP :

- éviter les personnes âgées en dentaire : trop de consultations, les enfants (trop de visite de contrôle)
- « plus de pauvres, ils ont trop de soins et ils consultent irrégulièrement. »(p. 10)
- envoyer les urgences dans les PASS⁸² ou pour les abcès chez leur médecin qui les met sous antibiotiques avec un rendez-vous ultérieur pour un acte technique

Notons par exemple la situation d'une médecin généraliste qui recevait des personnes désinsérées, vivant en foyer ou en attente de papiers qui s'est vue devoir une indemnité parce qu'elle faisait trop de feuilles papier (cf courrier en annexe 4). Enfin, ils peuvent aussi changer leurs pratiques de soins : « proposer des actes qui ne pénalisent pas le RIAP et qui rapportent » (p. 10) Cela encourage les praticiens à aller vers ce qui n'est pas remboursé, implants, blanchiment, etc. Ces éléments sont largement rapportés par les praticiens de notre corpus.

Une médecin généraliste mise sous contrôle du fait d'un nombre excessif d'arrêts de travail arrive à mettre en œuvre des conduites « absurdes » pour se protéger. Les caisses lui ont demandé de réduire notamment les arrêts longs qui déclenchent automatiquement un contrôle. Elle multiplie les actes courts, faisant revenir un patient pour renouvellement, ce qui a pour effet de multiplier les consultations. Elle oppose plus de résistance à certaines demandes de patients. D'autre part, cela aboutit à un jeu de renvoi de patients entre praticiens. Elle donne l'exemple d'un gynécologue qui lui demande de prescrire un arrêt de travail pour une patiente. Elle renvoie alors la patiente pour que la gynécologue fasse elle-même l'arrêt qu'elle avait jugé légitime. Cela génère parfois des conflits entre médecin et patient.

4. La construction de la patientèle

4.1. La construction d'une patientèle à son image

En France, les patients choisissent les praticiens de premier recours⁸³ : médecins généralistes et chirurgiens-dentistes, mais aussi certains spécialistes tels que les gynécologues, les pédiatres. Cela est vrai à condition que l'offre soit riche et diversifiée,

⁸² Permanence d'accès aux soins et à la santé

⁸³ Quand il s'agit d'un spécialiste, il est fréquemment orienté vers un ou plusieurs confrères.

comme par exemple à Paris ou dans des grandes villes. Ils sont en effet libres de changer si le praticien ne leur convient pas ; on sait néanmoins que sur certains territoires, il peut s'agir d'un choix contraint, d'autant plus que la personne est en situation de précarité et donc dans l'impossibilité de payer un dépassement d'honoraires ou quand dans son environnement plusieurs praticiens refusent la CMU. Dans ce cas, son choix est plus réduit. Dans le cas emblématique, « idéal » d'un choix non contraint, le patient peut donc choisir un praticien qui lui convient le mieux, au vu de son style de pratique. Ce style est à la fois, lié à des modalités d'organisation et de consultation, de financements mais aussi une manière de se positionner dans l'interaction, la place laissée à l'écoute, la place des médicaments (plus ou moins prescripteur), de la prévention et de l'éducation, etc. Le praticien est aussi un individu qui a un tempérament qui lui est propre, qui conviendra à certains et pas d'autres. La place du relationnel est importante mais parfois surestimée en ce qui concerne les patients les plus précaires⁸⁴.

Il y a dans un contexte d'une offre riche et diversifiée comme dans les grandes villes, une forme d'autorégulation entre le médecin et son praticien, si le patient n'est pas satisfait, il est libre d'aller voir ailleurs.

Les gens me choisissent. Je suis très rapide et très tonifiant. Les gens fatigués, et un peu lents, je pense que je leur crée une sur-pression et ils ne viennent pas me voir. Je suis trop entreprenant pour les faire bouger. Je me retrouve avec 3 % de papys qui sont toniques. Tous ceux qui ont été un peu gnangnans, plaignants, ça passe pas, j'ai envie de dire « allez, allez on se remue, c'est pas parce que ... on y va, quoi ! » Et ils changent de médecins ceux-là. (MG, Bretagne)

L'inverse est moins vrai. Le praticien ne choisit pas ses patients, en théorie. Il est plus difficile de mettre « à la porte » un patient, mais une majorité de praticiens considère qu'ils ont le droit de le faire.

Ce processus de régulation amène les médecins à dire que leur patientèle leur ressemble, ce qui est bien-sûr plus souvent le cas des praticiens de premier recours ou éventuellement de ceux qui suivent des malades chroniques et donc assurent un suivi dans le temps (cardiologue, par exemple). Cette régulation passe également par le fait que les patients recommandent leur praticien.

Cette dentiste parisienne estime avoir une clientèle qui lui ressemble.

« Le but ultime du métier avec le temps, l'expérience, arriver de plus en plus à ce qu'on veut, ce qu'on aime et avec qui on aime. Avec qui on est bien. Ça, c'est le nirvana et plus ça va plus ça se passe comme ça. » (dentiste, 13^e)

Elle explique comment se construit, se modèle le profil d'une patientèle :

C'est dur de faire comprendre à quelqu'un qu'on l'aime pas et qu'il ferait mieux d'aller se faire soigner ailleurs. C'est compliqué. En revanche, ceux qu'on aime vous envoient plein de monde donc c'est des gens qui

⁸⁴ Sans avoir des résultats consolidés sur cette question, dans les entretiens réalisés auprès des personnes en situation de précarité la question de la qualité technique des soins revient régulièrement, la résolution du problème est attendue autant que la qualité des relations.

sont du même niveau social, culturel, intellectuel donc on arrive peu à peu à avoir un panel, une clientèle qui est à peu près dans le même creuset. (dentiste Paris 13e)

La patientèle se construit alors avec des filières de patients mais aussi un réseau de confrères, autres professionnels qui recommandent.

« Les patients qu'on vous adresse, c'est déjà des patients qui sont motivés parce que vous avez été recommandé donc c'est les meilleurs patients. Un patient qui a été satisfait de vos soins, il est content, donc il vous envoie quelqu'un d'autre. (dentiste 18^e) »

Quand un médecin n'apprécie pas un patient ou que ce dernier le met mal à l'aise, cela risque de se ressentir sur la qualité relationnelle et à la longue risque de produire ses effets d'éviction sans que le processus ne soit nécessairement voulu, conscient.

Par exemple, Hélène, gynécologue, n'a pas revu quelques-unes de ces patientes, « il n'y a pas eu un bon feeling ». C'est une manière d'évoquer une interaction relationnelle qui n'a pas fonctionné. Cependant, ce n'est pas seulement la relation individuelle qui pourrait être mise en cause, « des personnalités avec qui ça n'accroche pas », mais aussi sa manière d'envisager la prise en charge et le contenu de son discours médical :

Y a des patientes peut être à qui ça plaît pas quand je parle un peu de sexo : « est-ce que vous avez des rapports, comment ça se passe etc. Je pense qu'il y en a à qui ça plaît pas. Moi je pense que ça fait partie de mon travail parce que la femme, c'est dans sa globalité. Mais après y en a qui sont trop coincées, trop pudiques, je sais pas, ou qui estiment que c'est pas mon travail de leur demander ça et qui sont... presque choquées.

42. La sélection des patients

En dehors d'un processus de sélection « naturelle », les praticiens peuvent choisir indirectement, voire directement leurs patients.

421. Les patients mis à la porte

Une des médecins généralistes rencontrée, installée en grande banlieue, avoue manquer de patience. Il y a tous les jours une file de patients qui s'étire jusque dans la rue. Elle impose sa manière de voir les choses. Il s'agit notamment du mode de prise de rendez-vous, les patients doivent s'inscrire sur un tableau en fonction de leur heure d'arrivée. Ils peuvent être amenés à attendre des heures, elles les engage à repasser, aller faire des courses ou autre chose en attendant. Les patients qui s'énervent, elle les met à la porte. Sans distinction de statut, ni aucun critère d'aucune sorte. Elle les menace aussi en permanence d'arrêter son activité. Quand elle parle des patients, c'est dans une vision assez uniforme, ces patients-ci, ces patients-là, sans les catégoriser.

Si certains n'hésitent pas à mettre à la porte un patient qui se serait mal conduit, notamment qui aurait manqué plusieurs rendez-vous, d'autres craignent d'être accusés de discrimination, sans que le mot soit explicitement employé. Une dentiste craint qu'on lui reproche d'avoir refusé un CMU ce qu'elle trouverait injuste.

Mme X n'est pas venue à 4 ou 5 rendez-vous. J'estime que j'ai le droit de ne plus la recevoir. Vous voyez ce que je veux dire. Alors que nous on est

un paravent. C'est trop facile ; le patient peut aller se plaindre. On n'a pas assez fait comprendre au patient que c'est pas parce qu'il payait pas qu'il ne faut pas respecter le praticien. (dentiste, 18e)

Des pratiques d'éviction de patients ont été notées. Cet autre dentiste prend moins de gants que la précédente :

De toute façon, les patients mal-élevés, je les fous dehors. Les gens qui m'emmerdent, je les fous dehors. Peut-être que je suis... pas intraitable mais les gens qui font des histoires, je n'en veux pas. Mon métier, il est assez stressant comme ça pour garder que des gens agréables. (16e)

Il donne un exemple concernant une personne qui s'était mal comportée avec son assistante et qui était acteur de cinéma.

Si l'on sait par les testings⁸⁵ que certains praticiens plutôt que refuser un rendez-vous par téléphone donnent un rendez-vous à une date éloignée, censée les décourager, cette pratique peut être utilisée pour d'autres types de patients.

C'est sûr que si le patient il vient pas au rendez-vous, vous êtes pas obligé de le soigner. Il vous fait perdre votre temps, il fait perdre leur temps aux autres patients parce qu'il va monopoliser une heure de rdv alors qu'il y a des gens qui auraient voulu venir. Donc au bout d'un moment, vous lui donnez un rdv dans 3 mois, ça calme tout de suite, il ira voir un autre praticien.

422. Effets géographiques

La sélection de la clientèle se fait également en fonction du lieu d'exercice, entre rural et urbain, choix d'un quartier, sachant que les choix de praticien se font sur des critères de proximité, même si certains patients peuvent se déplacer pour rencontrer un praticien de renom ou de confiance (parce qu'ils le connaissent ou parce qu'il est recommandé).

Ce dentiste parisien considère qu'à Paris, la clientèle serait très pragmatique, peu attachée à son dentiste :

« A Paris, où on a une clientèle qui est très volatile. [...] Les patients tournent beaucoup. Je pense sur Paris, parce qu'il faut que le dentiste... voilà c'est déjà pas très sympa d'aller chez le dentiste donc faut que ce soit pratique, donc soit à côté du travail soit à côté du domicile. »

Quand les praticiens décrivent leur trajectoire professionnelle et les raisons qui ont présidé au lieu d'installation, il ressort que ceux qui travaillent avec une clientèle avec une forte proportion de patients en situation de précarité ont choisi un territoire réputé populaire. Quelques uns ont volontairement évité certains quartiers trop bourgeois, dont les habitants sont réputés difficiles :

⁸⁵ Un testing valide suppose une procédure de double appel. Ainsi, les dates peuvent être comparées entre deux demandes de rendez-vous, dont l'une émane d'un bénéficiaire de la CMUc, sachant que dans certaines spécialités ou régions les dates peuvent être éloignées par manque de disponibilité du praticien.

Le pire, c'est de travailler dans le 16^e. Jamais j'aurais pu travailler là-bas. Les gens sont capricieux. Ils sont exigeants ! (MG)

Ils sont nombreux à décrire des opportunités, des effets de hasard. Cependant, par construction, ils se rappellent les raisons pour avoir choisi tel cabinet, parlent peu des autres opportunités où il y a eu refus. Il y a sans doute conjonction de plusieurs facteurs. Enfin, certains ont choisi des zones territoriales qui ont évolué avec le temps, qui se sont paupérisées. Ils se retrouvent à accueillir des populations précaires sans l'avoir choisi préalablement.

423. Sélection par les tarifs

Cette dentiste a travaillé « dans des beaux cabinets » pour faire « de la belle dentisterie de qualité. » On comprend que la qualité est assortie d'un certain coût des soins qui suppose une clientèle ayant les moyens. Après avoir travaillé dans le 16^e, le 8^e, à Rueil-Malmaison, « une belle banlieue », elle s'installe dans le 17^e. Après un divorce, elle est obligée de déménager à nouveau, peine à trouver sans que cela ne soit trop éloigné de son domicile et finalement s'installe dans le 18^e. Elle le regrette :

Ici, les gens, ils veulent un peu plus de l'usine qu'autre chose. Ils veulent pas payer cher. Les gens sont habitués à payer 3 francs, 6 sous. Moi j'en fais pas de la prothèse de Chine.

Mais ces pratiques tarifaires infléchissent progressivement le profil de la patientèle :

Moi, je suis en train de rechanger la patientèle ici. Parce que j'ai des critères de qualité qui sont beaucoup plus élevés que mes prédécesseurs.

Certains actes sont hors nomenclature, non remboursés par l'assurance maladie. Parfois très peu voire pas du tout par les complémentaires santé (implants dentaires, certains actes médicaux relevant des médecines non conventionnelles). Le choix de réaliser ces actes en grand nombre, d'en faire son activité privilégiée, voire exclusive, peut être lié à un intérêt spécifique (goût pour les actes chirurgicaux, par exemple), la conviction d'une efficacité meilleure, d'une autre vision de la médecine (médecines non conventionnelles), mais elle peut également être un choix qui permet de sélectionner sa patientèle et de gagner plus. C'est peut-être plus flagrant en dentaire. Des praticiens se sont spécialisés en implantologie. Ils n'assurent plus les soins de base et sont de ce fait aussi, les praticiens de deuxième recours. Ils n'ont pas de bénéficiaires de la CMU ou en AME, ces soins ne font pas partie du panier de soins. Ils échappent aussi aux pressions des caisses. Un de nos interlocuteurs convient qu'il aurait aimé procéder ainsi mais il n'a pas la patientèle adaptée :

Ou bien, tu passes dans la catégorie supérieure où tu ne fais que du soin de haute voltige. Il y a des gens qui font que des implants, ou que de la chirurgie de gencive, alors ceux-là ils ont un recrutement sélectif, c'est les confrères qui leur envoient. Et ceux-là, si ils sont bons, ils sont à l'abri du besoin. (Elias, dentiste, 16e)

Ce dentiste qui réalise à la fois des soins « généraux » et ce qu'il appelle « de la dentisterie de haute qualité » n'a pas pu passer le pas de se spécialiser complètement

car son réseau ne lui apporte pas suffisamment de patients. Rappelons qu'à Paris il existe un contexte hautement concurrentiel.

J'ai pas franchi le pas de ne faire que des implants... parce que si tu veux, il faut du monde pour t'envoyer. Tu ne peux pas travailler tout seul. Si tu veux être spécialiste, faut que les confrères généralistes t'envoient. Dans Paris, c'est assez compliqué d'avoir un réseau. [...] Je continue à faire des soins, « courants »... parce que j'ai besoin de bouffer. Si je pouvais faire que des implants et des greffes, bien-sûr je ferais que ça. J'aurais moins de soucis d'ailleurs de gestion de matériel, de stock.

Nous venons d'évoquer les actes hors nomenclature. En ce qui concerne les prothèses et le niveau de dépassements d'honoraires, il n'y a pas d'éviction des patients les plus pauvres, puisqu'ils sont protégés sauf à les refuser. Par contre, ces tarifs conduisent à une sélection de la patientèle pour ceux qui sont au-dessus des seuils. Cependant, il existe des formes de régulation car en voulant trop tirer, le praticien peut finir par perdre ses patients. Ainsi, une dentiste relatait que son associé qui avait hérité une partie de sa patientèle l'avait progressivement perdue.

Parce qu'ils n'ont pas voulu aller avec eux, parce qu'ils étaient cassants, ils leur demandaient de l'argent pour des trucs où ils avaient jamais rien payé jusques là, et voilà, donc il a perdu toute cette patientèle et il a eu... Bah les patients captifs, c'est-à-dire les CMU, qui osent rien dire, et puis les étrangers, qui osent rien dire. Et ils n'ont plus eu que les gens qui venaient des Cada⁸⁶ et des...

Si les praticiens expliquent fréquemment ajuster les niveaux de dépassement à la situation socio-économique des patients, ils le font aussi pour garder leur patientèle dans un contexte parfois concurrentiel. Ce n'est cependant pas le cas en gynécologie et dans un certain nombre de spécialités où les délais d'attente sont élevés, révélant un déficit, ou encore dans certains territoires.

Le niveau des prix, des dépassements, s'il doit être appliqué avec tact et mesure, doit aussi être rattaché à une qualité des soins. Celle-ci est jugée par le patient en fonction de la réputation du praticien (de bouche à oreille, médiatisation de certains, recommandation par le médecin traitant...). Parfois, c'est une évaluation subjective fondée seulement par la qualité d'écoute ou le temps de consultation.

Au total, la sélection de la patientèle peut relever d'un processus inconscient, progressif dans le cadre des interactions entre soignant et soigné. Des dysfonctionnements de la relation fondés sur des incompréhensions réciproques ou pas, peuvent contribuer à éloigner certaines catégories de patients des soins. Enfin, des praticiens mettent en œuvre des stratégies qui produisent des formes de discrimination directes ou indirectes, éloignant certains patients.

⁸⁶ Centres d'accueil des demandeurs d'asile

5. Style de pratiques : universelles, catégorisées ou individualisées

La clinique médicale depuis le 19^e se fait au lit du malade et est fondée sur une observation minutieuse de celui-ci. La notion de regard clinique est fondamentale même si depuis cette époque elle s'est dotée de moyens d'investigation très performants et qui en réduisent la portée. Elle amène à considérer le malade comme unique, singulier. De son côté, l'épidémiologie contribue à construire des catégories ou s'appuie sur des catégories pré-existantes (CSP, par exemple), comme nous l'avons évoqué, pouvant contribuer à la construction de stigmates (conduites à risque chez les adolescents, par exemple). Quelques médecins ont pu être formés à cette discipline pendant leurs études et sont influencés dans leurs jugements par ces catégories.

La pratique médicale s'insère donc entre une individualisation portée par la clinique et son inverse qui serait une systématisation, une routinisation des soins dans un contexte normatif en lien avec l'« evidence base medicine », c'est-à-dire la médecine fondée sur les preuves (scientifiques). Cette tendance à la normativité est renforcée par une volonté des pouvoirs publics à produire des recommandations, à protocoliser dans un souci de qualité mais peut-être aussi de *contrôle social* des pratiques médicales ou tout au moins d'encadrement... La catégorisation est une troisième forme de prise en charge, qui permet une économie de moyens (parfois de temps) par rapport aux deux précédentes. La catégorisation porte souvent une dimension morale, construisant des hiérarchisations (cf travaux de M. Calvez sur le sida).

Catégorisation ou prise en compte d'une situation individuelle

Nous avons décrit différents discours concernant les pratiques de recueil de l'appartenance sociale et/ou culturelle. Il en ressort que l'information sur la profession, la situation à l'égard de l'emploi, le pays d'origine peut être récupérée et traitée différemment. Elle porte en soi le risque de catégorisation, l'élément informatif pouvant être considéré comme un proxy renvoyant à d'autres caractéristiques (discrimination statistique) : la CMUc est considérée par certains comme facteur de risque de rendez-vous non honoré, une personne arrivant d'Afrique sub-saharienne est potentiellement porteuse du sida. L'élément d'information peut aussi être géré comme un parmi une multitude d'autres.

On peut pas faire autrement, on est dans ce qu'on appelle le colloque singulier ? On est face à une personne et cette personne, elle a des caractéristiques. Y a sa catégorie sociale, y'a son âge, y'a son sexe, y'a tout ce que tu voudras, mais y'a une infinité de critères qui font que cette personne est unique.

Ce médecin phlébologue explique qu'il est « dans la personnalisation ». C'est la multitude d'éléments épars, regroupés de manière unique qui fait l'individu dans sa singularité. Il pointe deux paradigmes :

On arrive dans l'opposition qui est permanente entre l'approche statistique épidémiologique qui consiste à traiter des pathologies dans des grands groupes de population et l'approche en cabinet médical qui consiste à traiter une personne, un individu. (Paul, Phlébologue)

Nous avons évoqué cette gynécologue qui accepte de revoir le traitement à la baisse pour satisfaire la patiente. En général, cette gynécologue ne propose pas de traitement différent mais une prise en charge renforcée, dans sa dimension d'accompagnement.

En fait, je vais faire l'assistante sociale. Je rappelle les gens, je m'assure que les choses sont faites, en fait. Par exemple, une patiente à laquelle je pense avec son cancer du sein, elle est pas ... financièrement ... elle est secrétaire. Mais je vois bien, elle est un peu larguée, donc j'envoie des mails, je la rappelle, je l'ai reconvoquée.

Justine opère dans un CHU parisien où elle est attachée et dans une clinique privée où elle applique des dépassements d'honoraires. Les patients en difficultés économiques sont plutôt adressés dans le public, mais quand les délais sont trop longs, elle n'hésite pas à leur proposer d'être opérés dans la clinique en réduisant son dépassement.

« Et la dame que j'opère à la clinique X, pour laquelle je fais quasiment pas de dépassements, j'aurais dû la mettre à l'hôpital, mais je sais qu'elle va attendre trois mois avant que j'opère, qu'en plus elle a un fils à la maison, qu'elle est seule, qu'elle a un mari qui est décédé. Donc clairement ce sera pas pratique d'attendre trois mois. Après, elle voulait qu'on l'opère pendant les vacances scolaires donc du coup je lui ai dit : « Je vous opère pendant les vacances, je vous opère sans dépassements, vendredi. » (le cas ne concerne pas un cancer)

D'autres médecins penchent plutôt vers une forme de systématisation de leur pratique. Ainsi, dans la démarche de recherche diagnostique et/ou de risque d'être porteur d'une maladie sexuellement transmissible (HIV, hépatite), les médecins du focus groupe ne cherchent pas les catégories à risque mais les pratiques à risque, sans cibler. Cela amène à poser des questions précises sur la sexualité des personnes, parfois un peu invasive. Jusqu'où aller ? Demander à une femme maghrébine, si elle a des partenaires des deux sexes, par exemple comme le fait une des jeunes médecins s'appuyant sur un questionnaire : cela fait débat dans le groupe, mais plus sur la manière d'aborder le sujet que sur le fond. Une autre médecin demande plus généralement si la personne a pris des risques, en faisant préciser si les risques sont connus. Sur l'usage de drogues, la question est systématique aussi.

Je trouve que on fait un peu ça. Je ne sais pas si c'est pour le VIH en particulier mais je trouve qu'on a tendance à faire pour tout le monde... ici, enfin... tu vas sur le diabète en début de grossesse, normalement tu le fais à telle personne, telle personne. Ici y en a tellement tu le fais à tout le monde. (MG1 focus groupe)

C'est sûr qu'une femme voilée, moi je pose toujours... le tabac, l'alcool et elle me regarde avec un grand sourire et on passe assez vite dessus et elle me dit, que c'est pour des religions religieuses. (MG3, focus groupe)

Sylvie Fortin décrivait trois façons de penser l'utilisateur, la relation clinique, et la diversité (Fortin, 2013) :

- la réification de la culture (ajoutons *ou du social*) comme phénomène explicatif des postures empruntées au fil de la rencontre clinique ;
- une approche universaliste, les différences sont écartées. Tous les patients étant pareils, inutile de tenter de cerner les croyances ou les façons de penser le monde ;
- la diversité pensée dans son sens inclusif, non comme phénomène explicatif mais comme partie prenante de l'intervention : « on travaille avec » qui favorise une posture de compromis et parfois de réconciliation.

Cette dernière posture, qu'elle nomme « approche clinique contextualisée » (appelée biopsychosociale par le milieu médical), permet bien de décrire l'attitude de la gynécologue citée.

« Au lieu de chercher dans le conflit l'expression d'une valeur détachée de son contexte (nommément, la présomption d'un comportement ou de valeurs en raison d'une appartenance réelle ou imaginée à un groupe donné), elle est au contraire mise en lien avec la famille, la condition médicale, la trajectoire de soins, le parcours social. Le problème rencontré ne résulte pas d'une appartenance « autre », mais bien de la dynamique particulière dont il est question, l'altérité étant reconnue comme un fait clinique. »

Troisième partie : pratiques de différenciation et logiques explicatives de la discrimination

Nous allons examiner les multiples situations de différenciation des soins que nous avons repérées en entretiens, Nous verrons la place qu'occupe le processus de catégorisation dans la production de différenciations, analyserons ensuite leurs logiques explicatives et verrons dans quelles mesures certaines d'entre elles procèdent d'une discrimination. Nous analyserons dans un second temps le refus de soins, la perception et les représentations du refus de soins par les praticiens et nous essaierons d'esquisser une typologie des refus. Enfin, nous aborderons les logiques explicatives du refus.

1. Les soins, entre différenciation et discrimination

Deux temps seront distingués dans la temporalité d'un parcours de soins : la prise de rendez-vous autour de laquelle se cristallise l'accès aux soins, puis le soin lui-même. La question de la prise de rendez-vous se repose à nouveau lors d'une orientation vers un spécialiste pour exploration diagnostique plus approfondie ou en vue d'une thérapeutique (intervention chirurgicale, par exemple) : c'est l'accès secondaire. Le parcours de soins doit donc être envisagé non pas dans une forme de linéarité mais plutôt de circularité.

1.1. La prise de rendez-vous

1.1.1. Eviction, sélection de la consultation

La discrimination peut se présenter sous la forme d'un refus⁸⁷ ou de quelques refus isolés ou d'une pratique systématisée au sein d'un cabinet (directives données au secrétariat, par exemple de ne pas recevoir les bénéficiaires de la CMUc) lors de la prise de rendez-vous de consultation. Après les bénéficiaires de la CMUc, les refus les plus fréquents concernent des personnes ayant l'AME puis des personnes séropositives (HIV)⁸⁸ en dentaire.

Ces refus de recevoir des bénéficiaires de la CMUc peuvent concerner de nouveaux patients, c'est la situation testée lors des tests de discrimination (Despres C., Couralet P-E, 2011), ou des patients déjà connus du cabinet. Dans nos recherches antérieures auprès de bénéficiaires de la CMUc, certains nous ont déclaré avoir été « invités » à ne plus revenir dès lors qu'ils avaient changé de protection sociale. Cela peut se faire explicitement, mais plus souvent les patients qui ont connu cette situation signalent plutôt des attitudes indirectes, sous-entendus, soupirs, questions insistantes du type : « ah vous avez toujours la CMUc, c'est embêtant » ou des prétextes.

Très honnêtement, très honnêtement, je ne dis pas que je la refuse [il s'agit de l'IVG médicamenteuse] à cause de l'Aide médicale d'Etat, je leur dis : « j'ai pas la place » ou je sais pas quoi, bon, et on les envoie à

⁸⁷ Tous les refus ne sont pas des discriminations.

⁸⁸ Témoignages de seconde main, évoqués par plusieurs dentistes à propos de collègues ou recueillis directement auprès de personnes séropositives dans des travaux antérieurs.

l'hôpital, voilà... Je dis : Vous serez mieux prise en charge à l'hôpital, je mens. (Michèle, gynécologue parisienne)

Comme en attestent les testings, les refus sont rares, voire exceptionnels parmi les médecins généralistes de secteur 1. Ils restent peu fréquents en secteur 2, les praticiens concernés se rapprochant du profil des médecins spécialistes (pratique de médecines non conventionnelles qui ne font pas partie du panier de soins de la CMUc : acupuncture, par exemple angiologie/phlébologie, médecine esthétique également).

Des « refus de soins » plus invisibles peuvent être constatés, par exemple lors du transfert d'un malade des urgences vers un service hospitalier. Le médecin des urgences doit alors négocier la « valeur mobilisatrice du malade » (Dodier, Camus, 1997 ; Bêlorgey, 2010 ; Morel, 2016). Nous avons déjà évoqué les critères qui contribuent à « la valeur » du patient et à l'inverse, ceux qui le disqualifient. En milieu hospitalier, des phénomènes de relégation successive peuvent être ainsi observés à l'égard de catégories de patients jugés « à problèmes » que les services se « repassent » : malades mentaux, toxicomanes, qui sont par ailleurs souvent en situation de précarité, de marginalité ou d'exclusion, mais aussi personnes âgées, poly-pathologiques et (ou) en situation de perte d'autonomie, etc. Ces attitudes repérées par Dodier et Camus, il y a une vingtaine d'années, semblent perdurer selon plusieurs témoignages de médecins de notre corpus qui ont travaillé dans des services d'urgence ou au SAMU, et seraient aggravées par les pratiques managériales « nouvelles » (Bêlorgey, 2010).

La réorientation d'un patient n'est pas nécessairement un refus de soins. Dans certains cas, le médecin exerce dans un cadre précis qui n'est pas adapté à la demande clinique du patient.

Refus de nouveaux patients

Les critères organisationnels sont considérés aussi comme légitimes (manque de disponibilité du médecin), hors du caractère d'urgence. Le fait de ne pas prendre de nouveaux patients est donc autorisé. Il s'agit pour le médecin de gérer la file d'attente et d'éviter d'allonger les délais de rendez-vous. Il peut néanmoins constituer une forme de discrimination indirecte. Ces refus touchent plus les personnes qui, du fait de leur situation socio-économique, ont des trajectoires de vie et professionnelles plus instables les amenant à déménager, changer de médecin, et viennent s'ajouter aux refus discriminatoires (directs).

Sans viser une catégorie particulière de patients, certains réduisent le nombre de nouveaux patients pour d'autres raisons. Dans le cas présenté ci-dessous, il s'agit de gérer les rendez-vous non honorés qui concernent plus souvent les patients non connus du cabinet (ce que disent aussi beaucoup d'autres praticiens) :

Mais c'est quand même, une à deux nouvelles patientes par vacation. [...] J'ai arrêté de prendre trop de nouvelles patientes pour cette raison-là. Parce qu'à un moment donné, c'est plus possible, c'est un ou deux par vacation. Ça m'est arrivé d'avoir des jeudi après-midi où t'as deux heures d'attente devant toi. (Justine, gynécologue, 92)

Pratiques de sélection d'une patientèle

Les pratiques de sélection de patientèle pourraient parfois être des stratégies de contournement des refus ou, pour le dire autrement, d'évitement de certaines catégories de population. Le profil de clientèle des médecins libéraux se modèle progressivement au fil du temps, dans le cadre d'un processus de régulation naturelle : quand les interactions ne fonctionnent pas très bien entre soignant et soigné, l'un des deux peut mettre fin à la relation, plutôt le soigné, libre dans le système français de choisir son médecin traitant. Du côté du soignant, certains se l'autorisent mais plus souvent sont embarrassés de le faire. Quelques uns avouent craindre d'être accusés de discrimination. C'est souvent pour eux, un aveu d'échec. Cela concerne des situations individuelles. Ce qui nous intéresse ici c'est de repérer si des praticiens adoptent une attitude proactive pour se débarrasser de certaines *catégories* de patients.

Nous avons vu dans la seconde partie du document que des stratégies d'installation contribuent indirectement à construire des profils de clientèle : selon le lieu géographique, le type de pratique, les tarifs.

Si un grand nombre des praticiens rencontrés et installés dans des beaux quartiers parisiens (6^e, 16^e, 14^e) déclarent que leur choix procédait d'opportunités, d'autres cherchaient une « belle adresse » (plutôt des dentistes dans notre corpus). Travailler dans des quartiers très défavorisés relève souvent d'un choix assumé.

Choisir des actes non pris en charge (hors nomenclature) ou non pris en compte dans le panier de soins de la CMU a pour effet de sélectionner la patientèle qui a les moyens, de contourner l'obligation de pratiquer des tarifs opposables pour certaines catégories. Un dépassement d'honoraires élevé a également pour effet de dissuader les patients moins aisés, pas nécessairement ceux qui ont la CMU puisqu'ils ont le droit au tarif opposable, de sélectionner leur patientèle vers le haut de l'échelle sociale (sélection par les prix). Cela touche ceux qui sont au-dessus des seuils, les classes moyennes, ceux qui ont des couvertures sociales de basse ou moyenne qualité.

Dans certaines spécialités médicales, les praticiens reçoivent essentiellement sur recommandations d'un confrère⁸⁹. S'il s'agit d'une sélection de clientèle sur un contexte clinique particulier, c'est le cas de surspécialités, cela permet aussi, en s'inscrivant dans un réseau de confrères choisi, de contrôler aussi le profil de la clientèle, selon divers critères. Quelques-uns procèdent exclusivement sur recommandation.

D'autres répondent eux-mêmes au téléphone, en interrogeant brièvement le patient sur ses motifs de consultation⁹⁰, pratique retrouvée fréquemment parmi les omnipraticiens en mode d'exercice particulier. Ces procédures de sélection étaient décrites par Bouchayer (1994) : il s'agit de repérer lors de l'échange qui a envoyé le patient, pour quelle raison il souhaite consulter afin « d'être en mesure de filtrer les demandes et de maîtriser le type de clientèle qu'ils souhaitent prendre en charge. » (p. 217) Plus qu'une sélection basée sur la recherche de solvabilité des patients, encore que celle-ci ne soit pas non plus à exclure, il s'agirait d'une sélection clinique, de manière à pratiquer leur « spécialité » (donc vérifier quelle est bien indiquée) ou à choisir des « beaux » cas. Ce

⁸⁹ Notons un parallèle : on parle de discrimination structurelle quand un employeur (le plus souvent blanc) s'appuie sur les recommandations personnelles de collègues ou de connaissances (le plus souvent blanches et susceptibles de recommander des candidats blancs) pour les décisions d'embauche (Link et Phelan, 2001).

⁹⁰ Très fréquent chez les psychiatres

type de stratégies pourrait donc masquer des formes de discrimination intentionnelle, ou les produire par construction.

Cette psychiatre parisienne a cherché dans le centre de Paris, avec un objectif premier de réduire ses temps de trajets et travailler dans un environnement agréable (au sens urbain). Installée dans un quartier d'affaires, elle décrit sa patientèle comme très favorisée et surtout un niveau élevé d'études, « plus de la moitié des patients ont fait une grande école ». Cherchant à quitter le cabinet de groupe après des dissensions avec ses confrères, elle souhaite rester dans ce quartier :

Je me rends compte que... tu as des patients avec lesquels tu peux réfléchir, tu as une vraie pensée, une capacité d'avancer etc. La femme de ménage de Neuilly, elle est gentille, hein ? c'est même pas une question de gentille ou pas gentille. Elle est assez sympa ! Elle me dit qu'elle va sortir de ses gongs (prononce le g). (elle rit) Mais je fais de la psychiatrie... je fais de la psychiatrie, je fais pas de la psychothérapie du tout. J'ai un autre patient qui est technicien à la banque de France, adorable, gentil comme tout, qui a une psychose maniaco-dépressive, des troubles bipolaires quand même, on est pas du tout dans une pensée qui s'élabore.

Au-delà d'une forme d'« élitisme intellectuel » (elle décrit à maintes reprises des patients brillants au vu de leurs études, mais va aussi mettre en exergue tel patient d'origine modeste qui a eu un parcours d'excellence), il s'agit de privilégier une certaine forme de pratique intellectuellement plus satisfaisante pour elle :

Ça, c'est le gros de ce que j'ai vécu en psychiatrie publique. C'est-à-dire que tu as des gens que tu aides, tu prescris un traitement, tu les coaches un peu en leur disant non, vous ne faites pas ceci ou vous faites cela, je veux dire, tu es dans une posture très médicale, un peu paternaliste rassurante, c'est un truc que je sais très bien faire, ça me pose pas de problème. Mais ça m'emmerde.

Ce qui lui a permis de construire cette patientèle qui lui convient, c'est à la fois le quartier et les propositions thérapeutiques (par exemple, hypnose) qui correspondent à des demandes en partie socialement situées.

L'entente entre praticiens

Des formes de refus des bénéficiaires de la CMUc sont aussi masquées derrière des ententes entre professionnels, l'un demandant à l'autre de ne plus lui envoyer de bénéficiaires de la CMUc. Ainsi, un médecin généraliste (Clamecy, Nièvre) nous a signalé qu'il avait reçu un courrier d'un confrère spécialiste lui demandant de ne plus lui adresser de bénéficiaires de la CMUc. Cette psychiatre parisienne témoigne de sa propre pratique : :

... je ne suis pas très fière, mais j'ai quand même dit à un collègue généraliste, qui m'avait adressé il y a quelques années... deux, trois, quatre patients CMU, les uns après les autres, moi j'étais déjà... comme j'étais complète très vite, j'ai dit : je peux pas ». (Ulriche, psychiatre, secteur 2, Paris)

Un médecin spécialiste du 93 ayant travaillé dans plusieurs grands hôpitaux parisiens et bénéficiant de ce fait d'un fort réseau, s'est vu plusieurs fois semoncé par des confrères parisiens à qui il avait adressé des patients ayant la CMUc, sans pour autant cesser de les adresser à « des grands patrons », qui de fait, continuent à les recevoir.

Et j'envoie à des spécialistes réputés, compétents à Paris. Une seule personne, un seul médecin un jour a pris son téléphone pour me dire : « Arrêtez de m'envoyer des patients parce que les CMU, j'en veux pas. Vous comprenez, on est en secteur 2... On a un beau cabinet... »

C : C'était un cabinet libéral ?

Dr : Oui. Le meilleur cabinet de X⁹¹ de Paris. (...) J'ai continué évidemment à lui en envoyer. Plein.

C : Et il a continué à ...

Dr : Eh bien, ça fait deux ans qu'il dit plus rien.

Notons que le fonctionnement en réseau crée des relations spécifiques entre confrères qui permettent aussi de protéger le patient, dès lors que le médecin s'implique dans la continuité des soins. Un certain nombre de médecins généralistes orientent de telle façon leurs patients qu'ils ne seront pas confrontés à des refus. Ils constituent un réseau de professionnels avec lesquels ils ont des relations privilégiées. Parfois, lorsqu'il s'agit d'un médecin en secteur 2, ils peuvent passer un coup de fil. Lorsqu'un patient est adressé par un confrère, il semblerait qu'il ait moins de chances de rencontrer un refus comme c'est le cas dans l'exemple ci-dessus mais cela devra être confirmé par des études comparatives selon les spécialités médicales. Nous avons introduit des spécialités sur prescriptions (telles que cardiologie, hépato-gastroentérologie) dans l'étude dans la Nièvre et l'Orne et nous n'avons pas rencontré de refus mais il faut noter que pour les autres spécialités, ils étaient exceptionnels également, ce qui est probablement à mettre en lien avec l'environnement rural.

112. Modes d'organisation lors de la prise de rendez-vous

Certains modes d'organisation vont favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité alors que d'autres ont des effets inverses.

