

2017

THÈSE
pour le
DIPLOÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MEDECINE GENERALE.

**MOTIVATIONS DES MEDECINS A EXERCER
AU CENTRE D'ACCUEIL DE SOINS
ET D'ORIENTATION
DE MEDECINS DU MONDE D'ANGERS
RETENTISSEMENT PERSONNEL ET PROFESSIONNEL**

ENQUÊTE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

MICHELAT Marielle

Née le 03 Août 1988 à Sablé Sur Sarthe (72)

Sous la direction de Mme le Dr Sylvie COGNARD

Membres du jury

Mr le Pr CHABASSE Dominique | Président

Mme le Pr BARON Céline | Membre

Mme le Dr DE CASABIANCA Catherine | Membre

Mme le Dr COGNARD Sylvie | Membre

Mr le Dr PARENT Jean | Membre



Soutenue publiquement le :
07 juin 2017

UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée MICHELAT Marielle.....
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire cette thèse

Signé par l'étudiante **le 05/05/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie

LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine

DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRET Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Dominique Chabasse,

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury
Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.
Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Sylvie Cognard,

Je me souviens de mon tout premier cours en tant qu'interne intitulé « Santé et Précarité ». Au cours de cette journée, j'ai commencé à entrevoir un aspect de la médecine que je ne connaissais pas et qui m'est devenu cher par la suite. Nos discussions tout au long de ce travail de thèse ont continué à m'enrichir au fur et à mesure.

Merci de m'avoir fait découvrir ce versant de la médecine et cette vision de la vie centrée sur l'Autre Différent. Grâce à toi, j'emporte un bagage qui me servira dans mon exercice futur.

Merci pour ton implication ces deux dernières années. Tes encouragements, ta patience et tes conseils avisés ont été essentiels pour que je présente aujourd'hui ce travail de recherche.

A Madame le Professeur Céline Baron

Merci pour la qualité de vos enseignements au sein de la Faculté d'Angers et pour votre implication dans notre formation.

Recevez ici l'expression de mon plus profond respect

A Madame le Docteur Catherine De Casabianca

En tant que tutrice, vous m'avez accompagnée tout au long de mon internat. Vous avez assisté aux « paniques » lors du premier semestre mais aussi aux « révélations » engendrées par le stage SASPAS. Merci d'avoir été présente tout au long de mon cheminement et de ma construction.

Devenir un bon médecin généraliste n'est pas si facile. Votre écoute attentive, votre soutien et vos conseils éclairés m'ont beaucoup aidée. Pour m'avoir apporté votre aide, votre savoir et bien plus encore, tout au long de cette formation, veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A Monsieur le Docteur Jean Parent

En tant que co-responsable de l'antenne angevine de Médecins du Monde, vous m'avez fait l'honneur de m'accorder un entretien pour ce travail de recherche. Vous m'avez exprimé votre attachement pour une médecine générale simple, altruiste et tournée vers l'Autre. Vos réflexions judicieuses et votre implication au sein de cette association force mon respect. Merci de l'intérêt que vous portez à ce travail et à votre présence au sein de ce jury.

A l'ensemble des médecins rencontrés, qui m'ont fait aimer la médecine générale, la médecine manuelle et la médecine du sport : Dr Connan, Dr Fourrier, Dr Sauves, Dr Salaun, Dr Renon, Dr Lambert, Dr Gouesbier-Matel, Dr Rémy, Dr Brochard...

REMERCIEMENTS

A mes parents, pour votre soutien infaillible au cours de ces dix longues années d'étude. Des bancs de la faculté de Besançon jusqu'aux premiers remplacements dans le Maine et Loire, un long chemin a été parcouru. Pour votre écoute lors des appels de détresse répétés mais aussi lors des bons moments vécus au décours, pour vos encouragements (« Tu vas y arriver, Marielle ! ») et la confiance que vous avez en moi depuis si longtemps.

A ma petite sœur, Floflo, pour ton aide précieuse dans la dernière ligne droite : mon résumé en anglais n'a plus cet air de « Google Translate » après ton passage. Malgré nos différences, tu es pour moi une personne de confiance et de confidence. Je te souhaite le meilleur pour les prochaines années. Je ne me fais aucun souci pour toi : tes choix menés avec la force de caractère qui t'est propre m'épatent et seront forcément bons dans le futur.

A Ghislain, Audrey, Maxence et Manon. Toulouse, c'est loin mais le bonheur de vous revoir à chaque « réunion de famille » efface la distance. Soyez heureux !

A Mamie et Pépé, vous êtes partis trop vite, mais je suis sûre que vous m'auriez soutenue dans cette voie.

A Nane et Jean, pour votre appui et votre intérêt pour ces études dont vous connaissez parfaitement bien la longueur et la difficulté. Mes retours en Franche Comté sont plus rares mais mes pensées à votre égard sont toujours aussi fréquentes.

A Letty pour ta bonne humeur, ton optimisme contagieux et ta simplicité. Ton amitié et ta capacité à me suivre dans des projets (pas forcément) réfléchis me sont très précieuses. Tu es une fille incroyable. J'espère qu'on restera toutes les deux « cool cool » encore longtemps.

A Linette et Céline. Merci pour celle belle amitié qui m'aura énormément touchée ces dernières années. Merci pour votre soutien et pour ces soirées « filles » qui requinquent. On passera notre trentaine ensemble en gardant toutes nos dents !

Aux copains Anges-Vins. Que ce soit lors de nos randonnées roller hebdomadaires, les sorties VTT-gadoue, nos soirées ou juste un café, vous m'apportez à chaque fois une véritable bouffée d'oxygène. J'ai bien de la chance de vous avoir pour amis.

Au Marseillais Barbu qui se reconnaîtra. Merci d'être présent pour moi depuis toutes ces années. Nos conversations qui durent des heures me manqueront si tu pars, mais on est en 2017, on se skypera !

A Malvina et Anne, pour tous les beaux moments que nous avons partagés ensemble, si nombreux que je ne les compte plus.

A Antho, pour nos prochains week-ends en MX5 sur les routes du Layon et ta promesse que je puisse goûter tous les vins de ta cave. Tu as promis, tu n'as plus le choix !

Aux copains Ostéo, en particulier Steph, Seb, P.A et Antoine. Deux ans qu'on se connaît, deux ans qu'on se « papouille », forcément cela crée des liens...

A Jon... Comment résumer en quelques lignes, toutes les raisons que j'ai de te remercier... Pour notre complicité, pour ton amour que tu me témoignes chaque jour, pour ton intégrité et ton pragmatisme, pour les fabuleux moments que nous avons vécus ensemble, pour ton soutien lorsque je doute (« Relativise, Marielle ! »), pour ta présence lors des moments plus joyeux ! Pour la vie qui nous attend !

A tous les férus du voyage et tous les « backpackeurs » qui sillonnent le monde. Nous sommes réunis autour d'une même passion. Profitez simplement et respectueusement de notre belle planète !

LISTE DES ABREVIATIONS

DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DU	Diplôme Universitaire
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CEIV	Centre d'Etude et d'Information sur le Volontariat
CILO	Communication Interculturelle et Logiques Sociales
CISS	Collectif Inter-associatif Sur la Santé
COMEDE	Comité Médical pour les Exilés
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CSTS	Conseil Supérieur du Travail Social
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examen de Santé
HCSP	Haut Comité pour la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
NORES	Non Recours aux Soins
PASS (la)	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PASS (le)	Point d'Accueil Santé et Solidarité
PHI	Pharmacie Humanitaire Internationale

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : LES INEGALITES EN FRANCE

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CASO ANGEVIN

TROISIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

QUATRIEME PARTIE : RÉSULTATS

1. Caractéristique de la population

- 1.1. Caractéristiques générales
- 1.2. L'engagement au CASO

2. Les motivations des médecins

- 2.1. Motivations lors de la première expérience
- 2.2. Motivations pour continuer l'engagement

3. Les difficultés rencontrées

- 2.1. Les difficultés globales liées au CASO
- 2.2. Les difficultés liées aux consultations
- 2.3. Les difficultés liées à la gestion personnelle

4. les enrichissements obtenus au décours des permanences

- 2.1. Le point de vue personnel
- 2.2. Le point de vue professionnel
- 2.3. Le point de vue associatif

5. L'élaboration de la fiche-conseil

- 2.1. Données générales
- 2.2. La prise en charge d'un patient précaire en médecine générale
- 2.3. La prise en charge d'un patient au CASO d'Angers

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION

EPILOGUE : LE MOT DE JEAN PARENT

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en voie de développement, qu'à l'intérieur même de chaque pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays » (1). Ce constat dénoncé à Alma Ata, en ex-URSS, en septembre 1978, lors de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires de l'OMS, reste malheureusement toujours d'actualité aujourd'hui. Effectivement, la France et l'Europe traversent, depuis 2008, la plus grave crise de l'après-guerre. Cette crise, tout d'abord financière, est devenue économique, puis sociale, notamment par la hausse du chômage. Ceci a de fortes répercussions sur la pauvreté en France. Les personnes en situation de précarité et de pauvreté participent à l'actualité, qu'elle soit économique, sociale ou médicale.

Mais, qu'est-ce que la précarité et qu'est-ce que la pauvreté ? Ne les confond t-on pas généralement ? La précarité est un terme complexe : elle a été définie à de multiples reprises par de nombreux acteurs, notamment Joseph Wreszinski en 1987 (2), le Haut Comité de Santé Publique en 1998 (3), et enfin Magali Boumaza et Emmanuel Pierru en 2007 (4). J'y reviendrais dans ce travail mais je peux, pour le moment, me limiter à une notion générale : La précarité est définie comme un processus dynamique, multidimensionnel, et évolutif où l'individu subit un ensemble d'évènements et d'expériences qui le fragilise dans de nombreux domaines de son existence. En 1998, le Haut Comité de la Santé Publique estimait que le phénomène de précarisation, au sens de l'absence d'une ou plusieurs sécurités concernait 20 à 25% de la population française, soit 15 millions de personnes.