Nous avons déjà signalé que les consultations sans rendez-vous permettaient de contourner les difficultés quand un grand nombre de patients n'honorent pas leur rendez-vous. Ces consultations sont aussi plus adaptées à des patients ayant des demandes ressenties dans une forme d'urgence. Elles favoriseraient l'accès aux soins des personnes désaffiliées, qui ont des difficultés à s'inscrire dans une temporalité non immédiate, selon les médecins engagés auprès de ces populations. Cela peut être le propre de certaines personnes fragiles sur le plan psychologique. Les conditions de vie ou de travail instables (intérimaires par exemple, personnes ayant un logement précaire comme un hôtel) ne sont pas non plus propices à une anticipation dans le temps trop importante, surtout dans des territoires où un rendez-vous chez un spécialiste est programmé à plus de 3 mois.

⁹¹ Spécialité non communiquée pour en préserver l'anonymat.

Certains praticiens choisissent donc des plages sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des plus précaires, alors que d'autres vont s'adapter à leur clientèle qui travaille, de manière à ce que les temps d'attente ne soient pas trop longs. Mais les choix d'organisation sont aussi réalisés sur d'autres critères, notamment de confort.

La prise de rendez-vous peut pour certaines catégories de patients poser des problèmes, surtout quand ils doivent faire face à un système automatisé sans interlocuteur et ce, d'autant qu'ils maîtrisent mal la langue française. Nous avons constaté une multiplication des prises de rendez-vous par Internet (pédiatres, gynécologues), qui s'avèrent plutôt pratiques pour les patients maîtrisant l'outil ou disposant d'un accès, deux conditions restrictives pour certains profils de patients.

Le fait de refuser de réaliser des visites à domicile conduit à une éviction des personnes âgées dépendantes, même si cela n'est encore une fois pas fait dans cette intention.

Nous avons vu que plusieurs d'entre eux sont conscients de ces effets mais privilégient l'aspect pratique ou économique, sans intention discriminatoire. Il s'agit de discrimination indirecte.

113. Délais de rendez-vous

Des différences de dates dans la délivrance de rendez-vous peuvent être constatées lors des testings. Il s'agit aussi d'une forme de discrimination directe (quand le patient discriminé obtient un rendez-vous dans un délai plus important qu'un autre patient) qui peut trouver plusieurs raisons : dans certains cas, il masque un souhait d'éviction du patient en lui proposant des rendez-vous suffisamment éloignés pour le décourager, mais il peut masquer aussi l'établissement de quotas pour les bénéficiaires de la CMUc (pour des raisons économiques expliquées plus haut), ce qui contribue à reporter le rendez-vous dans le temps. En annexe 6, figure un listing de règles d'accès à des consultations pour une clinique de la banlieue nord (anonymisée). Pour certains consultants, il est stipulé, pas plus de deux « CMUs » par jour.

Des listes différentes peuvent être établies, le plus souvent entre patients connus du cabinet et les autres, parfois aussi selon d'autres critères, bénéficiaires de la CMU ou non, bénéficiaires de l'AME.

Dans certains cas, nous avons constaté lors des testings qu'une négociation directe avec le praticien était possible (parfois même l'amenant à revoir sa position de refus des bénéficiaires de la CMU). Notamment quand il évalue le caractère urgent de la demande de consultation, il peut accepter de recevoir certains patients plus rapidement que d'autres. La demande est évaluée en fonction de ce qu'il connaît du patient (tendance à s'inquiéter facilement par exemple), mais aussi de critères sociaux, d'empathie avec un patient donné, etc. Ces critères jouent de manière consciente mais aussi souvent inconsciente. Le critère social ou culturel peut intervenir ou pas dans ces négociations de délais de rendez-vous.

Les délais de rendez-vous élevés peuvent également produire une sélection de patients, même si elle n'est pas du fait des professionnels et sont le reflet d'une demande supérieure à l'offre, particulièrement dans les zones sous-dotées. Ces délais impactent particulièrement les personnes aux conditions de vie instables. Programmer un rendez-vous à quelques mois peut leur poser des problèmes dans le cadre d'un avenir incertain, tant en termes de lieu d'existence (en lien avec le logement) que de formes de travail

(travail intérimaire, missions courtes) et, pour ceux qui ne travaillent pas, les difficultés à structurer son emploi du temps non rythmé par le travail⁹². Notons les difficultés à programmer un rendez-vous d'une semaine sur l'autre des patients ayant un emploi mais des conditions d'emploi précaires : situation recueillie auprès d'un chirurgien-dentiste concernant des salariées qui disposent de leur emploi du temps le lundi pour la semaine à venir ou par cette psychiatre parisienne :

Un type que j'avais vu et qui voulait revenir et qui voulait reprendre rendez-vous. Je lui ai envoyé un sms en lui disant... parce que lui il a un planning, il travaille... Il habite très très loin. L'idéal, ça serait de le recevoir le dimanche midi, tu vois... son planning change tout le temps. Naturellement, il ne peut pas te prévenir. J'avais essayé de le suivre un tout petit peu. Mais c'est pas possible. Je peux pas ! (Ulriche)

Ces difficultés peuvent concerner des catégories professionnelles telles que des travailleurs indépendants, pour qui une journée « chômée » entraîne une perte sensible de revenus.

Certains praticiens, bien que conscients de ces formes de sélection, maintiennent néanmoins ces procédures. Fréquemment, les médecins généralistes ménagent une certaine souplesse dans leur gestion de rendez-vous, laissent quelques plages de rendez-vous libres pour les urgences. Certains médecins reçoivent sans rendez-vous⁹³, souvent au prix d'un temps d'attente indéfini mais qui peut s'avérer plus difficile d'accès pour certains autres profils de patients, notamment ceux qui travaillent.

Des médecins généralistes ont parfois une double proposition, sans rendez-vous pour les problèmes plus ou moins urgents, sur rendez-vous pour le suivi de pathologies chroniques, complexes, ou la prévention. Elles sont en général facturées plus cher avec un temps de consultation plus long. Dans ce cas, lors d'une prise de rendez-vous, les patients ayant la CMU ou l'AME peuvent être orientés directement vers la consultation sans rendez-vous, ce qui relève là d'une discrimination directe.

114. Conditions de la consultation

L'analyse qualitative des échanges lors des testings réalisés notamment à Paris montrait que les demandes de rendez-vous pouvaient être acceptées dans des conditions plus restrictives que pour les patients ne bénéficiant pas de la CMU : créneaux horaires spécifiques (en heures creuses), orientation directe vers la consultation sans rendez-vous (impliquant une file d'attente). Ces pratiques tendent à privilégier les patients rentables et leur offrir les horaires les plus confortables et à remplir les plages horaires disponibles avec des patients supposés ne pas travailler.

Pour certains libéraux ayant une activité hospitalière, les demandes de rendez-vous peuvent être renvoyées sur la consultation hospitalière, les conditions étant alors

⁹² Les familles logées dans des hôtels sont amenées à déménager fréquemment et souvent sont relogées dans des lieux parfois éloignés ce qui produit des ruptures de scolarisation des enfants, des ruptures dans le suivi et la fidélisation à un médecin traitant par exemple. (Enfant et familles sans logements, rapport de l'observatoire du samu social de Paris, 2014)

⁹³ Nous parlons ici des généralistes. Les spécialistes reçoivent tous sur rendez-vous dans notre corpus, sauf urgence. De même pour les dentistes, qui eux gardent des plages d'urgence.

différentes ; le plus souvent, la consultation est plus courte, et les délais de rendez-vous plus longs.

Si certains praticiens renvoient sur leurs confrères du public, d'autres ayant une activité mixte choisissent de recevoir certains patients dans un lieu et pas l'autre.

*« Elle (une consoeur) me dit, moi mes patientes, elles vont au dispensaire. Je sais plus pourquoi. Elle prend pas très cher, elle n'est pas beaucoup à son cabinet, donc elle trouve qu'il faut qu'à son cabinet elle gagne des sous... pour rentabiliser, les frais, le truc, le machin. Ça se défend. »
(Michèle, gynécologue Paris)*

Notons que fréquemment, les médecins ne considèrent pas qu'il y ait refus de soins puisqu'une proposition alternative est proposée. Il y a pourtant discrimination, les bénéficiaires de la CMUc ou de l'AME voyant leur liberté de choisir le lieu de consultation restreint par rapport aux autres patients, alors que cette liberté est posée comme principe de notre système de soins.

12. Différenciation et discrimination dans les soins

Les refus de recevoir, illégaux pour un certain nombre, dissimulent une réalité plus inquiétante. Le refus ne serait que la forme la plus visible de la discrimination à l'encontre des bénéficiaires de la CMUc et de l'AME ou d'autres catégories de patients, qui pourrait conduire à des soins différenciés et de moindre qualité. L'analyse de la bibliographie et du recueil de données dans le cadre de cette recherche (entretiens auprès de professionnels) nous a permis en effet de repérer plusieurs formes de différenciation.

Rappelons qu'en entretiens nous n'avons pas accès aux discriminations réalisées de manière non consciente ou occultées et qu'établir qu'il y a discrimination suppose d'identifier des prises en charge différenciées d'un individu à l'autre, alors que les situations sont identiques sur le plan clinique⁹⁴. Comme l'explique ce dentiste, différents facteurs peuvent justifier des indications thérapeutiques distinctes.

J'ai 25 ans, je suis en bonne santé, il me manque deux dents pour x raisons, la solution implantaire si y a rien d'autre à côté est évidemment la solution de choix. Y a un coût financier qui évidemment est important. Même patient, mêmes dents mais on n'a plus 25, on a 85 ans, aller poser des implants à 85 ans... C'est pas forcément la meilleure solution, pourtant on est dans la même situation clinique au départ. Donc tout ça pour dire que, y a pas que l'aspect financier. (Gilles, dentiste, Paris)

La qualification des différences une fois qu'elles sont constatées mérite donc une grande vigilance. Ainsi, quand un bénéficiaire de la CMU complémentaire relate que la personne précédente a été reçue plus longtemps en consultation par un médecin traitant, il n'est pas exclu que le patient précédent présentait une pathologie plus grave ou plus

⁹⁴ Cette similarité clinique n'est pas si simple à authentifier.

complexe méritant plus de temps de prise en charge. Leurs expériences antérieures de discrimination, de mauvais accueil, dans le cadre de soins ou dans des administrations peut amener les bénéficiaires de la CMU à sur-interpréter certaines situations. Une gynécologue parisienne (Michèle) témoigne d'une expérience de ce type. Elle reçoit des patientes séropositives à sa consultation hospitalière. Quelques-unes se rendent à son cabinet.

Une fois, je me souviens d'une patiente, elle venait me voir de l'hôpital, elle est morte la pauvre depuis. Et elle vient me voir ici, elle arrive, elle avait 40. Je l'envoie à l'hôpital vite fait parce que moi, je savais pas ce qu'elle avait. Comme elle était séropositive, elle faisait peut-être un truc grave. Je lui dis, là vous êtes trop malade il faut aller à l'hôpital, elle est allée dire à ma chef : elle veut pas que je vienne à son cabinet parce que... Genre, elle déparait... Des fois, les gens peuvent le vivre comme ça.

Pour parler de discrimination avérée, nous cherchions un abaissement des normes de prise en charge.

La consultation est caractérisée par son contenu technique mais aussi l'aspect relationnel, la qualité de l'écoute, etc. Elle peut être mesurée en partie par le temps qui lui est consacré, mais qui n'informe que partiellement sur la qualité des échanges. Finalement, la différence sociale et/ou culturelle du patient peut avoir des effets sur deux dimensions des soins : celle qui est relative à la relation (pour le contexte général de la relation, cf paragraphe 1, première partie) et celle qui concerne les pratiques proprement dites. Les deux interagissent bien-entendu et ont été arbitrairement distinguées.

121. la différenciation de la relation de soins au prisme de la précarité et de l'interculturel

Différents modèles de relation/d'interaction sont décrits dans la littérature autour de la place de l'information au patient, de sa participation, etc. Nous ne les avons pas explorés mais avons seulement recueilli des sentiments, des ressentis, des émotions exprimés autour de cette relation, au prisme de l'appartenance sociale et/ou culturelle du patient. Ces éléments ont émergé au fil de l'entretien, souvent spontanément ou lors de questions ouvertes du type, « y a-t-il des mauvais patients, des bons patients ? » et une question plus générale quand le temps le permettait sur l'évolution globale du comportement des patients.

a) Représentations de la place du médecin dans la société

L'accès du patient aux informations médicales constitue une concurrence à l'autorité médicale, qui était fondée sur le savoir. Nécessairement, les interactions entre médecin et patient en sont modifiées et surtout la place et le statut de chacun. Le constat d'un changement de la relation fait l'objet d'un consensus, pour les praticiens suffisamment âgés pour être en mesure de comparer.

Le modèle balzacien où le médecin était non seulement le notable mais le savant, le sachant, et le patient était l'ignorant... Et il y avait une relation extrêmement hiérarchique, basée sur un différentiel de savoir qui était très important. Aujourd'hui, ...est en train d'être largement mis à mal par l'accès à l'information. (Ortiz, CSMF)

Les jeunes médecins sont aussi conscients de l'évolution de leur exercice par rapport à leurs aînés. Cette connaissance du patient qui tend à se rapprocher de celle du médecin, est un des effets d'une hausse globale du niveau d'éducation et d'accès à l'information. Certains médecins généralistes considèrent que sur certaines pathologies chroniques, ils en savent moins que leurs patients.

C'est qu'aujourd'hui le patient [...], il est beaucoup plus informé qu'avant. Moi je suis frappé, de temps en temps il y a des patients qui arrivent, ils ont déjà regardé sur internet, et c'est tout juste s'ils en savent pas plus que moi sur leur maladie, parce que c'est vrai qu'il y a une accessibilité à l'information... (CSMF)

Il y aurait dès lors transformation de cette relation qui « d'une relation de sachant et d'ignorant » va vers « une relation d'accompagnement, d'explication, et d'éducation et d'adhésion à un programme ». (CSMF)

Toutefois, les cas où le malade dispose de connaissances ciblées supérieures au médecin relèvent de situations particulières dans le cadre de la maladie chronique. Ce que relatent plus souvent les médecins rencontrés, c'est d'avoir à gérer les informations que détient le malade, qui parfois sont erronées, ou non adaptées à une situation individuelle. La difficulté serait que le malade *croit* savoir. Néanmoins, cela suffit à transformer l'interaction. Elle n'est plus donnée d'avance. Il lui faut conquérir sa place.

Ce sentiment diffus d'une perte de pouvoir sur le patient, ou en tout cas d'un pouvoir qui n'est plus donné d'avance, est plus ou moins partagé selon le profil des praticiens, et concerne plutôt les médecins généralistes. Le savoir plus ciblé du spécialiste, les compétences techniques (lecture d'une radio, d'une IRM, par exemple) restent peu accessibles aux soignés.

Voyons comment cette place du médecin est confortée ou remise en cause selon le profil des patients.

b) Quelles conséquences de la proximité sociale ou culturelle sur la relation ?

Rappelons ce que disait un médecin psychiatre, « on ne parle pas de la même façon à un cadre et à un ouvrier quand on est médecin. Tu n'y échappes pas. Même quand tu es psychiatre. » (Eric) Cela ne veut pas dire qu'il pense qu'il y aurait une moindre compréhension d'un patient de catégorie défavorisée (nous évoquerons cet aspect plus loin) mais que cela s'inscrirait dans un rapport de classe, quelque chose de profondément ancré. Point de vue singulier, lié à son parcours, une formation en sciences sociales, une connaissance des travaux de Bourdieu sur la domination, de ceux de Sylvie Fainzang (2006). Notons que ce rapport de classe est évoqué également par un dentiste :

Pour eux le médecin, c'est un riche, un nanti, un salopard, un.. ce que tu veux.. et du coup, il y a un manque de respect complet. Pour le médecin et pour le dentiste. (dentiste, 16e)

Sans aller jusqu'à penser l'interaction soignant/soigné comme un rapport de classe, ils sont nombreux à considérer que la proximité sociale et culturelle facilite la construction de la relation et qu'à l'inverse, des patients trop éloignés socialement et culturellement sont plus difficiles à soigner. Il est plus difficile de comprendre le patient, de décoder sa demande, -ce qu'il dit et ce qu'il ne dit pas -, l'expression de ses symptômes. On sort de

l'aspect purement relationnel pour entrer dans le travail clinique mais il est difficile de penser l'un sans l'autre.

Eric avoue se sentir en difficulté avec les patients issus de milieux populaires.

Je pense que j'ai un travail plus important d'empathie à faire avec les gens qui sont loin de moi socialement. Parce que je les connais moins bien. Ils sont beaucoup plus différents de moi. Je connais moins bien ce milieu de vie. Cette culture... populaire, je ne suis pas à l'aise, il y a des codes qui m'échappent.

En miroir, Virginie, médecin généraliste, est issue d'un milieu paysan pauvre et relate une enfance où elle a souffert des réflexions d'autres enfants dans la cour de récréation. Déjà, « c'était la lutte des classes ». Aujourd'hui, elle avoue que certains patients l'énervent, la mettent parfois mal à l'aise.

Ça va être plus avec des femmes qui vont arriver, qui vont me regarder de toute leur hauteur, toute leur tenue vestimentaire. Parce que moi je m'en fous de la façon dont je suis habillée. Quand elles ont des tas de vêtements, des tas de bijoux et qu'elles vont essayer de me toiser.

Cela n'est pas sans effet sur les soins puisqu'elle remarque que celles-là « ne vont pas forcément chercher à la[me] revoir ». De par son vécu, elle est capable de verbaliser, d'être consciente d'un « espèce de truc, un peu électrique » qui échappe à d'autres ou qui refusent de le reconnaître. Par contre, à l'inverse, elle constate l'aisance et la facilité de construction de la relation avec les patients à l'opposé de la hiérarchie sociale.

C'est sûr que tous les milieux défavorisés, ça accroche tout de suite. Les gens disent qu'ils le sentent. Ils ne savent pas, ils ne connaissent pas mon histoire, ni rien. [...] Au bout d'un moment, ils disaient, on vous connaît pas, on vous a jamais vue, mais c'est comme si vous étiez notre copine.

Cette relation privilégiée est aussi rapportée par certains à des catégories spécifiques qu'ils affectionnent pour diverses raisons, telles qu'une curiosité à l'égard d'autres cultures. En arrière-plan, mais rarement exprimé directement, certains médecins apprécient de pouvoir partager des sujets d'intérêt avec leurs patients, ce qui sous-entend des patients de milieux socioculturels proches. En effet, la construction de la relation passe par des discussions informelles sur d'autres sujets que le motif de consultation, c'est aussi ce qui permet au médecin progressivement de mieux connaître son patient. Cela n'est d'ailleurs pas sans effet sur le temps de consultation. Cette gynécologue, plutôt une intellectuelle, essaye de s'adapter au niveau de ses patientes mais reconnaît que c'est parfois difficile, notamment parce qu'elle ne regarde pas la télé.

Si tu veux, ce qui compte en fait, moi, je dirais que plutôt que l'origine sociale, c'est le côté culturel quoi ! [...] Si tu partages en gros, comment on pourrait dire, la même ambiance culturelle que tes patientes c'est sûr que dans le relationnel, c'est plus facile tu vois ! Mais c'est évident que le back ground culturel favorise le truc. (Michèle, gynécologue parisienne)

Sans suivre strictement le gradient socioéconomique, la culture générale (c'est dans ce sens que Michèle emploie le mot culture) est tout de même corrélée au niveau d'études, et à l'appartenance sociale.

Pour d'autres, la relation est fondée sur des éléments singuliers (plus ou moins repérés), qui transcendent l'aspect « distance sociale. »

Sur la construction de la relation médecin/patient, écoutez je crois que, que le patient soit précaire ou qu'il soit pas précaire... il y a pas de relation différente, de construction différente dans la relation. [...] Il y a pas de différences fondamentales dans la nature du dialogue singulier. (Néphrologue)

Elle est souvent considérée comme non contrôlable, voire mystérieuse (Fournier et al., 2016). Relevant d'un processus inconscient plutôt que mystérieux ce que souligne ce généraliste, formé en psychanalyse :

Moi je me sens plus à l'écoute, plus disponible, plus proche des gens les plus vulnérables. Mais c'est complètement inconscient, c'est intuitif. (MG, 94)

Mais pour justement dépasser cette dimension, l'empathie procède d'un *travail*, et suppose un ajustement individuel, afin de trouver le mode relationnel adéquat ce à quoi s'attachent quelques-uns.

C'est une recherche d'empathie. Je cherche à me fondre dans un mode relationnel qui soit aussi opérant que possible. Je vais essayer de me mettre à son niveau. Je vais parler de la famille et des enfants à une mère de famille qui est femme au foyer. Je vais parler de culture à une retraitée de l'enseignement, veuve à la Croisette. (Paul, Phlébologue, Nice)

Un médecin généraliste explique qu'il s'est formé à la communication.

...rentrer dans le bon niveau de communication avec la personne et se mettre à sa hauteur à elle et ne pas lui demander de se mettre à notre hauteur à nous. (MG, Bretagne)

Il s'interroge sur la raison pour laquelle tel patient « lui hérissé le poil », décodant ce que d'autres considèrent comme « hors d'atteinte », « une alchimie » que l'on ne maîtrise pas. Il prend pour exemple le rapport aux hommes Manouches.

Ils ont tout basé le contact sur la testostérone. Il ne faut pas que je joue le médecin testostérone, sinon je vais au conflit. Donc, je joue le médecin féminin ; et je suis enroulant avec lui qu'est-ce que tu as, montre-moi... Je joue comme si j'étais une femme et comme ça, ça l'apaise. Et hop, on peut faire une belle consult. ! Et je ne cherche pas à être le plus puissant de la bande !

Ce qui se rapproche de ce que constatait un dentiste d'origine libanaise :

L'Arabe, il faut qu'il fasse du bruit, il faut qu'il insulte dans l'invective, et c'est leur façon de faire.

Ou encore de Gaël qui évoque les rapports particuliers qu'il entretient avec les détenus :

Cette micro société qui est quand-même très atypique et du coup, rien que montrer que y'a un autre... que par exemple y'a pas que le rapport de force, on a des rapports de force quelque fois avec les détenus pas physiques mais on est dans des rapports de force, montrer qu'il existe d'autres enjeux dans la relation. Donc montrer que les choses peuvent se passer différemment.

La proximité sociale ou culturelle varie selon les origines, les appartenances culturelles du praticien. Nous n'avons pas rencontré suffisamment de médecins d'origine étrangère pour en tirer des résultats probants. Le dentiste d'origine libanaise explique qu'un patient maghrébin « va se sentir plus en famille » :

Ça dépend de sa situation sociale. Si c'est un cadre, il est plutôt dans le déni et donc il se comporte comme un Français de souche on va dire. (...) Et si c'est une personne d'une catégorie sociale plus défavorisée, ça le rassure. Tu comprends. C'est comme ça que je le vois. Moi, à l'hôpital, quand je leur parle arabe aux patients, ils sont contents.

Cependant, comme il l'explique, des origines communes ne sont pas toujours favorables à la relation, quand le médecin cherche à oublier ses origines dans un parcours d'intégration et va d'autant plus marquer la différence.

Les histoires individuelles expliquent aussi une curiosité et un intérêt pour d'autres cultures, par exemple. Certains médecins ont vécu à l'étranger, ont fréquenté certains milieux.

Des barrières sont levées dès lors que le praticien dispose de connaissances du milieu en question, des codes culturels, ce qui joue alors en faveur de ces patients « autres ». « Moi je me régale à soigner les Gitans » dit l'un (spécialiste), « quand je vois arriver des familles congolaises, je me régale d'avance », explique un autre (psychiatre).

La mixité (sociale ou culturelle) de la patientèle est énoncée de manière générale comme une richesse, ce qui en soi, n'empêche pas les préjugés sur certaines catégories sociales ou ethniques particulières, surtout quand les « croyances » sont jugées comme une barrière aux soins.

Ajoutons que la formation influe sur le rapport à la précarité. Quelques praticiens ont travaillé pour payer leurs études, occupant des postes à tous les échelons de la hiérarchie médicale, aides-soignants, infirmiers (ères) puis médecins, ce qui à première vue semble les décaler d'une position de surplomb du médecin dans l'interaction. Les stages pour certains issus de milieux privilégiés (qui ont moins de chance d'avoir travaillé pendant leurs études mais nous avons aussi des contre-exemples) ont pu les ouvrir sur le monde, les sortir « d'un certain aveuglement par non ouverture sociale en fait, et en vivant toujours dans des endroits privilégiés, donc ne voyant pas certaines choses. » (Justine, gynécologue)

Les problèmes de communication liés à la langue jouent également un rôle majeur dans la construction de la relation.

Enfin, la dimension religieuse émerge, quand la relation duelle est transformée par un troisième interlocuteur, comme la présence du mari pour des femmes musulmanes.

Ça se passe différemment, alors déjà c'est plutôt à trois, plutôt qu'à deux. Là, j'en ai deux ou trois, les voilées, les grandes voilées, pas juste qui ont un foulard sur la tête, vraiment... avec les gants, vraiment... très, très religieux, la burka. (pédiatre)

La gynécologue ne s'autorise pas à demander au mari de sortir, étant donné que pour les autres femmes qui ont choisi de venir accompagnées, elle ne le fait pas non plus.

C'est aussi la situation de triade qui est difficile quand la communication n'est pas directe ce qui est le cas dans des situations où il faut passer par une traduction, « de passer par une tierce personne, c'est hyper gênant »⁹⁵. L'intimité des problèmes et des questions soulevées contribue particulièrement à cette gêne dans cette spécialité médicale.

Voilà, c'est aussi une situation qui n'est pas agréable du tout. Parce que pareil, la patiente non plus, elle peut pas dire ce qu'elle veut. Forcément. Ça passe forcément par le mari, et que en papotant avec les patientes, elles ont toutes un petit truc à dire, pas forcément quelque chose de grave. Mais je pense qu'elles ont besoin de dire des choses, toutes seules quoi. Et ça aussi, c'est un peu, oui c'est ce qu'on disait, une différence culturelle.

Elle remarque que, à l'inverse, les femmes d'Afrique sub-saharienne sont rarement accompagnées, que cela soit en consultation gynécologique ou de suivi de grossesse. L'homme apparaît au moment de l'accouchement.

c) La place accordée au médecin au prisme de l'appartenance sociale et/ou culturelle

Au-delà de la question de la proximité, les interactions entre ces protagonistes sont profondément marquées par des enjeux plus larges que cette dimension inter-individuelle. Ce qui se joue aussi c'est la place du médecin, qui n'est plus donnée d'emblée mais à conquérir, nous l'avons dit. Elle est parfois contestée par certains patients, directement ou de manière symbolique. Là encore les effets du statut social du patient, parfois son origine culturelle, sont diversement perçus.

Selon Lorène, une pédiatre parisienne, le médecin reste une « autorité scientifique » pour « des gens qui sont pas forcément très instruits ou des gens qui attendent beaucoup du système de soins » alors qu'à l'inverse avec les cadres, le rapport est d'égal à égal.

Ils auraient pu être médecin comme toi t'es médecin et du coup, ils ont pas forcément cette idée du docteur, un peu à l'ancienne.

Cet autre spécialiste installé en banlieue Nord va dans le même sens.

Sur le plan rapport humain, ils sont formidables. Ils sont d'une gentillesse. C'est difficile à imaginer quand on compare avec ceux que j'avais à Neuilly ... et pourtant ils m'aimaient bien, je les connaissais,

⁹⁵ Egaleme nt, problème pointé par une pédiatre quand c'est la nounou qui passe son temps avec l'enfant.

j'avais une bonne clientèle à Neuilly. Mais ici, c'est ... ils sont d'une gentillesse extraordinaire. Donc oui, j'ai beaucoup de plaisir avec eux.

Parfois, plutôt qu'une approche binaire, certains nuancent leurs propos. Ce dentiste évoque les personnes âgées en situation de précarité, selon ses propres critères.

Ils sont très respectueux et très gentils, tout ce que tu veux. C'est des gens d'un certain âge, et d'une certaine éducation. (dentiste)

Un médecin généraliste évoque « les Maghrébins âgés » qui arrivent très en avance à sa consultation.

Pour un spécialiste confronté à des patients d'origine sociale très contrastée, les patients ayant un haut niveau d'éducation (il consulte à l'hôpital Américain) seraient plus respectueux car conscients des limites de leur savoir, pas les autres.

La *place* du médecin, sa légitimité, est à la fois un enjeu sociétal (rapport avec l'Etat et l'Assurance maladie, discours des médias...) mais s'incarne dans l'interaction individuelle, les deux étant liés. Dans le cadre de l'interaction, elle s'exprime par un discours sur le respect (ou le non respect). Elle se décline alors autour de deux dimensions particulières, articulées différemment selon le niveau social.

La première est celle du rapport au savoir médical. Les patients de milieux populaires sont généralement considérés comme plus respectueux, ils ne contestent pas l'autorité médicale, l'interaction procède du modèle « à l'ancienne », c'est-à-dire paternaliste même quand le mot n'est pas utilisé. Ils sont parfois même reconnaissants. Les patients aisés, cadres sup' sont réputés contester plus facilement le savoir médical, voire imposer un diagnostic déjà établi avant la consultation, ce qui est particulièrement mis en avant en ce qui concerne « la catégorie des enseignants » mais pas seulement.

Les "moi, je sais tout", ceux-là il faut les recadrer ! J'ai pas demandé à les voir alors il faudrait quand même que j'en place une et que je leur explique ce qu'ils ont. C'est un petit jeu, je démonte un par un leurs arguments. (dermatologue parisienne)⁹⁶

La majorité des médecins ne rapporte pas que les patients aujourd'hui ont plus de connaissances, mais plutôt qu'ils ont lu et qu'ils croient savoir. De tels comportements ne sont pas rapportés en ce qui concerne les patients en bas de l'échelle sociale mais se cristallisent à nouveau autour de la catégorie des enseignants, « des instits ».

« Parce qu'elles ne veulent pas de médicament, donc c'est de l'homéopathie, elles veulent pas prendre ça parce que ça risque de faire ça... Non mais attendez, je leur dis, si je vous le donne, c'est que vous pouvez le prendre. Les études sur les bébés... Vous pouvez le prendre, je ne vous donne pas du poison pour... Ah non, mais je suis pas pour les médicaments. [...] Mais parfois aussi un peu dur à gérer aussi dans leur logorrhée, monologue de questions. Parfois, c'est un peu lourd. » (Hélène, gynécologue)

⁹⁶ Nous ne développons pas mais elle différencie différents types de cadres supérieurs

Pour une partie des médecins, ceux-là mêmes qui véhiculent des préjugés et des représentations péjoratives des bénéficiaires de la CMUc, les patients en situation de précarité ne sont pas pour autant considérés comme respectueux mais l'irrespect se décline autrement.

La deuxième dimension est une négation du savoir du médecin, sans pour autant proclamer le sien propre. Le but de la consultation est alors d'obtenir un médicament ou un examen dans une logique consumériste.

Je sais pas comment expliquer ce que je ressens mais oui, je suis exécutrice quoi. « tiens j'aurais besoin de ci, j'aurais besoin de ça... Et puis, je vais revenir encore la semaine prochaine. [...] C'est plus à l'hôpital pour le coup, j'en ai deux ou trois que je vois au moins une fois par mois. (Justine, Gynécologue, 92)

Les praticiens dénoncent des conduites de patients qui exigeraient des examens non légitimes, dans une position de revendication, voire d'exigence d'un droit. Ce sont plus souvent « les patients précaires » qui adopteraient cette conduite, alors que pour d'autres, cela concerne l'ensemble des patients⁹⁷.

Cette demande inconsidérée d'examens inappropriés ou de traitements inadaptés délégitime le savoir médical. Car c'est bien là que réside le savoir biomédical, donner un sens précis à des signes, trouver leur origine et proposer le traitement qui convient. Le patient, ici, déconnecte la demande d'examens de la clinique (interrogatoire, examen clinique), parfois de la cohérence du traitement avec le diagnostic. Aminata donne l'exemple d'un patient qui refuse une pommade anti-inflammatoire pour une tendinite, parce qu'elle n'est pas remboursée, réclame alors des antibiotiques, qui eux seront remboursés (sans indication pour la tendinite).

En exigeant ou réclamant un examen, il y a symboliquement négation de l'expertise du médecin, mais aussi de la dimension relationnelle de la consultation.

L'analyse qu'en fait Aminata est le passage d'une logique de droit, droit à la santé, ou plutôt droit aux soins, transformée en une logique de consommation. Dans la rhétorique, les bénéficiaires de la CMUc (et du tiers payant plus généralement) sont alors plus particulièrement enclins à consommer, puisqu'ils ne sont pas freinés (gratuité).

Comment pouvons-nous interpréter ces conduites ?

L'ordonnance avec la prescription de médicaments, d'examens complémentaires sont des biens tangibles, biens de consommation, alors que temps, écoute, échanges ne sont pas des biens matériels (mais relève du soin, dans sa dimension symbolique). Cette attente de produits interprétée comme une logique de consommation de soins vient percuter la logique médicale construite autour du besoin, besoin de soin qui s'appuie sur des critères médicaux précis, signes biologiques, manifestations corporelles objectivables ou pas⁹⁸. Du côté des patients en situation de précarité, cette demande

⁹⁷ Parfois, la consultation a pour objet la prescription d'un médicament remboursé (exemple donné de Doliprane), ce qui du point de vue des médecins est une gabegie, mais se comprend pour des familles dont les moyens sont extrêmement réduits.

⁹⁸ Les besoins subjectifs non validés médicalement comme signifiants peuvent aussi être ramenés par le médecin à une détresse psychologique. Cela renvoie à d'autres types de besoins mais toujours un besoin.

serait aussi une forme de revendication, avec un soubassement lié à la peur d'être exclus, mal soignés, une manière de gagner du prestige et de la valeur à travers la valeur monétaire de l'acte qui leur sera prescrit, telle que l'IRM.

Un hépatologue nous a relaté les effets inattendus d'amélioration de l'estime de soi et de réinsertion à la suite de la prescription d'un traitement pour l'hépatite C, sur des populations en très grande précarité, traitement extrêmement coûteux qui symboliquement leur renvoie qu'ils ont de la valeur pour la société. D'autres exemples nous ont été rapportés de personnes qui attachent beaucoup d'importance à leur dentier. « C'est leur tailleur Chanel », nous explique une dentiste (Lorraine).

Selon nous, le droit à la santé est réinterprété par certains patients comme un droit à la consommation d'examen, de traitements, que ceux-ci soient nécessaires ou non.

d) La dimension relationnelle et son impact sur la prise en charge

Cette dimension relationnelle des soins, bien que plus difficile à cerner, objectiver (même dans le cas d'observations), ne peut être négligée, motivant le praticien à s'investir avec un patient. Il leur est relativement plus facile de repérer les patients qui « énervent », « agacent » que ceux qui les motivent.

Je crois qu'il y a des patients pour lesquels on fait moins que ce qu'on pourrait faire parce qu'on a l'impression qu'on n'arrive pas à comprendre ce qu'ils ont ou qu'on n'arrive pas à les comprendre. J'en ai comme ça où je sais que j'abandonne plus vite qu'avec d'autres quoi ! J'ai l'impression qu'on va pas y arriver et c'est pour des raisons de précarité. (Martha, MG)

Médecin généraliste dans la banlieue parisienne, elle relate une situation particulière. La fille d'une patiente lui reproche de ne pas avoir fait suffisamment pour sa mère, parce que « elle parlait pas bien français, qu'elle savait pas s'exprimer, que voilà... qu'elle avait une présentation pas très élégante ». La situation clinique n'était pas facile, cette femme présentait une arthrose dont elle souffrait beaucoup et le médecin avait le sentiment de ne pas pouvoir faire grand-chose. Néanmoins, elle s'interroge.

Je ne pouvais pas vraiment dire non. Je sentais bien que je n'arrivais pas à faire plus et que j'abandonnais... Elle a raison, sa fille, je n'ai pas fait beaucoup, quoi. J'ai vite abandonné.

Ce médecin reçoit pourtant beaucoup d'autres patients précaires avec qui les choses se passent très bien. Elle évoque une précarité de la relation entre elles, favorisée par le comportement de cette femme « un peu agressive, un peu sur la défensive ». Cette situation est intéressante puisqu'elle pourrait être analysée comme une dysfonction de la relation entre deux personnes et réduite à cette dimension. Pourtant, la posture de cette femme n'est pas déconnectée de sa situation de précarité, son histoire, son expérience et cette médecin engagée dans les questions de pauvreté, d'accès aux soins est consciente de cela et se remet en cause.

On dit souvent que les gens qui nous énervent, c'est aussi des gens qui ont vécu aussi des choses difficiles. Les gens qui nous énervent, on fait moins pour eux que les gens qui nous énervent pas.

Un autre généraliste explique qu'il a plus d'empathie à l'égard des patients rencontrant des difficultés de vie, il est plus tolérant lorsqu'ils arrivent en retard ou n'honorent pas leur rendez-vous. Il lui est même arrivé de se déplacer à domicile pour un rhume.

Mes secrétaires, je leur ai demandé de bien me mettre des remarques quand les gens étaient désagréables avec elles, et du coup quand c'est des bourgeois qui sont désagréables avec mes secrétaires, je leur mets une chasse⁹⁹, et je leur dis que c'est hors de question que ça continue comme ça et tout ça. Quand c'est des gens qui sont vraiment en grande difficulté, je dis voilà quand vous avez des soucis, c'est à moi qu'il faut le dire, mes secrétaires, je leur donne des consignes et tout ça. Je leur mets pas une chasse. (Gaël, Rhône-Alpes)

C'est aussi le cas en général de Martha, mais elle a repéré des cas où la relation est plus difficile.

Si la dimension sociale émerge facilement, il en est tout autrement de la dimension culturelle. Rappelons que les entretiens se sont déroulés dans un contexte politique et médiatique marqué par des attentats terroristes et des débats houleux sur les Français de confession musulmane et les migrants nouvellement arrivés, venant notamment de Syrie.

La consultation est un rapport social entre deux protagonistes, cette dimension sociologique ne peut être évacuée et les rapports sociaux se déclinent différemment selon les milieux d'origine. L'interaction soignant/soigné est alors culturellement structurée par les habitus du pays d'origine, la place et le statut des médecins dans la hiérarchie sociale, les modèles dominants de la consultation. Le migrant nouvellement arrivé a importé un modèle de son pays. Venu d'Amérique du Nord, il pose plus de questions, peut contester un traitement ; venu d'un pays où le rapport est très hiérarchisé, il se soumet sans discuter à l'autorité médicale¹⁰⁰. Pour ces raisons, il est donc étonnant que les différences soient ignorées. Seuls quelques-uns les ont évoquées.

Il est probable que les médecins rencontrés aient censuré leurs propos dès qu'il s'agissait d'éléments relatifs à l'origine des patients.

122. La différenciation dans la prise en charge

a) Ignorer le statut social

Une grande partie des praticiens ne tient donc pas compte de la situation sociale des patients dans leur manière d'établir un diagnostic, de conduire un traitement, de prescrire et d'orienter. Parfois, tout simplement, ils n'ont pas d'information sur la situation du patient et ne cherchent pas en à obtenir. Rencontrés dans le cadre d'une autre recherche où nous avons observé des consultations, certains médecins connaissent très peu leur patient. Nous pensons à l'un d'entre eux qui passait tout de suite la carte vitale de manière à récupérer sur le dossier qui y était rattaché le nom et

⁹⁹ Argot pour « réprimander »

¹⁰⁰ Fainzang montre les variations de la place des ordonnances et des médicaments dans la vie des individus, en fonction de leur appartenance religieuse.

quelques autres éléments le concernant. A part quelques cadres supérieurs avec lesquels il avait engagé la discussion, il ne connaissait ni leur métier, ni leur histoire... Il traitait la maladie, pas le malade. Aucune différenciation évidente des pratiques de prise en charge de ce médecin n'a pu être observée¹⁰¹ alors qu'au niveau relationnel, cela sautait aux yeux.

Quand le médecin n'a pas « de fibre sociale », ne prend pas en compte les aspects économiques (considère que ce n'est pas son problème), cela peut conduire à des renoncements aux soins : quand le médecin à qui il adresse prend des dépassements élevés ou qu'il refuse la CMU, que les médicaments de l'ordonnance ne sont pas remboursés. Dans cette approche que l'on peut appeler universaliste, les différences sont ignorées. Le soin est réduit à sa dimension technique.

Cette approche universaliste peut être déclinée selon un mode d'exercice laissant de la place au relationnel, mais un relationnel qui vient mettre un supplément d'âme, qui n'est pas aussi profondément ancré dans le soin. Notamment pour des spécialités techniques, le déroulement d'un examen va peu changer, un examen radiologique, une coloscopie, un bilan ophtalmologique du diabète...

Enfin, cette approche peut découler d'un choix assumé, un moyen d'éviter une dérive. Parfois un idéal d'exercice, normatif, qui reste à discuter. Elle est susceptible de produire des inégalités de santé (par omission) :

« Un système de soins qui, en sous-estimant la dimension socio-économique des problèmes de santé, participe « inconsciemment » à une accentuation des inégalités sociales de santé. »

Ce qui montre la tension entre une prise en charge non discriminatoire et l'objectif de réduire, ou tout au moins ne pas renforcer les inégalités sociales de santé (Lombrail, Pascal, 2005) .

Quand nous présentions notre étude comme une recherche sur la différenciation dans les soins, un grand nombre de praticiens rétorquaient immédiatement, « ah non, on les traite pareil, nos patients ». Un phlébologue réagit vivement : « ah ben non, ça serait de la discrimination ! » Un ORL :

Donc moi, les patients quand ils arrivent ici, je sais si AME, je sais si ... Mais je l'oublie directement. Je le sais parce que l'ai vu, mais ça n'interférera absolument pas dans l'approche que je peux avoir d'eux, les conseils que je peux leur donner, machin, tout ça.

Les syndicats, pour leur part, se positionnent contre une différenciation des soins réputée contraire à l'éthique.

Je ne crois pas, je ne veux pas croire qu'on leur (les bénéficiaires de la CMUc) fasse des traitements différenciés, ça c'est pas possible. (CNSD)

Le droit d'un médecin vis-à-vis de patients titulaires de la CMU, donc patients précaires et cætera, c'est de ne faire aucune différence dans

¹⁰¹ Dans ce projet, nous cherchions à objectiver des différences de prise en charge de l'obésité (Lang et al., 2008).

l'accès et la prise en charge, dans l'exercice de son art, c'est l'éthique, c'est la morale, c'est de la déontologie ça. (CSMF)

Pour une grande majorité de praticiens, avant de s'engager dans une réflexion plus approfondie, le cap à tenir est de traiter tous les patients de manière identique. Un généraliste explique :

Le réflexe qu'on a, de pensée, c'est de se dire : Bah voilà, si je suis gentil, si je suis..., si je fais de l'éthique je dis que je vais faire le bien et tout ça. Il faut que je soigne tout le monde aussi bien, il faut que j'accorde la même importance... (Gaël, Rhône-Alpes)

Cette dentiste installée dans le 18^e est très remontée contre la CMU. Elle est convaincue que beaucoup d'entre eux fraudent, insiste sur le fait qu'elle travaille à 50 % à perte. Pour autant, elle explique qu'elle n'offre pas un service différent :

Je ne peux pas travailler mal en me disant, je suis mal payée donc je ne vais pas changer ma manière de travailler. En aucune manière. J'applique la même technique d'empreinte, je prends autant de temps pour un CMU que pour un non CMU et je suis payée à 50 % moins cher.

Si nous ne disposons pas d'éléments dans l'entretien qui permettent de nuancer ses propos, qui restent de l'ordre de la représentation qu'elle se fait de ses propres pratiques ou de ce qu'elle veut donner à voir au chercheur, dans d'autres cas les contradictions sont évidentes. L'affichage récurrent dans les discours de l'absence de différence ne signifie pas qu'elle n'existe pas.

Ce dentiste nous dit : « je soigne les CMUs comme les autres », mais plus tard, il explique qu'il « évite » de réaliser des prothèses, c'est-à-dire ne les propose qu'à une sélection de patients bénéficiant de la CMUc. Un médecin généraliste considère que « les CMUs sont des patients ordinaires », mais en fait, sa prise en charge procède d'une plus grande attention.

Nous avons essayé de dépasser ces discours pour essayer de mettre en lumière ces différences en faisant décrire les pratiques, des situations concrètes, précises, choisissant des champs d'activité où elles seraient susceptible d'émerger, variant selon les spécialités.

De nombreux praticiens en secteur 2 évoquent volontiers la différenciation des tarifs pour les soins, pas pour la prise en charge, l'orientation, le type d'examen, le type de traitement. La perception qu'ils ont de leurs propres pratiques est celle d'un traitement égal à pathologie égale, renforcée par le code de déontologie et la crainte peut-être d'être perçus par le chercheur comme pouvant produire une discrimination.

Les résultats sont peu probants en ce qui concerne les dentistes, en dehors d'une restriction pour des raisons économiques (relevant du choix du patient) et en dehors des cas de refus de réaliser des prothèses aux bénéficiaires de la CMUc. Ce qu'on peut étendre aussi aux médecins réalisant des actes très techniques. Les gestes appris et pratiqués quotidiennement sont reconduits de manière plus ou moins similaire, dans une forme d'économie de moyens. Il reste possible de bâcler le travail, d'aller plus vite, d'être moins attentif à la gestion de la douleur..., propos plutôt tenus par ceux qui

défendent la qualité de leurs prestations pour justifier de leurs tarifs. Ce sont toujours les autres qui travaillent mal...

Du côté des médecins, nous les présentons en fonction des différentes phases de la consultation : soins, orientation, information/forme des discours, prévention/éducation.

b) Différencier les soins délivrés

Quelques médecins, peu nombreux, considèrent qu'ils ne prennent pas en charge les patients de la même manière selon leur situation sociale, culturelle. Ce sont surtout des médecins généralistes, plus enclins à prendre le patient dans sa globalité.

Et le facteur précarité est un facteur qu'on doit intégrer dans la prise en charge de la santé de l'individu qu'on a en face de soi ou d'une population avec laquelle on travaille. Ça me semble incontournable, et dans le cadre de notre exercice, oui ça impacte. Je pense qu'on n'exerce pas exactement de la même façon avec les mêmes case-mix¹⁰² de motif de consultation, de plaintes, de pathologie, et de types de prise en charge, lorsqu'on est dans les beaux quartiers parisiens ou lorsqu'on est dans les quartiers les plus défavorisés du 93, sans tomber dans la caricature. Ça me semble quand même assez évident. (MG, banlieue est)

On prend en charge différemment. C'est un euphémisme, bien sûr chaque personne est différente, et les précaires naturellement, ils sont encore plus différents. (MG, banlieue ouest)

Nous avons classé ces différenciations en fonction des éléments de précarité qui sont pris en considération.

La dimension complexe de la précarité : des enjeux de vie concurrents

Une gynécologue attachée dans un hôpital relate qu'elle s'est opposée au reste de l'équipe qui refusait de s'adapter aux demandes spécifiques d'une patiente. Celle-ci refusait une partie du traitement incompatible avec le maintien de son travail. Cette patiente était menacée alors de ne pas être traitée si elle n'acceptait pas les conditions proposées, dans une logique du « tout ou rien ». Pour sa part, le médecin considérait nécessaire une prise en charge différenciée face à une malade en situation de précarité. Ce n'est pas tant la précarité en soi, avec ce qu'elle pourrait véhiculer d'anticipations qui justifie ses conduites mais des éléments de précarité **ancrés** dans une situation de vie. Ainsi, certains patients demandent une attention particulière et un ajustement par rapport aux recommandations.

Mais le problème, c'est que les gens parfois ils adhèrent pas à... Alors quand ils n'adhèrent pas, parfois ils suivent pas le traitement. [...] Et du coup, il y a des patients que j'ai réussi à motiver pour prendre un traitement déjà un petit peu dans la façon de faire. Mais je crois que c'est

¹⁰² Le *case-mix* désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés (Zeynep, Renaud, 2009) Terminologie utilisée dans le cadre de la tarification à l'hôpital.

*pas trop protocolaire de faire ça. C'est pas ce qu'on devrait faire, mais c'est ce qu'on est amené à faire, notamment par rapport à des gens qui doivent continuer de travailler absolument parce qu'ils sont vraiment dans la merde financièrement et que si ils bossent pas, c'est foutu quoi*¹⁰³.

Les situations décrites par cette gynécologue apparaissent dans leur complexité. La précarité allie difficultés économiques, isolement social, problèmes psychiatriques, problèmes de langue, même si tous les ingrédients ne sont pas présents à chaque fois mais se mêlent au gré des situations spécifiques.

C'est une dame philippine, 47- 48 ans, qui en fait, travaille depuis 20 ans en France, qui en fait n'avait jamais été déclarée. Jamais. Et en fait, on lui fait un diagnostic de cancer d'ovaires. Donc c'est vraiment quand-même pas vraiment bon. Sauf que, coup de bol, c'était vraiment contenu dans l'ovaire donc un des rares cas de bon pronostic. Mais comme pendant l'opération, ça collait beaucoup, y avait comme une effraction de la pièce opératoire. En gros, y avait quand même une indication de chimiothérapie. Enfin y avait une indication mais vraiment la chimio fallait la faire quoi, parce que pour le coup c'était pas une question d'améliorer la survie. Clairement, cette dame elle pouvait être guérie quoi. Donc la motivation suprême et ... Je savais très bien que vu la patiente, ça allait être difficile l'annonce. Pas parce qu'elle avait peur de la maladie, mais si elle sait qu'elle va pas bosser ça va être un problème... Donc je vais la voir, je lui dis madame... il va falloir qu'on vous réopère la semaine prochaine, et on va devoir vous faire une chimiothérapie. Et bon, elle parlait pas bien français, mais de toute façon elle m'a clairement dit que « Non », elle la ferait pas.

A l'hôpital, l'équipe voulait la mettre dehors, « puisqu'elle n'accepte pas le traitement complet, on ne fera pas une partie du traitement c'est hors de question. »

C'est une patiente qui est psychiatrique. Qui a les moyens financièrement, je comprends pas très bien ce que ... j'ai vraiment mal compris son système. Et elle a vraiment un problème dans sa tête, au sens car elle n'admet pas qu'elle a un cancer du col assez avancé. Et je l'ai connue quand j'étais jeune chef et j'ai réussi à la convaincre d'aller quand même au moins d'aller regarder l'extension des ganglions pour son cancer du col et pour la radiothérapie. Donc elle a arrêté au bout de la première séance, elle a arrêté la thérapie. Et j'ai dit : « Non mais on va continuer à suivre...

- Non non non. Si elle a pas fait ses rayons, elle assume, elle se démerde...

- Mais tu peux pas dire ça. Tu peux pas la jeter. Elle est pas totalement responsable de ce qu'elle fait. » Donc à chaque fois qu'elle revient : « ah ben, ça tombe très bien que tu sois là. Vas lui parler. » Alors que moi je suis là qu'un jour par semaine,.. Et la patiente, elle me dit : « Mais vous savez docteur, moi je vous l'ai déjà dit, je ferai pas tous les traitements, vous savez, ça fait quand même trois ans que je suis encore sur pieds... » Elle a un raisonnement complètement irrationnel. Mes deux filles, elles seront peut-être bientôt majeures et puis tant pis. C'est horrible de me dire ça. Parce que vraiment elle

¹⁰³ Dans une autre recherche, nous avons relevé le non-respect des recommandations de la conférence de consensus sur le sevrage alcoolique par des médecins psychiatres de manière à permettre à certains patients de continuer à travailler lors de la période de sevrage (Desprès C., Demagny L., Bungener M. (2011).

sera morte dans un an ou deux, c'est fini. Elle a l'air normale. Elle se présente normale. Mais sauf qu'elle se déglobulise de 6 grammes tous les X temps, parce que sa tumeur elle pisse le sang et voilà.

Les réactions sont du même ordre : Et à la fin ils ont dit : « Nous, on veut plus la voir, la prochaine fois qu'elle vient, on la prendra pas. » C'est dingue ! C'est choquant non ?

Dans ces deux cas, il y a donc prise en compte d'une histoire, d'un contexte de vie et d'éléments spécifiques qui demandent une attention. Sa manière d'aborder les choses se heurte à l'approche du reste de l'équipe soignante, qui déroule une prise en charge routinisée, universelle car répondant à des protocoles définis par avance, et qui n'admet pas de dérogation à la règle. Le premier exemple est complexe car l'équipe refuse de baisser les normes de prise en charge (en faisant seulement une partie du traitement) dans une approche strictement médicale qui ne tient pas compte de la personne de manière plus globale, notamment son insertion professionnelle. Dans le second exemple, on est plus dans une précarité psychologique qui là encore n'est pas prise en compte.

Ces deux exemples mettent bien en lumière que le principe du même traitement pour tous n'est pas nécessairement l'horizon à atteindre pour les soins ce qui peut justifier de différencier sans discriminer.

La dimension économique

Nous ne revenons pas sur la question de la prothèse en bucco-dentaire, déjà amplement évoquée.

Un certain nombre de médecins sont attentifs à la dimension financière dans le parcours de soins, en ce qui concerne leurs prescriptions. Ce sont plus des médicaments « de confort » qui sont concernés pour lesquels on n'arrive pas à trouver des équivalents remboursés.

Ah bah oui pour l'eczéma, il n'y a qu'une seule crème qui est remboursée et qui est pas hyper efficace mais qui est pas si mal, mais c'est sûr que des patients CMU, je vais leur mettre tout de suite la crème remboursée alors que les autres je vais leur conseiller d'emblée des crèmes qui sont plus efficaces mais qui coutent 15 euros le tube quoi. (pédiatre)

Cette dermatologue ajuste aussi ses prescriptions de temps en temps :

En dermatologie, si je pense qu'il y a un crème qu'elle est vraiment très très bien mais qu'elle est assez chère, non je vais surement en donner une moins bien et je vais les convaincre qu'il faut en mettre tous les jours, tous les jours pour essayer de rattraper le coût d'une crème qui serait peut-être un tout petit mieux mais qui serait à un budget supérieur.

Cette adaptation ne se fait pas à l'aveugle mais en discutant avec le patient, à condition bien entendu que les difficultés économiques aient été repérées. Elle insiste s'il y a un vrai bénéfice au traitement le plus cher/le moins remboursé. Mais surtout laisse le patient faire son choix, ce que ne semble pas faire la pédiatre.

Je vais leur exposer tout ce qui pourrait être fait, je les laisse choisir de toute façon.

Un dentiste procède de la même manière. Il propose ce qui lui semble la meilleure solution thérapeutique, quelque soit le patient, même s'il s'agit d'un implant qui n'est pas pris en charge dans le panier de soins de la CMUc. Les conditions financières sont alors discutées et si cette solution n'est pas abordable, il suggère des solutions alternatives (dentiste, Versailles).

L'aspect financier ne semble pas constituer un problème très limitant dans la prescription en médecine. Les médecins considèrent qu'il y a souvent un équivalent remboursé et que les médicaments peu ou pas remboursés apportent peu de bénéfices.

Tu vas essayer de ne pas prescrire les pilules qui ne sont pas remboursées par définition. Alors ça, je dirais que c'est un peu obsolète parce que depuis l'affaire des pilules là de 2013, on nous a fortement incités à ne prescrire plus que des pilules dites de 2^{ème} génération, celles-là elles sont remboursées.

Le problème d'accès financier aux traitements le plus sérieux concerne les appareils audio-prothétiques, l'optique et le dentaire. La CMU a vraiment facilité l'accès aux soins des plus précaires, il y a quasiment consensus sur cela.

En dermatologie, la praticienne rencontrée note une restriction des soins par ses collègues en secteur 1 parce que la cotation de certains actes a été bloquée. Alors que le coût du matériel a lui augmenté. Certains actes comme des sutures ne sont plus faits aux patients ayant la CMU, par certains praticiens en secteur 2. Alors que dans le même temps, les praticiens de secteur 1 ont tendance à refuser de les pratiquer ce pour tous les patients.

Les secteurs 1, y en a de moins en moins qui font certains actes. Qui lâchent, qui lâchent... ou qui mentent sur les cotations. Au début, ils sont honnêtes et puis après ils se disent soit j'arrête mais je suis tout seul dans mon coin, ils vont aller voir qui ? ou je modifie.

Des soins non adaptés ?

Dans une logique de différenciation (et non de délégitimation), certaines catégories de patients relèveraient de soins délivrés dans des structures différentes, en le justifiant par des besoins d'accompagnement plus importants, la nécessité de professionnels formés. Parfois, les besoins relèveraient de soins qui seraient différents : ethnopsychiatrie, par exemple. Il ne s'agit pas de remettre en cause les approches ethnopsychiatriques mais des indications systématiques quand le patient est d'origine étrangère, d'une culture « autre ».

A l'inverse, certains soins ne seraient pas adaptés à des catégories de population. Deux cas ont été notés, qui concernent des personnes ayant un faible niveau d'études. Une psychiatre parisienne insiste sur le fait qu'elle prend en charge de la même manière tous les patients, CMUc ou non :

Pour revenir sur les patients précaires... alors moi je me fais un point d'honneur de les traiter exactement de la même façon. Donc de mettre la consultation une fois par semaine, si tu veux, donc de ne pas du tout faire entrer en ligne de compte le critère financier. Donc ça, c'est vraiment je m'y attache. (psychiatre, S2)

Cependant, elle fait référence ici au rythme des soins. Par contre, elle évoque des difficultés d'élaboration de certains patients rendant difficiles une psychothérapie telles qu'elle les pratique avec les autres patients (elle explique que ses outils théoriques évoluent, systémie, hypnose, etc.). Cependant, il n'y a pas imputation systématique d'une faible capacité d'élaboration aux personnes au faible statut social bas. De même pour ce rhumatologue, s'il raisonne en moyennes, il fera une proposition en fonction de la personne.

Parce que dans l'hypnose... pour faire de l'hypnose, il faut avoir de l'imagination et un certain vocabulaire. Et il y a des gens, là, manifestement, le niveau socio-éducatif est trop bas. Ils ne peuvent pas y accéder. Il faudra une génération. (rhumatologue)

Les représentations de la santé et de la maladie

Ce médecin généraliste reconnaît ajuster sa prise en charge en fonction des représentations de la santé et des soins, anticipant des refus de propositions :

Ça, je le fais, mais ce n'est pas tellement en fonction des moyens financiers, mais en fonction de la conception de la santé de la personne. Y en a qui se contentent de peu. Et le reste, ils comprennent pas. Ça n'a aucun sens pour eux. D'aller chercher à affiner les choses. Donc, en fonction de la conception de la santé de la personne, je sais pertinemment que celui-là, j'ai beau lui faire des ordonnances, de la kiné, il n'ira jamais chez le kiné parce qu'il ne croit pas en ce genre de choses. » (Amina)

Ajoutons que ce médecin traite de manière très approfondie ses patients, dans une démarche très individualisée. Ses anticipations ne procèdent pas de catégories a priori.

Une pédiatre parisienne de son côté prend en compte les conceptions culturelles autour de l'allaitement et des soins prodigués à l'enfant.

Plus généralement, il y aurait des formes de censure de certains soins en l'absence de demande du patient, en anticipant des refus, qui sont plus souvent pensés comme obstacles culturels, parfois religieux.

Des interprétations culturelles de la maladie, très éloignées des conceptions médicales, les mettent en difficulté ; ils ne savent pas comment les gérer. Elles ont été évoquées essentiellement dans le focus groupe.

MG1 : le vaudou, c'est un vrai problème. Quand tu tombes sur des trucs comme ça. Quand tu tombes sur des gens qui croient que... qu'il y a des pratiques qui les... ensorcellent

MG2 : qu'il y a le diable, qu'on les a empoisonnés... ensorcellés.

La... ouah ! moi je suis un peu coincée. Je sais vraiment pas quoi faire. J'ai essayé l'ethnopsychiatrie, ça n'a pas marché.

La réponse apportée à des conceptions culturelles de la maladie très éloignées est de « psychiatriser » les croyances.

Le cadre des soins

Gaël, médecin généraliste (Rhône-Alpes) travaille en prison en sus de son activité de praticien libéral. Il se rend compte qu'il ne soigne pas de la même façon selon le lieu d'exercice. Il relate un épisode survenu récemment d'un homme qui s'est cassé la main, en frappant violemment la table avec son poing à la fin d'une partie de ping-pong. Après un examen clinique de la main, il lui a mis une attelle plâtrée.

On pourrait dire que c'est de la médecine vétérinaire. Je ne lui ai pas parlé de son impulsivité. Je lui ai quand-même demandé comment ça allait en ce moment. Est-ce qu'il y a plus de tensions. Il m'a dit que non. [...] Quelqu'un qui ferait exactement la même chose, dans les mêmes circonstances, soigner comme ça, c'est impensable au cabinet !

Il rapporte cette différenciation au lieu où se déroule les soins, un lieu où préside « une logique du milieu dans lequel ils vivent » qui produit un certain rapport aux soins des personnes en milieu carcéral.

Dans ce cas, mais aussi pour la gynécologue qui a été citée plus haut, il y a abaissement des normes de prises en charge mais dans un cadre très individualisé. Gaël privilégie la relation avec le détenu, mettant en avant la recherche de sa satisfaction. L'enjeu pour lui est de le réconcilier avec la médecine, plus qu'un enjeu relationnel qui n'est pourtant pas absent.

Ce cadre est différent aussi quand le patient est vu en urgence, ce qui arrive plus fréquemment pour des patients en situation de précarité (notamment en dentaire).

Dans un cabinet de pédiatrie, les modalités de prise en charge des enfants varient fortement quand les personnes ne se plient pas aux prises de rendez-vous de consultation à l'avance. Ce sont les consultations programmées qui permettent aux pédiatres du cabinet de connaître les enfants et leurs familles et d'assurer un suivi du bon développement de l'enfant. Ce travail est avant tout un travail de prévention/promotion de la santé qui s'inscrit dans le temps. Les familles en situation de précarité sont plus souvent suivies par la PMI (au moins jusqu'à 3 ans), constate une des pédiatres. Ce n'est pas sans effet sur la qualité des soins prodigués par ce médecin de son point de vue. La moins bonne connaissance du contexte (familial, social, culturel), connaissance dont dispose alors la PMI, est à l'origine d'une moins bonne compréhension par le médecin du contexte et une moindre adaptation de son discours au contexte social et culturel du patient alors que ce sont ces patients qui en ont justement besoin.

« C'est une famille que je connais pas bien, je suis pas trop rentré dans le... Parce que si vous voulez, quand on les voit en urgence, on a plus de difficulté à rentrer dans leur histoire et les aider aussi, parce que prendre du temps, prendre une demi-heure pour les recevoir c'est aussi être un peu plus à l'écoute de qu'est-ce que c'est que leur histoire ? »

L'entretien montre l'importance pour ce pédiatre de connaître la famille et de saisir des éléments sociaux ou culturels qui lui permettent de comprendre les conduites des patients. Or, la difficulté à s'inscrire pour nombre de familles précaires dans une relation suivie avec le médecin spécialiste rend difficile ce travail en amont. S'il y a une barrière d'accès au cabinet (système de répondeur automatisé), elle vient renforcer une préférence des patients des couches populaires pour la PMI pour des raisons diverses.

On voit que dans ce cadre, la discrimination indirecte découle certes des modalités d'organisation du cabinet, conçues pour faciliter la tâche des pédiatres, leur permettre de gérer leur activité professionnelle et une meilleure qualité de vie (qui passe par la maîtrise du temps de travail), mais elles sont aussi instaurées pour assurer un standard de qualité de suivi des enfants dans le cadre des contraintes de l'exercice libéral.

La prise de rendez-vous qui doit être programmée à l'avance constitue une difficulté pour certaines familles. Or, une consultation non programmée aura toute chance d'être moins fouillée, le médecin allant à l'essentiel, la plainte du moment, d'autant que la salle d'attente est pleine. Ainsi, recevoir sans rendez-vous peut favoriser l'accès aux soins des plus démunis, mais peut-être dans des conditions moins bonnes de consultation. Néanmoins, nous avons recueilli des descriptions de consultation par des praticiens qui résistent parfaitement à une salle d'attente bondée et prennent le temps qu'il faut pour répondre à la demande, voire plus.

L'empathie

Différentes raisons sont invoquées pour expliquer des formes d'autocensure de soins. La peur de stigmatiser le patient, qu'il ressente des formes de jugement derrière des questions. Mais aussi imaginer que le patient a d'autres priorités que la santé ou encore qu'on va contribuer à ajouter un problème à une situation déjà très difficile.

Gaël évoque une patiente en surpoids avec qui il n'a pas évoqué ce problème médical.

La première c'est que pareil quand je trouve ou quand on met le doigt sur le poids, les gens se sentent jugés et que du coup ils se sentent quasiment dans la foulée de dire qu'ils font un régime, l'autre raison c'est que souvent je trouve que y'a d'autres chats à fouetter.

Il explique

Je me disais, c'est pas le plus grave de ses soucis, je veux pas lui rajouter moi avec les soins un souci en plus.

Cependant, il est conscient qu'il peut « se faire rouler ».

J'ai pas envie de voir... Des patientes que voilà où j'ai pas envie de voir le cancer, j'ai pas envie de voir je sais pas quoi... Bon j'ai perdu un peu de temps, j'ai pas de gros cadavre dans mon placard mais c'est là où je me suis rendu compte que j'ai fait des erreurs.

En même temps, en continuant à approfondir, il se reprend :

Chez quelqu'un qui est tout le temps débordé par sa vie, par tout ce qui se passe. Quelqu'un qui a mille problèmes. C'est du soin plus adapté. On va être plus sous contrainte. Je fais mieux, plus finement. Est-ce que ce soin est vraiment nécessaire ?

Le rapport au corps

Le rapport au corps socialement situé, culturellement différencié comme le montrent un grand nombre de travaux déjà anciens, en sociologie de la santé¹⁰⁴ et en anthropologie médicale est un grand absent des discours. Un seul médecin a évoqué spontanément cette question alors que nous parlions de l'examen clinique et sa place dans la consultation. Il concluait que « la médecine est moins examinatrice » qu'auparavant :

Il y a aussi les musulmans qu'on ne palpe pas, qu'on palpe moins. Vous voyez ce que je veux dire. Il y a une adaptation à des femmes manouches ; vous les palpez pas comme ça non plus ; il faut des années avant qu'elles acceptent que vous fassiez les papouilles d'usage pas loin des seins parce vous recherchez des ganglions. (MG, Bretagne)

Ajoutons que le fait qu'il soit un homme n'est pas anodin dans cette difficulté.

c) orientation

Un des éléments qui ressort, plutôt chez les médecins généralistes « engagés », c'est une attention au parcours de soins des personnes en situation de précarité. Nous l'avons évoqué dans le chapitre sur la catégorisation sociale des patients et ce qu'en font les médecins. Il peut s'agir de vérifier les droits du patient, éventuellement l'aider dans des démarches ou l'adresser à un travailleur social.

Certains connaissent les remboursements des médicaments et seront attentifs à ne pas leur prescrire des médicaments non remboursés. Ils expliqueront au patient le bénéfice quand ils jugent que c'est important. De même, plusieurs médecins généralistes se sont montrés à l'écoute de leurs patients et veillent à ce que leurs correspondants restent accessibles. Ainsi un généraliste en milieu rural quand il envoie dans les deux grandes villes possibles (Grenoble ou Gap) pour un avis de spécialiste ou des examens complémentaires n'hésite pas à appeler son correspondant pour lui demander de ne pas appliquer de dépassement. Il le fait notamment pour des soins complexes, qui vont amener une multiplication des actes et des professionnels et donc pour lesquels le dépassement n'est pas unique ou quand il sait qu'il y aura plusieurs consultations.

Le plus souvent, les médecins n'ont pas la connaissance des niveaux de remboursements et ne s'en préoccupent pas. Il en est de même des dépassements d'honoraires de leurs confrères, sauf parfois par retour du patient.

Notons que les orientations peuvent être des relégations de types de soins que le praticien n'a pas envie de réaliser ou pour lesquels il ne se sent pas compétent mais aussi des sous-groupes de patients (Sarradon-Eck et al, 2008). Le même médecin généraliste avoue adresser certains malades « psy » à une collègue généraliste. D'autres refusent de soigner les toxicomanes.

¹⁰⁴ Boltanski (1971), Barthe, (1990), Zola (1979), Zborowski (1952)

d) L'information, la forme des discours

« La catégorie sociale plus d'autres critères, ça joue beaucoup dans ce qui sera possible de faire avec ces personnes. Donc c'est énorme. Ça génère aussitôt une représentation de ce que je pourrai faire avec cette personne, dans quel registre du langage, je vais pouvoir évoluer. Est-ce que je vais pouvoir plaisanter, est-ce que je vais pouvoir jouer avec les mots, est-ce que je vais pouvoir... Ou alors est-ce qu'il va falloir que j'adapte ma façon de parler. Ou pas. » (Eric)

Pour éviter des ajustements selon les catégories attribuées, il évite d'en savoir trop lors des premières rencontres.

Plus souvent que le registre de langage, ce qui est évoqué ce sont les capacités de compréhension du discours médical et d'appropriation de la maladie, en fonction des catégories sociales.

Je suis toujours très gêné parce que ma façon de prendre en charge un gamin dont la maman est infirmière n'est pas la même façon que de prendre en charge un gamin dont la maman est ouvrière parce que les mots qu'on va employer ne seront pas les mêmes, et les explications ne seront pas nécessairement toujours les mêmes. (MG, banlieue nord)

Il apparaît nécessaire alors d'ajuster son discours. Ainsi, un ORL évoque sa pratique :

Y a l'exigence aussi de leur expliquer ce qu'il se passe avec leurs mots à eux. Ça demande du temps, ça prend du temps, mais faut le faire. Bon alors on a des artifices, on a des maquettes pour leur expliquer un peu ce qui se passe, et qu'ils voient comment ils sont faits. Parce que c'est pas tous les jours facile pour eux, de ce côté-là ils ont pas beaucoup de connaissances. (ORL, banlieue nord)

Cette pratique découle d'une analyse des difficultés de certains patients, à la fois d'expression :

Alors y a ceux qui tournent qu'à 250, 300 ou 400 mots. [...] Pas facile car ils manquent de mots, et ils manquent d'idées en même temps. Donc arriver à exprimer des choses c'est encore plus frappant pour les jeunes. Manquer de mots pour expliquer ses symptômes...

Et de connaissances :

Il y a une énorme inculture sur la manière dont on est fait. C'est à dire derrière la peau, c'est le grand mystère.

Une autre psychiatre évoque le cas d'une patiente d'origine portugaise, qui fait des fautes de français :

J'ai modifié mon discours, j'ai fait attention à ne pas utiliser certains mots. Pour ne pas... pour éviter une mécompréhension ou un loupé. J'ai fait un effort d'ajustement...

Une gynécologue rencontre des difficultés à expliquer la notion de risque :

Quand tu expliques un risque, genre tu es là, tu dois prescrire les marqueurs stériles pour la trisomie 21... Tu peux pas expliquer à quelqu'un : voilà si votre risque est au-dessus de 1 sur 250 c'est-à-dire, si le dénominateur est inférieur à 250, alors on vous proposera peut-être d'autres examens mais... ça ne veut pas... [...] Là tu rigoles, tu dis : « Vous vous souvenez des fractions à l'école ? » Parce que la notion de risque bonjour si tu veux, c'est un truc, faut comprendre quand même.

Dans le focus groupe, les médecins généralistes recevant une forte proportion de patients d'origine maghrébine ou africaine ont décrit comment ils les accompagnaient quand ils parlaient mal le français ou ne le lisaient pas, ou encore étaient illettrés. L'un utilise des moyens visuels pour que la patiente puisse repérer les différents courriers ou prescriptions :

S'ils savent pas lire, c'est un problème de repérer l'ordonnance pour donner au labo. Pour le fonds d'œil pour les diabétiques je dessine un œil. Pour les cardiologues, je dessine un cœur sur l'enveloppe.

Tous dans le groupe le font, que ce soit des lettres, des symboles, des dessins. Mais si certains ont généralisé leurs manières de faire, cela devient une routine, pour Martha, justifiée par le fait qu'elle écrit mal ainsi que pour un de ses confrères. Cette pratique a été généralisée à toute la patientèle. D'autres considèrent qu'il y a un intérêt à différencier, quand elle met une croix sur une ordonnance pour la pharmacie, cela permettra à son correspondant d'être alerté.

Et du coup, je me dis que si je mets un cœur sur la lettre du cardiologue, est-ce qu'il ne va pas comprendre par hasard que peut-être...

Une troisième explique que souvent si les personnes ne maîtrisent pas le français souvent elles parlent et écrivent dans leur propre langue. Elle leur passe un stylo qu'ils puissent écrire eux-mêmes à quoi correspond le contenu d'une enveloppe.

Un radiologue relate une anecdote, « c'est pas tous les jours », qui illustre des capacités différenciées de s'approprier la maladie, autour d'un patient à qui il avait été prescrit un scanner abdominal :

Donc je vais voir le patient. Pourquoi on vous envoie ? Il me dit, je ne sais pas, c'est mon médecin qui m'envoie ici. Mais pourquoi il vous a envoyé ? Ben il m'a dit de venir, je ne sais pas pourquoi ? je dis : ben vous avez des maladies ? Non, rien. Vous prenez des médicaments ? Non, rien. Bon d'accord. Ah si docteur, je prends un peu de chimiothérapie de temps en temps. Mais c'est rien, il m'a dit que c'était bénin. (Radiologue, 93)

Il reconnaît que statistiquement, cela arrive plus souvent pour des patients en situation de précarité, sans tomber dans une généralisation à outrance et une catégorisation.

Même si, effectivement, dans la précarité, vous avez des niveaux de compréhension qui en moyenne¹⁰⁵ sont plutôt plus compliqués parce que... parce que vous avez beaucoup d'illettrés, vous avez beaucoup de gens... qui ont des niveaux de compréhension qui sont relativement faibles donc vous êtes obligés d'adapter votre discours. » (Néphrologue)

Cette affirmation est loin de faire consensus dans la profession médicale. Quelques praticiens jugent que la bonne compréhension et l'appropriation de ce qui se passe ne sont pas liées aux questions sociales, précarité ou pas, mais à une question de personnes. *Ce néphrologue évite le piège de la discrimination statistique, semble-t-il. EN évaluant individuellement les capacités de compréhension de chaque patient.*

Pour moi, il y a simplement un discours qui est adapté, mais c'est pas tellement à la précarité, c'est au niveau de compréhension à la fois linguistique et éventuellement d'éducation. Vous avez des gens qui ont beaucoup de pognon et qui comprennent rien parce que... parce que voilà quoi. Non je crois que c'est plus ça que l'aspect précarité. (Néphrologue)

Il donne l'exemple d'une femme Gitane dans une situation de précarité.

Je connaissais une femme qui est décédée maintenant, qui était remarquable d'intelligence, elle savait lire et écrire ce qui était déjà beaucoup. [...] Elle avait une compréhension des choses... donc vous avez forcément un discours donc qui était entre guillemet très élaboré parce que le niveau de compréhension le permettait indépendamment du niveau de précarité.

Cette pédiatre est du même avis :

T'as vraiment des gens qui sont dans une précarité matérielle, éventuellement avec la CMU, et qui comprennent... Qui écoutent parfaitement la consigne, qui la comprennent du premier coup, qui respectent très très bien les antibio' et tout, et t'as des familles... T'as des familles où les gens bossent comme des malades et ils ont pas les yeux en face des trous où les gens sont pas très équilibrés alors qu'ils sont propres sur eux.. [...] Les gens dans la précarité et tu peux passer des heures à expliquer des choses à des gens pas précaires et inversement donc je suis pas sûre que ce soit très corrélé. (pédiatre, s1, parisienne)

A propos d'une annonce d'un cancer :

Souvent y'a un peu moins de questions intellectuelles du pourquoi du comment. Mais souvent dans les faits, sur ce qui va se passer, j'explique pareil. Ben oui, parce qu'ils comprennent tout aussi bien, j'ai pas de problèmes de compréhension, en fait. Je fais vachement de dessins, en fait. Et avec les dessins les gens comprennent bien, donc j'ai pas de soucis. (Justine)

¹⁰⁵ souligné par nous

Ce qui différencierait les catégories sociales, c'est l'accès (socialement différencié) à des informations complémentaires, en dehors du temps de consultation :

Et vous avez le sentiment que ces patients qui ne savent pas ce qui leur arrive, ça serait plutôt des catégories sociales défavorisées ou pas seulement ?

Ah oui, je pense ! Je pense. Parce que les catégories défavorisées, ils vont moins chercher l'information. Les catégories sociales favorisées, ils sont tous sur internet. (radiologue)

Finalement, on note une certaine vigilance dans les discours à ne pas rapprocher éducation (études) et pauvreté, bien que le lien existe, sans être systématique.

e) éducation à la santé et prévention

Les différences de pratique sont plus souvent perceptibles et du coup énoncées dans le cadre des conseils, de la prévention, de l'éducation.

« Le soin aigu, il est à peu près équivalent dans sa démarche diagnostique et thérapeutique, l'accompagnement et le suivi au long cours il nécessite des efforts et des niveaux d'exigence et des cibles qui sont pas les mêmes. Ça c'est clair. Parce qu'entre un enseignant obsessionnel, à qui vous donnez une feuille de régime, qui va vous le suivre, en vous calculant les calories et les grammes de protéines jour par jour au gramme près, et en cinq minutes, on va leur expliquer. Ça pose pas de problème. Et une population précaire ou défavorisée, auprès de qui vous allez essayer d'avancer quelques éléments de bon comportement alimentaire, il y a un monde ! Mais un monde que moi, en tant que médecin, je vais pas pouvoir combler dans le cadre de la consultation médicale ! » (Néphrologue)

Cela sous-tend un temps d'explication plus long mais aussi des résultats attendus moins bons. Plus encore, c'est la participation aux soins qui est différente selon ce même médecin :

« Autant on peut faire du patient un véritable acteur de sa santé dans un programme d'accompagnement, d'éducation, de prise en charge d'autonomie, et cætera, et cætera, autant sur des populations les plus précaires, c'est souvent beaucoup plus difficile. J'ai pas dit que c'était impossible, j'ai dit que c'était beaucoup plus difficile. »

Deux éléments explicatifs sont alors apportés, une moindre capacité à s'approprier certaines notions et des conditions de vie rendant difficiles l'application des prescriptions.