Si la précarité s'installe et dure dans le temps, une pauvreté voire une exclusion peuvent apparaître. La pauvreté est un "état" relativement stable à différencier du caractère mouvant de la précarité. La France comptait 8,7 millions de personnes pauvres en 2012, soit un taux de pauvreté de 14% de la population générale, dont 1,7 millions d'enfants (3). L'exclusion, définie par une absence des possibilités d'aides d'une personne malgré son état de pauvreté, est estimée à 300 000 personnes en 1998 selon le Haut Comité de Santé Publique (3). Selon l'INSERM, en 2005, la pauvreté, la précarité et l'exclusion constituent "*une source de vulnérabilité pour la santé*". La santé n'est plus une priorité face aux préoccupations dominées par la recherche de moyens de survie (logement, ressources, travail). Les patients en situation de précarité ont très souvent un "*retard tardif aux soins*" voire un renoncement total

aux soins (5). Face à ces inégalités sociales de santé, de nombreux acteurs développent des solutions afin d'assurer des soins de premiers recours satisfaisants. L'Etat est le premier acteur. Les réformes médicosociales se succèdent : la création de la CMU en 1999, des Permanences d'Accès aux Soins (PASS) en 1998 (6), le plan Quinquennal de Lutte contre la Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale en janvier 2013. Selon le Code de la Santé Publique, les sociétés savantes et les politiques, les soins de premiers recours restent dévolus aux médecins généralistes qui en sont les garants. La thèse du Docteur Emmanuel Baudry nous permet aussi d'inclure dans les soins primaires les services d'urgences des hôpitaux notamment les PASS (7).

Pourtant, de nombreuses personnes restent hors système. Pour « *soigner ceux que le monde oublie peu à peu* » (8), des associations humanitaires ont développé des systèmes d'accueil et d'orientation qui fonctionnent en partenariat avec les PASS, les plateformes d'accueil des demandeurs d'asiles et les mairies. C'est le cas du Centre d'Accueil, de Soins de et d'Orientation de Médecins du Monde à Angers (CASO). Des permanences médicales et paramédicales sont assurées de façon totalement bénévoles. Quatorze médecins, pour la plupart généralistes y travaillent, menant de front leur exercice en cabinet ou étant à la retraite (9).

Je me pose la question de leurs diverses motivations et l'enrichissement obtenu d'une telle expérience sur le plan personnel et professionnel. Puis, m'intéressant moi-même à la médecine humanitaire et désirant sûrement la pratiquer dans mon exercice futur, je m'interroge sur les moyens mis en œuvre pour réaliser ce projet. Enfin, parce que je considère que la médecine de précarité fait partie intégrante de la médecine générale, je pense que l'élaboration d'une fiche conseil sur la prise en charge générale d'un patient en situation de précarité au cabinet de médecine générale serait utile. Ces interrogations sont à la base de ce travail de thèse.

Dans un premier temps, afin de bien cibler le sujet, je définie de manière précise les mots « Précarité », « Pauvreté » et « Exclusion », et j'en dresse un bilan général en France et dans le Maine et Loire. Puis, j'établisse un état des lieux de l'association Médecins du Monde et, plus particulièrement, du CASO d'Angers. Dans une deuxième partie, plus subjective, au terme d'une étude qualitative par entretien semi-dirigés, j'aborde le ressenti d'une partie des médecins du CASO d'Angers, que ce soit sur leurs motivations, l'enrichissement personnel et professionnel apporté par cet exercice et les moyens utilisés pour mener à bien leurs projets. Puis, en conclusion, j'élabore une fiche conseil simple et didactique.

PREMIERE PARTIE :

LES INEGALITES EN FRANCE

1. DEFINITION DE LA PAUVRETE

Pourquoi dit-on qu'une personne est pauvre ? Sur quels critères se base-t-on ? Existe-t-il des éléments objectifs qui la caractérisent ? Ces conditions se modifient-elles d'un pays à un autre ? D'une société à l'autre ? De quoi dépendent-elles ? Voici l'ensemble des interrogations auxquelles je tente d'apporter une réponse dans ce paragraphe.

Je peux commencer par affirmer que la pauvreté a plusieurs définitions et qu'aucune n'émerge plus qu'une autre actuellement. Elles sont le plus souvent le fruit d'innombrables consensus d'experts discutant les vertus de telle ou telle méthode. Je note néanmoins que certaines dimensions demeurent inébranlables : la pauvreté aura toujours un caractère absolu. Prenons comme exemple l'indigence totale de certaines personnes, que ce soit dans les pays riches ou dans les pays pauvres. L'aspect indivisible et entier est défini ici. La pauvreté est aussi relative car la prise en compte du sujet dans sa sphère temporelle et spatiale reste primordiale. Certains scientifiques morcellent la pauvreté en trois dimensions très schématiques : Les représentations de la pauvreté dans les esprits (Les individus se ressentent ou sont ressentis comme pauvres), la pauvreté dans sa dimension juridique (par exemple, une personne est définie comme pauvre si elle touche le RSA, l'exonération d'impôts...) et enfin, la pauvreté définie par rapport à un seuil de ressource budgétaire (seuls les revenus de la personne sont pris en compte). Je ne vais pas m'attarder sur ces trois dimensions. Cette thèse va définir une approche plus méthodique de la pauvreté, c'est à dire une définition en quatre dimensions : La pauvreté absolue, la pauvreté relative, la pauvreté administrative et la pauvreté ressentie (10)

1.1. La pauvreté absolue

Elle concerne les personnes ne disposant pas de la quantité minimale de biens et de services permettant une vie normale. Cette définition n'est utilisée ni en France ni en Europe mais plutôt aux Etats Unis. Pour décrire cette « quantité minimale », un seuil de ressources est défini en convertissant en montant monétaire l'ensemble des services et biens nécessaires pour pouvoir se nourrir, se vêtir et habiter un logement décent. Ce seuil ne varie pas, même si la richesse du pays évolue. Cette définition est aussi utilisée par les institutions internationales pour calculer de façon précise le nombre de personnes en situation d'extrême pauvreté dans le monde. Dans l'article rédigé par Julien Damon, paru aux Cahiers Français, ce seuil monétaire est fixé à 1,25 dollar par jour de pouvoir d'achat (10).

1.2. La pauvreté relative

Dans notre pays, nous utilisons plutôt cette définition. Elle est plus difficile à caractériser car, selon l'Observatoire Français des Inégalités, elle est divisée en trois sous-familles : La situation de pauvreté, dont l'approche reste très limpide et la compréhension aisée, la pauvreté en fonction du revenu médian qui est l'indicateur le plus communément employé et, enfin, la pauvreté en condition de vie (13).

1.2.1. La situation de pauvreté

Un premier positionnement estime que les personnes en situation de pauvreté sont les 20% les moins riches d'une population donnée. Certains délimitent la tranche par rapport à un seuil plus sévère de 10%. Cette définition a comme avantage d'être simple voire simpliste. Cependant, ce seuil est par essence figé (à 10 ou 20%) et ne permet donc pas de se rendre compte de l'évolution du taux de pauvreté en fonction des progrès de la société. Cette définition a donc tous les lieux d'être imparfaite.

1.2.2. La pauvreté en fonction du revenu médian

La deuxième définition est la plus couramment utilisée, notamment en France et en Europe. On considère une personne comme pauvre si ses revenus sont inférieurs à un certain pourcentage du revenu dit « médian » (qui partage la population en deux parties égales). Ce pourcentage est de plus en plus souvent fixé à 60% du revenu médian, alors que, jusqu'en 2008, le seuil à 50% était le plus couramment utilisé en France. Aucun seuil n'est plus objectif qu'un autre, il s'agit d'une convention statistique. Pour avoir une idée, en France, un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 833 ou 1000 euros (données 2013) selon la définition de la pauvreté utilisée (seuil à 50% ou à 60%). Il est intéressant de noter, qu'en dépit du ralentissement de la croissance depuis les années 1970, la France a continué à s'enrichir. Le niveau de vie médian a donc augmenté jusqu'en 2011 et donc avec lui le seuil de pauvreté avec lui. Malheureusement, une étude menée par l'INSEE démontre que la courbe s'est inversée entre 2011 à 2013. Cependant, le niveau de vie médian reste toujours plus élevé qu'à l'époque des seventies (11) (cf. annexe 1)

1.2.3. La pauvreté en condition de vie

Dans son rapport de 2015, l'INSEE définit un indicateur de pauvreté en condition de vie (11). Vingt-sept difficultés pouvant être rencontrées par les ménages pauvres sont listées. Le baromètre s'intéresse par

exemple à la complexité d'achat régulier de viande, à l'impossibilité de partir en vacances une semaine par an, aux tracas pour payer le loyer, etc... Ces difficultés sont classées dans quatre domaines : l'insuffisance de ressources, les restrictions de consommation, les retards de paiement et les difficultés liées au logement. Un ménage est dit « pauvre en condition de vie » lorsqu'il cumule au moins huit restrictions sur les 27 répertoriées par l'Institut. Il est important de noter que, globalement, ce taux a diminué selon les statistiques officielles, passant de 14,6% en 2004 à 12,8% en 2013 selon les déclarations des Français dans l'étude menée par l'INSEE. Connaitre ce dont les ménages affirment manquer pour bien vivre est un bon complément de l'approche monétaire habituelle de la pauvreté.

L'Eurostat, lui définit la privation matérielle sévère comme une situation de difficultés économiques durables dans le temps avec une impossibilité de faire face à un ensemble de dépenses du quotidien comme, par exemple, un repas avec viande un jour sur deux, un achat de biens de consommation durable comme un téléviseur, un chauffage adapté du logement. Neuf éléments sont mesurés. Un taux de privation matériel sévère mesure la part de la population incapable de couvrir les dépenses d'au moins quatre de ces neuf éléments. Ce taux a diminué passant de 6,1% de la population générale en 2004 à 5% en 2013 (12)

De ce fait, qu'il s'agisse de privation matérielle sévère ou de taux de pauvreté en condition de vie, la crise de 2008 ne semble pas avoir pénalisé matériellement les plus pauvres selon l'Observatoire National des Inégalités Sociales (13). Cependant, cette impression doit être relativisée. Les indicateurs rassemblent sous la même bannière des éléments très différents dont le nombre est fixé arbitrairement. Force est de constater que ces taux très généraux ont une signification limitée et peu exploitables.

1.3. La pauvreté administrative

La frontière entre la définition de la pauvreté et la précarité est ici extrêmement mince. Les personnes présentant une pauvreté ou une précarité « administrative » sont celles qui bénéficient de prestations sociales visant à atténuer cette précarité et cette pauvreté. Je peux citer entre autre la Couverture Maladie Universelle ou encore le RSA. Entre fin 2008 et fin 2014, le nombre de titulaire du RSA a augmenté de 550 000 soit +42% sur la France entière. La progression est due à l'accentuation de la crise. Faute d'emploi et faute d'avoir assez cotisé, un nombre croissant de personnes a recours aux minima sociaux : Selon l'observatoire des Inégalités, en France, fin 2013, près de 4 millions de

personnes déclaraient les percevoir. Avec les conjoints et les enfants, ce chiffre est porté à 7,1 millions soit 11% de la population française (13).