Prenez un diabétique, un diabétique qui devient insulino-requérant, lorsque vous avez des populations qui vivent dans la précarité et qui sont très défavorisées, franchement, c'est très difficile de les éduquer à l'issue d'une thérapie en autonomie, ça c'est un vrai problème. Parce que... parce qu'on a beaucoup de mal à leur expliquer les piqûres d'insuline, les dextro, les surveillances qu'il faut faire, la tenue d'un cahier de dextros et

d'insuline, éventuellement les adaptations de doses d'insuline en fonction des dextros, on y arrive quelquefois, on n'y arrive pas souvent.

Deuxième exemple, lorsque vous avez un patient qui est en situation de précarité et qui est dans un habitat plus ou moins insalubre, comment voulez-vous le mettre, entre guillemets, dans son traitement pour son insuffisance rénale chronique, par exemple avec de la dialyse à domicile ? Impossible ! (...) Impossible ! Comment voulez-vous faire de la dialyse péritonéale qui nécessite des conditions d'hygiène qui soient à peu près garanties, si ils sont à dix dans deux pièces, quoi. C'est impossible ! Impossible !

Certains médecins ne répondent qu'à la demande des patients. Cette demande étant socialement construite, notamment en matière de prévention, il y a inégalité par omission et perte de chances.

Sans doute plus fréquemment qu'ils veulent bien l'avouer, les propositions sont plus réduites du fait d'anticipations de refus comme pour les soins ou d'échecs¹⁰⁶. Ces anticipations seraient particulièrement fréquentes, dans le cas de prise en charge de l'obésité, d'arrêt du tabac, de l'alcoolisme, etc. Cet aspect mériterait des travaux complémentaires avec des observations de consultation seules à même de révéler des pratiques souvent inconscientes, parfois déniées.

Dans plusieurs cas, les médecins (focus groupe) ne proposent pas systématiquement un soin ou un accompagnement préventif dans une logique de ne pas stigmatiser la personne. Il y a alors abaissement des normes de prises en charge. Cette attitude ne concerne pas spécifiquement les personnes en situation de précarité, même si elles sont plus souvent concernées par les problèmes d'obésité. Gaël pour les mêmes raisons qu'il a été vu plus haut ne va pas proposer la prise en charge d'un surpoids ou un arrêt du tabac à quelqu'un qui a « plein de soucis » dans sa vie. Il le justifie :

C'est pas parce que tu dis qu'il faut arrêter le tabac que la personne va arrêter le tabac. C'est-à-dire que le sevrage est très compliqué et que l'impact médecin est très faible. Du coup, si tu forces quelqu'un à arrêter le tabac, tu vas juste rajouter du stress.

Éventuellement, il attendra un moment plus opportun.

Pour les gynécologues, nous avons particulièrement exploré le dépistage de la trisomie 21 dans le cadre du suivi de la grossesse. Plusieurs gynécologues assurent faire la proposition systématiquement, mais reconnaissent peu insister... quand les femmes sont catholiques pratiquantes (croix autour du cou) ou musulmanes voilées.

Comme nous l'avons évoqué pour deux médecins généralistes qui ajustaient la prise en charge à la situation spécifique du patient, quitte à abaisser les normes de prises en charge, une pédiatre parisienne (pédiatre, 14^e, sect.2), inscrit son approche préventive, non de manière normative mais plutôt dans une perspective de promotion de la santé. Pour elle, il est bien évident qu'il y a des manières différenciées de s'occuper d'un enfant

¹⁰⁶ De nombreuses études montrent que la prévention est moins efficace dans les milieux défavorisés, les programmes de prévention ayant dès lors tendance à renforcer les inégalités (cf travaux de P. Aiach).

selon le pays d'origine. D'autres en sont moins conscients. Elise ayant un mari originaire de l'Est de l'Europe a pu observer dans sa propre belle-famille des normes différentes relatives aux soins portés à l'enfant. Comme sortir avec un enfant allaité, voyager avec lui. Ce qui était aussi facilité par un système où la femme bénéficiait de trois ans de congé maternité. Elle en tire une certaine manière d'appréhender les patients étrangers.

J'essaye d'être à l'écoute des gens et de la façon dont ils procèdent, mais je sais qu'ils sont très... voilà ce côté très maternant (pour ceux de l'est de l'Europe) est quelque chose qui, d'abord a été autorisé par le système pendant longtemps, a été rendu possible par le système...[communiste]

Ce sont des manières de faire culturellement inscrites, une manière d'être au Monde, non indépendantes d'un système sociétal (les congés maternité dans l'exemple). Il n'est pas question de « croyances » (pensées comme obstacles). Elle s'appuie sur la culture, travaille avec ces manières de s'occuper de son enfant. Elle va s'adapter, éventuellement jusqu'à renoncer à certains objectifs médicaux privilégiant plutôt la construction de la parentalité qu'une focalisation sur l'allaitement maternel.

« On voit des mamans suédoises ou des mamans hollandaises, là je peux vous dire qu'on les aborde différemment. On sait pertinemment qu'elles vont allaiter et très longtemps. Ça, c'est tellement ancré dans leur culture que pour elles, c'est même pas... c'est même pas possible autrement quelque part. Donc là y a des différences sur les pays, sur la petite enfance, il y a beaucoup de choses qui ressortent de la culture initiale. »

A l'inverse de cet exemple nord-européen, elle est confrontée à des jeunes mères africaines qui ont des difficultés à allaiter leur enfant. Elle a revu ses manières de voir afin de s'adapter aux situations de ces femmes en grande précarité :

Alors, c'est des jeunes femmes qui sont dans la grande précarité, qui sont souvent exclues de tout, qui sont passées par le 115, qui ont migré, enfin c'est des histoires pas terribles, mais très vite elles arrêtent l'allaitement, alors que ça leur coute moins cher d'allaiter. Pas toutes encore une fois.

Ces propos dénotent une connaissance des problématiques, une certaine compréhension, en tout cas une sensibilité, sans doute forgée par des consultations assurées en PMI, à un moment de sa trajectoire professionnelle, et son expérience individuelle d'épouse d'un homme dont la famille a eu un parcours migratoire. Elle a intégré que les conduites de soins sont gouvernées par d'autres dimensions que matérielle et financière.

Mais une majorité va arrêter vite [l'allaitement] parce qu'elles ont l'impression qu'on est plus une femme occidentale... C'est aussi dans un désir d'intégration, bon alors c'est en plus des jeunes femmes, très jeunes, qui veulent... leur bébé c'est un accident dans l'histoire, donc bon c'est une population particulière.

Ce médecin se détache de ses confrères ayant plus souvent une approche normative, qui pourrait devenir enfermante ; elle ne se cramponne pas à ses objectifs médicaux, elle « lâche ».

Parce que pour l'alimentation de l'enfant, l'entrée de la diversification, moi qui ai quasiment trente ans de pédiatrie derrière moi, franchement j'ai tellement vu de choses, on propose maintenant l'inverse que ce que l'on proposait il y a dix ans, donc restons raisonnables, et dire que tout ça, limite on s'en fiche tant que l'enfant a mangé quelque part. (...) Et moi je trouve très important que la culture de la famille soit présente.

Plus qu'une essentialisation de la culture, chez elle les pratiques dites « culturelles » sont rapportées à une transmission (mère-fille pour l'allaitement), des normes sociétales également, sans trop prendre à la lettre « l'inscription dans les gènes », à interpréter en contexte comme une métaphore.

Mais c'est vrai que d'emblée, beaucoup de femmes africaines savent allaiter sans se poser de questions, ce que les femmes européennes, françaises, ici beaucoup de femmes sont très perdues avec l'allaitement : parce qu'elles ont pas vu leur mère allaiter, parce qu'il y a un regard... Alors que les femmes... c'est-à-dire les femmes d'Europe du Nord, ou d'Europe de l'Est, elles allaitent sans aucun problème. Même celles qui sont moins maternantes, quelque part, l'allaitement est un... est tellement inscrit dans les gènes, ce qui est pas le cas en France... » (Elise)

Sa démarche apparaît non universelle, elle s'ajuste aux catégories culturelles qui fournissent des éléments pertinents pour sa pratique. Cela ne passe pas pour autant par un interrogatoire précis.

Ces catégories culturelles ou ethniques donnent des éléments informatifs mais sont rattachées à un parcours de vie singulier, un contexte de vie, chez ce médecin.

Moi je suis arrivée avec des idées, je comprends pas pourquoi elles allaitent pas, mais c'est pas si simple, ça coute moins cher, voilà. Mais très vite ces idées-là sont impossibles, c'est beaucoup trop... elles ont beaucoup trop d'autres problèmes.

Les normes de prise en charge sont revues à la baisse pour des raisons assez pragmatiques. Elle va prioriser la construction de la parentalité plutôt qu'insister sur l'allaitement.

« Je suis à fond pour qu'elles allaitent, tout le monde est à fond pour qu'elles allaitent. Mais quand, quelquefois l'allaitement peut-être pour ces jeunes femmes vécu comme une contrainte, parce que l'arrivée de ce bébé c'est une contrainte dans le... Elles sont très jeunes, ou moins jeunes, mais c'est une contrainte. Elles sont déjà embourbées dans des difficultés tellement énormes, donc ce bébé, voilà... On essaye qu'il y ait des liens entre cette mère et ce bébé, et l'allaitement ça peut être vécu comme un lien positif, mais ça peut aussi être vécu comme une contrainte. Elles ont déjà une très mauvaise estime de leur corps, ces gros seins avec du lait qui sort... elles se sentent tellement mal que c'est pas forcément... »

Cette pédiatre constitue plutôt un contre-exemple : souvent, seule est constatée une non adhésion à certaines recommandations, prescriptions, proscriptions ou non observance aux traitements, renvoyée à la culture.

f) Le religieux

Enfin, sans nécessairement de lien avec la précarité, la religion et les valeurs associées émergent de temps à autre pour expliquer des différences, notamment en gynécologie, pour orienter les choix des patientes en termes de suivi de grossesse et de position à l'égard de l'avortement (thérapeutique ou non). Cela peut amener des patientes ou des futurs parents à refuser certains dépistages (trisomie 21) dans le cadre du suivi de grossesse, encore qu'ils peuvent l'accepter pour être informés indépendamment de leur décision ultérieure. Ils peuvent aussi refuser certaines formes de contraception, voire son principe même.

Je pense à deux, que j'ai eu y a pas longtemps. Ce sont les mêmes patientes qui, effectivement, n'accepteront pas le dépistage de la trisomie 21. Donc voilà, je leur dis, je leur propose, quand-même, hein. Parce que, après y'a des religieux qui le font quand-même. Mais je leur propose, et c'est vrai que, voilà, je pense que je le propose un peu différemment. Est-ce que vous souhaitez quand même la trisomie 21...(Elise)

Toutes les gynécologues déclarent le proposer systématiquement.

En fait moi je leur propose, je leur dis en quoi ça consiste, à quoi ça sert, et puis en vue de quoi. Et après, si elles veulent savoir ou pas, mais elles ont libre choix et j'en ai quelques-unes qui refusent, qui veulent pas. (Hélène, gynécologue, s2)

Cela concerne sur ces questions plus particulièrement des femmes catholiques pratiquantes qui refusent le stérilet, ou des femmes musulmanes. Une fois repéré ce signe qui renseigne sur l'appartenance religieuse, la croix autour du cou, le voile sur la tête, le discours va être ajusté, voire la prescription (type de contraception).

Du coup, une fois que, que je sais ça, voilà, je leur en parle plus et du coup je sais un peu plus leur culture, leurs convictions, etc. Et j'ai peut-être un abord un peu plus différent aussi... Lors de la consultation, et la consultation suivante hein. C'est sûr que ça joue sur... Je vais pas leur demander combien vous avez fait d'IVG si elles me parlent... qu'elles ne veulent pas pour des raisons religieuses... Voilà, c'est un peu idiot mais ça n'empêche que ça fait partie aussi de notre interrogatoire, voilà. Et puis, et du coup je proposerai d'autres contraceptions, des choses comme ça. (gynécologue, Paris, Hélène)

Michèle fait comme ses collègues la proposition, mais de manière identique avec toutes les femmes.

A chaque fois que je prescris un test un HT 21, je dis bien qu'on cherche à dépister les anomalies chromosomiques, que si on les découvre, on peut proposer une interruption de grossesse et que elles sont libres d'interrompre... Je le dis à tout le monde, que c'est un processus, qu'on leur propose mais qu'elles sont libres d'interrompre... Alors c'est sûr que

*si elles ont une grande croix là, je le dis encore plus parce que voilà...
[...] mais c'est pas parce que les gens ont une grande croix qu'il vont pas
faire une interruption de grossesse ...*

Elle évite pour sa part d'anticiper les réponses :

*Parce que quand tu anticipes tu te trompes. Tu te trompes à tous les
coups, parce que tu crois un truc et c'est pas du tout comme ça que ça se
passe en fait...*

Ces propos s'accordent avec l'expérience qu'en a un groupe de médecins de la banlieue nord ouest (focus groupe) :

Moi je trouve que sur l'IVG, la religion, ça change pas grand-chose.

La confrontation de valeurs entre soignant et soigné est particulièrement notable en gynécologie où un certain nombre de femmes en fin de carrière ont été engagées, ont milité pour l'avortement. Les plus jeunes n'ont pas eu ce type d'engagement mais ont pu hériter de cette mouvance. Leurs valeurs sont confrontées à ce que véhicule dans les représentations la femme voilée. Pour certaines, il y a une véritable difficulté :

*« Les voilées avec les gants et tout ça... moi j'ai du mal, parce que c'est
pas ma culture, elles ont le droit à la même consultation que les autres,
mais n'empêche que ça me trouble, ça me trouble...*

En même temps, chacune relativise par rapport à son propre milieu, ses propres expériences, l'une qui compare les femmes maghrébines qui refusent l'avortement thérapeutique ou le stérilet à des femmes catholiques très pratiquantes. Une autre gynécologue d'appartenance juive ashkénaze, se déclare plus intolérante avec des femmes juives très pratiquantes qu'avec d'autres femmes religieuses, qui sont pour elles d'un autre monde. A l'inverse, une jeune médecin généraliste en province, s'est installée dans un quartier comportant une communauté juive orthodoxe et évoque la nécessité de s'ajuster aux règles de vie de ces personnes.

*...ils ont des contraintes particulières auxquelles on doit faire avec, y a
des médicaments cachés, y a des jours où ils ont pas le droit de consulter
et on est obligés d'adapter notre pratique à cette communauté-là. (Sophie,
Rhône-Alpes)*

La question du Ramadan et ses implications pour la santé revient régulièrement.

*La religion, par exemple quand on arrive à la période du Ramadan on
leur demande à tous s'ils font le ramadan, et on va donner des conseils
appropriés pour les médicaments. On prend ça en compte.*

Au total, nous venons d'exposer quelques éléments de différenciation qui sont apparus au fil des entretiens mais qui ont émergé difficilement, sauf pour quelques praticiens qui ont une réflexion sur leurs pratiques : échanges avec des groupes de pairs, formation continue, participation à des formations, lectures personnelles. Parfois, l'entretien a suscité une opportunité pour considérer leurs pratiques, alors qu'ils ne disposent pas

suffisamment de temps pour le faire. Plusieurs médecins ont été rencontrés deux fois, ce qui facilitait le processus de maturation et de réflexion.

Deux grandes catégories émergent : ceux qui considèrent ne pas différencier leurs pratiques et pensent que c'est la bonne façon de procéder et ceux qui au contraire jugent qu'il faut le faire et ont développé des arguments pour le justifier.

Dans le premier cas, il peut y avoir une volonté de le masquer face au chercheur, mais aussi à leurs propres yeux, parfois une non conscience de ce qu'ils font. Mais il nous paraît difficile que des praticiens qui développent autant de préjugés (une part d'entre eux seulement) et de stéréotypes sur les patients bénéficiant de la CMUc, puissent leur proposer des soins de même qualité. C'est sans doute vrai pour l'aspect purement technique. Dans le cas d'un acte technique, le praticien développe une façon de procéder, une routine de gestes successifs, agencés entre eux. Faire différemment ne serait pas sans coût, moral, temporel... Pour autant, la différenciation pourrait se faire « autour » de l'acte, des explications moindres, des discours désagréables, des horaires moins arrangeants. Reste les consultations sans acte technique, où même si le médecin se garde de partager ses jugements, le patient peut les percevoir derrière des intonations, des non-dits. Ce qui ne sera pas sans incidence sur l'implication dans les soins.

Dans le deuxième cas, le repérage d'une situation sociale problématique, d'une précarité dans sa dimension complexe peut amener à différencier la prise en charge. Ils développent des arguments pour le justifier. Le résultat est plus ou moins favorable, sans qu'il ne soit toujours évident de le qualifier.

La différenciation procède par catégories ou en lien avec une situation précise, *incarnée* comme nous l'avons illustré par quelques exemples.

Sans le développer, la différenciation des soins apparaît aussi liée au contexte de consultation. Ils sont nombreux parmi les spécialistes à dénoncer les conditions de la consultation hospitalière du fait du nombre de patients à voir et des temps de consultation qui en découlent. C'est une contrainte majeure qui peut aussi se rencontrer dans les cabinets de ville. Certains d'entre eux ont refusé de nous rencontrer faute de temps.

« Il y a une variabilité qui est liée à notre état de santé de ce jour-là, au temps qu'on a devant nous, aux problèmes des patients. » (Pierre, focus groupe)

2. Les processus de catégorisation

Un des fondements de la discrimination est la stigmatisation des individus, nous l'avons dit. Cette stigmatisation est amorcée par un processus de catégorisation. Le groupe désigné va subir une séparation symbolique, *ces patients* et les autres, donc pensés dans la différence. Ensuite, éventuellement des stéréotypes, des préjugés, produisant une délégitimation, vont être alors assignés au groupe construit.

Cette différenciation fait le lit d'une discrimination. Deux modes de caractérisation de l'Autre » ont été identifiés par Estelle Carde (2006) : la délégitimation et la différenciation. Cette dernière n'établit pas un défaut de légitimité, des besoins différents sont énoncés qui justifient de le traiter différemment. Elle est plus insidieuse.

Les deux formes de qualification de l'autre, conduisent selon elle à des pratiques discriminatoires différentes, discrimination directe ou indirecte, systémique. Nous reviendrons sur les formes que peut prendre la différenciation qui n'aboutit pas nécessairement selon nous à une discrimination, ou en tout cas, dont le caractère discriminatoire n'est pas toujours évident.

Les patients font l'objet de différentes formes de catégorisations, des catégories en lien avec leur comportement, « les patients pénibles », ce qui a des effets sur la relation ; ceux qui sont « ingrats », parce qu'ils mettent les médecins dans une situation d'insatisfaction ou d'impuissance, médicalement, professionnellement qui renvoient à la catégorie des mauvais patients. Mais ces aspects s'entremêlent. L'impuissance n'est pas liée nécessairement au patient mais à sa pathologie, pathologie à laquelle il est parfois réduit, dont il est rendu responsable. Certains fuient, évitent ces patients. Ce type de catégorisation croise les catégories sociales et culturelles. L'échange sera moins satisfaisant si le malade parle mal le français, voire pas du tout. Il met mal à l'aise certains qui n'arrivent pas à déchiffrer les codes culturels et sociaux. Ces catégorisations croisent la précarité, quand le soigné est plus difficile à traiter car plus souvent, il a tardé à consulter, parce que ses conditions de vie rendent la mise en œuvre d'un traitement plus délicate, voire impossible, conditions d'asepsie à domicile, logement trop exigü pour du matériel technique, etc. La prise en charge est souvent plus complexe, à l'articulation du médical et du médico-social, voire du social qui s'interpénètrent.

21. Construction de la catégorie CMU

La catégorie largement prédominante, la plus *opérante*, est celle relative à la CMU, venant remplacer celle « des précaires » qui émerge toutefois de temps à autre.

Les préjugés, associés à cette catégorie, quand il y en a, jaillissent au détour d'une phrase, souvent non contenus, sans que nous les suscitions par des questions. Une parole qui se libère. Mais quelle signification revêt cette catégorie ?

Rares sont les praticiens qui n'utilisent pas la catégorie « les CMUs ». C'est le cas d'un angio-phlébologue qui n'en parlera que quand il sera interrogé spécifiquement et qui emploiera dans ce cas, *les patients qui ont la CMU*, c'est-à-dire faisant référence à une situation ponctuelle, un élément parmi tant d'autres. Pour la majorité des autres, la catégorie est mobilisée dans les discours sans pour autant signifier pour autant une différenciation des pratiques.

Les praticiens s'approprient ce qui est devenu une catégorie commune dans la profession. Une très large majorité des médecins généralistes sont en secteur 1 et donc, en dehors du tiers payant, que certains ont déjà généralisé à une grande majorité de leur patientèle, la prise en charge est identique. Pour certains, les bénéficiaires de la CMU sont nécessairement des patients « ordinaires » puisqu'ils constituent la majorité de leur patientèle. Ce qui n'empêche pas de faire usage de la catégorie.

211. La catégorie contribue à la construction de la différence

En préalable, rappelons que la loi elle-même construit une différence en introduisant une *discrimination positive*, c'est-à-dire une prise en charge financière distincte et assumée partiellement par les praticiens.

Identifiés comme des patients plus fragiles par les médecins généralistes, ils peuvent faire l'objet de plus d'attention (parcours de soin, prescription) que les autres, mais ils sont souvent considérés comme relativement protégés dans l'accès aux soins. Seuls quelques-uns parmi l'ensemble des bénéficiaires de la CMUc feront l'objet d'une telle attention, alors que chez d'autres ce sera plutôt ceux qui sont au-dessus des seuils.

Plus fréquemment chez les dentistes et les médecins spécialistes, sans caractère automatique et sans que les médecins généralistes ne soient épargnés, la catégorie aboutit à la construction de la différence. Les « CMUs » sont soupçonnés, voire jugés différents. Ils relèvent d'une altérité. « La production de l'Autre s'effectue ainsi par la différenciation » (Kotobi, 2010, p.64). Celle-ci est accompagnée dans un certain nombre de cas d'une délégitimation, une disqualification. Le discours se structure alors autour de la dé-responsabilisation qui explique les comportements dénoncés par ailleurs, surtout surconsommation, rendez-vous non honorés. La protection sociale, attribuée sur des critères socio-économiques, semble leur conférer une nature spécifique et des comportements distincts. Cela pourrait être renforcé par un manque de connaissances en sciences sociales.

« Les médecins éprouvent des difficultés pour admettre que les sentiments et les comportements des personnes (honte, agressivité, conduites d'échec), ne sont pas intrinsèques à leur personnalité. Autrement dit, le poids d'une culture médicale centrée sur l'individu en soi et non pas l'individu dans la société, c'est-à-dire en fait l'absence d'une vision de santé publique¹⁰⁷, aboutit dans de nombreux cas à un échec de ces secteurs à prendre en charge la souffrance psychique des populations défavorisées et à une frustration et un désarroi des professionnels. » (HCSP, 1998, p 102)

Cette altérisation pose d'autant question que la situation à l'égard de la protection sociale est instable. La CMUc est attribuée pour un an, et les trajectoires professionnelles « tremblées » sont à l'origine de changements de statuts, pour des personnes qui passent alternativement en dessous et au-dessus des seuils, comme le rappelle cette gynécologue.

Tu vois les parcours. Tu vois des dames, elles ont la sécu mais après elles ont la CMU (rires), elles sont dans la dèche et après elles ont RE-la sécu normale. Tu vois des parcours comme ça : avant, vous avez la CMU, maintenant vous avez plus la CMU... (gynécologue, Michèle, parisienne)

Elles n'en sont pas moins très fréquemment considérées comme autres.

La construction de la catégorie s'appuie sur l'effet seuil. Comme nous l'avons dit, la CMU participe à l'institutionnalisation de la pauvreté. L'effet seuil construit une rupture au sein de la hiérarchie sociale, ce qui contribue à la construction de la différence. Ce dentiste distingue deux formes de personnes ayant peu de moyens économiques.

Les gens peu aisés sont des gens qui vraiment honorent leur médecin ou leur dentiste. De façon vraiment incroyable. Moi, j'ai des femmes ici qui sont concierges, femmes de ménage. Tu leur fais un devis, elles te disent, je vais payer en 10 fois, elles payent en dix fois. Vraiment. Tu n'es même pas obligé de leur faire un papier. C'est des gens dignes de foi. Mais c'est

¹⁰⁷ Une certaine approche de la santé publique qui s'appuie sur les sciences sociales.

parce que c'est dans leur éducation et c'est dans leur dignité. (dentiste, 16^e)

Ces patients qui font partie de sa clientèle, qu'il connaît, probablement pour certains juste au-dessus des seuils, dont il faut rappeler le caractère arbitraire, sont bien différenciés des autres, plus bas dans l'échelle sociale, incarnés par « les CMUs » dont il ne voit que quelques-uns par an, souvent une seule fois puisqu'il n'applique pas le tiers payant et demande un supplément.

212. Une vision homogène au sein de la catégorie

La catégorie qui à l'origine est administrative produit une vision homogène de l'ensemble des bénéficiaires, qui va alors faciliter l'application de stéréotypes.

Le seuil a été fixé arbitrairement et donc les personnes qui en bénéficient s'inscrivent dans un gradient social, entre les plus démunis, personnes dans la grande pauvreté, domiciliées ou non, et celles qui sont proches du seuil, des travailleurs pauvres, à temps partiels ou au SMIG, chefs de familles nombreuses, par exemple. Cette perception d'un continuum social dans lequel s'insèrent ceux à qui a été attribuée la CMU, pour un temps, est partagée par quelques soignants, surtout les médecins généralistes qui en reçoivent un nombre conséquent selon leur lieu d'installation. Ils insistent sur le fait que le groupe n'est pas homogène. Discours relayé par un représentant de syndicat :

Ce sont des gens comme les autres, y'a pas de soucis, par contre on a dans cette population... Moi je n'aime pas quand on dit les patients CMU-c parce qu'il y a de tout là-dedans. Comme dans la population si vous voulez. Alors c'est effectivement statistiquement une population fragilisée dont la plupart sont à la limite de décrocher quelque part. Pour ceux qui sont CMU-c, un passage, ils ont qu'une envie, c'est de se retrouver dans une autre situation. (CNSD)¹⁰⁸

Mais c'est l'approche homogénéisante qui domine les discours, même si de temps en temps certains d'entre eux se reprennent et cherchent à nuancer leurs propos.

213. Quel stigmaté ?

Si la CMUc est un stigmaté, ce dont les bénéficiaires sont souvent conscients, au point que quelques-uns refusent ce droit, il reste à préciser la teneur de ce stigmaté.

Les bénéficiaires de la CMUc héritent d'abord des représentations des plus pauvres. Certaines maladies ou les handicaps leur sont plus souvent associés, maladies - maladies mentales, par exemple (Giordana, 2010), sida, tuberculose (Cognet et al., 2009) - ou handicaps, qui produisent eux-mêmes une stigmatisation et/ou une discrimination. De plus, ils sont construits par une partie de la profession médicale ou dentaire comme de mauvais patients. Pour les dentistes, en termes d'hygiène bucco-dentaire. Pour les médecins, des consommations alimentaires, des conduites à risque, des comportements d'addiction et des maladies qui en découlent sur-représentés dans cette frange de la population. On l'a vu aussi, ils consultent trop tard, ou (notons la contradiction¹⁰⁹)

¹⁰⁸ Autant sur les positions du syndicat, il y a un discours collectif, autant il n'est pas possible de généraliser sur les représentations.

¹⁰⁹ Pointée aussi ironiquement par le focus groupe

consomment trop de soins. Leurs comportements sont aussi dénoncés par certains médecins : exigeants, revendicatifs (de leurs droits), mal éduqués, quelques mots qui émergent à peine dans les discours, au détour d'une phrase, bien vite repris. Cette mauvaise éducation est évoquée plutôt indirectement, quand les soignants se plaignent de patients qui ne les respectent pas, qui sont en retard et qui leur posent des lapins (ne viennent pas et ne préviennent pas). L'éducation est alors entendue non pas en termes de niveau d'études mais de valeurs transmises dans un milieu familial donné.

Ils perturbent l'organisation par leurs retards, quand ils ne viennent pas, mais aussi du fait de temps de consultation allongés selon certains.

Certains praticiens notent un fort taux de patients originaires d'Afrique noire ou du Maghreb dans leurs patients ayant la CMU, étrangers ou Français, ce en fonction des lieux où ils exercent, les implantations de migrants selon les territoires, voire des micro-territoires ne se faisant pas au hasard mais selon des logiques historiques, avec des enjeux géopolitiques et économiques.

Ce lien entre origine et précarité (donc CMU) n'est pas souvent énoncé comme tel, plus visible pour des médecins généralistes installés dans des banlieues très défavorisées et qui décrivent une patientèle en grande majorité étrangère et pauvre. Ils reçoivent aussi un grand nombre de patents bénéficiant de l'AME.

Une nature particulière des bénéficiaires de la CMUc est articulée à un discours sur la « gratuité » qui les déresponsabiliserait quant à la consommation de soins et transformerait la relation, dans une logique consumériste.

Qu'en est-il ? En moyenne, leur santé est plus dégradée. Les liens entre pauvreté et santé ont fait l'objet de nombreuses études. Les conditions de vie se répercutent sur leur santé, tout au long de l'existence, avec des effets cumulatifs. Mais aussi, la place des « pauvres » dans la société retentit sur leur rapport aux soins. Ils subissent des formes de domination, parfois des discriminations, des préjugés auxquels ils réagissent. Certains incorporent les stigmates sous la forme d'une honte. D'autres cherchent à s'en protéger par une mise à distance des institutions de soins. La défiance prévaut pouvant parfois prendre une forme agressive. Cela en fait parfois des patients peu compliants, dont la confiance n'est pas facile à gagner.

Ils sont peu enclins à changer leur mode de vie qu'ils subissent sans avoir les moyens de faire autrement... Ces processus qui contribuent à en faire des malades difficiles à soigner, donnant moins de satisfaction en termes de résultats de santé, sont alors renforcés par les évaluations des pratiques par l'assurance maladie, à la fois parce qu'avec des populations en situation de précarité, ils ont moins de chance d'atteindre les objectifs de santé publique déterminés par l'assurance maladie (ROSP) et verront leur rémunération dans ce cadre réduite, et parce qu'ils risquent de sortir des moyennes attendues du fait de certains profils de population : pathologies vues plus tardivement plus difficiles à prendre en charge, plus complexes.

La catégorie « les CMUs » se superpose à celle de la pauvreté, qui ne signifie pas seulement un état de privation économique mais une situation subjective, qui fait l'objet d'une stigmatisation dans la société : une situation sociale dévalorisée, notamment le fait d'être « sans », notamment sans emploi, articulée avec un discours sur l'assistance. Transformée dans le cadre médical, le discours sur l'assistantat devient un discours sur la responsabilisation à l'égard de la consommation de soins. Elle s'enrichit au passage d'autres significations : les mauvais citoyens sont de mauvais malades.

Les pratiques qui en découlent quand il y a discrimination relèvent alors d'une discrimination *multisectionnelle* : sociale, origine, maladies et handicaps, mauvais malades. Mais plus qu'un critère, l'origine sociale ou socioprofessionnelle, l'appartenance sociale apparaît riche de contenu.

La parole se libère peut-être parce qu'il est plus facile de parler « des CMUs » que des pauvres. Dans la rhétorique, c'est le dispositif qui est en cause et transforme le rapport aux soins du fait de la gratuité...

Pour certains, l'étiquette « CMU » est apposée systématiquement, alors que d'autres nuancent leur propos, « ils ne sont pas tous comme ça, mais... ». Ces représentations sur les bénéficiaires ont des effets sur les attitudes à leur égard, sur les pratiques.

Celle de patients auxquels va être rattachée une prise en charge plus lourde administrativement, éventuellement médicalement, et qui vont faire perdre de l'argent.

Et c'est vrai qu'en plus, les familles qui ont la CMU, il arrive souvent, pour le coup c'est pas du tout une généralité, mais il arrive souvent que ce soit des gens qui parlent pas très bien français, qui sont pas très bien organisés, qui prennent pas vraiment le traitement, ou qui ont plein d'autres problèmes sociaux donc c'est des consult' qui peuvent durer longtemps. C'est vrai que du coup, par rapport à la famille de cadres sup' qui pige tout de suite qui vient pile à l'heure et à qui t'as pas besoin de redire comment prendre l'antibiotique, c'est long, tu vois ? (Lorène, pédiatre)

Tout de suite quand on dit les CMU, t'imagines les gens qui viennent pas trop aux rendez-vous mais qui en prennent un peu plus, qui ont tout le temps dix mille questions, qui veulent que des médicaments remboursés, et qui pourront potentiellement être un peu casse-pieds parce que je t'ai dit, ils viennent en retard... ou qu'ils arrivent un peu en terrain conquis.

Les mêmes phénomènes de surreprésentation de maladies s'observent pour les bénéficiaires de l'AME. Le sida, par exemple, est actuellement plus fréquent chez les étrangers issus d'Afrique sub-saharienne¹¹⁰. Des travaux montrent que dans une logique de différenciation, il y aurait un sida spécifiquement africain selon certains soignants. La même rhétorique autour de la question de la gratuité qui transformerait leur rapport aux soins est mobilisée.

Les processus de catégorisation des plus pauvres peuvent être occasionnellement transformés favorablement, métamorphosant les mauvais malades en « beaux malades ». Ce type de retournement symbolique est rare mais mérite néanmoins d'être évoqué ; nous avons parlé d'un médecin ORL en Seine-St-Denis qui envoie ses patients vers les meilleurs correspondants (pour les examens ou les interventions). Ce qui favorise la prise en charge de ses patients, c'est que ce sont des cas intéressants du point de vue médical.

¹¹⁰ En 2011, parmi les 6 100 découvertes de séropositivité, 47 % concernaient des personnes nées à l'étranger (qui ont pu néanmoins être contaminées en France). Ce sont donc environ 3 200 migrants qui découvrent chaque année leur séropositivité (INVS).

« Moi, j'ai eu l'impression d'avoir la clientèle la plus géniale qu'un ORL peut avoir. Ça, franchement, du point de vue diversité des cas, des pathologies, des évolutions pathologiques : c'est formidable ! Y'a pas un jour sans que je trouve des cas extrêmement intéressants. Donc ma clientèle pour ça, sur le plan médical je parle, c'est un musée de la médecine, la région. Donc c'est formidable. Ce qui fait grand plaisir à tous les patrons de l'AP à Paris qui me connaissent bien et à qui j'envoie 5% de leur spécialité dans leur spécialité, des patients intéressants à opérer et donc ils sont ravis. Et mes patients sont absolument ravis en plus parce que je les envoie dans les meilleurs services qui soient pour les problèmes qu'ils ont. »

Dodier et Camus (1997a, 1997b) soulignaient déjà cette nouvelle logique d'accueil des malades, qui vient compléter la logique traditionnelle de l'hospitalité, qui perdure à la marge (dans les Permanences d'accès aux soins et à la santé des hôpitaux) et celle de l'échange, dans le cadre d'une gestion collective, socialisée. Elle est caractérisée par une nouvelle logique d'échange du fait du développement de la recherche médicale, quand le patient offre un intérêt pour la conduite de la recherche. Le recrutement des patients (leur tri, leur sélection) s'appuie sur sa déterritorialisation, par les réseaux scientifiques (Latour, 1989).

Les catégorisations sont renforcées par des effets de rumeur, les échanges entre professionnels concourant à se renforcer mutuellement dans ses préjugés et ses méconnaissances.

Notons que dans certains cas, la CMU est une catégorie qui est mobilisée dans les premières rencontres, fournissant des informations face à quelqu'un que le praticien ne connaît pas et qui peut être progressivement remplacée au fur et à mesure que le médecin connaît individuellement son patient. Cela peut constituer alors un instrument provisoire dans lesquels certains ne se laissent pas enfermer. L'enjeu est de passer outre, les stéréotypes. Nous avons observé la même chose à propos de la catégorie « enseignants », véhiculant ses propres préjugés, qui s'estompent au fur et à mesure que le médecin apprend à connaître la personne, à condition qu'il s'en donne les moyens.

22. Pratiques organisationnelles et catégorisation

Certaines pratiques organisationnelles ont un effet sur la catégorisation possible ou non des patients. Cela concerne plus souvent les situations où le patient n'est pas encore connu du cabinet. Ainsi, en passant la carte vitale en fin de consultation, les praticiens ne vont pas être influencés par des catégorisations associées à la CMUc.

A la fin de la consultation en fait, tu dis voilà, on a fait le tour et je vais prendre votre carte vitale, et tout, et tu passes et tu vois, si c'est marqué CMU. (pédiatre, S1, 14^e)

Dans ce cas précis, c'est une routine, révélant peut-être aussi une hiérarchie des valeurs, d'abord l'acte médical, le soin, puis les questions financières qui seront réglées après mais qui apparaissent tout au long de l'entretien avec cette jeune spécialiste comme venant au second plan.

Certains praticiens posent des questions ciblées qui permettent de situer socialement le patient lors des premières consultations alors que pour d'autres, le patient subit toute une batterie de questions, relatives tant à sa condition sociale, professionnelle, familiale que des éléments concernant directement sa santé. L'information sur la catégorie sociale est alors éventuellement noyée dans des dizaines d'autres informations et donc remises en perspective : ce n'est peut-être pas le statut social le problème le plus pertinent pour ce patient, mais sa situation familiale, administrative... ¹¹¹

Dans d'autres cas, il peut y avoir une volonté explicite de ne pas être « pris » dans des catégorisations considérées comme dangereuses, délétères. Nous avons évoqué les praticiens qui choisissent de ne pas interroger les patients sur leur profession, leur origine : certes pour ne pas les stigmatiser, il peut y avoir une forme de violence symbolique à être d'emblée renvoyé à ses origines, son pays, son statut de chômeur, mais aussi pour ne pas risquer de calquer des représentations sur certaines catégories de population.

Cette reconnaissance dans de nombreux travaux des effets de la catégorisation pose la question : doit-on inciter les médecins à mieux connaître le statut social de leur patient si cela a de fortes chances d'aboutir à des traitements différenciés souvent inconscients ?

Une autre manière d'échapper aux catégorisations serait une forme de protocolisation du déroulement des soins, routinisation propre à protéger de pratiques de différenciation : allant donc vers des pratiques universalisées.