1.4. La pauvreté ressentie

Cette dernière définition est aussi la plus subjective. Elle recoupe la définition de la pauvreté ressentie dans les esprits définie plus haut de manière schématique. Elle se base sur la déclaration des Français vis-à-vis de leur impression sur une éventuelle pauvreté ou une exclusion actuelle ou passée. Selon le baromètre Ipsos et le Secours Populaire, en 2013, plus de deux personnes sur cinq estimaient être ou avoir été en situation de pauvreté. Ce chiffre a augmenté de 50% depuis 2009 (13).

1.5. La grande pauvreté

Selon les données 2015 de l'INSEE, deux millions de personnes vivent aujourd'hui en France en dessous du seuil de 40% du niveau de vie médian soit environ 651 euros par mois pour une personne seule (11). Ces personnes sont en situation de grande pauvreté. 3,8 millions de personnes (plus de 6 millions si on compte les conjoints et les enfants) ne peuvent que se contenter de minima sociaux selon le ministère des Affaires Etrangères. Près de 700 000 personnes n'ont pas de domicile personnel, dont plus de 400 000 hébergées de façon contrainte chez des tiers selon la fondation Abbé Pierre (14). Selon l'Insee, on compte 140 000 sans domicile fixe, donc un peu plus de 10 000 dorment dans la rue. Enfin, 3,5 millions de personnes auraient eu recours à l'aide alimentaire en 2010 (Banques Alimentaires, Restos du Cœur) selon le Conseil National de l'Alimentation (15).

1.6. L'évolution de la pauvreté en France (12) (13)

La pauvreté s'est-elle aggravée en France ? Le pourcentage de personnes en situation précaire s'est-il accru ? Les conditions de vie se sont-elles détériorées ? Bien entendu, tout dépend de l'époque dans laquelle on se place et surtout de la période avec laquelle nous faisons la comparaison. Par exemple, en comparant la période actuelle avec le Moyen Age, nous pouvons affirmer sans surprise que la pauvreté de nos jours a complètement disparue. Même en se référant à une époque moderne (par exemple les années 1980), la situation des plus pauvres n'est plus comparable.

Nous constatons que le seuil de pauvreté monétaire relative était de 13,6% de pauvres en 2000. En 2009, ce ratio a été mesuré à 13,5% : Sur une décennie, il n'y a pas de nette aggravation. Malheureusement, la crise économique de 2008 touche drastiquement plusieurs ménages : En 2011 soit trois ans après le début de la crise, le taux augmente à 14,3%. Cependant, il est surprenant de noter qu'ensuite, en 2012 et 2013, le seuil de pauvreté monétaire relative diminue pour se fixer à une moyenne de 14%. Il ne faut pas oublier que ce seuil dépend du niveau de vie médian, qui suit la même tendance à la baisse. Il y a donc ici une absurdité, l'indicateur retenu est à la baisse lorsque les problèmes (augmentation du niveau de chômage et baisse du niveau de vie) est à la hausse. Des débats peuvent s'ouvrir : A quand un indicateur universel ?

Le taux de pauvreté a globalement diminué (car le niveau de vie médian a diminué). Mais le nombre de personnes en situation de pauvreté a lui augmenté. Engendrant une diminution jusqu'au milieu des années 2000, le nombre de pauvre explose et atteint des records (plus de 8,5 millions en 2013). Ce niveau n'a jamais été atteint depuis le début des années 1970 et la cause en est essentiellement la crise de 2008. (11) (cf. Annexe 1)

1.7. La transformation de la pauvreté en France (12) (13)

Le taux de pauvreté diminue, le nombre de pauvres augmente. Tout ceci masque de profondes transformations : le pauvre d'aujourd'hui est très différent du pauvre d'hier. Tout d'abord, je peux noter que la pauvreté a rajeuni : En l'espace de 40 ans, le nombre de pauvres de moins de 25 ans a été multiplié par deux et celui des moins de 65 ans divisé par deux. De même, la pauvreté intéresse moins les familles nombreuses mais plutôt les monoparentales. Ces familles étant surtout constituées de personnes de sexe féminin à leur tête, nous assistons à une véritable féminisation de la pauvreté. De plus, du fait de la double mutation famille et travail, très souvent, la pauvreté intéresse les personnes actives. Enfin, je peux dire que la pauvreté s'est urbanisée, diminuant de 4% entre 1996 et 2000 dans les campagnes et augmentant de 5% dans l'agglomération parisienne et les villes de plus de 200 000 habitants.

En définitive, la pauvreté a d'avantage changé plutôt qu'elle a diminué ou augmenté. Autrefois, le pauvre était âgé, issu d'une famille nombreuse et vivant à la campagne. Actuellement, c'est un jeune actif,

vivant seul avec ou sans enfant, en milieu urbain et éprouvant des difficultés à s'insérer dans le monde du travail.

Il est donc important de ne pas raisonner essentiellement sur la base des indicateurs monétaires, qui mettent en évidence une vision froide et statique de la pauvreté. La précarité et la vulnérabilité intéressent la personne individuelle et nous renseigne sur les risques plutôt que sur les situations en tant que telles (11) (cf. Annexe 2). Ce fait est souligné dans la seconde partie de mon travail.

1.8. Conclusion sur la pauvreté

En définitive, à la fin de cette partie du rapport, je mets en évidence de multiples définitions de la pauvreté dépendant elles-mêmes de nombreux indicateurs. Tous ces indicateurs ont leurs défauts mais aussi leurs intérêts. A quand un indicateur unique, reproductible, synthétique et fiable ? L'intérêt serait de donner une définition juste de la pauvreté dans un pays ou dans une région donnée et que cette définition permette de se rendre compte de l'évolution de ce phénomène. Le meilleur indicateur de pauvreté à l'échelle internationale reste, grâce aux travaux d'Amartya Sen, l'Indicateur de Développement Humain. Selon elle, « *la pauvreté ne doit pas se définir par ce qu'une personne possède, mais par ce qu'elle peut être, peut faire et peut devenir* » (10). C'est une approche nouvelle, plus englobante et plus générale. Cet indicateur prend en compte trois composants : le niveau de vie, le niveau d'éducation et l'espérance de vie. Il est côté entre 0 (effrayant) et 1 (excellent). Cependant, cet indicateur n'est pas utilisé dans les pays développés dont la France, où il est incontestablement très élevé. Dans ces pays, on s'intéressera plutôt aux inégalités de ressources. Les tableaux de bords tel que celui présenté par l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) seront privilégiés (12) (cf. Annexe 3)

2. DEFINITION DE LA PRECARITE

La précarité, au contraire de la pauvreté, présente un caractère plus dynamique et plus évolutif. L'approche est d'avantage multi dimensionnelle. Selon le Père Joseph Wresinski, elle est définie par « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux* » (2). Je m'intéresse ici aux différents secteurs pouvant faire l'objet de précarité sociale.

En premier lieu, l'emploi est souvent mis à l'honneur dans les actualités et les médias, ainsi que dans les grandes décisions politiques, suivi du logement et de la santé.

Il est à noter que, suite à la crise de 2008, le débat sur le sujet des inégalités en France est omniprésent en France. L'information véhiculée par les médias est parcellaire, désordonnée et souvent remaniée de façon à alerter l'opinion publique. Le terme même « d'inégalité sociale » heurte les valeurs de la République et fait peser une menace croissante sur la cohésion du pays. La question des inégalités ne date pas d'hier. Déjà, elle commence à revenir dans le débat politique au début des années 1990. Sa place devient prépondérante au milieu des années 2000.

Depuis la crise de 2008, la situation est sombre pour les classes populaires, et les inégalités se creusent. Le pouvoir d'achat augmente et la qualité de vie s'améliore pour les classes sociales riches et aisées mais diminuent pour les plus pauvres. Les jeunes, les ouvriers, les femmes, la main d'œuvre peu qualifiée et les immigrés sont les premiers touchés (12).

2.1. La précarité de l'emploi (13)

D'un point de vue des revenus, de façon schématique, trois catégories se distinguent : 30% des Français les plus riches gagnent plus de 2200 euros par mois. Il faut noter que les revenus des 10% les plus aisés d'entre eux ont bien progressés entre 2008 et 2012. 30% des Français se situent dans une position intermédiaire. Pour ceux-ci, la stagnation des revenus constitue tout de même une rupture au cœur de cette société où l'on consomme toujours plus. Cependant, cette catégorie n'est pas décrite comme « étranglée » dans le rapport sur les inégalités en France de 2015. Malheureusement, pour les 40% des Français se situant en bas de la hiérarchie sociale, la situation est très compliquée. Leurs revenus ont baissé en moyenne de 300 à 500 euros entre 2008 et 2012.

La hausse du chômage est l'origine prépondérante de ce basculement : Trois millions de chômeurs toutes catégories confondues sont inscrits à Pôle Emploi en 2008, ils sont 5,3 millions début 2015 soit une hausse de 70%. Ceci ne date pas de 2008. Le taux de chômage dans le milieu ouvrier dépasse désormais les 20%. Parmi les chômeurs, nous retrouvons 70% d'ouvriers ou d'employés peu qualifiés et 8% de cadres. Ces données ne prennent bien-sûr pas en compte les décrocheurs de l'emploi notamment les femmes peu qualifiées qui, devant la précarité et la dégradation des salaires ne postulent même plus.

Heureusement, une partie de la population est à l'abri du chômage et de la précarité, soit du fait de son statut de fonctionnaire (4,5 millions de personnes) ou du fait de son niveau de diplôme qui lui assure de retrouver un travail dans de brefs délais dans l'immense majorité des cas. Ceci a bien-sûr un intérêt vis-à-vis de la stabilité que ce type de statut ou emploi procure mais aussi vis-à-vis des droits qui s'ouvrent ensuite, notamment dans l'accès au logement.

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'à salaire égal, la taille de l'entreprise joue aussi un rôle essentiel (accessibilité à une couverture santé, présence d'un comité d'entreprise, proposition de formations continues ou programmes de reconversions). Pour un même revenu, le coût de la vie est variable et ainsi contribue à renforcer les inégalités en France.

Cette inégalité vis-à-vis du travail et le risque de se retrouver un jour au chômage a quelques origines très précoces dans notre société. Selon le sociologue Pierre Bourdieu, « *le titre scolaire fonctionne comme un véritable capital culturel* » (16). Force est de constater que le taux de chômage des sans diplômes s'élève à 16,8% en 2013 contre 5,7% pour ceux qui sont au-dessus d'un bac +2. Cette sélection commence très tôt avec les inégalités d'apprentissage de la lecture et de l'écriture en fin de classe de maternelle. Les jeunes en difficulté sont massivement ceux qui n'ont pas eu la chance de faire des études : Le taux de chômage des moins de 25 ans atteint 22,8% fin 2013 contre 6,4% pour ceux de plus de 50 ans (13). Cette classe d'âge n'est pas privilégiée et souffre. A noter cependant que les personnes de plus de 50 ans qui se retrouvent au chômage subissent eux aussi une forte baisse du niveau de vie, et parfois une fin de carrière prématurée.