Cette jeune généraliste procède de manière « systématisée » jusqu'à un certain stade :

Moi j'ai l'impression que quelle que soit la catégorie sociale, les premières étapes, c'est les mêmes pour tout le monde. Est-ce qu'ils pensent qu'ils ont de l'hypertension ? Là, en fonction de la représentation de la maladie, on peut avoir des gens qui sont précaires et qui sont convaincus d'être malades. Et puis on peut avoir des gens qui sont pas du tout précaires mais qui pensent que juste, ils sont pas du tout malades. [...] Est-ce qu'ils pensent que c'est grave ? Est-ce qu'ils pensent devoir se traiter et une fois qu'il y a ces trois étapes-là, après est-ce qu'ils sont prêts à prendre un traitement et une fois que ces 4 étapes sont faites, après quelles sont les difficultés à prendre le traitement, financières, sociales, psychologiques, et là, peut-être qu'il y a des particularités. Mais jusque là... pour moi y a pas de différence. Après effectivement, on peut pas implémenter tel ou tel traitement, ou faire attention à ce qu'on donne pour des gens qui n'ont pas de mutuelle ou... après y a des spécificités ou des gens en fonction de leur travail qui peuvent pas se piquer sur tel moment donc là on fait du cas par cas. (MG, focus)

Notons qu'elle travaille sur les représentations avec tous les malades et non pas seulement ceux qui seraient d'une culture « autre », village africain ou du Berry.

Une pédiatre décrit un déroulement routinisé de sa consultation.

¹¹¹ Bien que ce ne soit pas l'objet de cette recherche, on peut se demander quelle place est laissée à l'écoute du patient quand il commence par être assailli par une batterie de questions.

« Un rituel, c'est pas vraiment un rituel mais si vous voulez, d'abord je discute avec les gens, quelle que soit leur origine, j'essaie de comprendre pourquoi ils viennent, qui ils sont quand c'est la première consultation et puis après il y a l'examen, et l'examen de l'enfant moi je les fais déshabiller après, c'est-à-dire que... mes collègues en général les font se déshabiller avant, ce que je trouve pas très... enfin bon voilà. Moi je les fais se déshabiller après, sur la table d'examen, et pendant que les parents déshabillent l'enfant souvent on continue à discuter. »

Ce qui peut aussi être rapproché de la réalisation des actes techniques et explique qu'ils puissent être moins sujets à différenciation.

23. Catégorisation et discrimination

Si les catégorisations ont tendance à produire une homogénéisation du groupe et la construction de stéréotypes, ces effets n'ont rien de systématique. Et n'aboutissent pas nécessairement à une discrimination.

Les médecins qui se sont appropriés la catégorie « les CMUs » et les stéréotypes qui y sont associés se défendent de les traiter différemment. Si quelques éléments relevant d'une différenciation ont pu être repérés, à la marge, dans les discours, nous ne sommes pas en mesure de savoir si celle-ci est plus importante qu'ils ne veulent bien le dire, d'autant que les pratiques sont parfois réalisées de manière routinière, parfois intuitive, non consciente.

D'autres médecins cherchent activement à repérer les patients en difficulté de manière à leur apporter une prise en charge plus adaptée, accorder une plus grande attention à leur parcours de soins. Cela peut favoriser une catégorisation qui peut aboutir à une discrimination directe ou indirecte, malgré de bonnes intentions : notamment quand à l'anticipation d'échecs plus ou moins consciente, la gêne à aborder certains sujets (obésité, alcool), s'ajoute le manque de temps ou la fatigue accumulée un jour difficile. Elle peut se solder par un abandon un peu rapide du travail d'explicitation ou de conviction d'un patient réticent, ou une ré-orientation rapide vers le psy, l'assistante sociale, un confrère...

Mais l'information sur la situation du patient n'aboutit pas nécessairement à une catégorisation. L'information est parfois traitée comme un élément parmi tant d'autres rattachée à un contexte spécifique, une histoire singulière. Nous avons vu des exemples.

Ce sont parfois simplement des catégories a priori, utiles face à un nouvel interlocuteur, qui s'estompent dans le temps.

Enfin, quand tu connais les familles, après, tu t'en fous. Tu vois bien la différence, t'as les familles de casse-pieds et les familles pas casse-pieds, Enfin moi quand je regarde mon planning, je regarde qui est comment plutôt que qui a la CMU, en fait. (Lorène)

Cependant, on peut s'interroger sur les effets inconscients de ces processus de catégorisation que Lorène elle-même reconnaissait :

On n'a pas du tout le même abord selon les catégories...

Au total, différentes formes de discrimination peuvent découler des catégorisations.

Des préjugés, une animosité à l'égard d'un groupe tel que les bénéficiaires de la CMU ou les pauvres en général qui serait une forme de « racisme » social dont découlerait une discrimination « classique », directe et multisectionnelle.

Une discrimination statistique, *les CMUs* seraient une catégorie qui plus souvent statistiquement n'honore pas ses rendez-vous ce qui reste à démontrer et ce sur quoi les médecins ne sont pas nécessairement d'accord. Dans ce cas, on anticipe un comportement, ne pas honorer ses rendez-vous et l'on applique un traitement différent, ne pas les recevoir, par exemple.

Cependant, la distinction entre les deux n'est pas si tranchée que cela, et l'hostilité à l'encontre des membres d'une communauté ou d'un groupe même administrativement construit comme la CMUc, se nourrit des caractéristiques négatives et statistiquement corrélées au groupe (ils sont en plus mauvaise santé, présentent des pathologies plus complexes, plus évoluées), ce en quoi la profession médicale sans en être responsable, peut toutefois participer.

« les préjugés et les stéréotypes au sujet de certains groupes se forment et se répandent en effet au sein de la société d'une façon qui interdit de les réduire à des croyances explicites et conscientes. Ils façonnent en profondeur la perception que les agents se font des groupes en question et se traduisent inévitablement par une série d'effets déformants sur les généralisations que ces agents opèrent. » (Ruegger, p. 90)

24. Les logiques de la différenciation

La restriction des soins trouve plusieurs origines :

- par souci de rentabilité, phénomène assez invisible, pointé ici et là, qui concerne plutôt les spécialistes et certains actes selon leur niveau de cotation et de manière majeure les soins de prothèse en dentaire.

- Une auto-restriction parce que le patient est jugé d'une moindre valeur

- Une auto-restriction par anticipation d'échecs, notamment dans le domaine de la prévention ou de l'éducation thérapeutique.

- le médecin est surchargé, fatigué, d'une certaine manière se ménage, se décourage parfois du fait d'échecs précédents avec d'autres patients.

- le cadre de la consultation n'est pas adapté (demande en urgence ou dans l'immédiateté difficile à transformer en une opportunité de faire passer des messages).

- il y a la peur de stigmatiser qui amène à éviter d'aborder certains sujets.

- le souci de préserver la relation, de se donner du temps aussi, de réconcilier avec la médecine.

Ces éléments nous amènent à réfléchir autrement sur les résultats d'une consultation dont les enjeux sont multiples. Dans un certain nombre de situations cliniques, il y a différenciation des soins parce que le patient est repéré ou connu pour vivre une situation de difficulté économique, sociale, parfois aussi psychique. Des questions ne

sont pas abordées, l'exploration diagnostique moins poussée, le traitement simplifié... Comment évaluer une telle situation ?

Parler d'obésité stigmatise. Faut-il ajouter du stigmate à des populations déjà fragiles, aux identités meurtries se demandent certains praticiens ?

C'est compliqué d'aborder des... c'est compliqué de poser des questions sans que les gens se sentent jugés, par exemple c'est compliqué de demander à quelqu'un « est-ce que vous fumez ? » sans qu'il se sente jugé, c'est, c'est tout un art [...] De demander à quelqu'un si il boit sans qu'il se sente jugé et c'est un art extrêmement délicat et c'est un art que je suis loin d'être sûr de maîtriser...

Il évoque la pudeur, un sentiment qui vise à ne pas aller trop loin dans l'intimité de l'autre. La temporalité des soins doit être prise en considération. L'abaissement des normes de prise en charge n'est qu'un report dans le temps de soins ou de propositions de soins (prévention) à un meilleur moment qui peut permettre un meilleur résultat. C'est parfois une stratégie assumée (ce qui pose le problème en cas d'observation de consultations sur un temps restreint).

3. Connaissances et représentations du refus de soins

31. La perception de la réalité du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU

Une majorité des praticiens sont informés des pratiques de refus de soins. Certains le sont par leurs patients.

Je savais que y'en avait qui refusaient mais j'avais jamais vraiment été confronté en direct comme ça. Et puis là, la patiente c'est une petite jeune que je connais depuis longtemps, c'est vrai que ça m'a... Ça m'a choqué quoi. Mais, je crois que y en a de plus en plus non ? (Hélène, gynécologue)

D'autres plus indirectement quand de nouveaux patients s'informent auprès d'eux et leur demandent s'ils prennent la CMU.

Et je trouve assez troublant, parce qu'aujourd'hui la majorité de nos rendez-vous sont pris par téléphone, d'entendre ces personnes-là dire « est-ce que vous prenez quelqu'un à la CMU complémentaire ? ». Ça c'est quelque chose qui me choque, dans le sens où on sent que la personne elle est mise en situation de difficulté. Elle a déjà une difficulté, parce que si elle appelle c'est qu'elle souffre, et en plus elle demande « est-ce que vous allez bien vouloir me recevoir ? ». Ça c'est pas normal. » (syndicat de dentistes, UJCD)

Quelques praticiens semblent toutefois étonnés quand nous évoquons cette problématique, non dans un déni, mais plutôt comme un impensé, un impensable. Un

grand nombre se montrent sincèrement choqués, une attitude incompréhensible pour eux, se référant alors à la déontologie.

Mais oui, c'est scandaleux, c'est scandaleux. C'est encore plus scandaleux que les gynécologues prennent pas les femmes qui ont la CMU si tu veux. Tu peux pas tenir un discours genre on fait de la prévention, de la contraception, on est là pour... en plus avec tout le discours sur la maintien de la gynécologie médicale, qui permettrait aux femmes d'être bien soignées, de ne pas avoir d'hystérectomie, de bien faire les frottis et justement la population qui en aurait bien besoin parce qu'elle est, si elle a la CMU, c'est parce qu'elle est socialement mal partie, c'est justement cette population-là tu sais qu'elle a pas de frottis, pas de ci, pas de ça et refuser de la recevoir ! (Michèle, gynécologue parisienne)

Peu de médecins semblent connaître des collègues qui pratiqueraient un refus de soins discriminatoire. Non seulement le refus concerne les autres, mais ces autres, ils ne les connaissent pas. Pour autant, leur existence n'est pas contestée, ce que l'on doit encore une fois aux nombreux testings réalisés et à leur médiatisation. Quelques-uns connaissent directement des confrères qui le pratiquent, parfois parce qu'ils exercent dans un même cabinet de groupe, et ont entendu une secrétaire refuser.

J'ai rencontré un copain chirurgien qui m'a dit que quel que soit le prix de toute façon, il fera un dépassement d'honoraires et que de toutes façons si elles veulent pas, elles n'ont qu'à aller voir un autre médecin. Oui un parmi toutes mes connaissances de médecin qui sont en service, c'est quand-même pas beaucoup. Non ? J'ose espérer que c'est un épiphénomène. (Justine)

Ceux qui sont engagés dans des collectifs (ordres, syndicats) ont bien-sûr suivi la reprise par la presse des testings réalisés ces dernières années. Les discours ont évolué surtout ceux qui émanent des syndicats et des représentants des professions médicales qui ne contestent plus cette réalité, même s'ils restent réticents voire hostiles à la méthode des testings.

Alors la CMU-C, pour plein de raisons, il y a eu des refus à une époque, il y en a peut-être encore. Je ne veux pas ni stigmatiser, ni le nier, je suis sûr qu'il y en a. Parce qu'il y a des confrères qui ont une clientèle et ne veulent pas... Bon c'est à tort, ils ne jouent pas leur rôle, mais ... (CNSD)

Néanmoins, certains d'entre eux continuent à minimiser l'ampleur du phénomène qui, bien que ne concernant qu'une minorité, et sans jouer sur les mots, n'est pas pour autant *marginal*. Pour le Dr Hamon (FMF), « c'est exceptionnel ». Il se réfère alors aux médecins généralistes, et reste plus flou dans sa réponse quant aux spécialistes :

Si vous passez par un médecin généraliste, il n'y a pas de refus de soins.

Il explique que le médecin en fonction de ses correspondants n'hésitera pas à passer un coup de fil...

Certains en font un phénomène parisien, alors qu'il est plus probablement lié aux grandes villes¹¹², et encore pas seulement.

*« ... il y a des médecins qui, soit refusent de prendre les titulaires de la CMU, soit donnent des rendez-vous très très très très loin, alors que si vous avez pas la CMU ils vous prennent plus rapidement. ». Un, je ne peux pas défendre ce type d'attitude, qui me semble contraire à l'éthique médicale. Deux, **je reste persuadé que ce type d'attitude est totalement marginal, encore une fois Paris n'est pas la France**, je vois dans ma région comment ça se passe, on n'a pas ces problèmes-là. » (CSMF)*

La situation semble avoir bien changé en une dizaine d'années, quand les syndicats récusaient les résultats des premiers testings, s'en prenant à la méthodologie ou à la non neutralité de ceux qui les produisaient. Tous condamnent dans leur discours ces refus.

Bon c'est vrai que si vous me demandez mon avis, c'est pas acceptable, on doit soigner tout le monde. Que ça existe, certainement. Par contre, ils ont peut-être plus de difficultés parfois pour trouver un praticien, mais ils sont soignés et les statistiques le montrent¹¹³, de la même façon que les autres. C'est à dire que... le taux de soins tout ça, y'a pas de différence, l'assurance maladie le dit. Par contre, il peut y avoir quelques praticiens ou des praticiens qui les refusent, si ils les trouvent pas là, ils les trouvent ailleurs quand-même ils se font soigner. (CNSD)

Le représentant du FSDL considère également que le refus de soins existe auprès de quelques uns des confrères et le condamne. De même que l'UJCD :

Il n'y a aucune excuse et il pourrait de toute façon n'y avoir aucune excuse à refuser à traiter en urgence une personne, qu'elle soit dans le régime général ou qu'elle soit dans le régime de CMU complémentaire.

Le discours apparaît toutefois ambivalent, dans les propos du président du CSMF.

Il y a pas un médecin qui va refuser de prendre quelqu'un parce qu'il peut pas payer ou parce que le médecin est en Secteur 2, il peut pas payer le complément d'honoraires. Ou s'il y en a, il est légitime d'engager contre eux une procédure qui est pas forcément une procédure d'emblée disciplinaire, mais en tout cas de remise en question de leur pratique et il est légitime de leur sortir un carton jaune avant de leur sortir un carton rouge s'ils récidivent. (Ortiz, CSMF)

32. Les représentations du refus de soins

Si on poursuit l'échange, on observe que les représentations du refus sont parfois décalées de sa conception juridique et même du contexte de la loi. Quelques praticiens¹¹⁴ voient le refus de soins comme le refus d'accueillir un patient, pour

¹¹² Ce que confirment les testings réalisés dans d'autres grandes agglomérations

¹¹³ Ce qui n'est pas le cas. Les résultats de l'enquête de l'Irdes montrent au contraire que les taux de renoncement aux soins sont les plus élevés en dentaire.

¹¹⁴ C'est le cas de ceux qui refusent la CMU mais d'autres aussi.

différentes raisons (CMU, HIV), *stricto sensu*. Ainsi, un dentiste qui recevrait un patient bénéficiaire de la CMU complémentaire, dans l'urgence ou pour des soins, et qui refuserait de réaliser un soin prothétique ne pratiquerait pas de refus de soins.

Effectivement, le refus de soins comme on peut le voir sur les CMU complémentaires, il s'exprime dès le départ : c'est le refus de donner un rendez-vous. Et là on est dans le refus de soins, tout à fait, et que l'on condamne à l'UJCD, bien sûr. C'est inacceptable. (UJCD)

Si le refus de recevoir est jugé condamnable, ce n'est pas le cas quand on refuse un soin prothétique, comme le présente l'UJCD :

...je parle du refus de réaliser des actes prothétiques sur les personnes en CMU complémentaire, ce qui n'est pas classé en refus de soins mais qui pour elles est une grande difficulté aussi. Le refus de soins, c'est vraiment sur le refus de soigner. La prothèse, c'est pas une obligation. [...] On pourrait admettre que des praticiens refusent de faire les prothèses parce que ces tarifs-là sont trop bas par rapport à leurs frais, à leur gestion. UJCD

Ces propos amènent à se questionner sur le sens qu'il donne au « soin ».

C'est pour ça que c'est compliqué, puisque 'soin'... en dentaire, on confond 'soin' et 'prothèse', or le soin c'est une chose, c'est-à-dire quelqu'un qui a une situation qui va évoluer, qui peut le faire souffrir, elle doit être prise en charge. Et ça c'est le soin. Quand vous arrivez au niveau des prothèses, c'est que tout est stabilisé. [...] A l'instant 't' elle est stabilisée, elle l'est pas dans le temps. (praticien, UJCD)

Pour la loi, il s'agit bien de considérer comme un refus de soins, une situation où le praticien ne propose pas et/ou refuse de pratiquer un soin alors qu'il serait indiqué cliniquement, médicalement.¹¹⁵ Il convient ensuite d'assurer le règlement des soins, selon les règles et lois en vigueur. En cas d'impossibilité de règlement (notamment quand les restes à charge sont élevés), le patient peut refuser les soins proposés et envisager avec le praticien d'autres solutions.

Refuser de pratiquer certains soins au tarif opposable n'est pas toujours considéré par les praticiens comme un refus de soins. Il n'y a pas refus de recevoir là encore, mais refus d'appliquer les tarifs. Notons que dans les testings, les refus d'appliquer les tarifs de la CMUc (forfait pour les prothèses mais aussi application abusive du dépassement d'honoraires) ont été considérés comme des refus.

Elias est installé dans un arrondissement aisé, une belle adresse, et ne se considère pas comme « refuseur ». Il a quelques patients bénéficiant de la CMUc. Il n'applique pas le tiers payant et demande un complément.

¹¹⁵ Nous précisons pour bien différencier avec des attitudes signalées par des médecins, où le patient demande une IRM qui n'est pas indiquée cliniquement mais considère y avoir droit. Nous nous situons bien dans le cadre où la prothèse est la meilleure option technique face au problème buccodentaire.

La couronne céramique chez moi, elle sort du labo à 280 euros. Le tarif sécu pour un CMU, je crois que c'est 435 euros. Je vais pas travailler 5 séances sans compter tout le matériel, le matériau, la mobilisation de mon personnel, de mon matériel, pour 135 euros. Je ne suis pas une femme de ménage. C'est pas possible. Donc je dis au cas CMU, je te fais les papiers, tu seras remboursé. Au tarif de la sécu mais tu payes. Tu payes le complément sinon, tu vas au dispensaire. Jusqu'à présent, j'ai encore le droit de soigner qui je veux. Je peux pas refuser quelqu'un parce qu'il est CMU mais en aucun cas, je vais travailler au tarif CMU.

Il invoque le droit de soigner qui il veut. Une autre dentiste qui procède de la même manière assume et sait qu'elle réalise du refus de soins et que c'est illégal.

« On n'a pas le droit de prendre des tarifs supérieurs au tarif imposé et là, je crois que la sécu ne plaisante pas. » (dentiste, 13^e)

Nous évoquons l'AME avec une dermatologue. Elle en voit très peu (une toutes les deux ans), elle n'envoie pas les papiers (et ne leur dit pas). Cependant, certains patients sont adressés pour un deuxième avis, compte-tenu de sa spécialité en allergologie. Elle le considère comme un acte gratuit. Si c'est un deuxième avis et que c'est de l'allergologie et qu'il y a des tests à faire, elle les envoie à l'hôpital, en leur expliquant : « ça sera moi que vous verrez. Ils me reverront mais pas au même endroit. »

Ce n'est que plus tard dans l'entretien qu'elle précise que la cotation des actes est inférieure au prix des produits utilisés.

A l'hôpital, la hiérarchie ne veut pas qu'on les fasse parce qu'ils sont déficitaires, ils compensent par des choses avec lesquelles ils gagnent de l'argent. Ces gens-là, je vais leur dire... je vais pas leur dire que c'est trop cher. Je vais leur dire que c'est des tests bien particuliers. Ça va être fait à l'hôpital.

A aucun moment de l'entretien, elle n'a envisagé qu'il puisse s'agir d'une forme de refus de soins. En restreignant le choix du lieu de soin pour un patient, ce médecin pratique une forme de discrimination.

33. Les typologies du refus de soins

Ces discours permettent de mettre au jour plusieurs représentations du refus de soins.

a) refus primaire

De manière caricaturale, dans les représentations de nombreux praticiens incluant plusieurs syndicats, le refus de soins, c'est le refus de recevoir un patient. Il constitue alors une entrave à l'accès primaire. Nous l'appellerons *refus primaire*.

Pour certains, cette forme de refus est restreinte au refus de recevoir quelqu'un dans le cadre de l'urgence (collectif, 2010) et se réfère à la notion de contractualisation et en référence au même texte le patient est parfois orienté vers un autre praticien, une autre structure¹¹⁶.

¹¹⁶ Notons que dans les testings, certains médecins ont le souci de donner une adresse d'un hôpital ou un centre de santé.

En dehors de l'urgence, certains refusent et orientent ou non

Certains orientent des patients vers d'autres structures où ils consultent eux-mêmes, notamment les médecins spécialistes en secteur 2 qui fréquemment ont une consultation hospitalière.

b) le refus secondaire

Le refus secondaire concerne alors des situations où le patient est reçu **mais certains soins lui sont refusés, alors qu'ils sont indiqués médicalement**: le cas le plus fréquent concerne les prothèses dentaires qui sont dans la rhétorique de certains, exclues des *soins*.

c) le refus indirect

Il faut distinguer alors la proposition de soin et les conditions financières. Si dans les deux cas, il y a un refus direct en amont ou lors de la consultation, lorsque les conditions financières sont inacceptables, il y a refus indirect. Certains délivrent un rendez-vous mais vont **fixer un cadre irrecevable** pour les personnes, qui est parfois annoncé au téléphone ou lors de la consultation :

- Non-respect du tiers payant
- Application de suppléments pour les prothèses ou de dépassement d'honoraires

Ces pratiques sont illégales, quand des soins inclus dans le panier de soins de la CMUc ne sont pas proposés au tarif fixé par la loi.

Un certain nombre de **refus sont déguisés**, en donnant un rendez-vous à une date très éloignée qui vise à décourager le patient. Mais il existe différentes formes plus sournoises de décourager, lors de la rencontre que nous avons évoquées, qui relève de la différenciation non du refus, même si, consciemment ou inconsciemment, il s'agit de décourager un patient à revenir.

Le **refus pour des raisons d'emploi du temps**, dans les régions sous-dotées certains médecins refusent les nouveaux patients. Cette raison est considérée comme légitime et ne relève pas du refus de soins illégal. Il comporte une dimension de discrimination indirecte si on considère que les personnes en situation de précarité ont des trajectoires de vie instables.

Le non-respect du tiers payant, l'application de suppléments illégaux ne visent pas nécessairement à décourager le patient, car les tarifs demandés vont rejoindre ceux qui sont appliqués aux autres patients mais ils les découragent de fait, ces patients n'ayant pas les moyens de payer de telles sommes. Certains patients acceptent néanmoins, ce qui renforce les praticiens dans l'idée que ce n'est pas tant une barrière pour eux.

Le refus suppose une demande du patient. Or il existe maintes situations où le patient ne demande pas. C'est au praticien de proposer la meilleure solution thérapeutique, dans le cadre des données actuelles de la Science. Il le fait souvent en tenant compte de la situation individuelle du patient. Il y a différenciation des soins, parfois discrimination mais on sort du champ du refus. Il n'y a pas de refus mais en creux, une perte de chances déontologiquement contestable. Cette non proposition, hors du champ du refus, mérite aussi d'être plus profondément discutée. Nous avons vu en effet qu'elle est argumentée par certains praticiens et que ces arguments sont parfois tout à fait entendables : ne pas stigmatiser, construire la confiance, s'ajuster à une situation sociale problématique...

d) Mettre fin à la relation : des refus individualisés

Afin d'explorer les marges du refus de soins, nous avons demandé aux praticiens s'il leur arrivait de mettre fin à la relation avec certains patients. Il s'agissait d'explorer dans quelle mesure les médecins libéraux, dans le cadre d'une relation considérée comme contractuelle, se sentaient le droit de ré-orienter des patients. Les situations décrites correspondent à des cas singuliers, peu nombreux, où il y a « incompatibilité » ou « quand la relation ne fonctionne pas ». Le registre relationnel est souvent mis en évidence ou encore des cas d'échecs thérapeutiques. Par exemple, celui d'un patient qui conteste systématiquement les propositions thérapeutiques ce qui aboutit à une impasse. Le patient a été réorienté vers un confrère.

« Par contre il est évident, mais ça c'est pas lié à la précarité, c'est pas lié à la condition sociale, c'est pas lié à la présence ou non de CMU, il y a des personnes avec qui ça passe beaucoup moins bien, et là, c'est ce que j'évoquais au début, c'est qu'il y a des patients avec qui on a plus de mal, donc oui là, la prise en charge est parfois plus difficile. Je suis plus à l'aise maintenant, au début j'avais du mal à dire à un patient stop, je croyais que c'était pas possible. » (Gilles, dentiste, 15e)

Une généraliste du focus groupe propose régulièrement à certains patients de changer de médecin.

Moi je sais pas ; quand je vois que ça coince trop, je leur dis. Je leur dis que moi je suis inquiète mais que eux ne le sont pas. Et que c'est peut-être moi qui suis pas très claire et je leur propose si ils ont envie de rencontrer un autre médecin.

Sa collègue est choquée : « ah non, je les aime trop pour les abandonner ! ». Le sujet fait débat dans le groupe. Précisons que c'est une proposition qu'elle leur fait, non une injonction. Ils restent libres de choisir de rester ou pas.

La confiance est au cœur des soins et quand elle ne s'y invite plus, il vaut mieux mettre fin à la relation selon cet autre praticien :

Si au fur et à mesure de votre prise en charge, ce climat de confiance, pour des raisons diverses et variées, est mis à mal voire disparaît, c'est-à-dire que de la confiance, on est passé à la défiance, moi en tant que médecin, j'estime que je ne suis pas dans des conditions permettant une bonne prise en charge, et ça m'est arrivé, pas très souvent mais un certain nombre de fois, où j'ai dit à mon patient : « Ecoutez, je sens que le climat de confiance nécessaire dans le colloque singulier est rompu, je porte aucun jugement, je comprends que vous ayez aujourd'hui des interrogations sur la façon dont je vous prends en charge, ça ne pose aucun problème, je vous demande de vous faire prendre en charge par un autre médecin, lequel je transmets votre dossier à ce médecin et je vous demande de prendre contact avec lui, voici les coordonnées, et si nécessaire, ma secrétaire va prendre rendez-vous. » (néphrologue)

Ce sont des cas isolés dans l'ensemble d'une carrière. Ces situations sont souvent mal vécues par les praticiens, elles sont un constat d'échec.

Ces cas individuels qui parsèment les carrières individuelles apparaissent légitimes, voire nécessaires quand la relation ne fonctionne pas, à condition qu'il y soit mis fin dans les règles déontologiques. Ne pas y mettre fin à une situation bloquée serait nier la dimension relationnelle du soin.

Quelques praticiens au caractère « bien trempé » ont pu mettre des patients dehors, avec pertes et fracas, sans distinction catégorielle particulière. S'il y a bien *refus*, celui-ci dans ce cas n'est pas discriminatoire.

e) des refus « éducatifs »

Notons quelques cas plus fréquents, des patients sont exclus d'un cabinet médical ou dentaire à la suite de rendez-vous non honorés, le plus souvent répétitifs. Des pratiques systématisées sont mises en place, concernant l'ensemble des patients. Ces pratiques sont régulièrement relatées, plutôt par des spécialistes et des dentistes. Les praticiens considèrent que dans le cadre de la relation contractuelle, le patient doit respecté le cadre. Certains passent du temps à expliquer à des patients qui ont manqué un rendez-vous les effets de désorganisation et l'impact pour les autres patients en zone sous-dotée. D'autres sanctionnent par une exclusion, souvent après une ou deux absences, voire plus.

Il y aurait cependant dans certains cas une moindre tolérance à l'égard des patients ayant la CMU, voire une tolérance zéro, alors qu'un médecin généraliste confiait à l'inverse être plus conciliant avec des patients rencontrant des difficultés de vie.

4. Comprendre les logiques du refus de soins (CMU et AME)

Les données recueillies nous ont permis de repérer différentes logiques individuelles et structurelles susceptibles d'aboutir à des pratiques de refus de soins.

Nous avons commencé par discerner différentes formes de refus (légales et illégales) qui n'ont pas toutes le même sens. Par ailleurs, il serait simpliste de montrer du doigt des praticiens « refuseurs ». S'il existe, certes, des praticiens qui ont mis en œuvre des pratiques systématisées de refus des bénéficiaires de la CMU et de l'AME, déléguées fréquemment à leur secrétariat, ils constituent une part relativement minoritaire, installés dans les beaux quartiers des grandes villes, cherchant à obtenir un niveau de revenus élevé (Bellamy, Mikol, 2012), multipliant le nombre d'actes, notamment techniques parce que plus rémunérateurs, avec des dépassements d'honoraires élevés. Certains médecins ou chirurgiens-dentistes qui épousent ce même profil choisissent une forme d'exercice qui sélectionne indirectement la patientèle (exercice hors nomenclature), sans avoir à pratiquer des refus illégaux. Au delà de cette catégorie située dans le dernier décile (10 % des plus hauts revenus), ceux que nous avons rencontrés se situent plutôt sur un continuum, certains refusent la CMUc « en général », faisant néanmoins des exceptions. D'autres acceptent mais se disent « agacés » par les conduites de ces patients. Pour ceux qui déclarent accepter la CMU, au-delà des processus de catégorisation, facilement identifiables en entretien, il est bien difficile de repérer des comportements de soins différenciés. S'il y a discrimination, elle est insidieuse aussi parce que certains praticiens très probablement abaissent leurs normes de prise en charge, sans en être conscients, sans se l'avouer. Ces attitudes peuvent être récurrentes parce que la relation ne fonctionne pas aussi bien qu'avec d'autres patients

ce qui a des effets sur la prise en charge, ou surviennent seulement dans des contextes d'interactions problématiques, renforcées par la fatigue du médecin en fin de journée, la salle d'attente pleine à craquer, le retard accumulé... Toutes circonstances favorisées par le travail dans des zones moins médicalisées où la proportion de bénéficiaires de la CMU a toutes chances d'être plus élevée qu'ailleurs (mais pas systématiquement).

Les refus de recevoir apparaissent multidimensionnels, facilités par les processus de catégorisation et d'altérisation du patient, dont l'éviction est alors facilitée par un processus de délégitimation ou de différenciation (les pauvres relèvent des centres de santé ou de l'hôpital).

41. Les différentes dimensions du refus

411. logiques de niveau de vie et de rentabilité

a) Des patients qui rapportent moins

Prendre en charge un bénéficiaire de la CMUc est sans impact financier sur les revenus des médecins généralistes en secteur 1. Et ils refusent effectivement exceptionnellement. La situation se pose différemment lorsque les médecins pratiquent des dépassements d'honoraires ou pour les dentistes, des soins de prothèses.

Certains praticiens peuvent refuser certains soins aux bénéficiaires de la CMUc (prothèses surtout) ou aux bénéficiaires de l'AME (IVG médicamenteuse, par exemple) pour des raisons exclusivement économiques, sans pour autant les concevoir comme « autres », ni comme « une catégorie à problème ». Les raisons invoquées sont relatives au manque à gagner (en cas de dépassements d'honoraires) qui mettrait en péril la rentabilité du cabinet. Pour les dentistes, ils évoquent quasiment tous qu'ils travaillent à perte quand ils réalisent des prothèses aux bénéficiaires de la CMUc, au mieux à l'équilibre (sans bénéfice). Seuls seraient épargnés ceux qui font fabriquer des prothèses en Chine, ce au détriment de la qualité... La question, comme nous l'avons approfondie dans un chapitre précédent, n'est pas le tarif de la prothèse en soi, mais l'équilibre entre tarifs des soins et tarifs des prothèses¹¹⁷. Dans ce cadre propre au système sanitaire français, le forfait plafonné des prothèses pour les bénéficiaires de la CMUc peut générer des difficultés de rentabilité, si tant est que le nombre de patients ayant la CMUc est conséquent. Ces éléments permettent de comprendre qu'un certain nombre de dentistes acceptent de recevoir des bénéficiaires de la CMUc pour des soins dits conservateurs mais pas pour des prothèses. Théoriquement, tant qu'il s'agit de soins conservateurs, il n'y a pas de différence entre les patients. Ceux qui refusent totalement de les prendre en charge, arguent que s'ils ne peuvent les prendre en charge dans la globalité, autant ne pas les recevoir du tout : « on doit prendre le patient de A à Z, sinon, c'est pas la peine. » (dentiste, 94, 2009) Quelques uns toutefois ne refusent pas en contexte d'urgence.

La plupart du temps, je traite l'urgence, je les soulage. Et je leur explique qu'au tarif CMU, je ne peux pas leur faire grand-chose parce que mon heure de cabinet est très chère, parce que je ne suis pas subventionnée par l'Etat, loin de là. Parce que j'ai un niveau d'exercice très onéreux et en gros, je fais de la qualité. (Barbara, dentiste, 14^e)

¹¹⁷ Rappelons que le niveau des honoraires des chirurgiens-dentistes dépend des soins prothétiques, soumis à des autorisations de dépassements, dans un contexte où les soins de base sont sous-évalués.

Nous avons montré la complexité des enjeux économiques et de rentabilité. Ils ne sont pas les mêmes pour tous les types de praticiens : entre un généraliste en secteur 1 dans un quartier défavorisé qui avec la CMU a vu ses patients solvabilisés et un dentiste dans le même quartier qui, lorsqu'il réalise des soins prothétiques, peut voir remise en cause la rentabilité du cabinet du fait de son plateau technique et des coûts d'investissements.

Les éléments financiers jouent d'autant plus que le praticien sera amené à revoir souvent un patient et non occasionnellement comme dans certaines spécialités. Par exemple, un suivi régulier comme pour une psychiatre qui reçoit ses patients une fois par semaine en moyenne. Alors qu'une consultation unique est plus facilement acceptée, négociée avec le praticien spécialiste.

L'impact sur les revenus n'est pas le même pour tous non plus selon le nombre de bénéficiaires de la CMUc dans leur patientèle.

« Moi, ça ne me gêne pas de les prendre, si vous voulez. Même si vous gagnez un peu moins sur une consultation. J'en ai pas tant que ça que ça va me faire changer mon revenu à la fin du mois. Hein ? C'est pas ça qui va jouer. Je sais pas, si j'étais dans un endroit où j'avais 50 % de CMU et que je sois en secteur 2, mon tarif ne soit pas celui de la CMU, je me dirais, je sais pas... Honnêtement, c'est pas 15 consultations par mois. »

Un dentiste installé dans une ville bourgeoise reçoit les bénéficiaires de la CMUc :

Je dois en avoir un par mois. C'est le quartier qui fait, je serai à Mantes la Jolie, ça ne serait pas la même chose. je serai aux Mureaux...

Un phlébologue propose des programmes de reconditionnement physique à des patients qui relèvent de cette indication, (non pris en charge par la sécurité sociale) sur des créneaux où les appareils sont libres.

Pour pallier ces effets de nombre, certains appliquent des quotas, comme nous avons pu le repérer. Ces pratiques ne sont pas spécifiques aux cabinets libéraux, mais observées parfois aussi dans des structures publiques pour en assurer la viabilité. Il peut arriver que les centres de santé appliquent des quotas notamment pour les soins dentaires.

D'autres ne pratiquent pas de quotas prédéfinis, mais cherche à maîtriser la file active des patients en tarif opposable, notamment les bénéficiaires de la CMUc, en choisissant qui, quand, dans quel cadre, ce qui revient à leur contester ce qui est un droit, pour le remplacer par une charité « privée » qui dépend de leur bon vouloir. Certains spécialistes ayant une activité libérale associée à une activité hospitalière peuvent ainsi dispatcher leurs patients entre les différents lieux.

Les situations de refus de prothèses sont contrastées, pas toujours dans une logique de oui ou non, mais dans une évaluation des valeurs du patient. Ainsi en est-il d'un dentiste installé dans une ville et un quartier où il y a un fort taux de précarité, qui accepte la CMUc mais qui déclare « éviter » de leur faire des prothèses. Le choix se fait sur des critères de mérite, le mérite pour ce praticien étant médicalement situé, c'est-à-dire les capacités à prendre soin de soi, de son hygiène bucco-dentaire. Il s'agit aussi d'éviter les soins trop complexes, nécessitant un travail de longue haleine. Un patient qui ne fera perdre du temps. En médecine, le temps, c'est de l'argent !

D'autre part, la question de la rentabilité est liée au niveau de cotation des actes, les actes techniques sont mieux cotés ce qui évite d'avoir à réaliser des dépassements importants et réduit l'écart entre patients ayant la CMUc et les autres pas. Nous avons observé un taux faible de refus de la part des radiologues dans le testing parisien.

Certains spécialistes en secteur 2, selon le niveau du dépassement, *perdent* assez peu d'argent sur un bénéficiaire de la CMU quand ils cotent un C2 (46 euros). Une dermatologue qui reçoit beaucoup de patients adressés, cote également un C2, ce qui tend à rapprocher de son niveau de dépassement. Plusieurs gynécologues l'appliquent. Cela ne peut se faire dans le cadre d'un suivi plus rapproché.

b) Rentabilité et qualité : ne pas réduire ses standards

Les tarifs sont presque toujours justifiés dans les discours par la qualité des soins délivrés. De même que les médecins qui refusent les bénéficiaires mettent en avant la qualité des soins « qu'ils sauvegardent pour le bien de tous » et n'admettent pas de baisser leur standard pour des individus ou des groupes spécifiques.

Pour moi, c'est pas possible [d'appliquer le tarif CMU] ou alors je ferme mon cabinet ou je vire une assistante. J'arrête de faire de l'aseptie, et je travaille comme un cochon et je vois 14 ou 15 malades de plus par jour. Mais à partir du moment où tu as un standard, tu peux pas faire des dérogations au standard. (dentiste, 16^e)

Il est alors sous-entendu que *les autres* dispenseraient des soins de moins bonne qualité, la prothèse de Chine représentant pour les dentistes la figure des soins bas de gamme. Les scandales autour de sociétés proposant du low-cost, le nouveau marché se trouve en Hongrie, est brandi comme un étendard.

Pour rattraper en rentabilité, il faudrait faire plusieurs prothèses en une séance de manière à la valoriser (gain de temps d'anesthésie par exemple), voire « en faire plus que nécessaire ou sur-traité ».

c) Le recouvrement des soins

Le deuxième argument invoqué est lié aux difficultés à recouvrer le paiement de la consultation. Si, en 2006, lorsque nous avons réalisé une quinzaine d'entretiens (Desprès, Naiditch, 2006), les délais de remboursement des praticiens étaient considérés comme trop longs, nous n'avons plus recueilli ces plaintes. Aujourd'hui, le système de télétransmission semble fonctionner globalement bien selon ceux qui l'utilisent. Ils restent nombreux à évoquer des ratés, remboursement partiel ou absent de temps en temps, ce qui pourrait être lié à des cartes non mises à jour.