Enfin, les inégalités du patrimoine sont toujours aussi fortes : 10% des ménages les plus fortunés disposent de près de la moitié de l'ensemble de la richesse du pays, les 50 % les moins fortunés n'en possèdent que 7%. L'inégalité des patrimoines est encore plus accentuée que celles des revenus. Ces énormes écarts de richesse sont à la source de la reproduction sociale de génération en génération par le biais de l'héritage.

2.2. La précarité du logement

Selon l'enquête Sans-domicile de l'Insee présentée en 2012, 140 000 personnes sont définies sans domicile fixe. Environ 40 000 personnes sont, chaque année, menacées d'expulsion locative (17).

Ces données sont reprises par le Collectif d'Association Unies en 2015. Cette association plaide auprès de l'Etat pour l'accès et le maintien au logement de tous par l'instauration d'une couverture logement universelle (à l'instar de la couverture médicale universelle) (18)

Empruntant une direction similaire, la Fondation Abbé Pierre établit un rapport très complet en 2014 portant sur l'état du mal-logement et des difficultés d'accès à l'habitat en France (14). Selon la fondation, environ 3,8 millions de personnes souffrent du mal-logement ou d'absence de logement personnel. Outre ces situations dramatiques, ce sont 12,1 millions de personnes qui sont atteintes à des degrés divers par la crise du logement. La Fondation utilise, pour ses mesures, quatre indicateurs : le nombre de personnes sans domicile, le nombre d'hébergés chez un tiers, ceux subissant un effort financier excessif pour se loger et, enfin, les ménages souffrant du froid à domicile. Ces quatre indicateurs livrent, pour l'année 2014 des résultats préoccupants. Les obligations fondamentales vis-à-vis de l'habitat comme le règlement du loyer par exemple, ou le chauffage décent du logement relèvent pour beaucoup du parcours du combattant. Au total, ce sont donc 14 466 000 personnes qui sont victimes de la crise du logement en France en 2014.

Cette enquête nationale met en évidence une nette dégradation de la situation, qu'il s'agisse du nombre de personnes sans domicile fixe, de l'hébergement contraint chez des tiers ou des procédures de justice. La difficulté vis-à-vis du froid est plus particulièrement pointée : les Français sont 44% de plus qu'en 2006 à se priver de chauffage à cause de son coût. On peut ajouter que des éléments moins graves comme les infiltrations d'eau, et l'humidité sont désormais pris en compte dans ce rapport. La Fondation Abbé Pierre justifie ce choix en prônant les conséquences avérées de ces éléments sur la qualité de vie et la santé.

2.3. La précarité dans l'accès aux soins

En effet, le lien entre mal-logement et santé est bien établi et prouvé. Cependant, la précarité sanitaire a des fondements beaucoup plus étendus que la simple sphère du logement. En 2014, le baromètre de la précarité de Médecins du Monde donne l'alerte en exposant des données alarmantes sur la précarité en termes de santé et de difficultés d'accès aux soins (19). 36% des patients rencontrés lors des consultations de Médecins du Monde ont un recours aux soins trop tardifs, 42 % des patientes enceintes présentent un retard de suivi de grossesse, 87 % des personnes n'ont aucun droit ouvert à l'Assurance

Maladie. 12,7 % des personnes consultées sont des mineurs et un tiers d'entre eux présentent un retard dans leurs vaccinations obligatoires et recommandées. Ce chiffre ne cesse de s'accroître depuis 2007.

La première raison de cette augmentation est la difficulté pécuniaire pour accéder aux soins : Tous les ayants-droits à la CMU ne font pas la démarche par manque de temps, illettrisme, ignorance ou tout simplement parce que la santé n'est pas, pour eux, une priorité. En effet, le but est tout d'abord de pouvoir manger puis se loger et enfin, se soigner. Deux ménages dit en pauvreté relative sur dix n'ont pas accès à une complémentaire santé universelle (CMUc) parce qu'ils dépassent le plafond de revenu. Cependant, l'accès à une complémentaire payante est souvent très onéreux pour ces mêmes ménages. Parmi ceux qui disposent d'une mutuelle santé, les inégalités dues aux différents contrats sont souvent criantes en particulier dans le domaine de l'orthodontie et des soins optiques.

L'existence d'une précarité d'accès aux soins en France possède une seconde origine plus embarrassante et plus consternante. La CMU peut être refusée par certains praticiens, les dépassements d'honoraires sont courants, les restes à charges (forfaits hospitaliers, tickets modérateurs) sont conséquents et peuvent peser lourd dans le budget d'un ménage. De plus, la difficulté administrative des démarches sanitaires comme la reconnaissance des maladies professionnelles ou des invalidités, n'arrange pas les choses. Les agissements du corps médical ainsi que le fonctionnement défaillant de l'administration sanitaire et sociale français sont vivement dénoncé dans le rapport de la Mission France de Médecins du Monde en 2014 et 2015 (19).

Enfin, les professionnels de santé sont répartis de manière très inégale sur le territoire français. Les régions Bretagne et Ile de France ainsi que le Sud de la France sont sur-dotés, au détriment de la région Nord ou de certains départements provinciaux comme la Lozère ou la Creuse.

2.4. Les conséquences de la précarité

2.4.1. La notion de droit à l'erreur.

Selon Clair Michalon, « *le droit à l'erreur est le produit de l'ensemble des instruments sociaux, économiques, politiques mais aussi techniques et réglementaires qui visent à rendre supportables, pour les individus et la collectivité, les initiatives de chacun et leurs conséquences lorsqu'elles sont malheureuses* » (20). Pour lui, les systèmes d'assurances et de protections sociales « *sont autant de*

protections qui rendent possibles les initiatives, minimisent les incertitudes qui pèsent sur le devenir de chaque individu. »

Selon cet auteur, une « *société de sécurité* » a su développer ce droit. A l'inverse, une « *société de précarité* » en est exempte. Dans mon travail, la société française est bien évidemment définie comme étant une société de sécurité. Cependant, les patients accueillis au CASO ne peuvent bénéficier de cette protection ou pour une infime partie d'entre eux. Ils relèvent donc d'une situation rencontrée dans une société de précarité.

2.4.2. La situation de précarité : une absence de droit à l'erreur

Selon Clair Michalon, dans la situation de précarité, chaque erreur peut être fatale et entraîner un état de pauvreté qui se défini par « *un état objectif mesuré par des besoins nécessaires insatisfaits* ». Les personnes précaires prennent donc un risque pour chaque initiative entreprise.

Pour ces populations, la logique conservatoire est de mise : on imite celui qui a réussi, c'est-à-dire l'ainé, le « *père* ». Cette disposition tend à assurer, entre guillemets, la survie du groupe. Pour Clair Michalon, le maintien des procédures qui ont fait leurs preuves est revendiqué, il n'est absolument pas question de reconduire naïvement les habitudes et les croyances.

L'objectif des personnes en situation de précarité est différent de celui des personnes aisées. Il est non quantifiable, centré sur la survie alors que les personnes aux moyens plus importants ont plutôt le désir quantifiable d'améliorer leur niveau de vie.

2.4.3. Des changements possibles mais étalés dans la durée

Bien-sûr, l'état de précarité n'est pas immuable. L'initiative est possible mais délicate car elle est source de conséquences importantes si elle est mal calculée. Selon Clair Michalon, « *il faut du temps pour qu'une nouvelle ligne de conduite soit collectivement adoptée, son intérêt se mesure à l'aune d'une génération* » (20). En effet, pour fonctionner, une initiative doit pouvoir fonctionner au moins aussi longtemps que la précédente.

De plus, cette évolution ne peut se mettre en place qu'en respectant scrupuleusement la logique conservatoire précédemment décrite, il ne peut y avoir de scission avec l'état antérieur, qui serait vécu comme dangereux et traumatisant. L'innovation doit se mettre en place selon « *un principe additif et non de substitution* » (20).

2.4.4. L'opposition entre le temps cyclique et linéaire

Une dernière notion me semble importante à développer sur ce sujet : le rapport au temps est différent que l'on soit une personne prédisposant de moyens ou non. Dans les sociétés en situation de précarité et, par extenso, pour les migrants provenant d'une telle société, « *les hommes connaissent un rapport au temps aussi précis que logique* » (20). Le rythme de la logique conservatoire ou les saisons dans les terres agricoles inscrivent l'individu dans un aspect temporel cyclique. Ce temps est inéluctable et ne peut pas être maîtrisé. Toute entorse à ce cycle peut amener de l'insécurité. De plus, pour les migrants, la guerre dans leur pays d'origine peut bouleverser ce socle et ainsi aggraver l'insécurité.

Dans les sociétés industrialisées, le rapport au temps est différent. La notion de planning est prépondérante et rentre dans la définition même de la productivité : « Avoir une dead-line »... La maîtrise du temps est présente et potentialisée. D'ailleurs, pour Clair Michalon, « *en un mot, le développement, c'est la gestion du temps* ». Les expressions « Je perds mon temps », « C'est un gain de temps » en sont la preuve...

2.4.5. L'opposition entre la précarité et la société sécuritaire

Ceci est totalement différent pour les individus disposant d'un certain niveau de vie et de protections sociales, pour qui l'initiative sera perçue comme une qualité et une impulsion. Pour ces personnes, l'évolution est possible et même recherchée. Selon Clair Michalon, il est « *important de faire mieux que le père* ». Cependant, le souci est que, dans les sociétés industrialisées, le « *faire mieux* » est souvent synonyme de « *faire plus* ». Une confusion existe à ce niveau. Les individus de cette société, pour la plupart, n'en ont pas conscience car c'est un concept très intériorisé. Pour ceux qui la contemplent de l'extérieur, provenant des sociétés non industrialisées ou confrontés à une population en situation de précarité, cette « *surproduction* » et cette « *sur consommation* » peut vite apparaître insupportable et insoutenable.

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION DU CASO ANGEVIN

1. LE CONTEXTE ANGEVIN

1.1. Un dynamisme démographique endormi

Le Maine et Loire est le deuxième département le plus peuplé des Pays de La Loire, situé loin derrière la Loire Atlantique. Sa croissance démographique se place dans la moyenne nationale mais reste très peu dynamique (22). Globalement, le solde naturel est élevé mais le solde migratoire reste très faible. Cette croissance en berne résulte d'une économie atone et aboulique. Le Maine et Loire reste peu attractif car sa richesse de production repose sur des domaines d'activité peu porteurs : le bâtiment, l'administration publique, l'agriculture... Ceci s'aggrave depuis la crise économique de 2008 : on a vu apparaître d'importants bouleversements particulièrement dans ces secteurs

1.2. Un faible niveau de vie

Conséquence du dynamisme démographique modéré, de la surreprésentation des domaines d'activité peu porteurs et du pourcentage important de chômage longue durée, le niveau de vie des habitants du Maine et Loire est nettement inférieur à celui des départements voisins, la Sarthe, la Mayenne et surtout la Loire Atlantique.

La pauvreté y est plus marquée qu'en Loire Atlantique et en Vendée mais moins qu'en Sarthe et en Mayenne et surtout moins que la moyenne nationale. La pauvreté est surtout présente à l'Est du département dans les territoires ruraux de la région saumuroise (21). Les femmes ont d'avantage de difficultés pour trouver un travail. L'insertion des jeunes dans la société du travail y est moins aisée... Dans ces familles, la classe ouvrière ou salariée à faible revenu y est fortement représentée. Cependant, les grandes agglomérations comme Angers et Cholet sont également fortement touchées par la pauvreté. Comme je l'évoque plus haut, le Maine et Loire contient un parc locatif, qui, relativement à la population, est le plus important de la région, les difficultés liées au logement restent palpables, surtout à Angers, Saumur et Cholet.

1.3. Une offre de soins insatisfaisante

Le Maine et Loire est situé au-dessus de la moyenne nationale d'un point de vue du nombre de généralistes par rapport au nombre d'habitants. La distribution au sein du département est cependant

très hétéroclite. De plus, le manque de dentistes et surtout d'infirmiers libéraux affaiblit considérablement l'offre de soin et, ce sur l'ensemble du territoire (21).

2. LE CASO ANGEVIN

2.1. Historique

L'histoire du Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation d'Angers date quasiment d'une trentaine d'année.

Tout commence en 1986 par une prise de conscience de deux infirmières libérales qui, dans l'exercice de leurs fonctions, se retrouvent confrontées à des patients ne bénéficiant d'aucune couverture sociale. Pour ces personnes délaissées et placées à l'écart de la société, l'accès aux soins est difficile, retardé, parfois compromis. Les démarches administratives se révèlent être un véritable parcours du combattant.

Pour améliorer la situation locale, les deux infirmières recherchent des possibilités d'accueil et d'entraide sur Angers. Malheureusement, leurs prospections demeurent infructueuses, les associations caritatives comme Saint Vincent de Paul ou le Secours Catholique n'ont pas les moyens de les aider. Une prise de conscience s'opère ainsi. Accompagnées d'un médecin, elles établissent des contacts avec l'antenne parisienne de Médecins du Monde. Après de nombreux mois de travail, la décision de créer une antenne angevine de Médecins du Monde est adoptée. S'en suivent ainsi de multiples concertations avec l'antenne de Nantes existante, ainsi que la recherche de matériel gratuit, de contacts et de bénévoles. Le Conseil Départemental du Maine et Loire contribue à la volonté humanitaire qui se dessine en octroyant des locaux. Ceux-ci sont toujours utilisés de nos jours.

Grâce à la ténacité et à la motivation d'environ quatre-vingt personnes, le projet est finalisé et le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation d'Angers voit le jour en février 1988. Il est amusant de noter que, lors de l'ouverture du centre en 1988, la ferme intention des bénévoles est de le fermer le plus vite possible. Moins de trente années plus tard, le centre est toujours présent. Cependant, l'année 2016 est une année décisive pour l'antenne angevine de Médecins du Monde (9).

2.2. Les objectifs du CASO d'Angers.

D'un point de vue général, les objectifs du CASO d'Angers répondent à ceux de la Mission France : le principal dessein du centre est de réduire les inégalités d'accès aux soins de santé (en termes de

prévention, traitements, soins et couverture maladie) et ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations angevines les plus vulnérables.

Les objectifs sont au nombre de six : D'une part, accueillir les patients en situation de précarité, les informer et les orienter de manière adéquate tout en les accompagnant, d'autre part, témoigner des difficultés rencontrées par ces personnes (dans le but d'améliorer les prises en charge ultérieures), prévenir les récidives en prenant les dispositions nécessaires, et enfin, informer et former le corps médical et social adhérent au projet (9).

2.2.1. Accueillir, informer, orienter

L'accueil de la personne en situation de précarité, l'information et l'orientation sont trois activités prépondérantes du CASO. Pour cela, le centre propose de véritables consultations médicales (assurées par un médecin bénévole) offrant un lieu d'écoute et permettant la délivrance de médicaments et l'orientation vers des examens complémentaires s'ils s'avèrent nécessaires. Le CASO informe et oriente le patient sur l'accès aux dispositifs de soins de droit commun notamment la CPAM ou la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

2.2.2. Témoigner

Révéler, faire connaître et sensibiliser la population et les organismes sociaux sur les difficultés d'accès aux soins rencontrés par les personnes accueillies est un objectif important pour le Centre. Le CASO recueille les témoignages et les données socio démographiques puis les analyse. De grands plaidoyers sont organisés, notamment au sein des coordinations migrants et SDF et lors de colloques avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé d'Angers (PASS). Les discussions itératives avec la PASS permettent de lever les obstacles constatés pour un bon accès aux soins notamment pour les demandeurs d'asile. Les multiples rencontres avec les représentants locaux des différentes institutions sociales angevines permettent de coordonner les offres de soins et de tisser un système plus cohérent et plus efficace.

Un des objectifs du CASO est d'informer les étudiants du sanitaire et du social à l'action de Médecins du Monde en particulier à l'échelle locale. A l'instar du CASO de Bordeaux qui propose depuis quelques années des stages de médecine ambulatoire niveau II, Angers essaie de développer des consultations

menées par les étudiants en fin de cursus de médecine. Ceci se met en place grâce à un partenariat avec Nantes et est régie par des conventions.

Les bénévoles du CASO d'Angers participent aussi à des groupes de travail thématiques ou territoriaux en lien avec la Maison de l'Adolescent entre autre, ou le Conseil Local de Santé Mentale. Tout ceci est bien sûr dans le but de favoriser le travail en réseau (9).

2.2.3. Former

A ses débuts, le CASO d'Angers ne proposait pas d'enseignements aux bénévoles adhérent à l'association. Une formation était conseillée mais elle était dispensée sur Paris et durait plusieurs jours. Peu de personnes s'en acquittaient. Les bénévoles (médecins et accueillants) se formaient donc « sur le tas », situation qui engendrait une prise en charge relative des patients notamment au niveau socio administratif, et aussi un certain stress et un malaise pour les bénévoles.

Depuis quelques années, une formation de l'équipe est proposée : les gestes de premier secours sont enseignés, la notion d'aide est développée, des connaissances en terme de maladies infectieuses ou d'accès aux aides sociales y sont apportées. Ces formations sont dispensées par la délégation de Nantes qui propose un véritable plan de formation. En 2015, plusieurs bénévoles y ont adhéré. Les stages parisiens sont toujours dispensés et mettent à disposition des adhérents de véritables parcours d'intégration, des formations à l'utilisation d'un logiciel « Gestion des Bénévoles » et « Dossier Patient Informatisé », des journées « Revus de Missions » (9)...

2.3. L'organisation du CASO angevin

2.3.1. L'organisation en bref

Le CASO est composé d'une grande activité de permanences de soins dispensant consultations médicales, écoute, conseils, information et orientation. Les autres activités du CASO sont incluses dans des programmes très souvent réalisées en partenariat avec le CASO de Nantes et avec les différents organismes socio-caritatifs. Je peux citer, entre autre, les programmes bidonvilles, migration / droit / santé... Le plaidoyer et la sensibilisation des populations tiennent une large part dans l'activité de Médecins du Monde à Angers notamment dans les groupes de coordination migrants ou coordination SDF.

Le CASO d'Angers est constitué de 34 bénévoles : 14 médecins, 8 infirmiers, 9 chargés d'accueil et de tâches administratives, un informaticien, une pharmacienne et un psychologue. Une coordinatrice régionale et une assistante de délégation, salariées, accompagnent l'équipe.

Les membres du CASO d'Angers se réunissent une fois par mois pour coordonner les actions de l'antenne, répondre aux multiples sollicitations écrites et téléphoniques et communiquer les principales informations provenant de la Délégation Régionale et de la Direction des Opérations France. En plus de leurs nombreuses autres actions, deux co-responsables de missions, le Docteur Jean Parent et le Docteur Emmanuel Baudry, coordonnent le bon fonctionnement de ces réunions. Lors de ces rencontres, les plannings sont discutés, des réflexions sur le fonctionnement du centre sont soumises à débat (notamment les problèmes rencontrés ou les perspectives envisagées). Les bénévoles peuvent exprimer, lors de ces synthèses, leurs besoins en petit matériel, en médicaments ou en formation... Ils peuvent aussi s'épancher et extérioriser toutes difficultés rencontrées. Les informations sont collectées et transmises aux différents partenaires de Médecins du Monde si nécessaire.

Au total, 3260 heures de bénévolats ont été comptabilisées durant l'année 2015. Au cours de 155 heures de permanences, l'équipe de Médecins du Monde à Angers a accueilli 825 passages pour 801 consultations (9) (Cf. Annexe 4).

2.3.2. Les permanences

Le CASO d'Angers est situé au 62 boulevard Saint Michel à Angers, en plein centre-ville. Il est ouvert le lundi et mercredi de 14 heures à 16h30 et le vendredi de 9 heures à 11 heures. Dans le même bâtiment se place le Centre de Planification d'Education Familiale et de Suivi de Grossesse.

Les bénévoles du CASO travaillent dans deux pièces. Une salle d'attente y est attenante. Dans la première salle, deux accueillants, dont un infirmier, s'enquièrent du motif de venue du patient et de son parcours. Les pièces administratives lui sont demandées, une information sur les structures de santé de droit commun est fournie et un temps d'écoute est constamment proposé. En pratique, tout nouvel arrivant accueilli est reçu en consultation médicale dans la seconde pièce et peut être informé sur ses droits en matière d'accès aux soins.