De ce fait, certains sécurisent leur remboursement en demandant aux patients d'amener leur carte vitale et l'attestation papier. Il peut arriver qu'ils refusent de les recevoir si l'ensemble des documents ne sont pas apportés. C'est le cas de ce dentiste qui refusait en 2009 et qui aujourd'hui déclare les accepter, sauf si effectivement les papiers ne sont pas en règle.

Ceux qui comptabilisent scrupuleusement les remboursements des tiers payant, considèrent le système opaque et ont du mal à saisir pourquoi pour tel patient le remboursement est intégral et seulement partiel pour un autre. Il pourrait y avoir parfois confusion de certains entre CMU de base et CMUc, ce qui justifierait un remboursement partiel mais n'explique pas tout.

Le discours est tout autre quand il n'y a pas de télétransmission. Le temps de gestion est jugé beaucoup plus long et les remboursements incertains.

Maintenant je pense qu'elle est à la CMU et elle a le RSA je l'avais oublié cette patiente. Et celle-là aussi, j'envoie pas les papiers parce que comme tu n'es pas remboursée et en fait quand tu envoies les papiers CMU tu n'es jamais payé...Je dois avoir un an de consult, une fois par semaine... (Ulriche, psychiatre)

Ce discours est généralisé quand il s'agit des bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat.

Ceux-là, c'est gratuit par la force des choses parce que j'ai jamais réussi à me faire rembourser quoi que ce soit avec l'Aide Médicale gratuite. (gynécologue versaillaise)

Une gynécologue parisienne parle d'une de ses collègues qui reçoit les étrangers bénéficiant de l'AME à l'hôpital mais pas à son cabinet.

C'est l'aide médicale d'état qui est trop casse-pieds parce que là, tu peux jamais compter un C2, c'est 23 euros, même pas 28. Tout est comme ça. Là aussi, c'est long. C'est ces patientes-là qu'elle envoie à l'hôpital. C'est aussi une autre façon de gérer le truc.

En ce qui la concerne, elle les accepte sauf pour les IVG médicamenteuses.

Par exemple les IVG médicamenteuses qui ont l'aide médicale d'Etat, là je les prends pas. Parce que du coup, là vraiment ça te coûte du fric, parce que l'IVG médicamenteuse c'est toi qui fournis les médicaments que tu as acheté préalablement. [...] Mais, quand tu t'es fait avoir une fois ou deux... Si tu veux quand même le forfait, le forfait aide médicale d'Etat c'est 191, enfin c'était 191 euros, là ça vient de baisser mais c'est pas clair, on n'a pas bien compris. Si tu veux, quand tu as fait la 1^{ère} consult' pour expliquer l'IVG, la 2^{ème} pour donner les médicaments, que t'as donné les médicaments, que tu as la consult' de contrôle, que la dame elle t'a appelé plusieurs fois pour te dire comment ça se passait, pour te demander un conseil, t'es pas payée du tout, tu l'as mauvaise quoi. Donc du coup je les renvoie à l'hôpital. (Michèle, gynécologue parisienne)

Certains praticiens, pour faire face au problème de recouvrement de leurs consultations, contreviennent à la loi en refusant le tiers payant et en demandant aux patients de faire l'avance. En refusant le tiers payant, les professionnels que nous avons rencontrés cherchent avant tout à sécuriser le règlement de la consultation ou des actes réalisés. Ils ne sont pas toujours conscients qu'en procédant de la sorte, ils font obstacle à l'accès aux soins parce que le patient n'a pas nécessairement la somme demandée, ni sur lui, ni ailleurs (Desprès, 2013). Ainsi, un dentiste ne refuse pas les bénéficiaires de la CMUc lors d'une prise de rendez-vous mais lors de la première consultation, il pose le cadre : il n'a de dispositif de lecture de la carte vitale et ne pourra pas faire de tiers payant (le lien n'est pas logique car on peut faire un tiers payant sur feuille de soins, d'autres le font). Par ailleurs, il demande un supplément d'honoraires par rapport au forfait CMU et s'étonne que les patients ne reviennent pas. Argument qu'il retourne contre eux, mobilisant l'absence de continuité.

Autre argument mobilisé autour du tiers payant, ne concernant pas seulement les bénéficiaires de la CMUc, *mais quand même plutôt eux*, le refus de faire la trésorerie de l'assurance maladie. Ici, l'argument relève plus d'un rapport de force, d'un conflit entre praticiens libéraux et l'Assurance maladie. C'est donc plus une question de principe, amenant certains à ne pas accepter la carte vitale. Quand on leur demande pourquoi ils ne prennent pas la carte vitale, ils répondent comme cette dermatologue (qui reçoit les bénéficiaires de la CMU) :

« la sécu m'horripile. C'est épidermique. Je ne leur demande rien. »

La question du recouvrement des soins semble également problématique pour les dentistes depuis la mise en œuvre de la nouvelle cotation des actes (cf chapitre sécu).

Cette question du recouvrement chez les médecins marque une ligne de démarcation entre CMU et AME. Les modalités de remboursement distinctes et de l'avis de la plupart des praticiens beaucoup plus incertaines pour l'AME justifient des refus, énoncés assez clairement et non questionnés. Pour ceux qui en voient très peu, comme les spécialistes parisiens, un certain nombre font un acte gratuit plutôt que perdre du temps à essayer de récupérer une consultation. D'autres en font une question de principe et cherchent à recouvrir le montant de la consultation. Mais dans les discours, la ligne de démarcation symbolique instaurée par l'Etat n'est pas remise en question. Fassin avait signalé la tension entre universalité du droit aux soins et illégitimité de certains Etrangers. Seule une praticienne gynécologue l'évoque, mais c'est aussi la durée de l'échange qui a autorisé des digressions et l'évocation de ce sujet.

*L'état a fixé ses règles, très bien, mais c'est quand même très compliqué...
Moi j'ai pas envie de dire à quelqu'un : On te soignera pas parce que t'as pas passé 3 mois en France, enfin je sais pas mais c'est pas à moi de dire ça. (Justine, gynécologue)*

Elle évoque la situation de ceux qui jugent de l'attribution de l'AME :

*Je sais pas comment ils font psychologiquement parce que c'est horrible.
De décider qui, qui pas.*

d) La peur d'un impact financier

Logiquement, dans les beaux quartiers, le nombre d'appels étant aux dires des praticiens très réduit, l'impact financier devrait être inexistant. Pourtant, les refus semblent être plus localisés dans les beaux quartiers (Desprès et al, 2006, 2009). L'argument financier s'avère alors plus pour ceux-là une rhétorique, même si les charges de loyer sont effectivement plus importantes. Ce n'est pas une poignée de bénéficiaires de la CMU dans le 7^e qui vont mettre en péril la rentabilité du cabinet.

Cependant, la crainte d'un afflux de patients, « un déferlement » par des effets de bouche à oreille, peut expliquer les réticences, voire des refus. Ils appréhendent d'être recommandés à leur insu, les patients ayant la CMU pouvant transmettre leurs coordonnées à d'autres, soit par des médecins qui leur adressent habituellement des patients. Pendant l'entretien, un dentiste dans le 94 a reçu l'appel d'une association qui

cherchait des praticiens acceptant les bénéficiaires de la CMUc. Ce qui du coup pourrait créer une filière¹¹⁸.

Nous avons évoqué le cas d'une psychothérapeute (psychiatre) parisienne qui était inquiète parce qu'un des médecins correspondants lui avait adressé plusieurs personnes bénéficiant de la CMUc à la suite. Son activité de psychothérapie s'inscrit dans une logique de soins réguliers, la file active de patients ayant la CMUc pouvait avoir un impact plus important sur ses revenus que dans d'autres formes de prise en charge où il y aura une ou deux consultations le temps de régler le problème. Même si ses appréhensions apparaissent somme toute démesurées par rapport au quartier où elle exerce (1^{er} arrondissement).

Le grand problème et ça, c'est un collègue psychiatre qui m'en avait parlé, qui est à une porte de Paris, c'est pas de voir un patient CMU, le problème, c'est de rentrer dans une filière où après tu as le copain de la copine ... Et là, tu ne te retrouves pas avec une ou deux personnes, tu en as vingt. (Ulriche)

Cette crainte explique en partie des refus dans des cabinets qui ont finalement très peu de demandes de CMUc, encore moins d'AME. Ou encore la mise en place de quotas, la sélection de patients au coup par coup lors de la prise de rendez-vous observée lors des testings. Le secrétariat renvoie alors les demandes de rendez-vous vers le médecin lui-même (observé lors des testings).

Il nous semble que la moindre connaissance des bénéficiaires de la CMUc conforte préjugés et stéréotypes, venant renforcer l'appréhension que cela puisse impacter leur revenu et qu'ils soient des malades qui perturbent l'organisation, leur prennent plus de temps.

e) La mixité dans la salle d'attente

Un autre argument que nous n'avons pas pu valider est l'anticipation que les patients des beaux quartiers ne supporteraient pas la mixité sociale dans la salle d'attente. Les praticiens qui ont expérimenté la cohabitation en salle d'attente de patients très contrastés socialement et culturellement considèrent que cela se passe plutôt bien (clinique de banlieue nord d'excellente réputation où se mêlent patients de proximité, avec fort taux de Maghrébins et Africains en situation de précarité et patients parisiens adressés par des confrères). Il n'est pas à exclure cependant que dans certains quartiers peu hétérogènes certains autres patients soient peu tolérants. Les préjugés sur les pauvres et les étrangers circulent dans notre société. Certains habitants sont opposés à ce que du logement social soit construit dans leur commune, on peut imaginer qu'ils ne souhaitent pas rencontrer les personnes susceptibles d'y habiter chez leur médecin. Le médecin souhaitant garder cette clientèle à toute chance de répondre à leur demande.

412. Représentation du refus de soins

Le refus de soins est perçu de manière très péjorative dans la société, où la santé occupe une place primordiale dans les valeurs, de même que le droit aux soins, mais aussi dans les milieux professionnels. Mais certaines représentations plus restreintes du refus de

¹¹⁸ Sa réponse a été qu'il prenait sa retraite dans deux mois, ce qu'il nous avait également signalé.

soins, pensé uniquement en tant que refus « primaire », autorisent des attitudes de transgression : le refus de soins, c'est refuser de recevoir un patient, ce en dehors de l'urgence. L'application de tarifs indus ou le refus du tiers payant ne sont pas considérés comme du refus de soins, stricto sensu par quelques-uns. Une manière de présenter les choses qui légitime des pratiques illégales. Nous avons vu aussi que l'UJCD différencie soins et prothèses, comme si les prothèses n'étaient pas une forme de soins...

413. Typologie de praticiens

Nous avons retenu plusieurs caractéristiques susceptibles de différencier des catégories de médecins, leur rapport à l'argent, l'éthique et les valeurs.

a) Le rapport à l'argent

Etant donné la place qu'occupent les questions financières et de rentabilité dans les discours, il paraissait évident que les praticiens pouvaient se définir selon leur rapport à l'argent. Sans tomber dans la caricature, il y aurait ceux qui veulent accéder à un revenu et un niveau de vie élevés et ceux qui ont des visées plus modestes. Ces prétentions à un niveau de vie élevé ne sont pas déconnectées de l'origine sociale. Les attentes et habitudes d'un certain train de vie déterminant le niveau de revenu idéal à atteindre, sans pour autant être déterministe.

Cette question n'est pas déconnectée non plus des besoins, en lien avec la structure familiale, est-ce que le conjoint travaille, le nombre d'enfants, s'ils font des études, etc.

Il existe différentes manières de bien gagner sa vie, d'augmenter ses revenus, nous l'avons dit, en multipliant le nombre d'actes donc soit en travaillant plus, soit en réduisant le temps de consultation, ou en privilégiant les actes techniques mieux rémunérés. La ligne de partage ne se situe donc pas entre médecins du secteur 1 et du secteur 2 malgré les taux de refus plus élevés chez les seconds.

On a l'impression que celui qui est en secteur 1 est généreux alors que c'est faux. Peut-être qu'il fait moins bien son boulot que celui qui est en secteur 1 ? (acteur de santé publique, dentiste)

Notons que pour les spécialistes en secteur 1 rencontrés, le choix du secteur est souvent un choix « contraint » parce qu'ils n'étaient pas anciens chefs de clinique. Nous avons vu aussi que certains médecins en secteur 2 privilégiaient à la fois la qualité des soins, la disponibilité, l'écoute facilitée par le temps dont ils disposent avec chaque patient, les dépassements d'honoraires leur permettant de garder un certain niveau de revenus en prenant ce temps. Ce temps, s'il est indéniablement un facteur concourant à la qualité de soins, est aussi un confort pour le médecin.

Pour ceux que nous avons rencontrés, ils ne vont pas réduire délibérément le temps de consultation parce que les CMUs rapportent moins, mais ils pourraient conclure plus rapidement la consultation d'un patient qui « agace ».

La multiplication des actes est un moyen de gagner plus mais les motivations sont diverses. Il y a des médecins qui gagnent bien leur vie en étant médecins généralistes en secteur 1, au prix d'un alourdissement de leurs horaires de travail, sacrifiant parfois leur vie personnelle. Ils le font parce qu'ils estiment qu'il y a une forte demande (en milieu rural, dans des zones sous-dotées). D'autres par motivation financière. Pour quelques-uns, cela peut aller jusqu'à réaliser des actes non légitimes cliniquement, certaines

échographies, par exemple, ce qui nous a été rapporté par plusieurs médecins à propos de certains de leurs confrères.

Les études (Bellamy, Mikol, 2012) ont repéré des catégories de médecins qui ont une activité intense, multiplient les actes, éventuellement en appliquant des dépassements d'honoraires, parfois importants.

Des bénéficiaires de la CMU ont rapporté que certains médecins ne les recevaient même pas mais posaient un renouvellement d'ordonnance au secrétariat, tout en comptabilisant une consultation. La recherche de profit ne démarque donc pas ceux qui refusent et ceux qui ne refusent pas. Il en existe de part et d'autre. Des praticiens dont le carnet de rendez-vous n'est pas plein peuvent toujours accepter au dernier moment un bénéficiaire de la CMU.

b) Ethique et valeurs

Avant d'évoquer les valeurs qui pénètrent la profession, on ne peut faire abstraction de la pression sociale, qui pousse à se conformer à des règles de conduites implicites dans une société où la santé occupe une place primordiale.

Tout d'abord, il nous faut insister sur le fait que les discours sont traversés par la mise en avant de valeurs humanistes. Le choix de cette profession, « pénétrée d'humanité », est régulièrement rattaché à la volonté « d'aider les autres ».

Tout d'abord, pour des raisons déontologiques, un certain nombre de praticiens acceptent de recevoir tous les patients quelle que soit la catégorie, et même si cela a des conséquences sur leur rentabilité et leur niveau de vie.

Cependant, les valeurs se déclinent de manière plurielle. Elles sont mises en avant aussi par ceux qui refusent. Une dentiste qui refuse la CMUc même à ses propres patients, quand ils ont changé de couverture sociale, explique que « ça fait mal au cœur ». Souvent, les valeurs humanistes prennent la forme d'une sensibilité à la souffrance de l'autre qui est mise en avant et se concrétise par la proposition de soins dans le cadre d'une « charité », c'est-à-dire individualisée et laissée libre à la propre perception et subjectivité du médecin ou du dentiste. Un spécialiste d'origine étrangère a longtemps soigné gratuitement ses compatriotes alors que son pays était en guerre et qu'ils étaient réfugiés en France, sans ressources. Il refuse la CMU.

Ceux qui refusent (parmi ceux que nous avons rencontrés) participent parfois à des missions humanitaires à l'étranger ou ont réalisé occasionnellement un acte gratuit. Cette ambivalence est très marquée chez certains spécialistes, parfois profondément partagés, clivés entre des enjeux contradictoires. Nous l'avons vu particulièrement pour une gynécologue chirurgienne, qui est très sensible à l'histoire de ses patientes, à leurs difficultés au point que son activité est à la limite de la rentabilité.

De manière plus fréquente, l'application d'un dépassement d'honoraires qui varie selon l'évaluation subjective des difficultés économiques d'un patient est sans doute un moyen de gérer cette tension entre leurs attentes financières, de « gagner correctement leur vie » et un souci de « justice sociale ». Ajoutons que la justice sociale est pour quelques uns éloignée de leurs préoccupations, considérant qu'elle relève du secteur public et non du privé, pensé comme libéral :

*L'Etat l'a mise en place, l'Etat est là pour ça, l'Etat prend ses décisions, prend ses responsabilités et n'a pas du tout à rebasculer ses **bonnes œuvres** sur les praticiens privés. Il y a des tas de centres de santé financés*

par l'Etat, des tas de centres mutualistes. C'est pas au privé de gérer les décisions politiques de l'Etat français, c'est très clair pour moi (Barbara, dentiste parisienne).

Ce qui prévaut, on l'entend dans ces propos, c'est un idéal de charité, pas nécessairement de justice sociale, dans une approche très individualisée qui fait courir le risque de l'appliquer en fonction du mérite d'un patient, de logiques de contrepartie et construites autour de la responsabilité (Desprès, 2010).

Ainsi une dentiste parisienne ne prend pas les bénéficiaires de la CMU, considérant que les soins pour cette catégorie de la population relèvent des centres de santé. Cependant, elle met en avant le fait d'avoir « une bonne âme ».

« Quand je suis bien lunée, je me dis OK je vais dépanner quelqu'un. Quelqu'un qui est gentil, respectueux, c'est au feeling. »

A l'inverse, quand la personne ne prévient pas qu'elle a la CMU et sort son papier en fin de consultation, elle considère cette attitude « inacceptable. »

« Ils le savent parfaitement bien. D'autres qui sont plus honnêtes, qui vont plus tabler sur la fibre sensitive et là, ça marche. A la limite, je fais pas payer. »

On voit là l'opposition marquée entre un droit qui peut être légitimement revendiqué, ce qui nous l'avons dit est insupportable pour certains praticiens, et leur bon-vouloir.

L'éthique est pensée de manière différente par quelques-uns, peu nombreux (dans notre corpus encore une fois). Ils considèrent qu'ils n'ont pas à décider qui paiera et à quel niveau, avec l'arbitraire que cela sous-entend. Une décision qui outrepassa le rôle et les compétences du médecin, selon eux.

La question des inégalités sociales de santé est largement ignorée par les praticiens, même les généralistes, sauf quelques-uns mais qui font partie de réseaux spécifiques. Cela va avec une ignorance des déterminants de la santé, et de la place relative du système de soins dans ces déterminants. Cela semble pourtant quand cette question est parfaitement intégrée conduire à un exercice très différent qui relativise le rôle du médecin et l'affranchit du sentiment de frustration à ne pas obtenir les résultats escomptés avec un patient.

c) Expériences individuelles, parcours personnels

Nous avons traité les interactions soignants/soignés comme des rapports entre des groupes sociaux au sein de la société qui se rejouent dans l'espace de la consultation. Les rapports à la précarité ne sont pas seulement le fait d'une origine, d'une appartenance sociale mais interviennent aussi les carrières professionnelles, les expériences accumulées tout au long de l'existence. Certains, bien qu'éloignés sociologiquement de certains groupes de population, les Roms par exemple, peuvent s'y intéresser spécifiquement et finalement se passionner pour leur culture. C'est le cas d'un néphrologue parlant catalan, mais aussi d'un praticien qui à force de les côtoyer, a appris à les connaître. Au départ, lorsqu'il s'était installé, les patients se faisaient rares et il avait établi des contacts avec une communauté résidant près de son cabinet. A travers ces deux exemples, on voit que ce sont parfois des histoires de vie qu'il faut mobiliser

pour comprendre aussi pourquoi certains refusent, évitent et d'autres accueillent des groupes stigmatisés.

414. Le rapport à l'Etat, le rapport à la loi

Il est assez paradoxal d'entendre des discours portant sur l'importance de l'accès aux soins pour tous, le rappel que la profession médicale est pétrie de valeurs, notamment de la part des syndicats, et la contestation d'une loi « juste », ou qui « introduit une inégalité juste » (Leduc, 2007). Certes quelques-uns considèrent qu'elle n'est pas donnée aux bonnes personnes, d'autres qu'il y a beaucoup de fraudes, ce qui en soi ne remet pas en cause le dispositif mais seulement les mécanismes de contrôle.

Autre paradoxe, certains réalisent des actes gratuits alors qu'ils refusent la CMU par ailleurs.

Ce qui peut expliquer ces contradictions, c'est sans doute la question d'un rapport difficile aux pouvoirs publics, à l'Etat. Quand ils réalisent un acte gratuit, ou des activités bénévoles, c'est parce qu'ils ont choisi de le faire. Certains ne supportent pas *viscéralement* de se voir dicter des règles par l'Etat, qu'elles concernent les tarifs ou les soins. Les médecins, « ils aiment pas qu'on leur impose des choses », explique Justine, ancien chef de clinique qui a quitté l'hôpital et qui s'est installée en banlieue nord-ouest.

Moi je n'exclue pas de me déconventionner un jour par pure fierté. Et si je dois pas faire payer les gens, ben je les ferai pas payer. Mais juste parce que j'aime pas qu'on m'emmerde quoi. J'aime pas qu'on me dise : « Mais tu feras ci, tu feras ça. » J'ai l'impression d'être pour le coup dans un Etat de.. Ouais j'ai l'impression d'être en ex URSS quoi, je le vis comme ça. C'est Staline qui va nous expliquer : « Donc tu feras un dépassement de 50 euros .. de 20 euros... » Mais je m'en fous mais ta g... ! (Justine)

On sent l'hostilité, voire une violence à peine masquée dans ses propos outranciers.

Si les parcours professionnels depuis les études jusqu'au projet de s'installer et sa mise en œuvre sont variés, les médecins de ville (rencontrés) semblent très attachés à cette indépendance, même pour ceux qui ont un exercice salarié. Si une part des praticiens affirme un projet libéral¹¹⁹ (avec des degrés divers), plus particulièrement du côté des dentistes, notamment le FSDL qui a gagné les dernières élections, l'ambivalence marque les deux professions à des degrés divers. Ce n'était pas le propos de cette recherche et nous n'avons pas approfondi cet aspect mais il apparaît incontournable de l'évoquer car il nous a semblé que cette question n'était pas hors de propos pour comprendre l'attitude de certains praticiens à l'égard des lois telles que la CMU. Il y a manifestement une dimension symbolique dans le refus de la CMUc, notamment dans sa variation refus du tiers-payant. Bien-sûr, certains cherchent seulement à s'affranchir de tâches administratives, mais surtout refusent ce lien de dépendance avec l'Etat construit par le tiers-payant.

¹¹⁹ Historiquement la médecine de ville était fondée sur la liberté d'installation, le libre choix du médecin, la liberté thérapeutique et l'entente directe sur les honoraires mais financée aux trois quarts par des prélèvements obligatoires. (Tabuteau, 2010)

Les dentistes semblent en moyenne plus ancrés dans une vision libérale de leur métier que les médecins, d'autant qu'il est fréquent que les seconds (médecins spécialistes en secteur 2 anciens chefs de clinique qui gardent fréquemment une vacation hospitalière), assurent une activité mixte et consultent à l'hôpital. Nous avons déjà évoqué la répartition différente public/privé des deux professions.

A cette analyse, nous devons ajouter l'approche libérale différente.

« Une profession (dentaire) qui revendique beaucoup le côté libéral, qui est très marquée politiquement et c'est le syndicat le plus marqué politiquement sur un bord qui est en pleine ascension, qui n'existait pas, qui est la SFDL, qui n'existait pratiquement pas avant et qui a fait de beaux résultats aux dernières élections. » (chir. Dentiste, acteur clé, 94).

Comme en témoigne cette femme chirurgien-dentiste qui refuse les bénéficiaires de la CMUc :

« On est profondément libéral. Jusqu'au bout des ongles. Le dentiste qui s'installe dans son cabinet le gère de A à Z il n'attend rien de l'Etat. Je ne vois pas pourquoi l'Etat nous obligerait à prendre en charge quelque chose que lui a décidé. Encore une fois pour des raisons politiques. Je peux très bien choisir d'aller soigner gratuitement chez SOS dentaire mais je l'aurai choisi. » (Barbara)

Elle avance que la part faible prise en charge par la sécurité sociale la désengage de devoirs envers l'Etat, dans un contexte où explique-t-elle, « de plus en plus, les mutuelles prennent le relais ». Dans ce cas, son approche est celle d'un système binaire, privé/libéral et public et le refus de participer à la redistribution.

Cette autre est opposée à la CMU, même si elle l'accepte pour ne pas contrevenir à la Loi.

Je vous dis franchement, je ne suis pas assistante sociale. Je ne comprends pas pourquoi on exige du praticien de faire du social. En fait, il n'y a pas de compensation, il n'y a pas de compensation financière, moi je travaille à 50 % à perte. (dentiste 18^e)

Une étude qualitative ne saurait constituer une évaluation des effets de la législation en vigueur visant à sanctionner le refus de soins. Néanmoins, à cet égard, la loi a une valeur éducative, en fixant un cadre normatif. Cette dentiste du 18^e ne se démarque pas de ceux qui refusent mais ne veut pas tomber dans l'illégalité. Le seul fait d'évoquer directement ou indirectement cette question dans les entretiens amène une majorité des interlocuteurs à rappeler cet interdit, ce qui en soi, est un résultat. Et ce dentiste de soulever la question :

La CMUc est un dispositif légal voté par la loi qui s'impose à tout le monde. Une obligation sans sanction n'est plus une obligation.

Il ajoute fort justement : Il ne s'agit plus d'un rapport au patient mais à la collectivité !

Dans l'épreuve de force qui oppose praticiens et Assurance maladie, et plus généralement l'Etat, le bénéficiaire de la CMUc ou de l'AME apparaît parfois comme le bouc émissaire. Un chirurgien-dentiste interrogé en 2006, représentant syndical dans son département, considérait le système comme aberrant et boycottait : « c'est ma

liberté de faire grève ». Il recevait les urgences et dans ce cas réalisait un acte gratuit pour « ne pas rentrer dans le système ». Il considérait que la solidarité sociale se faisait aux dépens de sa profession. Dix ans plus tard, il reçoit les bénéficiaires de la CMUc dans une ville de banlieue où ils sont nombreux. Il s'agissait pour lui d'un combat syndical (dont le bénéficiaire de la CMU faisait les frais) :

On a essayé de faire pression pour que ça bouge, si vous voulez, ça n'a pas marché, on n'a pas pu continuer dans cette voie-là.

Cette position est confirmée par le CNSD :

En 2005, on a fait une action qui a pas duré longtemps parce qu'elle a été vite enrayerée, mais elle a porté le coup, on a dit ça suffit on ne fera que les urgences sur les patients CMU-C.

414. Les pressions normalisatrices

Sans pour autant aboutir à une pratique de refus de soins, la logique introduite par la cotation à l'activité et les nouvelles CCAM pour les actes buccodentaires sont inadaptées à la prise en charge des soins des personnes vulnérables, « un plan de soins » qui suppose une anticipation et une inscription temporelle des soins. Le praticien peut alors rencontrer des difficultés avec l'assurance maladie, quand le patient ne se conforme pas au parcours de soins attendu. Il peut être obligé de rembourser quand le patient interrompt son parcours. De ce fait, il est difficile de penser le dispositif CMU, sans tenir compte du rapport aux soins et des conduites des patients concernés.

Certains de ces aspects de cotation des actes contribueraient indirectement à des refus. Ainsi, il n'y a pas de cotation en dentaire des actes d'urgence. Si une personne vient pour un acte d'urgence, c'est gratuit, et le dentiste se fera payer sur l'acte final quand il aura fini de traiter.

Or souvent, ils reviennent pas et on n'a pas envie qu'ils reviennent puisqu'on est sous-payés quand on les soigne. (dentiste)

Face à des pressions visant à normaliser (les rendre conformes à la norme) les pratiques, qui passent en partie par une normalisation de la patientèle, parfois des formes de harcèlement de la part de la sécurité sociale comme certains en ont témoigné, certains praticiens sont profondément découragés. Leur engagement pour certains, leurs actions semblent perdre de leur sens ; d'autres vont de manière très pragmatique commencer à sélectionner leur patientèle, avec éviction des plus pauvres.

Fatalement, ceux qui avaient des patients à la CMU, qui avaient des récupérations de soins, ils sont sur des profils de dépenses par patients qui sont anormaux. Et donc ils se font épingler ...

Nous avons évoqué les injonctions contradictoires du côté de l'Assurance maladie entre maîtrise des coûts et réduction des inégalités, ajoutons réduction des coûts de la santé et qualité des soins. On peut se dire que ce manque de clarté sur les priorités peut expliquer des conduites ou propos tenus par quelques médecins-conseil ou dentistes-conseil même s'il est difficile d'en connaître la fréquence. Cependant, sous des formes plus ou moins extrêmes, ils ont été rapportés dans plusieurs départements et dans ces

départements, il y a recoupement alors que dans d'autres, les praticiens ne mentionnent pas de souci particulier, parfois tout au contraire. Comme on avait observé des agents d'accueil qui restreignait l'accès à la CMU ou à l'AME au-delà de ce que prévoyait la loi (Fassin, Leduc), certains agents pourraient, en exerçant une pression sur les professionnels, chercher à restreindre l'accès aux soins de certaines populations. Nous n'avons pas rencontré ces professionnels pour pouvoir connaître leurs motivations, on supposera qu'elles peuvent procéder d'un positionnement tout à fait personnel, ou de pressions hiérarchiques avec ou sans une appropriation des priorités budgétaires, comme valeur première.

415. Une relation moins satisfaisante ?

Les représentations dominantes des bénéficiaires de la CMUc comme de mauvais citoyens (ils trichent, ils fraudent, profitent du système, consomment trop) circulent dans la profession. Même si elles sont contestées par des médecins qui s'appuient sur leur propre expérience pour affirmer le contraire, il y a visiblement des effets de rumeur. Ceux qui les véhiculent témoignent presque toujours qu'ils en ont parlé avec des confrères, ou que ceux-ci leur ont rapporté telle ou telle situation exemplaire.

Ces représentations stigmatisantes contribuent au refus, elles les confortent dans son bien-fondé, du point de vue de ceux qui le pratiquent. Elles viennent délégitimer des patients qui probablement sont refusés pour des raisons largement économiques. Nous n'avons pas rencontré de praticiens qui refusaient des bénéficiaires de la CMUc uniquement du fait des préjugés et des stéréotypes (cela ne veut pas dire qu'ils n'existent pas, mais ils sont certainement moins nombreux). Nous avons rencontré des praticiens qui adhéraient aux stéréotypes sans refuser. On peut supposer que ces préjugés relèvent donc d'une rhétorique de justification, car il est difficilement avouable de dire qu'on refuse des patients parce qu'ils ne rapportent pas assez..., soit de la conjonction de logiques financières et de préjugés sur les plus pauvres qui circulent dans la société. Certains des bénéficiaires de la CMUc dans certains quartiers ou départements sont aussi plus fréquemment d'origine ou de nationalité étrangère, Maghrébins ou venus d'Afrique sub-saharienne. Cette mixité est parfois évoquée, rarement pensée comme un problème : un non-dit, un impensé dans le contexte politique international actuel. Le non-dit pourrait masquer des préjugés racistes ou xénophobes, à l'encontre du patient « autre », étranger ou considéré comme tel, pensées autocensurées dans les entretiens et rapportées dans la littérature, qui, nous l'avons dit, concerne essentiellement le milieu hospitalier.

Ces représentations dominantes sont partagées par une partie de ceux qui ne refusent pas. Cela peut avoir des conséquences délétères sur la relation. Les effets sont difficiles à percevoir, plus invisibles, peu conscientisés, et certains affirment que pour autant, ils reçoivent leurs patients en situation de précarité de la même manière. On peut rester dubitatif.

Des attitudes intermédiaires peuvent être constatées : le bénéficiaire de la CMUc doit faire ses preuves, ses papiers doivent être à jour, les rendez-vous manqués ne sont pas tolérés. Il y a bien un traitement différent des autres patients face à des attitudes similaires, car les praticiens sont tous d'accord pour considérer l'absentéisme comme un phénomène généralisé. Ils divergent pour savoir si c'est plus souvent ou non les « précaires. » Pourquoi cette frange de la population plus vulnérable, qui n'est pas

toujours au fait des codes de bienséance quand les personnes ont un parcours migratoire récent, qui connaissent des conditions de vie qui peuvent expliquer des difficultés réelles à honorer un rendez-vous, sont-elles plus sanctionnées que les autres ? Pourquoi cette moindre tolérance ?

Une autre question se pose. Les représentations stigmatisantes sont-elles plus importantes quand on rencontre fréquemment des personnes ayant la CMUc (liées à une mauvaise compréhension de leurs situations par les professionnels) : c'est l'expérience quotidienne avec ces patients qui est à l'origine des agacements, voire d'une hostilité. Ou au contraire, les préjugés affluent d'autant plus que l'on ne les connaît pas, en lien avec des préjugés et des stéréotypes qui circulent, et notamment relayés par des confrères, peu ancrés sur un vécu concret¹²⁰. *Dans ce dernier cas, est-ce que la rencontre avec ces personnes, permet de lever ces préjugés ou ces perceptions négatives ?*

Ainsi, il est communément admis que le contact entre les groupes améliore leurs relations (Paluck and Green), ce sous certaines conditions, le contact devant être orienté vers un but commun (c'est le cas dans la relation de soins), il doit se faire aussi entre personnes de statut et groupes égaux. Ces éléments ne correspondent pas à la réalité de la relation de soins mais la différence de statut socioéconomique entre soignant et soigné venant fréquemment redoubler les différences sur le plan ethnique.

Les travaux nord-américains concernant la discrimination dans le champ des soins quand le médecin et le patient sont de la même origine, vont dans ce sens (moins de discrimination), même s'il existe quelques études aux résultats discordants. La relation de soins en France comporte de grandes différences par rapport au contexte nord-américain. Il semble que les représentations péjoratives des bénéficiaires de la CMUc concernent également ceux qui les reçoivent, les côtoient régulièrement et donc procéderaient plutôt d'une méconnaissance de leurs problématiques. La proximité ethnique n'a pas pu être explorée dans notre corpus (pas assez de médecins issus de « minorités »).

Le deuxième aspect concerne la construction collective des patients en situation de précarité comme de mauvais patients. Deux aspects sont à analyser. Ceux qui sont relatifs à la relation/l'interaction et ceux qui découlent de leurs conduites de malades/soignés.

Ainsi, certains patients ne rentrent pas dans le cadre d'une relation de soins considérée comme satisfaisante. Nous avons déjà évoqué les éléments relatifs à cette relation. De nombreux travaux montrent l'évolution des modèles d'interaction entre le médecin et son patient depuis l'ancien modèle paternaliste. La catégorie sociale ou culturelle à laquelle appartient un patient contribue à l'orienter vers un modèle ou un autre, qui aura la préférence du médecin. Avec les patients en situation de précarité, le modèle se rapprocherait du modèle paternaliste, le « cadre sup » très à l'aise, dans un rapport d'égal à égal et le modèle « à l'ancienne » où « l'autorité scientifique » est conférée au médecin. Même si tous ne sont pas d'accord sur ce point. Les avis divergent entre ceux qui pensent que les personnes précaires sont des patients plus faciles, plus compliants. Ils sont tantôt considérés comme irrespectueux et plus exigeants, « j'y ai droit » étant la phrase récurrente qui les caractérise, pour d'autres ils sont « gentils », respectueux, ce

¹²⁰ Une étude auprès des étudiants en DCEM4 va dans ce sens. Avant d'avoir terminé leurs études, les étudiants ont déjà des préjugés, notamment en termes de patients qui posent des problèmes de prise en charge.

qui pourrait être articulé aussi avec une certaine conception de la relation soignant/soigné.

La proximité sociale et culturelle facilite l'échange. Les codes sont partagés. Nombreux sont les médecins qui en conviennent, encore que certains trouvent toujours un terrain commun ou le cherchent activement. Les attentes des malades sont mieux comprises quand il y a proximité. A l'inverse, le patient renvoyé à son altérité peut faire peur.

La peur réciproque. Y'a du coup beaucoup de malentendus entre les patients précaires et les dentistes. » (dentiste, Elisabeth)

De plus, certains patients donnent moins satisfaction en termes de résultats cliniques. En termes de prévention, de changement des conduites (alimentaires, par exemple ou addictions), des résultats sont difficiles à obtenir du fait de leurs conditions de vie et de l'incidence sur le rapport aux soins ce qui est à l'origine parfois d'un sentiment de frustration ou d'exaspération. Le lien est rarement établi entre ces deux composantes et donc ils sont considérés comme des patients récalcitrants, parfois la culture est invoquée, parfois encore la religion. « les Musulmans sont fatalistes » est une phrase entendue régulièrement.

Ces éléments sont renforcés par les pressions de normalisation des caisses et les rémunérations sur objectifs (ROSP) qui ne sont pas propices à l'accueil de patients « hors normes ».

Concernant la satisfaction clinique, les avis divergent. Elle peut venir aussi d'un sentiment d'utilité en lien avec les pathologies présentées par les patients et la reconnaissance des patients qui découlera des résultats :

« Quelquefois, ça m'amuse parce que j'ai des collègues qui me disent, y en a marre de ce boulot. C'est fatigant. C'est usant. Et puis on commence à prendre de l'âge. Et puis le patient qui nous enquiquine parce que sa céramique sur le fond, elle n'est pas tout à fait de la couleur de Je dis, c'est ça vos problèmes ! Je leur dis : venez chez moi, venez travailler, vous allez... ça va être super ! Les gens, ils vont pas vous enquiquiner parce que la céramique du fond, elle est pas tout à fait de la même couleur. Simplement, vous allez leur redonner la possibilité de sourire, de ne pas avoir mal aux dents la nuit ou n'importe quand. C'est quand-même important. Arriver à manger à peu près. Et ils vont être ravis de vous. » (dentiste, Elisabeth)

Ce que notait également un radiologue (93):

C'est assez agréable de travailler avec ces populations qui sont... avec qui on peut... on a l'impression d'être efficace au niveau médical. On n'est pas là que pour faire de la bobologie. Y a vraiment beaucoup de pathologies. On est là pour aider les gens.

Dans un contexte de surcharge professionnelle, notamment en milieu rural, certains pourraient sélectionner leur patientèle, dans le cadre d'une économie de moyens, ce dont pâtiraient les plus pauvres.