En fonction de leurs pathologies, les patients sont orientés vers des partenaires si nécessaire : soit la PASS au CHU, soit des spécialistes engagés à recevoir des patients venant de Médecins de Monde. Par ailleurs, des brochures d'information sur les infections sexuellement transmissibles, le VIH, la tuberculose et les hépatites sont mises à la disposition des patients. De même, le CASO met en place une véritable campagne d'information sur les vaccinations.

Une délivrance de médicament est assurée en cas de besoin. La gestion du stock est assurée par un pharmacien dédié. Depuis 2007, l'utilisation des MNU (médicaments non utilisés) est interdite. Le CASO se fournit donc à la Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI) : 2095 boîtes ont été fournies en 2015 pour un total de 4883,10 euros (9). Un partenariat existe aussi avec la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladies des Travailleurs Salariés) aidant également au renouvellement du stock pharmaceutique.

La barrière liée à la langue est une difficulté majeure rencontrée pendant les consultations. Auparavant, les bénévoles étaient très peu sensibilisés à l'utilisation de moyen d'interprétariat téléphoniques ou informatiques. Actuellement, l'attention des bénévoles est porté sur un service appelé ISM Interprétariat de plus en plus utilisé.

Il est important de noter que l'activité du CASO pour l'année 2015 connaît une légère diminution par rapport à 2014. Les motifs et les modalités de consultation sont relativement identiques.

2.3.3. Caractéristiques du public bénéficiaire.

Les patients consultants au CASO sont essentiellement des demandeurs d'asile arrivés très récemment en France. 64,3 % des étrangers séjournent en France depuis moins de trois mois. La plupart des patients sont originaires d'Afrique Sub-saharienne. Cependant, on remarque depuis 2015 une augmentation de population en provenance du Proche et du Moyen Orient (9) (Cf. Annexes 5 et 6). Les patients sont majoritairement des hommes (52,3%) mais la population féminine a tendance à s'accroître. Ce sont essentiellement des sujets jeunes car l'âge moyen de la file active est de 29,8 ans. Ceci est logique car la portion la plus importante du public reçu est constituée de primo-arrivants. Habituellement, la tranche d'âge de cette population s'étend de 20 à 40 ans. Malheureusement, un public très jeune constitué de mineurs est très souvent accueilli : 10,9% des patients reçus en consultation ont moins de 9 ans (9) (Cf. Annexe 7)

Les personnes sont majoritairement orientées à Médecins du Monde par des associations dont la principale s'appelle Espace Accueil. Il s'agit d'une plateforme d'accueil des demandeurs d'asile située à Angers. Elle a pour but d'apporter une aide de premier recours aux personnes la nécessitant. Elle oriente vers Médecins du Monde les demandeurs d'asile dont les droits à la couverture maladie universelle ne sont pas encore ouverts et informe ces patients sur leurs droits et les modalités à entreprendre. Les institutions administratives et sociales orientent, elles aussi, des patients vers le CASO. Le bouche à oreille fonctionne très bien. Les structures de santé, en dernier lieu peuvent envoyer des patients (Cf. Annexe 8)

Comme je l'évoque plus haut, le Maine et Loire contient un parc locatif, qui est relativement à la population le plus important de la région. Cependant, les difficultés liées au logement restent palpables, surtout à Angers, Saumur et Cholet (21) (22). Pour les demandeurs d'asile et les patients exclus de la société, se loger se révèle être un véritable parcours du combattant : 6,6% des personnes reçues possèdent un logement personnel, 32,2% sont logés chez des amis ou dans la famille. La moitié des patients accueillis au CASO sont sans domicile fixe ou vivent dans des hébergements d'urgence. Les chiffres sont alarmants ! (Cf. Annexe 9)

Les consultations au CASO sont très variées et complètes. Elles diffèrent de la médecine générale. En effet, la prise en charge d'un patient en situation de précarité sans logement et d'un patient lambda intégré dans le système de droit commun n'est pas la même. La prise en charge sociale et administrative est très intriquée dans la prise en charge médicopsychologique. D'un point de vue strictement médico-scientifique, les consultations sont riches et les diagnostics souvent imprévisibles et étonnantes. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées en 2015 restent identiques aux années précédentes. La prise en charge de l'appareil respiratoire est la plus fréquente, suivie par l'appareil dermatologique puis digestif (9) (Cf. Annexe 10)

2.3.4. Les autres actions du CASO

Si je place l'activité des permanences du CASO entre parenthèse, je me rends compte que son rôle ne s'arrête effectivement pas là. Le CASO a de multiples objectifs et de nombreuses missions au sein du bassin Angevin (9).

Tout d'abord, des missions de formation et de sensibilisation sont menées actuellement, que ce soit à l'Université de Médecine d'Angers, à l'Université Catholique de l'Ouest ou encore à l'IFSI de Cholet.

Les réunions dans le cadre des coordinations migrants et SDF continuent et reste en lien avec le Secours Catholique entre autre. Des réunions avec les élus locaux sont organisées pour interpeller les responsables lorsque cela est nécessaire. Des réunions sur le thème de la tuberculose ou de la prise en charge des patients mineurs sont organisées avec le Conseil Général, la préfecture... Des participations à des journées de sensibilisation sont organisées comme les journées mondiales des réfugiés. Cette description des activités du CASO d'Angers est bien sûr non exhaustive.

2.4. Les partenaires du CASO d'Angers.

Le CASO d'Angers compte de nombreux partenaire opérationnels dont les principaux sont au nombre de cinq (9) (Cf. Annexe 11)

2.4.1. La coordination « migrants »

Le premier partenaire est constitué d'un ensemble d'associations travaillant en coordination en faveur des droits des migrants. Cette Coordination « migrants » est constituée, entre autre, du Secours Catholique, d'Emmaüs et de Saint Vincent de Paul. Elle prend en charge les migrants se présentant sur le sol français. Les réunions se tiennent une fois par mois.

2.4.2. La coordination SDF

Un ensemble d'association constitue la coordination SDF : Le Secours Catholique en fait partie ainsi que Habitat Humanisme, Espace Accueil et de nombreux autres. Le but de cette coordination est l'échange d'informations et la recherche d'amélioration pour l'accès aux soins des SDF et des plus démunis sur Angers. Cette coordination se réunit tous les deux à trois mois

2.4.3. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS voient le jour au décours de la réforme médico-sociale de 1998 (6) revue en 2013. Celle d'Angers est ouverte depuis février 2000, elle est située dans le service des urgences du CHU. Les soins sont ouverts 24h sur 24 et une prise en charge médicosociale y est proposée.

Le CASO adresse à la PASS l'ensemble des patients nécessitant des examens complémentaires. Grâce à un repérage informatique, les patients sont orientés vers l'interne dédié à la PASS le jour de permanence qui est le mercredi. En dehors de ces horaires, les patients sont pris en charge par les urgentistes. Dans tous les cas, une prise en charge sociale est engagée avec l'aide d'assistantes sociales spécialement dévouées. Une exonération pour les soins reçus le jour même est pratiquée et une ouverture des droits à l'assurance maladie est mise en place. Le bon fonctionnement social de ce système est incontestable, la prise en charge médicale est elle-même correcte d'un point de vue technique et se perfectionne en termes d'adaptation au mode de vie du patient (barrière de la langue, différence de culture, isolement). Les formations dédiées permettent d'améliorer la gestion des flux.

Les réunions du CASO avec la PASS d'Angers sont hebdomadaires. Y sont évoquées les avancées respectives des deux organismes. Le but de la PASS étant de suppléer à la totalité des permanences du CASO à court terme et ainsi de prendre en charge toute personne ne bénéficiant pas du droit commun, le temps de vacation médicale s'élargit début 2014 avec deux demi-journées supplémentaires, le mardi et le jeudi (9).

2.4.4. Le Point d'Accueil Santé Solidarité (PASS)

Le PASS est géré par la mairie d'Angers. Il est situé au centre-ville et s'occupe des patients en grande précarité. Une infirmière dédiée fournit la première assistance et adresse au CASO les personnes nécessitant des soins médicaux. Les relations entre le CASO d'Angers et le PASS sont très intriquées. La mairie d'Angers tient aussi un grand rôle en tant que partenaire. Des rencontres de santé publiques sur le thème de la vaccination sont organisées, des subventions sont discutées et accordées.

2.4.5. L'Espace Accueil

La Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile est le point d'ancrage et de rendez-vous principal pour toute personne étrangère en difficulté ou en situation de précarité. Souvent, l'adresse dont ils disposent lorsqu'ils arrivent est celle de l'Espace Accueil. Cette fondation est donc très souvent un lieu de rassemblement. Les travailleurs sociaux d'Espace Accueil centrent donc les demandes, informent les patients sur l'existence de droits sociaux et les modalités pour les obtenir, et les orientent à Médecins du Monde si des soins médicaux sont nécessaires.

2.4.6. Les autres partenaires

Le SAMU Social est une maraude effectuée par un bénévole du CASO accompagné de l'équipe du SAMU social. Leurs multiples activités sont présentées lors des réunions de bureau.

La Croix Rouge Française aide le CASO dans la prise en charge des problèmes dentaires. Le Centre de Planification et la Protection Maternelle et Infantile prennent en charge de manière gratuite les enfants ainsi que les patientes ayant des pathologies gynéco-obstétricales. Enfin, des avis provenant du Centre anti Tuberculeux peuvent être dispensés à la demande

2.5. Les perspectives pour 2016

En ce début d'année 2016, l'antenne angevine de Médecin du Monde change d'orientation. Les consultations médicales sont peu à peu supprimées. Au CASO d'Angers, seuls des soins de premier recours peuvent être effectués : il n'y a pas de plateau technique, pas d'avis spécialisé, et l'équipe est uniquement constituée de bénévoles.

La PASS d'Angers a donc vocation à répondre mieux aux critères légaux de la circulaire de 1998 et de 2013 et ainsi remplacer les permanences assurées par le CASO. Un personnel médical, des moyens et du temps doivent être dédiés à cette pratique. Les réunions entre le CASO et la PASS sont parfois houleuses pour mener à bien ce projet, mais force est de constater que la PASS angevine est de plus en plus fonctionnelle et propose une prise en charge plus complète sur le plan social et médical. De plus, la pérennité est logiquement d'avantage assurée grâce au relai dans le droit commun.

Ainsi, le constat de la nécessité de transfert des activités de soins du CASO à la PASS s'impose, il deviendra effectif durant l'année 2016. A la fin de la même année, le CASO fermera ses soins. Cependant, le CASO vivra autrement, de nombreux travaux et missions restent encore à investir. Le plaidoyer continue après le repérage des défaillances contribuant à la dégradation de la santé des personnes précaires. Ces populations fragiles doivent faire l'objet de travaux et d'activités ciblées. Les coordinations notamment migrants et SDF perdurent et les interpellations des élus lorsqu'elles sont nécessaires sont toujours à l'ordre du jour. Une nouvelle piste de travail concernant la médecine de proximité et la sensibilisation en particulier des jeunes médecins sur la prise en charge correcte d'un patient en situation de précarité est en phase de réflexion actuellement.