Enfin, dernier point, la prise en charge, quand le patient est en situation de précarité s'avère plus difficile, nous avons évoqué les poly-pathologies, l'intrication des

dimensions sociales et médicales, ce qui est peu évoqué par les médecins. Ajoutons les difficultés d'orientation du patient. Ainsi en est-il d'un dentiste :

En fait, la façon que j'ai de travailler, elle est forcément... à un moment, ça cale. C'est-à-dire que comme je fais pas les soins de racine, des canaux des dents, je suis obligé... Je ne le fais pas, je ne sais pas la faire, je ne veux pas le faire, je suis libre donc je préfère envoyer les patients à un spécialiste. Qui n'est pas conventionné. Donc le patient qui va là-bas, on lui fait un devis, c'est 500, 600 euros de sa poche. La chaîne de soins s'arrête. ...] Donc forcément par des options de soins qui sont élitistes. Alors forcément, les gens, ils sont triés... c'est triste à dire. Par le niveau pécuniaire. (Elias, Dentiste, 16e)

Ou pour cette gynécologue qui n'est pas très claire sur le fait qu'elle accepte ou non l'AME :

Je pense à celles qui sont à l'Aide Médicale gratuite, parce que moi je sais pas quoi... Je les envoie à l'hôpital celles-là parce que moi je peux rien... Elles peuvent rien payer, enfin il faut qu'elles fassent les trucs, enfin elles peuvent rien payer à l'extérieur, donc c'est un statut complètement qui me paraît difficile à gérer en ville.

Conclusion

1. Les forces et les limites de l'étude : réflexions sur la méthode

11. La participation des médecins et dentistes

Les praticiens ayant accepté de nous rencontrer ont manifesté leur intérêt pour la question de la différenciation des soins et ont pour certains exprimé en fin d'entretien qu'ils avaient apprécié l'*exercice* de réflexion sur leurs propres pratiques qu'ils avaient dû réaliser. Quelques-uns ont partagé le fait qu'ils ont peu d'espace pour le faire, peu de temps aussi et qu'ils n'avaient jamais réfléchi auparavant à certaines questions posées. Nous avons été nous-mêmes étonnés du temps qu'ils ont bien voulu nous accorder pour des entretiens, fréquemment un deuxième rendez-vous. Le fait de s'organiser parfois en deux fois, permettait sans doute aussi une certaine maturation des questions posées entre deux rendez-vous. L'intérêt suscité par la problématique a été une force qui nous a permis de nous engager dans des entretiens longs, même avec des praticiens ayant une lourde charge de travail.

Ce temps d'entretien a constitué pour les médecins et les dentistes, pour certains en tout cas, non seulement un moment de réflexion, mais il a ouvert un espace d'échange. Nous n'avons pas hésité après les avoir questionnés et entendus sur un sujet à leur faire part de ce que d'autres avaient dit, ou parfois à partager l'analyse que nous avions envie de porter pour qu'ils y réagissent. Ce qui permettait de prolonger l'échange, d'approfondir.

Quoi qu'il en soit, cet intérêt témoigne de la posture de nombreux médecins prêts à s'interroger sur leurs pratiques dès lors qu'un espace de dialogue est ouvert, ce qui constitue un levier potentiel d'action très fort, à condition que le cadre et les conditions de la réflexion soient acceptables pour eux. Il n'en est pas moins vrai que des demandes d'entretiens nous ont été refusées, la charge de travail étant mise en avant, sans doute un manque de motivation, ou la gêne pour ceux qui refusent des patients bénéficiant de la CMU.

12. Une étude novatrice

Aucune étude à ce jour (à notre connaissance) ne porte de manière ciblée sur la différenciation et la discrimination dans les soins en pratique de ville en s'appuyant sur un recueil de données auprès des praticiens. Ni sur une approche compréhensive du refus de soins, en analysant les pratiques médicales et dentaires avec une perspective sociologique ou anthropologique. Il s'agit donc d'un premier état des lieux dans lequel nous proposons un point de vue, global, « généraliste », de la question de la différenciation des soins au sein de la profession médicale et dentaire (en ville) et qui méritera des prolongements et des approfondissements.

Nous avons choisi de mener une étude qualitative, plus à même de repérer et comprendre les attitudes et les pratiques, mobilisant une approche inductive (et non hypothético-déductive comme dans les études quantitatives). L'analyse socio-anthropologique permet de saisir des logiques diverses, individuelles et sociales, matérielles et symboliques et de les articuler entre elles, en les rapportant dans le même temps à un contexte, un environnement. Classiquement, il s'agit non de constituer un échantillon représentatif mais de diversifier le corpus, voire même d'aller regarder dans les marges. Le nombre de médecins généralistes est relativement conséquent alors que le refus de soins est très peu fréquent dans cette profession. Mais il nous est apparu

essentiel de rechercher des formes alternatives de différenciation et/ou de discrimination étant donné qu'ils sont des professionnels de première ligne et qu'ils assurent un grand nombre de consultations. Plus de la moitié des médecins libéraux sont des généralistes et par ailleurs, ils ont des modes d'exercices très variables en fonction des lieux.

Nous avons privilégié des entretiens approfondis plutôt que leur multiplication. C'était une chance que les médecins acceptent des temps d'entretiens relativement longs : demande d'une heure et demie, qui a été parfois prolongée ou complétée lors d'un second rendez-vous. Ce choix nous a permis de préciser les contextes de pratiques et de mettre en évidence la complexité des problématiques. Malgré cela, nous n'avons pas pu interroger tous les praticiens sur l'ensemble des dimensions qui gouvernent leurs pratiques, comme notamment leur parcours personnel et professionnel.

La force de l'étude était aussi de pouvoir déployer un regard pluridisciplinaire, articulant anthropologie et santé publique, anthropologie et médecine. Pour qualifier une différenciation, il était nécessaire, après l'avoir repéré, de déterminer quels résultats elle produisait. Pour cela, des connaissances cliniques étaient indispensables. Et bien que centrant notre regard sur la question des discriminations, celle des inégalités sociales de santé est restée présente à notre esprit.

Plus encore, notre connaissance des conduites de soins des personnes en situation de pauvreté ou de précarité (travaux sur le renoncement aux soins, notamment), nous a permis aussi de confronter discours de soignants et discours de soignés, même s'ils n'ont pas été réalisés dans le même temps et dans la même recherche. Cela a facilité une mise en perspective du discours médical.

La démarche inductive a permis de faire émerger de nouvelles questions ou de repérer des situations ou dispositions pratiques susceptibles de favoriser ou protéger d'une discrimination (modes de prises de rendez-vous, par exemple).

Quels sont les modes d'exercice et d'organisation qui favorisent la catégorisation ? Toute catégorisation aboutit-elle nécessairement à une discrimination ?

Que penser du traitement égal des situations inégales ? Et, dans bien des cas, le traitement égal de situations différentes produit des inégalités de santé, ou au minimum les renforce.

Un traitement différent pour de bonnes intentions peut produire néanmoins des effets négatifs sur la santé. Ou pas. Jusqu'où s'ajuster individuellement aux situations particulières des patients, jusqu'où l'empathie avec ces derniers peut-elle aller : ne pas proposer un arrêt du tabac au patient submergé par ses problématiques de vie, ne pas suggérer une prise en charge du surpoids pour ne pas stigmatiser une personne ? Si la réponse purement médicale est évidente, la stigmatisation ne produit-elle pas des effets délétères qui seront peut-être plus nocifs et qui peuvent éloigner du système de soins, alors que d'un autre côté, l'efficacité attendue d'un arrêt du tabac ou d'une perte de poids durable est incertaine. Un certain nombre des questions soulevées engagent l'éthique professionnelle, demandent une réflexion et ne trouvent pas des réponses évidentes.

Notons que dans cette recherche, nous n'avons pas du tout employé le mot *discrimination* dont la définition est fréquemment pensée de manière erronée ou restreinte (supposant une intentionnalité de l'auteur) et surtout rattachée, parfois exclusivement, au critère de race (ou d'origine). Refuser un patient parce qu'on n'est pas

assez payé n'est pas alors considéré comme une discrimination, par certains. Dans le langage commun, stigmatisation et discrimination sont aussi souvent confondues.

Les limites méthodologiques

La première est inhérente à toute étude qualitative. Nous ne pouvons pas mesurer la fréquence de telle ou telle pratique. Sur une cinquantaine de praticiens, nous pouvions simplement repérer si elle était habituelle ou rare, voire exceptionnelle, et dans quelle sous-catégorie de praticiens. Nous avons surreprésenté les généralistes recevant une forte proportion de patients en situation de précarité et engagés parce qu'il nous semblait qu'ils permettaient une mise en perspective, en miroir, des discours des *autres*. Il était intéressant aussi de repérer ce qui les caractérisait et les différenciait des autres.

En second lieu, toute recherche sur une pratique occulte ou illégale, évaluée négativement dans la société, - la discrimination dans le champ des soins en fait partie-, est confrontée à des difficultés méthodologiques. Nous avons essayé d'en contourner quelques-unes.

La neutralité du chercheur a été remplacée par une empathie qui a contribué à une mise en confiance. Il ne s'agit pas de jouer un jeu de dupes, de faire semblant, mais d'adopter une posture : le chercheur n'est pas là pour porter un jugement sur les pratiques mais pour comprendre ce qu'ils font et pourquoi ils le font. Ce qui n'empêchait pas de leur faire partager à certains moments l'analyse, comme nous l'avons dit, de commenter ce que d'autres nous ont dit (en sauvegardant l'anonymat bien entendu). Le fait d'être médecin a permis de faciliter l'échange et l'empathie. Le temps d'écriture a permis alors un recul plus critique, de même que les échanges avec Pierre Lombraïl, quelques acteurs clés ainsi que lors du séminaire de recherche mensuel du LEPS.

Malgré la posture du chercheur, il n'était pas possible de maîtriser la crainte d'un jugement de valeur de la part de l'interviewé et une mise en forme du discours à cet effet, dans un cadre social et politique où la santé est une valeur phare, et les soins encadrés par un code de déontologie.

Les explications livrées au chercheur peuvent être pensées comme une manière de justifier attitudes et actes, seulement *une rhétorique*, ou plus souvent, *elles sont construites a posteriori* en lien avec la situation d'entretien face à un chercheur qui interroge leurs manières de faire. Les actions humaines ne sont pas toujours rationnelles, ou en tout cas sont soumises à plusieurs ordres de rationalité qui ne se donnent pas tout de suite à voir. Les individus sont soumis à des tensions, des injonctions contradictoires, sont pénétrés par des univers de sens morcelés, cloisonnés dans nos sociétés contemporaines complexes et plurielles. Les discours viennent alors mettre leurs actions en cohérence avec leurs représentations et leurs valeurs. Ils ont inévitablement une dimension de construction. Le travail d'analyse visait alors à révéler ces tensions, ces situations de dilemmes et les manières dont les praticiens les résolvent, ainsi que les divers ordres de rationalité. Comme de déceler des enjeux symboliques derrière des pratiques : enjeux de pouvoir dans la relation soignant/soigné, identitaires dans une profession en mutation, recherche de reconnaissance, etc.

Il s'agissait aussi de replacer des discours discordants par rapport à la tonalité générale d'un entretien, ou au contraire, cohérents avec des propos énoncés à un autre moment. Sur un entretien long, les personnes se livrent à un moment ou à un autre, sauf exceptions, qui ont concerné plutôt les représentants de syndicats, mais pas tous. Révélateurs aussi en creux, les discours sont chez certains émaillés de phrases qui ne

sont pas finies, ce qui est fréquent à l'oral mais selon le contexte d'énonciation révèle aussi des mots que l'on ne veut pas prononcer. Ou qui sont tout de suite repris.

Les conduites individuelles parfois procèdent de logiques inconscientes, même si l'anthropologue décode les discours, dévoilent des représentations derrière les mots utilisés, les pratiques de différenciation nécessitent quand elles sont inconscientes ou déniées d'être objectivées par une observation. Des études complémentaires seront nécessaires. S'il est difficile de mettre en évidence des conduites « inavouables », illégitimes, la difficulté ne serait pas non plus résolue par l'observation car le chercheur aura toute chance de se voir refuser son accès, sauf à dissimuler son thème de recherche, et encore. Le recueil de données par entretiens ne nous donne pas accès non plus à l'implicite (Schwartz, 1993). Or la discrimination peut se dissimuler sous l'ordinaire, derrière des gestes quotidiens répétés de manière automatique. Pour se rapprocher le plus possible de ce que font les praticiens et non ce qu'ils croient qu'ils font, nous avons essayé de nous appuyer sur des exemples concrets en les laissant les décrire. C'est dans ces descriptions précises que nous avons pu le plus repérer des pratiques de différenciation.

Les contraintes temporelles et budgétaires ne nous ont pas permis d'aller jusqu'au bout de la recherche. Le nombre d'entretiens a été plus important que prévu initialement et relativement important compte-tenu de la temporalité de l'étude (une année). Le rapport de recherche ne traduit qu'une partie de l'analyse de la masse de données collectées. Ce rapport sera complété et approfondi dans le cadre de publications ultérieures. De plus, du fait de la grande variabilité des professionnels, nous n'avons pas obtenu une saturation sur l'ensemble des questions abordées. Des travaux complémentaires seront nécessaires, focalisés sur certaines spécialités, certains territoires, etc.

Nous avons obtenu une saturation sur la question des représentations et les dimensions explicatives du refus de soins. Nous avons confirmé la persistance de préjugés ou de méconnaissances des conditions de vie concrètes de ces personnes, qui tournent toujours autour des mêmes figures. De même en est-il des représentations de la précarité. Par contre, les formes de différenciation nous réservent encore des surprises selon les modes d'exercice et les spécialités exercées, les territoires

2. Les apports de l'étude

Ce travail apporte différentes connaissances sur la différenciation dans les soins, peu explorée en médecine de ville, et notamment au prisme de la différenciation sociale, les travaux hospitaliers s'intéressant plus particulièrement à l'origine, l'appartenance ethnique, bien que bien des travaux signalent la difficulté à les distinguer de la dimension sociale.

Nous avons montré une certaine continuité entre refus de soins, souvent discriminatoire, et différenciation qui prend des formes diverses, entre individualisation des soins et catégorisation, susceptible de favoriser la discrimination.

21. les refus de soins et leurs logiques

Tout d'abord concernant le refus de soins, cette recherche montre qu'il existe des formes plurielles, des situations graduées, intermédiaires, des manières de le

contourner aussi. Le refus et ses avatars ne sont que la forme la plus visible, la plus observable et objectivable de la discrimination, refus d'accueillir, refus de certains soins, soins sous conditions ou selon les mérites du patient, etc.

Les logiques explicatives sont multiples et entremêlées. Ces logiques étaient déjà connues (dimension économique), fortement soupçonnées (préjugés et représentations des personnes en situation de précarité). La charge administrative mise en avant par ceux qui discriminent (et parfois par les autres aussi) méritait des éclaircissements et un nouvel état des lieux.

Mais si ces trois dimensions expliquent des variations entre médecins et chirurgiens-dentistes, selon les modes d'exercice, les spécialités, la codification des actes, etc. , elles n'expliquaient pas pourquoi des praticiens dans la même situation, dans le même environnement de soins, le même quartier, la même patientèle, le même logiciel de traitement (parfois le même cabinet de groupe) vont développer des attitudes contrastées. C'est alors la question des valeurs et du positionnement éthique qu'il a été nécessaire de mobiliser pour expliquer ces attitudes contrastées, inscrits dans des parcours personnels, mais également rattachés à une déontologie. Cette dernière est alors parfois l'objet de ré-interprétations de manière à mettre en cohérence discours, valeurs affichées et pratiques.

Voyons rapidement ces différentes logiques.

211. Les logiques économiques

Les facteurs économiques occupent une place importante dans l'explication du refus de soins mais plus largement gouvernent en partie les pratiques d'un certain nombre de médecins. Si ce point était connu, il restait à mieux le préciser.

Tout d'abord, en odontologie, les logiques de tarification des actes, entre soins conservateurs et prothèses, structurent l'exercice et apparaissent comme centrales dans la prise en charge des patients. Elles sont pointées par l'ensemble de la profession et des syndicats. Si on les rapproche des modes de remboursement des soins et du partage entre assurance maladie et complémentaires santé, elles vont à l'encontre d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités sociales de santé puisqu'elles n'encouragent pas la prévention et les soins conservateurs. Elles restent le premier élément explicatif des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUc en dentaire.

En médecine, nous avons montré que le secteur (1 ou 2) ne préjugait pas de la prévalence de logiques de rentabilité dans l'exercice. En secteur 1, leurs effets se concrétisent alors sur les manières de prendre en charge certains patients plutôt que sur une éviction. Des pratiques illégales existent aussi : quand la carte vitale est passée deux fois, que le patient vient chercher une ordonnance sans être reçu. Dans le dernier cas, il n'y a pas de soin proprement dit. Les conséquences pourraient être graves, délétères. Elles ne concernent pas nécessairement exclusivement les patients ayant la CMU.

Dans d'autres cas, il est mal soigné, ce qui a de fortes chances d'avoir un impact sur sa santé et en outre, peut favoriser aussi une défiance à l'égard de la médecine (cf travaux sur le renoncement aux soins déjà cités). En secteur 2, ces logiques peuvent conduire à une réduction des normes de prise en charge, le refus de certains soins ou encore à une éviction du patient.

Nous avons montré aussi que ces logiques économiques étaient articulées au mode d'exercice et ses spécificités, au contexte, à des problématiques individuelles et

familiales. La rentabilité d'un cabinet peut parfois être en jeu, (de même que dans des structures publiques). La peur joue parfois tout autant aussi que la réalité du risque financier. Ces questions aussi ne sont pas déconnectées d'enjeux de qualité, même s'il faut rester vigilant sur ce point. L'enjeu de qualité est souvent mis en avant dans une rhétorique justifiant le refus de soins mais il est réel dans certains cas.

Si les logiques économiques semblent conduire avant tout à des refus de soins, refus de recevoir ou refus de réaliser des soins précis considérés comme non rentables, en montrant que le facteur économique s'articule autour non seulement du tarif de consultation, sa cotation, mais aussi du temps passé, du nombre de patients en tarif opposable quand il y a dépassement d'honoraires ou au ratio soins conservateurs /soins prothétiques, des dépenses d'investissement, nous avons pu mettre en évidence des manières de soigner plus rentables que d'autres, expliquant des différenciations des soins. Le temps de consultation est par exemple une variable d'ajustement économique, le temps jouant inversement avec la qualité.

212. Les représentations et les préjugés

Les représentations des bénéficiaires de la CMUc étaient largement connues, en continuité avec des représentations de la pauvreté. Ces dernières ont été « enrichies » par le dispositif CMU qui a contribué à une plus grande visibilité de ces patients. Par contre, les représentations de la précarité ou de la pauvreté des professionnels de santé libéraux n'avaient pas fait l'objet d'une analyse proprement dite, alors qu'elles orientent partiellement les manières de les prendre en charge. Ainsi, nous avons montré que les médecins spécialistes voient la précarité essentiellement dans sa dimension économique en lien avec le parcours de soins. A l'inverse, certains généralistes, par empathie, conscients des difficultés de vie de certains patients, vont abaisser leurs normes de prise en charge, ne pas faire certaines propositions pour ne pas « ajouter de nouveaux problèmes ». D'autres pour ne pas stigmatiser (comme dans la prise en charge de l'obésité).

Ces représentations des bénéficiaires de la CMUc sont de diverses natures qu'il s'agit de différencier.

Certaines représentations relèvent de **préjugés, d'idées fausses** comme le confirme la littérature. Par exemple, il n'y a pas surconsommation des bénéficiaires de la CMU mais effets de rattrapage. Rappelons toutefois sur ce point des effets de moyenne alors que les médecins ne voient pas ceux qui renoncent, ce qui n'exclut pas que *quelques-uns* surconsomment. Ce qui est alors problématique, c'est l'application d'un stéréotype à l'ensemble du groupe.

Des situations ou des comportements sont **mal interprétés** par les professionnels qui voient un manque de respect là où il peut y avoir des difficultés réelles. Quand certains sont agacés parce que « bien-entendu la personne n'a pas sa carte et n'a pas d'argent sur elle », il est pourtant évident que les personnes qui ont la CMUc ont rarement sur elles une somme telle que le prix d'une consultation de médecin spécialiste. Certains médecins sont tout à fait inconscients de cette pauvreté matérielle et de l'importance de quelques euros. Submergée par les problèmes du quotidien, les papiers se sont pas à jour, parfois égarés, perdus... Elle n'a peut-être pas appelé pour prévenir parce qu'elle n'avait plus d'unité pour téléphoner depuis son portable... (situation que nous avons rencontrée, alors qu'il s'agissait d'appeler le médecin pour une urgence). Les problèmes d'inscription temporelle en lien avec des trajectoires professionnelles ou de vie instables

sont une des composantes de la précarité, concernant les plus fragiles. Il n'est pas facile d'honorer un rendez-vous pris plusieurs semaines, parfois mois, plus tôt.

Des **jugements de valeur** sont portés sur des éléments qui ne sont pas du ressort du médecin : de quelle manière, les personnes dépensent leur argent, et quand cela concerne des dépenses de prestige, cela renforce les représentations sur l'abus : c'est bien la preuve qu'elles ont plus de moyens qu'elles en ont l'air...

Certaines représentations s'appuient sur des faits avérés mais qui sont généralisés à l'ensemble des bénéficiaires en partant d'une expérience unique.

Une part des représentations sont fondées sur **des difficultés réelles des soignés** impliquant un travail plus lourd pour le praticien : santé souvent plus dégradée, complexité, poly-pathologies en lien avec les problématiques économiques et sociales, perte de confiance aussi en la médecine, conditions de vie parfois peu compatibles avec certains traitements curatifs ou préventifs. Ces éléments sont pointés par des médecins engagés sur les questions d'inégalités, d'accès aux soins, ou quelques autres pour lesquels l'éducation thérapeutique est au cœur de la spécialité. Un médecin psychiatre a évoqué le temps de coordination au-delà du temps passé en consultation, avec les services sociaux, éventuellement la famille, des papiers administratifs pour l'ouverture d'une allocation, l'AAH par exemple, une demande de mise sous tutelle... Mais pour les autres médecins, elles sont plutôt peu évoquées, ce qui peut paraître étonnant. Alors que les préjugés circulent sur d'autres thèmes, peu signalent que certains bénéficiaires demandent plus d'attention et de temps dans la prise en charge, que c'est souvent plus compliqué (sauf ce petit groupe d'impliqués). Probablement, faut-il y voir encore une méconnaissance de ce que signifie concrètement **une situation de précarité dans ses dimensions non économiques**.

Pour les médecins qui ne véhiculent pas les préjugés habituels peut-être y a-t-il une volonté de leur part d'aller à rebours de discours déjà stigmatisants de leurs confrères en les qualifiant de malades comme les autres.

Élément nouveau, nous avons repéré des effets de circulation des préjugés dans la profession. Les rumeurs, les discussions entre pairs, viennent conforter et renforcer les préjugés ce qui ressort quasiment systématiquement des entretiens de ceux qui les véhiculent. Une thèse de médecine générale récente montre que les étudiants formés en fréquentant les médecins ont déjà incorporé des préjugés avant d'avoir rencontré des personnes en situation de précarité (Etcheberry, 2015).

Ce qui facilite la circulation des préjugés et des stéréotypes, c'est la méconnaissance des dispositifs par les médecins. Plus les dispositifs sont récents, moins ils sont connus (ce qui est notamment frappant pour l'ACS, qui n'est pas un dispositif récent, mais par contre, la mise en œuvre du tiers-payant pour ses bénéficiaires a environ un an).

Sur ce point, il est impressionnant que les médecins – phénomène plus net encore chez les spécialistes - connaissent aussi peu le système de protection sociale alors que c'est grâce à ce système que les patients sont largement solvabilisés et qu'ils auront ou pas des difficultés à poursuivre le parcours de soins. Les médecins généralistes que nous avons rencontrés semblent mieux informés, ils sont en première ligne, mais connaissent mal les seuils. Ce résultat mérite d'être exploré de manière quantitative car nous disposons d'un corpus de généralistes plutôt concernés et plus engagés que la moyenne.

Les dentistes sont beaucoup plus informés ce qui s'explique facilement parce qu'ils ont besoin de connaître le panier de soins de la CMU pour réaliser les soins et les travaux

prothétiques et parce que le remboursement des soins dentaires pour leur patient est lié essentiellement aux complémentaires. Un représentant de syndicat (FSDL) rappelait qu'ils sont formés aussi dès la faculté à parler d'argent avec les patients.

Ce qui n'avait pas été exploré jusque là, c'est l'articulation entre la dimension économique et les représentations. Deux hypothèses sont à retenir. C'est le dispositif qui est en cause, ou ses bénéficiaires dont la légitimité est contestée. Nous nous appuyons alors sur une interprétation des discours, sachant qu'une part des logiques n'est pas consciente. Il est probable que certains praticiens cherchent à justifier l'éviction des patients ayant la CMU (pour des raisons financières) en en faisant de *mauvais patients*. D'autant que quand les mêmes patients retrouvent une protection « ordinaire », ils redeviennent eux aussi des patients ordinaires. Il faut aussi rappeler les représentations du tiers payant, qui occupent une place centrale dans les discours, d'autant plus qu'il y avait une actualité politique sur cette question au cours de cette recherche.

Chez d'autres, les préjugés sur les bénéficiaires de la CMU masquent des préjugés sur les personnes en situation de pauvreté, un certain élitisme éventuellement, des préjugés de classe... Le facteur économique vient redoubler les raisons de les éviter.

213. Le travail administratif

Le troisième facteur, la charge administrative pour recouvrer le paiement des soins délivrés (tiers payant), sans être totalement évacuée, est devenue secondaire pour ceux qui sont équipés du lecteur de carte vitale, malgré quelques incidents. Ce qui semble une évolution par rapport aux discours recueillis auprès des praticiens il y a quelques années. Pour autant, cela reste un problème pour ceux qui ne sont pas équipés de la carte vitale, ce qui concerne aussi tous les praticiens en ce qui concerne l'AME.

Ce travail administratif ne peut être déconnecté de la relation avec les organismes de sécurité sociale et le recouvrement des tiers payant. Les difficultés sont sans doute parfois exagérées, mais le recouvrement reste incertain avec certains organismes complémentaires, et certains dispositifs tels que l'AME. En effet, sur ce point, il y a convergence dans les discours. Certaines informations ne sont pas suffisantes, ou non mises à jour et le praticien n'est pas toujours en situation de réaliser le tiers payant intégral ou pas. Concernant l'ACS, le dispositif se met progressivement en place mais des soucis réguliers sont régulièrement pointés, problèmes de logiciels, tiers-payant intégral ou partiel.

Cette question administrative, autour de la notion de tiers-payant, a une signification plus large, car elle constitue un lien symbolique entre praticien et caisses d'assurance maladie. Dans le lien indispensable pour le recouvrement du tiers-payant, il faut voir chez certains le refus d'une relation avec l'assurance maladie qui, au-delà des formes de contrôle, certes parfois exagérées et illégitimes¹²¹, est conflictuelle depuis longtemps. Au point que des praticiens n'ouvrent systématiquement pas les courriers de l'assurance maladie. Plus récemment encore, l'enjeu tel qu'il est ressenti, est celui de la liberté/l'autonomie d'exercice du praticien. Le contexte de la recherche en pleine période de mouvements sociaux contre le tiers payant généralisé teinte nécessairement les entretiens réalisés.

¹²¹ Il semble exister de fortes disparités départementales.

L'inscription universitaire de cette recherche, indépendante de l'Etat et de l'Assurance maladie, même si elle a reçu un financement public, a constitué un point important pour engager un dialogue avec les praticiens dans ce contexte.

214. L'éthique et les valeurs : charité contre solidarité

Des praticiens ont des pratiques illégales, systématisées. Quelques uns sont gouvernés par des logiques marchandes, le désir de gagner beaucoup d'argent dans une profession qui ne peut être pensée comme un marché. Ils savent qu'ils enfreignent la loi et sont restés peu accessibles, peu enclins à rencontrer un chercheur, ni à évoquer ce qui gouverne leur exercice, contraire à la déontologie. Ils ont échappé à cette recherche. Ceux que nous avons pu rencontrer mettent en avant des logiques de rentabilité articulées à la qualité des soins. Une rhétorique ? Il est difficile de pousser plus loin sans rompre la confiance instaurée. Pour certains, leur conception de l'exercice libéral leur laisse penser qu'ils ne sont pas dans l'illégalité. Nous avons pu néanmoins mettre en évidence des tensions, des contradictions, montrant la complexité et la multiplicité des enjeux et des logiques. La tension entre logique économique (et ses différentes dimensions) et valeurs semblent plus forte chez les médecins que chez les dentistes. Quand ils refusent la CMU, les médecins restent gênés, et sont du coup plus difficiles à rencontrer.

Plus complexe, la majorité de médecins ou dentistes qui sont sur les frontières et dont nous avons essayé de saisir les logiques.

Des valeurs traversent la profession médicale qui orientent leurs attitudes et leurs pratiques. Tous mettent en avant l'aspect humain de leur profession, qu'ils aient choisi de faire médecine pour sa dimension relationnelle ou plus technique dans certaines spécialités et en dentaire. Ces valeurs humanistes sont présentes fréquemment, dans le don de soi, de son temps, d'une mise au service de soi pour la communauté, le sentiment d'accomplir une mission de service public. Valeurs récurrentes dans les discours. Parfois mises en actes ; ils ne sont pas rares à partir une semaine ou deux à l'autre bout du monde pour délivrer des soins gratuits à des populations pauvres. L'engagement humanitaire dans les pays du Tiers-Monde offre cependant une plus grande visibilité et est plus valorisé dans l'espace public que le travail des médecins installés dans les quartiers populaires (Mariette et Pitti, 2016), relativement invisible. D'autres ont opté pour des maraudes avec le Samu social, une consultation à Médecins du Monde... Ou encore réaliser quelques actes gratuits. Pour autant, quelques-uns d'entre eux, les mêmes, refusent la CMU ou l'AME. Ou de délivrer certains soins.

Si on pouvait faire l'hypothèse que des typologies de praticiens pouvaient être facilement distinguées entre ceux qui discriminent ou pas, entre ceux dont les valeurs gagnent sur les autres intérêts, en réalité les praticiens sont en grande majorité mis face à des *épreuves*, des buts contradictoires qu'ils vont essayer de concilier. Parfois des situations de dilemmes qui expliquent que lors des testings réalisés par des acteurs, certains ont réussi à négocier un rendez-vous malgré un refus dans un premier temps.

Ces situations de dilemme sont résolues de diverses manières :

Tout d'abord, en s'arrangeant alors avec les limites incertaines de la notion de refus de soins, ou en tout cas, en l'interprétant de manière restrictive pour rester dans les marges de la loi et pour composer avec une certaine image, un *idéal du moi*, pour parler comme les psychanalystes.

Ailleurs, en différenciant dans leurs activités les moments où ils exercent leur métier en gagnant leur vie *correctement* et les moments de générosité, de « don de soi ».

En œuvrant ainsi, il leur est possible aussi de définir individuellement quel temps ils vont consacrer à leurs activités « caritatives », ce qui procèderait de la même logique que ceux qui acceptent la CMU en instaurant un quota. Une manière donc de concilier des buts contradictoires.

Pour ceux qui différencient temps lucratif et temps donné, ils semblent avoir une vision libérale, peu empreinte de valeurs de solidarité. Ce qui est mis en avant, c'est l'importance d'être libre de choisir l'espace, le lieu, le moment et la personne à qui des soins « gratuits » seront délivrés dans une logique caritative mais qui est très souvent rattachée à la question du mérite du soigné, et plus souvent encore de la contrepartie.

215. Une approche du rôle du médecin et de sa position à l'égard de la société

Le renvoi constant dans des discours stigmatisants à la responsabilité des patients laisse en creux leur propre responsabilité dans le cadre de leur mission et de leur rôle dans la société. Ainsi, ils ont implicitement une délégation de la collectivité pour juger par exemple de l'opportunité d'un arrêt de travail, c'est-à-dire en lien avec de l'argent collectif. De même que pour la CMUc, dans le cadre d'une prise en charge socialisée des soins, respecter la loi est un minimum en tant que citoyens mais aussi un devoir vis-à-vis de la collectivité. Délivrer des soins fait partie intégrante du contrat social. Cette responsabilité des professionnels de santé vis-à-vis de la collectivité semble relativement absente des discours, même s'ils restent sensibles à la question des dépenses de santé et des risques d'explosion de la sécurité sociale. Quelques-uns d'entre eux qui ont des spécialités qui « flirtent avec l'esthétique » (dermatologie, par exemple) ont néanmoins rappelé que l'assurance maladie ne prend pas en charge les soins esthétiques et qu'ils en sont les garants.

Certains se sentent responsabilisés quant aux dépenses inutiles et en tiennent compte dans leurs pratiques, ils respectent scrupuleusement les cotations, résistent aux demandes des patients jugées illégitimes, non justifiées médicalement. La responsabilité peut être renvoyée à certaines populations censées coûter cher, ce qui peut faire écho aux discours sur les surconsommations des bénéficiaires de la CMU. Pour d'autres, il s'agit simplement d'inquiétudes, d'un mal-être diffus quant au devenir du système sanitaire et de protection sociale.

De même, que certains se considèrent garants quand le patient fraude, alors que d'autres considèrent que ce n'est pas leur travail. Mais l'un et l'autre peuvent se trouver agacés, énervés face à ces patients qui « trichent », que cela soit vrai ou pas, ce qui ne sera pas sans effet sur la relation, même s'ils s'en défendent.

Ces éléments sont sans doute plus spécifiques des médecins de ville dont certains, surtout les dentistes, se prévalent d'être des « libéraux ». Notons que les médecins hospitaliers, s'ils sont fonctionnaires, sont aussi pénétrés de la notion d'autonomie de leur exercice.

Les pratiques révèlent aussi pour une part d'entre eux, un éloignement des notions de solidarité, redistribution, leurs conduites étant pensées autour de valeurs humanitaires, de générosité, mais très inscrites dans une approche individuelle, une *bienfaisance discrétionnaire* (Destremeau, Messu, 2008). Nous avons relevé des situations où le

praticien détermine, évalue le plus souvent subjectivement la situation sociale et économique du patient. Et détermine arbitrairement si des soins lui seront délivrés et dans quels cadres financiers. Parfois, on a l'impression qu'ils se substituent à l'Etat pour instaurer un nouvel ordre d'évaluation où s'entremêlent mérite, besoin de soins en lien avec l'état de santé, conduites anticipées de bon patient...

22. En creux, ce qu'ils ne disent pas, ce qu'ils ne savent pas

Certains résultats découlent non pas de ce qu'ils disent, décrivent de leurs pratiques que l'on peut alors interpréter mais en creux de ce qui n'est pas dit.

Le premier point concerne la question des difficultés de compréhension et d'appropriation des questions de santé par les personnes en situation de précarité, ce qui n'est pas directement lié au sujet sur la discrimination mais plus aux inégalités sociales de santé. Les travaux récents sur la « **health literacy** » sont encore peu connus.

Seuls quelques-uns considèrent, sans nier les capacités de compréhension et d'appropriation, si l'information est rendue compréhensible et accessible avec des mots non médicaux, qu'il y a plus de risque de rencontrer des difficultés dans les situations de précarité, ne serait-ce que pour expliquer certains concepts scientifiques. Le niveau d'études, parfois le type d'études facilitent de l'avis de certains l'accès à des concepts tels que le risque.

Or il y a plus souvent négation de cette dimension. Peu décrites par les praticiens, cela suggère une méconnaissance de ces problématiques qui questionnent les soins et les suites de la consultation quand le patient n'a pas bien compris ce qui lui arrive et ce qui est prescrit. L'égalité des soins, des conseils est alors un problème. Cela suggère une méconnaissance du lien entre situation économique et éducation.

Le second point est le non-dit sur l'aspect culturel. Alors que la diversité ethnique et culturelle est une composante incontournable de la pratique clinique aujourd'hui, elle n'est pas du tout abordée, sauf toujours par un petit groupe de praticiens engagés exerçant en banlieue (Paris banlieue nord notamment, 92, 93). Cette diversité, plus accentuée sur leurs territoires qu'ailleurs, fait partie de leur quotidien, ils travaillent avec. De même qu'un praticien spécialiste travaillant à Vitry s/seine pour qui la diversité est plus large encore, ouverte sur le monde, personnes venant d'Asie, d'Europe de l'Est. Quelques-uns d'entre eux ont volontiers abordé la question culturelle et la manière de la prendre en charge, de travailler avec (et non contre), on pense à une pédiatre autour des soins du jeune enfant. Plus souvent, cette dimension est niée, comme l'est la dimension sociale, parfois plus une méconnaissance qu'un déni. Souvent aussi, la culture (de l'Autre) est pensée comme obstacle aux soins, à certains soins, comme si seul le patient était porteur d'une culture, niant la dimension interculturelle de la rencontre soignant/soigné. Enfin, si nous avons rappelé à plusieurs reprises le contexte politique autour des mouvements sociaux dans le milieu médical, il faut rappeler un autre contexte, celui d'attentats terroristes et de discours racistes et ethnicisants qui ont redoublé dans ce contexte.

23. Les soins, entre différenciation et discrimination

Les pratiques médicales et/ou dentaires sont déclinées de manière variable en fonction du gradient social. Certains médecins exercent de manière « égalitaire » et ne vont pas forcément glaner des informations sur la situation économique, ni sur la profession ; ils sont dans une approche strictement médicale, ce qui est plus difficile en médecine

générale. L'approche routinisée, systématisée, protège de la discrimination directe, mais en ne tenant pas compte d'éléments qui font obstacles à l'accès au traitement, à l'orientation, à la compréhension du traitement, le médecin ne corrige pas les inégalités sociales de santé, et parfois il les aggrave. Sans développer cette question, nous avons vu aussi que les éléments individuels, des parcelles d'histoires de vie, participent à la construction de la relation. Sans ces éléments, dépouillé de la dimension relationnelle, le soin n'est plus un soin, mais un acte médical technique.

Nous avons cependant repéré dans le focus groupe de médecins généralistes confrontés à une population largement immigrée, et/ou issus de milieux populaires (mais pas exclusivement) un ajustement des pratiques qui bien des fois est généralisé à tous. Ainsi, l'annotation visuelle des prescriptions et ordonnances est faite pour tous les patients.

D'autres sont dans une dimension très individualisée, où des éléments tels que le statut social, la profession, l'origine ne sont que des éléments parmi tant d'autres. Ils n'échappent pas pour autant aux différenciations.

La catégorisation ou le repérage de la situation sociale, de difficultés, produit des effets divers sur les soins prodigués.

La première est une attention aux aspects économiques :

- pour ajuster le tarif de consultation,
- pour orienter dans le parcours de soins ou la délivrance de traitements.

La seconde concerne l'attention aux droits, qui n'est pas déconnectée de la première mais certains privilégient la dimension économique sans chercher à savoir si des droits existent, ce qui fait sens par rapport à ce que nous avons dit de ceux qui connaissent mal les dispositifs de protection sociale.

La troisième est l'orientation du diagnostic, parfois en procédant à une essentialisation de la situation de pauvreté, la pauvreté devenant équivalent de problèmes sociaux.

La quatrième est l'ajustement de la prescription, du traitement, des conseils et orientations en fonction des conditions de vie, de manière à ce que les soins puissent être réalisés. Cela peut amener à une baisse des normes de prise en charge qui sont souvent établies sur des cas moyens. Conditions de logement, conditions de travail ne sont pas toujours compatibles avec certains traitements, parfois même avec certains rendez-vous médicaux, leur temporalité.

Ce que nous avons pu remarquer aussi, c'est l'effet de la compréhension, d'une empathie avec le patient. La connaissance des problématiques de vie peut amener à anticiper des refus de certains soins par le patient et du coup, ne pas les proposer. Parfois certaines propositions préventives seront repoussées à plus tard, en attendant le moment opportun afin de ne pas stigmatiser des personnes déjà fragiles, aux identités ébranlées, meurtries.

Enfin, nous devons pointer les enjeux complexes de la consultation. Pour des populations très désaffiliées (de la société) et très distantes de la médecine, le médecin cherche de manière prioritaire à réconcilier avec la médecine. Quelques-uns, très engagés sur les questions de précarité, qui ont cette connaissance des problématiques de personnes en situation de grande pauvreté (rarement vues par des spécialistes de ville), savent que la question n'est même pas la construction de la relation interindividuelle, qui se fait dans le temps, mais de les réconcilier avec la médecine.

Donc l'enjeu c'est... c'est une réconciliation avec la médecine en tous cas de créer un lien de confiance, je dis avec la médecine, je dis pas avec toi parce que le prochain coup ça sera pas forcément toi mais en tous cas montrer que y'a... un médecin peut répondre à la demande sans chercher à évoquer d'autres choses dont il n'a pas envie de parler...(Gaël)

Bibliographie

- Azogui-lévy S., Bourdillon F., Ittah-Desmeulles H., Rosenheim M., Souames M., Azerad J., (2006), État dentaire, recours aux soins et précarité, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 54, Issue 3, juin, pp. 203-211
- Balsa A.I., McGuire T. (2001), Statistical discrimination in health care, *Journal of health economics*, 20, 6, 881-907
- Balsa A.I., McGuire T. (2003), Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities, *Journal of health economics*, 22, 1, 89-116
- Barbot J. (2002), Les Malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida, *L'Homme*, 164, 188-190
- Barsky A.J. (1988), *Worried sick : our troubled Quest for Wellness*. Boston, Little Brown,
- Barthe J.F. (1990), Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutique, *Revue française de sociologie*, XXXI, 2
- Baszanger I. (1986), Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, XXVIII, 3-27
- Beaud et Pialoux (2003), *Violences urbaines, violence sociale. Genèse des nouvelles classes dangereuses*, Paris, Fayard
- Becker Howard (1983), *Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Ed. Métailié, 249 p
- Bellamy V., Mikol F. (2012), Les revenus d'activité des médecins libéraux : le poids des dépassements, *Etudes et Résultats*, N° 811 ? sept
- Bélorgey N. (2010), L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public. La Découverte, Paris, 329p.
- Benoist J. (1999), la médecine entre techniques, société et culture : pourquoi des sciences sociales de la santé, in : Dialmy, *Sciences sociales et santé au Maroc*, actes d'un colloque organisé par la Faculté des Lettres et Sciences humaines Dhar el Mahrez de Fès et AMADES, 2-3 décembre
- Benoist J. (1993), *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, Coll. Les champs de la santé, 286 pp.
- Benoist J. (2007), Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation, *L'information psychiatrique*, vol. 83, n°8, pp 649-654
- Beynet A., Menahem G. (2002), Problèmes dentaires et précarité, *Questions d'économie de la santé*, Février, n° 48
- Blanpain N. (2011), L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *Insee Première*, octobre 2011, n° 1372 : 4 p.
- Boltanski L. (1971), Les usages sociaux du corps. *Annales. Economies, sociétés, Civilisations*, Vol. 26, n°1, pp.205-233

- Borrell L. N., Kiefe C.I., Williams D.R. , Diez-Roux A. V., Gordon-Larsen P. (2006), Self reported health, perceived racial discrimination and skin color in African Americans in the CARDIA study, *Social science and medicine*, 63, 1415-1427,
- Bourret P., Chanut C., Mosse P. (1993), la santé des pauvres : entre spécificité et généralité, *Solidarité santé. Etudes statistiques*, 3, 17-25
- Bresson M. (2010a [2007]), *Sociologie de la précarité*, Paris, Éditions Armand Colin.
- Burton-Jeangros C. (2005), Quelles relations entre les médecins généralistes et leurs patients ?, *Primary Care*, 5, N°3
- Carde Estelle, 2006, « On ne laisse mourir personne. » Les discriminations dans l'accès aux soins, *Travailler*, 2, n°16, p.57-80
- Carde E. (2010) Quand le dominant vient d'ailleurs et l'étranger d'ici : l'accès aux soins en Guyane au prisme de la double altérité. *Autrepart*, 3, n° 55, pp. 89-105
- Castel R., *La métamorphose de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Ed. Fayard, Coll. Essais, 1995
- Chassonnery-Zaïgouche, (2007), L'économie des discriminations : conquête impérialiste ou contribution à la théorie des prix ? *Oeconomia*, 3-1, p. 87-118
- Chenu A. (2000), le repérage de la situation sociale, in : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H, Kaminski M., Lang T.(dir), *Les inégalités sociales de santé*, La découverte et Syros, Paris, p.93-108
- Chevreur K. (2008), Les facteurs non médicaux de la décision médicale dans le cadre de la prescription des IPP, CIREs – Recherche sur le système de santé 2005-2007.
- Cognet M. (2004), quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste, face à face
- Cognet M., Bascougnano S., Adam-Vezina E. (2009), Traitement différentiel dans les parcours thérapeutiques. Maladies infectieuses, VIH-sida, tuberculose. Rapport de recherche DREES/Mire
- Collectif (2007), Lutte contre la discrimination multiple: pratiques, politiques et lois, Commission européenne
- Collectif (2008), Rapport des groupes « veille santé », Mouvement ATD Quart Monde, octobre
- Collectif (2010), Le refus de soins opposé au malade, Institut droit et santé
- Collectif (2013), Health literacy. The solid facts , WHO, Europe
- Collectif, ATD Quart Monde, 2015, En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté, N^{elle} édition revue et augmentée, Les éditions de l'atelier
- Collectif (2014a), Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Rapport remis au premier ministre, mars, Le Défenseur des Droits
- Collectif (2014b), Enfants et familles sans logement, Rapport d'enquête ENFAMS, enfants et familles sans logement personnel en Ile de France, Observatoire du Samu social de Paris

Collectif (2015), Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens, ONDPS (Observatoire national des pratiques des professionnels de santé), mars 2015

Collège de la médecine générale. *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?* [Recommandations], Neuilly-sur-Seine : CMG, 2014 : 30 p.

Crenn C., Kotobi L., 2012, introduction, in : Crenn C., Kotobi L. (eds), Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises, Ed . Armand Colin, pp. 13-32

Crenn C., Kotobi L. (2012), Du point de vue de l'ethnicité. Pratiques françaises, Ed . Armand Colin

Crawford R. (1977), You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming, *International Journal of Health Services*, Vol. 7, n°4 : 663-680,

Daugareilh I. (2011), Les discriminations multiples. Une opportunité pour penser le droit à la non discrimination, *Hommes et migrations*, p. 34-46

Dawson, A.Z., et al. (2016), Validation of theoretical pathway between discrimination, diabetes self-care and glycemic control, *Journal of Diabetes and Its Complications* <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.03.014>

Delanoe D. (2015), Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels, *Actualités de la clinique transculturelle, Le carnet Psy*, N° 188, p. 22-26, avril

Desprès C., Naiditch M. (2006). Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Une étude par *testing* dans six villes du Val-de-Marne. Fonds CMU, mai, Rapport public.

Desprès C. avec la collaboration de Guillaume S. et Couralet P.E. (2009). *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris*. Rapport pour le Fonds de financement de la protection complémentaire de couverture universelle du risque maladie, Paris, La documentation française,

Desprès C. (2010). La CMU, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle. *Pratiques et organisations des soins*, mars.

Despres C., Couralet P-E, (2011), Situation testing: the case of health refusal, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 59, 2, 77-89

Despres C., Demagny L., Bungener M. (2011), Les pratiques médicales de sevrage du patient alcool-dépendant. Influence de la conférence de consensus de 1999. *Alcoologie et Addictologie*, 33 (4) : 333-344

Desprès C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., (2012), Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre, Rapport de Recherche pour le Fonds de financement de la CMU, mai

Desprès C., (2011), *Le renoncement aux soins pour raisons financières : analyse socio-anthropologique*, Rapport de recherche, IRDES Mission recherche (MiRe) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Recherche financée dans le cadre de l'appel à projets : « Renoncement aux soins, facteurs sociaux, inégalités sociales »

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011), *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique*, *Questions d'économie de la santé*, Irdes n° 169. /10.

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011), *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, *Questions d'économie de la santé*, Irdes n° 170/11.

Desprès C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V. (2012), Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre, Rapport de Recherche pour le Fonds de financement de la CMU, mai

Desprès C. (2013), Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique, *Sciences sociales et santé*, Vol. 31, n° 2, p. 71-96

Desprès C. (2013), Négocier ses besoins en univers contraint : le renoncement aux soins en situation de précarité, *Anthropologie et santé*, n° 6

Desprès C. (2015), Mettre sa santé en péril comme outil politique face aux franchises médicales : analyse anthropologique des renoncements aux soins autour de deux récits, in : Christophe Niewiadomski & Christine Delory Momberger (dir.), *Se raconter entre violence et résistance. Enjeux sociaux et politiques de la recherche biographique*, *Le sujet dans la cité*, Hors-série *Actuels 4*

Destremeau B, Messu M. (2008). Le droit à l'Assistance sociale à l'épreuve du local, *Revue Française de Science Politique*. 58:713-42.

Dodier N., Camus A. (1997a), L'hospitalité de l'hôpital, in : *Communications*, 65, pp. 109-119

Dodier N., Camus A. (1997b), L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital, *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, Vol. 52, n° 4, pp. 733-763

Dodier N., Camus A. (1998), Openness and Specialisation: Dealing with Patients in a Hospital Emergency Service, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 20, Issue 4, pages 413-444, July

DREES (2006), L'origine sociale des professionnels de santé, *Etudes et Résultats*, juin, n0 496

Dubois V. (2008), *La vie au guichet. Relations administratives et traitement de la misère*. Economica, Collection « études politiques », 202 p.

Er-rafiy A. & Brauer M. (2013), Modifying perceived variability : four laboratory and field experiments show the effectiveness of a ready-to-be-used prejudice intervention, *Journal of Applied Social Psychology*, 43 (4), 840-853

Easton et al. (2013), How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation, *BMC Health Services Research*, 13:319.

Er-rafiy A. & Brauer M. (2012), Increasing perceived variability reduces prejudice and discrimination : Theory and application, *Social and Personality Psychology compass*, 6, 920-935

Etcheberry Julie (2015), « Connaissances et représentations des DCEM4 d'Île- de-France sur la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et les bénéficiaires de ce dispositif », Thèse de doctorat en médecine, dir. T. Cartier

- Fainzang S. (1988), La maladie de Lucie, *Ethnologie française*, XVIII, 1, p. 55-63
- Fainzang S. (2002), « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship », *Anthropology and medicine*, 9 : 117-133
- Fainzang S. (2006). *La Relation médecins/malades : information et mensonge*, Paris, PUF, « Ethnologies », 159 p.
- Fainzang S. (2013), Champ-contrechamp. La relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes, *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 37, n°3, p. 83-97
- Fainzang S. (2014), les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information, *Les tribunes de la santé*, 2, n°43, p.47-52
- Fainzang S. (2014), Du sens unique au sens interdit. Des malades et l'épreuve de la maladie, in : Benaroyo L., Lefève C., Mino J-C, Worms F, La philosophie du soin, Ed. PUF, Ethique, médecine et société, p. 239-250
- Fassin D. (1998a). « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés », *Plein droit*, 38, 127
- Fassin, 1998b, Les politiques de la médicalisation, in : Aiach P., Delanoë (Eds), l'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas, Ed. Economica
- Fassin D., (2001), Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers, *Sciences sociales et santé*, 19, 4, p 5-34
- Fassin D., Carde E., Ferré N., Musso-Dimitrijevic S., 2001, Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins. Rapport du CRESP.
- Fassin D. (2002), L'invention française de la discrimination, *Revue française de science politique*, Vol. 52, n° 4, Août, p. 403-423
- Fassin D., « Politiques hospitalières et pratiques inhospitalières », *Face à face* [En ligne], 2 | 2000, mis en ligne le 01 juin 2000, consulté le 18 avril 2016. URL : <http://faceaface.revues.org/537>
- Ferreira, 2004, Soigner les mal soignés : ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du monde, Ed. L'Harmattan, Coll. Logiques sociales
- Fortin S., 2013, Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique, *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 37, n°3, 179-200
- Fournier Cécile, 2015, Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours. Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. Thèse de doctorat santé publique-sociologie, dir. M. Bungener
- Fournier et al (2016), à paraître, Education thérapeutique en médecine générale : comment favoriser un accès plus équitable pour les patients ? *Revue de santé publique*
- Freidson E. (1970). 1984 (traduction française), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Ghasarian C., 2002, « La Réunion : acculturation, créolisation et réinventions culturelles », *Ethnologie française*, PUF, 2, XXXVII, p664
- Giordana, 2010, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Ed. Masson.
- Goffman E., 1975, *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, (édition originale, 1963)

- Grignon M., Perronnin M., Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins, *Question d'économie de la santé*, n° 74, nov.
- Guignon N., 2002, La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire, *Etudes et Résultats*, N° 155, janv.
- Guthmann JP, Fonteneau L, Levy Bruhl D. (2010), *Vaccination par le BCG chez les enfants nés après la suspension de l'obligation vaccinale et suivis dans les PMI de France. Couverture vaccinale, pratiques vaccinales et connaissances de la politique vaccinale par les médecins vaccinateurs*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 29p.
- Harris R, Tobias M, Jefferys M, Waldegrave K, Karlsen S, Nazroo J. (2006), Racism and health : the relationship between experience of racial discrimination and health in new Zealand, *Social Science and Medicine*, 63, 1428-1441
- Hellman C. G. (1990), *Culture, health and illness*, 2^e édition, Oxford (Royaume-Uni), Butterworth-Heineman
- Izambert C. (2016), Logiques de tri et discrimination à l'hôpital public, *Agone*, n°58, 89-104.
- Kachoukh F. (2011), L'ombre portée des assignations identitaires. *Hommes et migrations*, N° 1292, Juillet-août
- King E., Shapiro JL, Hebl M., Singletary S et Turner S (2006), The stigma of obesity in customer service: a mechanism for remediation and bottom-line consequences of interpersonal discrimination, *Journal of applied psychology*, 91, 579-593
- Kleinman A. (1980), *Patients and Healers in the context of Culture*, Un. of California press
- Kotobi L., 2010 Le malade dans sa différence ; les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital, *Hommes et migrations*, n° 1225, mai-juin
- Krieger N. (1999) Embodying inequality: a review of concepts, measures and methods for studying health consequences of discrimination, *International Journal of health services*, 29 (2), 295-352.
- Lainé A. (2016), Comment pratiquer une socio-anthropologie « impliquée » ? L'expérience d'une étude des conseils génétiques dans le cadre de la drépanocytose : in : Desprès C., Gottot S., Mellerio H., Teixeira M. (Eds), *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Ed. des Archives contemporaines, A paraître
- Lang T, Ducimetière P, Arveiler D, Amouyel P, Ferrieres J, Ruidavets JB, Montaye M, Haas B, Bingham A. (1998), Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality? Results from the French WHO-MONICA Project in men aged 30-64. *J Epidemiol Community Health*, 52 : 665-671
- Lang T. et le groupe Intermède (2008), L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé, Rapport de recherche, Avril
- Lapeyre N., Le Feuvre N. (2005), Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, *Revue française des affaires sociales*, N°1, p. 59-81
- Laplantine F. (2003), Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière

d'une expérience brésilienne, in Jodelet J., *Les représentations sociales*, Ed. PUF, p.295-318

Latour B. (1989), *La science en action*, Paris, La découverte.

Le Grand-Séville C. (2006), Comment améliorer la qualité des relations entre personnel médical et malades ? in : *Représentations de la santé et de la maladie*, Bruxelles Santé, N° Spécial

Lebas J., Chauvin P. (1998), *Précarité et santé*, Ed. Flammarion

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Ed. INSERM, Coll. Découverte, 450 p.

Leduc Sacha (2007), La couverture maladie universelle. De la fabrique du soupçon aux contrôles des bénéficiaires, *Carnets de bord*, p. 88-95

Link and Phelan (2001), Conceptualizing stigma, *Annual review of sociology*, vol. 27: 363-385

Lynch Holly Fernandez (2013), Discrimination at the Doctor's Office. *NEJM* ;368:1668-1670.

Lochak D. (1987), Réflexion sur la notion de discrimination, *Revue de droit social* n°11.

Lombrail P., Pascal J., Lang T. (2004), Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? *Santé, société et solidarité*, n° 61-71

Lombrail P., Pascal J., (2005), Inégalités sociales de santé et accès aux soins, *Les tribunes de la santé*, Vol. 3, n°8, pp. 31-39

Lombrail P. (2000) Accès aux soins, in : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Ed. INSERM, Coll. La Découverte, p. 403-418

Mariette A. et Pitti L. (2016), Un généraliste en banlieue rouge des années 1960 à 2010, *Agone*, n° 58, p. 51-72

Massé R. (2003), *Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Presses de l'Université de Laval

Massin S., Alain Paraponaris, Marion Bernhard, Pierre Verger, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Bruno Ventelou (2014), Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers, *Etudes et Résultats*, n° 873, février

Mauss, Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques, In *Sociologie et anthropologie*. Paris: Les Presses universitaires de France (1968), p. 145-279

Meriaux I., Ernst S. (2013), *Les internes en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? connaissances et représentations des internes marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative*, Aix Marseille

Mino J-C, Frattini M-O (2002), Relation ou interaction médecin-malade ? *la revue du praticien*, tome 16, N° 563, février

Morel S. (2016), La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. *Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé*, *Agone*, n°58 : 73-88.

- Ngatcha-Ribert L. (2012), *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*, Ed. Dunod
- Noiriel G. 1988, *Le creuset français : histoire de l'immigration XIXe-XXe siècles*, Paris, Ed. Seuil
- ONDPS (observatoire national de la démographie des professions de santé) (2013), *Etat des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes*
- Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, 1997, *Connaissances, attitudes, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées des Bouches du Rhône*, juin
- Or Z. , Renaud T., 2009, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*, IRDES, document de travail,
- E. Pegon-Machat, *Production d'inégalités de santé par le système de soins : apport de la recherche qualitative*, Thèse de doctorat en odontologie, soutenue en 2010 à l'université de Clermont-Ferrand, dir. S. Tubert
- Peretti-Watel P. (2010), *Morale, stigmatisation et prévention. La prévention des conduites à risque juvéniles*, *Agora débats/jeunesses*, 3, N° 56, p. 73-85
- Perut V. , Conti F, Scatton O, Soubrane O, Calmus Y, Vidal-Trecan G. (2009) *Might physicians be restricting access to liver transplantation for patients with alcoholic liver disease ?*, *Journal of hepatology*, 51(4) : 707-714.
- Petitcollot, L. (2011), *les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire : représentations des internes en médecine générale d'Île de France et facteurs influençant ces représentations*, Paris 6,
- Pourette et Dalsheimer, 2016, *VIH et hépatite B chronique chez des migrants subsahariens : des prises en charge différentes affectant le rapport aux soins, les attentes et les recours des patients*, in : Desprès C., Gottot S., Mellerio H., Teixeira M. (Eds), *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Ed. des Archives contemporaines, pp: 175-196,
- Potvin L., Marie-José Moquet, Catherine M. Jones (dir), 2010, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Coll. La santé en action, Ed. INPES
- Poutignat P. et Streiff-Fenart J. (1995), *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF
- Raynaud D., (2003), *L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins*, *Etudes et résultats*, N° 229, mars
- Rochereau T., Azogui-Levy S. (2013), *La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? Exploitation de l'enquête ESPS 2008*, *Questions d'économie de la santé*, n° 185, mars,
- Rüegger M. (2007), *La discrimination statistique entre pertinence et arbitraire*, *Revue de philosophie économique*, Vol. 8, n° 1, p. 73-94
- Sarradon-Eck A. « Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique », *ethnographiques.org*, [en ligne]. <http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck.html>

- Sauvegrain P. (2013), Les parturientes "africaines" en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, n°3, p. 119-137
- Schwartz O. (1990), *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*. Paris, Ed. PUF.
- Schwartz O. (1993), L'empirisme irréductible», In ANDERSON N. (dir), *Le Hobo, sociologie du sans abri*, Paris, Nathan : 265-308.
- Stuber J., Galea S., Link B. (2008) Smoking and the emergence of a stigmatized social status, *Social Science and Medicine*, 67, p. 420-430
- Sicot F. et Touhami Slimane (2015), Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère, *Anthropologie et santé*, N°10,
- Sicot F., Mercadier C., Druhle M. (2014), *Sociologie, anthropologie et soins. Formations aux métiers du soin et de la santé*, Ed. seli Arslan, 254 p.
- Simmel G., 1998 (1908), *Les pauvres*, Paris, PUF
- Sehou Soulef (2012), *Prise en charge des usagers vulnérables en soins primaires : Difficultés et propositions de solutions à partir d'une étude qualitative auprès des professionnels des champs sanitaires et sociaux du Nord des Hauts-de-Seine*. Thèse de doctorat en médecine, DES médecine générale, Université Paris Diderot-Paris 7
- Strauss A., Schatzman L., Bucher R., Ehrlich D., Sabshin M. (1992), « L'hôpital et son ordre négocié », in Strauss A. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Textes présentés par I. Baszanger, L'Harmattan, Paris, p. 87-112.
- Tabuteau D. (2010a), « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, 1 (n° 26), p. 103-121.
- Tabuteau D. (2010b), Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, 5 (n° HS 1), p. 37-51.
- Timmermans S. (2001), *Sudden Death and the myth of CPR*, Philadelphia, Temple University Press,
- Vassy C. (2001), Catégorisation and micro-rationing: access to care in a French emergency department, *Sociology of Health & Illness*, Volume 23, Issue 5, pages 615-632, September
- Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux J-C, Verger P., 2005, un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, *Revue française des affaires sociales*, n°1
- Véga A. (2001), *Soignants/Soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. De Boeck,
- Véga A. (1997), Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, *Sciences sociales et santé*, Volume 15, n°3, p. 103-132
- Véga A. (2012), Positivism and dependence : the uses of sociocultural medicine among general practitioners in France, *Sciences sociales et santé*, Volume 30, n°3, p. 71-102

Zola I. K. (1979), Culture and symptoms. An analysis of patients presenting complaints. In : Albretch G., Higgins P., *health, Illness and Medicine*. Rand McNally Coll. Publish, Chicago, 504 P.

Zborowski M. (1952) "Cultural components in response to pain", *Journal of Social Issues*, N° 8: 16-30

Annexes

Annexe 1 : Présentation des dispositifs d'accès aux soins

Les lois du 27 juillet 1999 et du 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins :

- la CMU de base, qui permet aux personnes qui résident en France de bénéficier d'une assurance maladie, si elles ne peuvent pas être affiliées à un autre titre ;
- la CMU complémentaire, qui permet l'accès aux soins des personnes les plus démunies par l'attribution d'une complémentaire santé gratuite ;
- l'Aide médicale de l'État qui permet aux personnes résidant en France de façon irrégulière d'accéder à une prise en charge de leurs soins ;
- l'ACS, qui offre aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C, une aide pour le financement d'un contrat de complémentaire santé.

La CMU de base supprimée au 1^{er} janvier 2016 suite à l'entrée en vigueur de la protection universelle maladie

La protection maladie universelle entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière le droit à la prise en charge de ses frais de santé.

La CMU de base qui permettait à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, ne pouvant s'ouvrir des droits à l'assurance maladie à un autre titre, de bénéficier des prestations en nature du régime général dans les mêmes conditions que les autres assurés n'a donc plus de raison d'être.

La CMU complémentaire (CMU-C)

La CMU-C offre la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (consultations, hospitalisations, médicaments, examens médicaux...) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. De plus, elle inclut des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux.

Pour faciliter leur accès aux soins, les bénéficiaires ont droit à la dispense d'avance des frais, les professionnels de santé sont payés directement par l'assurance maladie.

De plus, les professionnels de santé, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient.

Le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Toutefois, en l'absence de dispositions réglementaires, les majorations pour non-respect du parcours de soins sont à la charge des organismes gestionnaires.

Le bénéfice de la CMU-C peut ouvrir droit aux tarifs sociaux de l'énergie et à des réductions sur les abonnements de transport.

Les conditions d'attribution de la CMU-C

■ **Résider en France de manière régulière et régulière**

Cette condition est remplie pour les personnes de nationalité française ou par la production d'un titre de séjour. À l'occasion d'une première demande, la condition de stabilité est réputée acquise après trois mois de résidence ininterrompue en France. Toutefois, ce délai n'est pas opposable dans certains cas : personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique, bénéficiaires d'une ou plusieurs prestations familiales, personnes reconnues réfugiées, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié, personnes ayant accompli un volontariat international à l'étranger...

Lors de la demande de renouvellement, la condition de stabilité est réputée satisfaite lorsque la personne a, sur le territoire métropolitain ou dans les Dom, son foyer permanent (lieu où elle habite normalement) ou son lieu de séjour principal (présence effective de plus de 180 jours au cours de l'année civile).

■ **Bénéficiaire de la prise en charge de ses frais de santé**

La CMU-C intervient en complément de la prise en charge des frais de santé des personnes affiliées à l'assurance maladie au titre de leur résidence stable et régulière en France ou au titre de leur activité professionnelle.

■ **Avoir des ressources inférieures à un plafond**

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, déterminé par décret et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer

Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 653,16 €.

Pour le calcul du droit à la CMU-C, l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non imposables, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en

compte, y compris certaines prestations familiales, allocations diverses, et revenus de capitaux placés.

Le RSA, la prime d'activité, la prime d'accueil du jeune enfant, de l'allocation personnalisée d'autonomie, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de l'allocation de rentrée scolaire ne sont pas pris en compte.

Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année dans les mêmes formes que la demande initiale, deux mois avant la date d'échéance du droit.

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU complémentaire. Elle s'adresse aux personnes dont les ressources dépassent de 35 % et moins le plafond d'attribution de la CMU-C.

Elle consiste en une aide financière venant en déduction des cotisations dues pour le paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence renouvelable tous les trois ans. Onze groupements d'organismes complémentaires proposent des contrats éligibles à l'ACS.

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € porté à 550 € pour celles de 60 ans et plus.

L'aide est plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due.

Cette aide réduit et dans certains cas, prend totalement en charge le montant de la cotisation annuelle.

Les bénéficiaires de l'aide complémentaire santé, ayant souscrit un contrat de complémentaire santé éligible à l'ACS, ont droit à la dispense intégrale d'avance des frais (tiers payant intégral).

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas souscrit de contrat sélectionné, cette dispense d'avance de frais est limitée à la partie prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ce droit au tiers payant sur la part obligatoire est valable 18 mois à compter de l'attribution de l'ACS.

Le tiers-payant doit être accordé systématiquement par le médecin aux bénéficiaires de l'ACS soit sur présentation de l'attestation correspondante, soit sur la base de l'information mise à disposition via les télé services de l'assurance maladie.

Les médecins généralistes ou spécialistes, quel que soit leur secteur de conventionnement, ne peuvent facturer aucun dépassement d'honoraires, sauf exigence particulière du patient

Le bénéfice de l'ACS ouvre droit aux tarifs sociaux de l'énergie.

Les conditions d'attribution de l'ACS

Pour bénéficier de l'ACS, le demandeur doit résider en France de façon stable et régulière dans les mêmes conditions que celles requises pour le bénéfice de la CMU-C.

Les ressources perçues au cours des douze mois précédant la demande doivent être inférieures à un plafond, déterminé par décret et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année et dont le montant varie en fonction de la composition du foyer. Les ressources sont étudiées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la CMU-C.

Au 1^{er} avril 2016, en métropole, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 682 €.

L'ACS est accordée pour une année et est renouvelable dans les mêmes formes que la demande initiale, entre deux et quatre mois avant l'expiration du droit.

Annexe 2: Liste anonymisée des praticiens rencontrés

Etant donné la sensibilité du sujet, nous avons choisi de ne pas préciser les communes d'exercice pour ne pas rendre des recoupements possibles, sauf pour les grandes métropoles.

Chirurgiens dentistes		Remarques		
Chir. Dent.	Lille		55	1H25
Chir. Dent.	Paris 15		36	1H35
Chir. Dent.	Paris 16		56	2H10
Chir. Dent.	Paris 13	Ent. 2011 et 2016	57	
Chir. Dent.	IdF Banlieue Est	Ent. 2006 et 2016	65	54mn
Chir. Dent.	Bourgogne			2H
Chir. Dent.	IdF banlieue Nord	salariée	61	1H47
Chir. Dent.	Est		60	3H
Chir. Dent.	IdF banlieue Ouest		40	3H
Chir. Dent.	Pays de Loire	rural		1H35
Chir. Dent.	Paris 18	2006		
Chir. Dent.	IDF Banlieue Est	2006		
Médecins généralistes				
MG (MEP)	Paris	Sect 2 2011	52	
MG	Région parisienne Belgique	remplacements Centre de santé		1H16
MG	IdF Banlieue Nord	Libéral + Centre IVG	58	2H35 +focus groupe
MG	Rhone-Alpes		32	
MG	IdF Banlieue est	Libéral et PASS	68	1H30
MG	PACA	Libéral puis SNCF	68	2H
MG	PACA	Retraité depuis 2 ans		1H15
MG	Rhone-Alpes	m. rural	38	2H30
MG	Rhone-Alpes		35	1H30
MG phlébo/angio	PACA		57	1H15
MG	IdF Banlieue Sud		56	4H
MG 1	IdF Banlieue Nord	Retraité		1H36
MG2	Jura	Non retraité		

MG	Environs Cahors	rural		2H10
MG	Toulouse	Ville		1H30
MG	Bretagne	Ville moy		2H05
MG	IdF banlieue Nord ouest	Maitre de stage	67	Focus groupe
MG	IdF banlieue Nord ouest		39	Focus groupe
MG	IdF banlieue Nord ouest	Libéral+ centre IVG	56	Focus groupe
MG	IdF banlieue Nord ouest		30	Focus groupe
Médecins spécialistes				
Dermatologue	Paris	Sect2 + hôpital	52	1H30
Radiologue	IdF banlieue Nord	Clinique privée		1H10
Radiologue	Paris et banlieue Nord	Privé et public		1H06
radiologue	PACA		59	1H 30
Chirurgien gynéco	paris	Hôpital public	38	1H18
Pédiatre	Paris	Sect 1 +recherch		1H31
Pédiatre	Paris	S2	58	3H46
Gynécologue	IdF banlieue Ouest	S2	60	1H52
Gynécologue Médical et chir	Banlieue Nord	S2 +hôpital	35	4h20
Gynécologue med	Paris	S2 + hôpital	58	1H10
Gynécologue med	Paris	S2 + hôpital	39	2H05
ORL	Paris	S2 Act. partielle	68	1H10
ORL	IdF Banlieue Nord	S1+dispensaire	62	3H
Pneumologue	IdF banlieue nord	clinique		48 mn
Néphrologue	Midi-Pyrénées	Clinique privée		1H32
Rhumatologue	Paris	S2		55 mn
Psychiatre	Paris	S2	56	2H10
psychiatre	Banlieue sud-est	Centre de santé	60	1h50
Anesthésiste réanimateur	Lyon	Clinique privée		1H
Hépatogastroentérologue	Midi-Pyrénées	Hôpital public		1H05

Annexe 3 : Devoirs généraux des médecins (code de la santé publique)

Le médecin doit « écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. (art. R.4127-7 du Code de Santé Publique).

De plus, le médecin a comme devoir d'aiguiller correctement le patient au sein du système de protection sociale et doit « sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. (art. R.4127-50 du CSP).

Annexe 4 : courrier témoignage des contraintes administratives

Message du 3 juin 2013

Bonjour H.,

Excuse moi de venir à toi pour des problèmes mais nous sommes sollicités aujourd'hui par FL (il s'agit du médecin que je t'avais présenté et avec lequel nous travaillons depuis plusieurs années). C'est le seul médecin que nous avons repéré qui accueille les personnes comme tout un chacun (beaucoup avec certains de nos usagers, les expédient et ne pratiquent pas d'examen complet).

Madame L. reçoit, en consultations, de nombreuses personnes en grande précarité (son cabinet est situé à proximité de la "Résidence ST M."). Or pour ce type de public, être en possession de la carte vitale relève de l'exploit (cartes égarées dans des squats, lors de nombreux déménagements, restituées à la CPAM pour des mises à jour, ...). Madame L. nous explique qu'il y a un quota à respecter pour les consultations sans carte vitale. Elle dépasse largement ce chiffre et est sanctionnée financièrement, à tel point qu'elle nous a informés qu'elle ne prendrait plus en consultation les personnes qui n'ont pas leur carte (comme ses collègues).

Penses tu que nous pourrions engager une action auprès de la CPAM pour expliquer la nécessité de pouvoir compter sur des médecins engagés qui se découragent face aux contraintes de l'administratif ?

[...]

Madame L. a tenté de se faire entendre par la CPAM. Résultat : nous avons été contactés par ces derniers qui nous ont expliqué qu'une carte vitale mettait 5 semaines pour être créée (ce qui est faux), que nos usagers ne fournissaient pas les pièces nécessaires et que nous devions profiter de la permanence du correspondant social pour faire accélérer les dossiers.

Je te remercie, à l'avance, pour ta collaboration.

A bientôt

Annexe 5 : Pourquoi prendre en compte la situation sociale du patient en consultation ? (extrait d'un document INPES destiné aux professionnels de santé)

Les consultations de médecine générale représentent 90 à 95 % des contacts de la population avec le corps médical, et il existe des inégalités sociales de santé au sein même des patientèles des médecins généralistes. Par ailleurs, une étude a montré que les médecins généralistes franciliens délivreraient près de deux fois plus de conseils d'activité physique aux hommes ayant un niveau d'études élevé qu'à ceux ayant un niveau d'études faible (Blanpain N. 2011)

Face à cette réalité, le médecin peut adopter une attitude proactive en adaptant ses pratiques pour améliorer l'efficacité de ses actions. Il s'agit alors en consultation de mieux repérer les difficultés sociales qui peuvent jouer sur l'état de santé du patient, pour identifier les obstacles potentiels au suivi de son parcours de santé et rechercher, avec lui, les moyens de les surmonter. Le médecin peut ainsi éviter d'aggraver les inégalités sociales de santé, et peut-être même contribuer à les réduire.

Annexe 5bis : Répartition des statuts en fonction du lieu d'activité

	Ville	Libéraux	Part des libéraux	Établissements	Salariés	Part des salariés
MG	75 963	59 922	78,9%	19039	16867	88,6%
Autres spécialistes	60 496	47 158	78,0%	52855	43285	81,9%
MG	75 963	59 922	78,9%	19039	16867	88,6%
Total spécialités	136 459	107 080	78,5%	71894	60152	83,7%
En % de tous médecins	65,5%	51,4%		34,5%	28,9%	

Source RPPS 2014 (traitement DREES) extrait du rapport

Annexe 6 : exemple d'une grille de tarifs et règles d'accès à la consultation (anonymisées) en fonction des praticiens dans une clinique de la banlieue nord

Tarif des consultations	Durée des consultations	Règles CMU / AME	RV Laboratoires
Entre 50€ et 60€	15 minutes		Non
Entre 50€ et 60€	15 minutes		Non
Entre 50€ et 60€	15 minutes		Non
Entre 28€ et 46€	15 minutes		Non
Entre 28€ et 46€	15 minutes		Non
Tarif SS	1/2 heure	- CMU - Uniquement AME du 93	1 RV lundi ou jeudi à 13h45
Secteur 2 Echo cœur de 100 à 120€ (tarif SS) CS 50 à 65€	20 minutes	oui avec lettre du médecin traitant et papiers, carte vitale et droits à jour	Mardi/Mercredi entre 13h30 et 14h
De 40€ à 70€	10 minutes	CMU et AME OK avec attestation	13h45
40 € (pas de CB)	1/4 heure	Oui avec attestation à jour	oui
60 €	15 mn	oui	oui sur rdv donné par le Forum
Disponible au secrétariat		oui	jamais
Echographie, biométrie : 80€	15 minutes	Oui avec attestation à jour	non
de 45 à 80€ 90 à 200€ selon pathologie CS 60€, Echo 80€, Laseryag 150€	10 minutes (à partir de février) selon pathologie	- CMU : oui si carte vitale et attestation à jour - AME : oui	Pris au secrétariat
1e CS : 50 à 70€ Suivante 23 à 65€	15 à 20 min selon pathologies	Oui, si lettre médecin traitant	oui par les secrétaires 1 seul RV le vendredi à 12h
Entre 50€ et 80€	1/4h	Oui, si lettre médecin traitant	Ne reçoit pas
60 à 80€	15/20 min selon pathologies	Oui	oui en fin de CS par le secrétariat
de 50 à 70€			
A partir 60€	10 min	Oui, si lettre médecin traitant	1 seul labo le mercredi à midi
de 23 à 80€	1/4h	Oui	Non
SUPPRIME PAR JMN secteur 1 : tarif variable selon pathologie	30 min selon pathologie	Consulter secrétaire avant RV	oui
de 23€ à 50€ et + selon pathologie	selon pathologie	oui	géré par les praticiens
28 €	20 mn	oui	oui passer par le secrétariat

	1h la 1ère CS puis 20 à 30mn	non sf à leurs frais	non
60€uros	20 minutes 15mn selon pathologie	oui	oui
entre 50 et 60€ tarif SS conventionné secteur 1	15 min 20mn selon pathologie	oui	oui RDV pris uniquement par les secrétaires
	selon pathologie		oui lundi matin au cabinet
60 €	selon pathologie	oui	oui
60€uros	selon pathologie	oui	oui
entre 50 et 60€	20 min	oui	RDV pris uniquement par le secrétariat
SS		oui	
Secteur 2 : conventionné honoraires libres	30 à 60 min		sur RdV
de 23 à 60€	20 min en moyenne	Deux CMU par jour maximum	Non
de 40€ à 80€	selon pathologie	sauf si déjà suivi ou adressé par un correspondant	Ne reçoit pas
45 à 55€		oui sauf AME hors du 93	
de 50€ à 60€ selon pathologie, actes réalisés et nomenclature de la sécurité sociale	15 minutes ou plus selon pathologie	- CMU oui si carte vitale, attestation à jour et lettre du médecin - Pas d'AME	
Doppler 76€ Sclérose 20 à 30€ Variable selon les examens pratiqués	1/2h pour Doppler	Apporter carte vitale + attestation + lettre du médecin traitant	
CS entre 30 et 45€ et selon pathologie et	tous les 15 mn	oui	Jeudi en fin de matinée
60€ C2	15mn et selon pathologie	oui	