TROISIEME PARTIE

MATERIEL ET METHODE

1. CHOIX DU SUJET DE THESE

Ce projet de thèse s'inscrit dans la continuité d'un projet professionnel original et d'aspirations personnelles datant de longue date.

Le serment d'Hippocrate stipule que chaque médecin a des devoirs clairs et précis : soulager les souffrances, prodiguer des soins aux indigents, « *protéger les êtres affaiblis, vulnérables et menacés dans leur intégrité ou leur dignité* » (Cf. Annexe 12). Ces devoirs placent le soignant dans un rôle particulier au sein de notre société, un rôle de personne « *au service des autres* », « *à l'écoute de l'autre* » : La mission du médecin est de pourvoir et d'être attentif au bien-être d'autrui. L'allocentrisme et l'altruisme sont des notions situées à la base de ce métier, ces concepts m'habitent depuis de nombreuses années, et je n'en ai pas forcément cherché la signification.

J'ai, par contre, la conviction que le vécu d'une personne et l'ensemble des évènements positifs ou négatifs auxquels elle a été confrontée depuis l'enfance, influent par la suite sur l'estime qu'elle a d'elle-même, sur ses choix de vie et ses relations interpersonnelles. La personnalité est sans doute soutenue par une base génétique et héréditaire mais elle est modelée par une composante environnementale non négligeable. Ceci est à l'origine d'aspirations conscientes et inconscientes qui construisent et conditionnent le sujet tout au long de sa vie.

Ainsi, l'existence de motivations conscientes et inconscientes basées sur le vécu et les rencontres peuvent expliquer le fait qu'une personne choisisse le métier de médecin qui n'est pas anodin. Ces motivations inconscientes peuvent être dévoilées et affirmées par les principes de psychanalyse, mais peu de mes confrères y ont recours. La peur de remuer les profondeurs de leur propre être est importante, d'autant que l'utilité d'une telle démarche ne semble pas justifiée lorsqu'ils ont un équilibre psychique convenable.

Ce concept d'allocentrisme apparaît plus important lorsque la personne choisit de le faire de façon bénévole. Ayant moi-même participé à des missions humanitaires il y a quelques années, je suis particulièrement sensible à ce concept.

Pourquoi donc avoir fait cette thèse sur ce sujet ? Parce que, à une époque, je me suis posée la question de la raison pour laquelle j'ai opté pour ce métier et pourquoi, à un moment donné, j'ai décidé d'agir de

façon bénévole à mon échelle. Je suis restée perméable à ce concept d'altruisme. Devenir médecin généraliste m'a confortée dans mes choix, mais je ne suis pas allée plus loin dans mon raisonnement. Des éléments m'ont échappé et m'échappent encore. Connaitre et travailler sur les motivations de certains généralistes à pratiquer une activité bénévole m'intéresse de par mon histoire. Ce travail est captivant.

Je souhaiterais, dans l'avenir, consacrer une partie du temps libre dont je dispose à une activité bénévole, pas uniquement d'un point de vue médical mais d'autres manières aussi. La plus lourde difficulté que je rencontre actuellement est le manque de temps et les soucis liés à l'organisation. Effectuer ce travail de thèse avec des médecins qui ont réussi ce défi est donc riche en enseignement.

Au départ, je voulais travailler sur un sujet impliquant des médecins effectuant des missions humanitaires internationales. La soif de voyage m'habite et mes multiples pérégrinations à l'étranger ces dernières années l'alimente. Dans mes recherches bibliographiques, j'ai lu avec plaisir la thèse de Marie Villeret datant de 2012. Cette étude retrace « *les motivations des médecins généralistes et les moyens mis en œuvre pour réaliser des missions humanitaires* » (23). Les médecins rapportent leurs expériences de l'étranger. Ayant connu, par la suite, Sylvie Cognard, puis ensuite l'ensemble de l'équipe de Médecins du Monde, mon projet a évolué et s'est doté naturellement d'une dimension plus locale.

2. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Les objectifs primaires

Je décris, dans ce travail, les motivations des médecins généralistes à exercer au Centre d'Accueil de Soin et d'Orientation de Médecins du Monde à Angers, puis j'évalue l'enrichissement obtenu au décours de cette expérience, d'un point de vue professionnel et personnel.

2.2. Les objectifs secondaires

Je repère les éventuelles difficultés secondaires à ces missions puis j'établis une fiche conseil portant sur la prise en charge d'un patient en situation de précarité au cabinet de médecine générale et au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation d'Angers

3. DEFINITION DU SUJET DE THESE

3.1. Les missions au sein du CASO

Je m'intéresse aux médecins effectuant des permanences au CASO d'Angers une à plusieurs fois par mois, quel que soit leur spécialité. Comme le nombre de médecins est limité, dans le but d'obtenir une taille d'échantillon suffisante pour mon étude, j'intègre les médecins participant aux consultations médicales en tant que telles et ceux assurant l'accueil des migrants. Cependant, dans le questionnaire, une discussion est ouverte sur le choix de telle ou telle pratique.

Les médecins effectuant d'autres actions au sein de l'antenne d'Angers, comme co-responsables de missions ou actions de plaidoyer par exemple, sont aussi intégrés dans l'étude. Une réflexion sur ces missions est prévue dans le questionnaire

Toujours par souci de recrutement, j'incorpore dans l'étude, des médecins ayant effectué des permanences au CASO il y a plusieurs années mais qui ne sont plus investis dans l'antenne angevine actuellement. Une demande d'explication sur les raisons de leur départ leur est destinée dans le questionnaire.

Le but de cette définition élastique me permet d'obtenir une inclusion plus large de mon échantillon.

J'entends par missions au sein du CASO d'Angers, les missions effectuées uniquement en rapport direct avec l'antenne angevine. En aucun cas, les missions internationales de Médecins du Monde ou les missions inhérentes à d'autres antennes ne sont prises en compte dans cette étude.

En dernier lieu, la notion de bénévolat me paraît importante pour ne pas risquer d'induire un biais lucratif à l'étude. En effet, si un médecin s'implique dans une association humanitaire au point d'être salarié, l'activité au sein du cabinet médical peut se révéler difficile par manque de temps.

3.2. Les motivations

Par ce terme, j'inclue les raisons de l'engagement du médecin au sein de l'association Médecins du Monde à Angers. Tout d'abord, je m'intéresse aux premières motivations, celles qui amènent le médecin à intégrer la structure. Puis, dans un second temps, sont étudiées les raisons pour lesquelles le médecin

continue cet engagement. Effectivement, suite aux difficultés rencontrées quelques mois après le début et dont le médecin n'a pas conscience au départ, l'engagement peut se briser.

3.3. Les enrichissements obtenus

Dans cette partie du questionnaire, je m'intéresse aux acquis et aux richesses découlant de cette pratique humanitaire. Ces enrichissements sont explorés dans deux domaines : le milieu professionnel et personnel. Que retire le médecin de ces permanences d'un point de vue personnel ? Ceci modifie-t-il sa pratique professionnelle ? Existe-t-il des prises de consciences quelconques ?

3.4. Les difficultés rencontrées

J'entends, par difficultés rencontrées, un thème très général, le but étant que le médecin exprime spontanément l'ensemble des difficultés inhérentes à son exercice. Les difficultés peuvent être d'ordre professionnel, c'est-à-dire un conflit dans la gestion du cabinet médical par exemple. Les difficultés relationnelles au sein de l'association sont aussi intégrées dans cette définition. Enfin, les difficultés personnelles, de l'ordre du ressenti ou de la gestion avec la vie familiale, sont abordées. Ceci constitue à mon avis, la partie la plus intéressante et la plus difficilement palpable de mon travail car elle fait appel au domaine de l'intime et de la confidence.

3.5. L'élaboration de la fiche-conseil

La fiche conseil est présentée aux médecins comme étant une ébauche d'outils pratiques facilitant l'adaptation d'un jeune médecin généraliste fictif se retrouvant face à deux situations précaires définies dans mon étude.

La première met en scène l'arrivée d'un migrant ou d'une personne en situation de nette précarité au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation. Le jeune médecin, nouvellement en fonction, le prend en charge. Quels conseils généraux peut-on lui apporter pour mener à bien sa consultation ?

La deuxième s'intéresse à la prise en charge d'un patient possédant la CMU ou l'AME en cabinet de médecine générale. Ce patient fictif a donc une certaine couverture sociale, et ainsi, ne possède pas le même degré de précarité que la personne migrante arrivant au CASO. L'intérêt de cette question est

d'amener une réflexion sur la prise en charge de ce patient, que le médecin adaptera ou non, comparativement à un patient lambda ayant couverture sociale et mutuelle usuelle

4. METHODE DE L'ETUDE

4.1. Justification de la méthode

Afin de récolter les expériences personnelles et les ressentis des médecins généralistes ayant contribué à ces permanences, la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés me paraît la plus adaptée. Je désire explorer pleinement le ressenti, le vécu et les capacités d'élaboration des personnes interrogées. Ce procédé me permet donc de laisser place à l'imprévu et pouvoir ainsi dégager des thématiques inattendues. C'est, à mon avis, ce qui fait la richesse de ce travail. Le but de cette étude n'est donc pas de vérifier une hypothèse élaborée à priori, et donc d'avoir une démarche hypothético déductive, mais, au contraire, de produire du sens à partir d'entretiens subjectifs.

L'élément crucial de ce travail est d'avoir accès aux expériences singulières de chaque participant, sans influence d'un tiers quelconque. La dynamique de groupe et l'étude de la dimension groupale n'a pas sa place dans l'étude. Je veux défendre la liberté d'expression pour qu'aucun médecin ne se sente pas acculé dans mes entretiens. Plus important encore, il me semble prépondérant d'assurer un anonymat entre les différents médecins afin de recueillir des informations pouvant découler de la sphère familiale et privée. Je choisis donc l'entretien individuel plutôt qu'une étude en focus group.

Enfin, parce que les objectifs de thèse sont nombreux, je choisis de canaliser en partie les entrevues grâce à une grille d'entretien : l'étude est donc basée sur des entretiens semi-dirigés. Ceci me permet de recentrer l'entretien tout en laissant une certaine liberté à l'interlocuteur.

Cette méthode qualitative par entretiens semi dirigés se révèle être très chronophage. Le temps pour réaliser les entretiens, les retranscrire et les analyser est conséquent. Sans nul doute que cela influe sur la taille de mon échantillon.

4.2. La grille d'entretien

La grille d'entretien, présentée en annexe 13, est réalisée en amont des entrevues, au cours de la recherche bibliographique. Deux entretiens préliminaires (médecin 1 et médecin 2) m'aident à étayer et

retravailler cette grille. A la fin de la deuxième entrevue, le questionnaire n'est plus modifié, me permettant ainsi une meilleure reproductivité des investigations et une facilité d'analyse par la suite.

En premier lieu, pour chaque personne interrogée, un état des lieux formaliste est dressé, contenant l'âge, le sexe, le statut marital et professionnel. Une étude est menée sur l'activité actuelle ou antérieure, professionnelle et humanitaire (en dehors de Médecins du Monde). La date d'entrée au CASO est demandée. De même, les protagonistes sont invités à communiquer dans quelles circonstances ont-ils eu connaissance des permanences au CASO. Ces demandes sont orientées et les réponses attendues sont en général courtes et précises.

Dans un deuxième temps commence l'entretien semi-dirigé à proprement parler. Les questions sont semi-ouvertes, puis, si besoin, j'invite chaque médecin à éclaircir chaque point qui m'apparaît obscur et nébuleux. Les thématiques abordées correspondent aux objectifs de la thèse, à savoir les motivations pour commencer puis poursuivre l'engagement, les difficultés rencontrées, et enfin l'enrichissement obtenu au décours. En dernier lieu, une réflexion est proposée sur l'élaboration d'une fiche conseil. La question est plus ouverte, les médecins ont donc plus de loisir de s'exprimer.

4.3. La population cible

La population cible concerne l'ensemble des médecins travaillant ou ayant travaillé au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde à Angers (tel que prédefini dans le paragraphe 3.1).

Pour constituer cette population, je bénéficie d'un soutien de Sylvie Cognard, ma directrice de thèse, elle-même médecin à l'antenne angevine de Médecins du Monde. Elle me fournit les coordonnées, ainsi que les jours de permanences, de l'ensemble des médecins travaillant actuellement au CASO d'Angers. De plus, elle m'indique le nom de quelques médecins y ayant travaillé antérieurement. Le deuxième médecin interrogé me transmet lui-aussi quelques coordonnées de médecins ayant exercé à l'antenne. Ainsi, j'obtiens une liste de quinze médecins, généralistes et spécialistes confondus, travaillant ou ayant travaillé au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation d'Angers.

Sur les quinze médecins listés, seuls deux d'entre eux ne peuvent être joint malgré plusieurs relances (mail et téléphone). Les treize autres médecins sont contactés par mail préférentiellement et l'ensemble des caractéristiques de la thèse leur sont expliquées lors de ce premier contact. Un seul médecin préfère

ne pas donner suite et justifie son choix par le caractère trop intrusif de la thèse. Ce médecin n'est pas relancé pour reprendre part à l'étude. Les douze autres médecins acceptent, dès le premier contact par mail, d'établir un rendez-vous téléphonique afin de convenir d'une date d'entretien ainsi que d'un lieu.

4.4. La réalisation des entretiens

Du fait de mes obligations liées à l'internat et de la nécessité de coordonner les agendas avec les médecins interrogés, les entretiens s'étalent sur une large période. L'enregistrement des entrevues débute le 11 décembre 2014 et s'achève le 12 novembre 2015.

Ces entrevues se déroulent soit au cabinet du médecin généraliste pour quatre d'entre eux, soit au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation pour quatre d'entre eux, soit à leur propre domicile pour trois d'entre eux. Seul le médecin 8 préfère effectuer l'entretien dans un endroit public. Le lieu de rencontre est laissé au libre choix du médecin interrogé.

Les entretiens durent entre 20 minutes et 55 minutes. La plupart du temps, le médecin est seul et la conversation évolue entre l'investigateur et l'interlocuteur. Le médecin 3 accueille un étudiant externe dans son cabinet qui participe donc, de manière passive à l'entretien. La durée de cette entrevue est la plus courte de notre étude.

Chaque entretien débute par une demande d'autorisation d'enregistrer. Je prépare un carnet et un crayon afin de prendre des notes à proximité. Seul le médecin 6 refuse l'enregistrement. La transcription de l'entretien s'effectue donc uniquement sur papier et un chronomètre est lancé pour apprécier la durée de l'entretien.

Certaines difficultés sont rencontrées pour cette entrevue, notamment la retranscription des verbatim. Ce travail est donc effectué le soir même pour ne rien oublier. Le médecin 5 me transmet une feuille A4 sur laquelle sont notés ses expériences, ses prises de conscience ainsi que ses ressentis au cours de ses permanences au CASO. Ces données sont intégrées stricto sensu dans la grille d'analyse. Enfin, à l'arrêt de l'enregistrement, le médecin 9 me livre des anecdotes sur son expérience. Ces données sont donc aussitôt notées sur le carnet à proximité, retranscrites le soir même et intégrées à la grille d'analyse au même titre que l'enregistrement.

Suite à la demande d'autorisation d'enregistrement, l'entretien se poursuit par la présentation du projet de thèse puis l'explication des termes « motivations », « enrichissement », « difficultés » et « fiche conseil ». Ensuite, un état des lieux formaliste est établi (conforme à la grille d'entretien dans le paragraphe 4.2).

Puis commence l'entretien en tant que tel. Soit le médecin élabore spontanément sur chaque item et je ne l'interromps pas, soit, s'il ne poursuit pas directement, une réflexion supplémentaire lui est suggérée. Je surveille en parallèle mon questionnaire afin de ne rien oublier. Enfin, l'entretien se conclue par une étude et une délibération sur le sujet de la fiche conseil. Pour certains entretiens, les médecins n'hésitent pas à exprimer leur ressenti, notamment sur l'histoire et la confrontation avec les migrants. Je leur laisse le loisir de s'exprimer et recadre l'entretien ensuite.

Les entretiens sont ensuite retranscrits « ad verbatim » c'est à dire mot pour mot sur un fichier Word grâce à un casque audio et au logiciel « Dragon Naturally Speaking ». La retranscription s'étale entre 6 heures et 10 heures en fonction de la durée des entretiens enregistrés. En fonction de l'entrevue, le document Word est constitué de huit à treize pages. Par souci d'anonymat, ces retranscriptions ne sont pas intégrées à ce manuscrit, les verbatim sont cités en italique pour plus de clarté. Les entretiens sont anonymes et identifiés avec un numéro allant de 1 à 12.

Au terme de ce recueil, je relève une certaine saturation des données du fait de la richesse des entretiens. Il n'y a donc pas d'autres inclusions.

L'analyse thématique est effectuée dans un fichier Excel.

QUATRIEME PARTIE

RESULTATS

1. CARACTÉRIQUE DE LA POPULATION

1.1. Caractéristiques générales

Pour plus de clarté, je résume les caractéristiques de la population interrogée sous la forme d'une fiche signalétique située en annexe 14. Ce tableau retrace les principales distinctions entre chaque médecin à savoir l'âge, le statut marital et parental, l'évolution professionnelle et les formations entreprises, les expériences dans l'humanitaire du médecin lui-même et de son entourage. Je détaille néanmoins dans ce chapitre les principaux caractères signalétiques de ce tableau :

La moyenne d'âge des médecins interrogés est d'environ 55 ans. J'interroge, tour à tour, quatre hommes et huit femmes. Tous les médecins acceptent l'enregistrement audio par dictaphone sauf le médecin 6. La retranscription de cet entretien précis est basée sur des notes dactylographiées.

Neuf des douze médecins interrogés sont médecins généralistes. Le médecin 6 est psychiatre, le médecin 8 est rhumatologue et le médecin 10 est cardiologue. Comme expliqué dans le paragraphe Matériel et Méthode, par choix, j'inclue les médecins sans prendre en compte leur spécialité. Ce choix peut avoir des conséquences dans l'étude. Neuf des douze médecins interrogés ont entrepris une formation complémentaire à l'issue de leur formation initiale, que cela soit par des diplômes universitaires ou des capacités. Ces formations sont suivies que le médecin soit généraliste ou spécialiste.

Il est important de noter que les médecins ayant des enfants majeurs ont très souvent des petits-enfants. C'est le cas du médecin 1, du médecin 5, du médecin 6 et du médecin 10. La vie familiale articulée autour de ces petits-enfants peut interférer avec leur engagement au CASO de façon plus ou moins intense.

Les médecins ne sont pas tous praticiens libéraux installés. Le médecin cardiologue, actuellement à la retraite, effectuait des vacations à l'hôpital. De même, le médecin rhumatologue n'a jamais pratiqué une activité ambulatoire. Elle est, elle aussi, à la retraite. Les médecins 2, 11 et 12 sont de jeunes praticiens installés depuis moins de 10 ans. Il est important de noter que le médecin 9 s'est installée il y a plusieurs années mais a retrouvé une activité de remplaçante depuis. Elle justifie son choix par la légèreté administrative qui découle de ce statut. Parmi les médecins installés, l'exercice libéral est partagé de façon égale entre activité urbaine et semi rurale.

1.2. L'engagement au CASO

1.2.1. La connaissance du CASO

1.2.1.1. La sphère privée et les recherches personnelles

Cinq médecins ont connaissance des permanences locales organisées par l'antenne angevine de Médecins du Monde par le biais du cercle familial et affectif ou à la suite de recherches personnelles (pour les médecins : 2, 3, 7, 10 et 12).

Médecin 2 : « *Avant la fin de mon internat, j'étais intéressé, j'avais vu qu'il y avait un CASO à Médecins du Monde, comme ça, de moi-même, en cherchant* »

Médecin 3 : « *Ma femme [...] faisait partie de Pharmacien Sans Frontières. Elle a rencontré une religieuse qui lui a dit : Si votre mari se tourne les pouces, il pourrait venir à Médecins du Monde* »

Médecin 10 : « *Mon amie, Marie-France m'a dit : Tu viens, tu verras si cela te plait. [...] Au fur et à mesure, j'ai continué* »

1.2.1.2. L'entourage professionnel

Pour quatre médecins, le contact est proposé au sein de l'environnement professionnel (pour les médecins : 1, 6, 8 et 11)

Médecin 8 : « *Lorsque j'ai pris ma retraite, je me suis dit que je ferais bien ces permanences s'il y avait besoin d'un médecin. Des infirmiers m'ont dit oui.* »

Médecin 11 « *Ils ont envoyés un mail à tous les médecins remplaçants à un moment donné.* »

1.2.1.3. Le Conseil de l'Ordre du Maine et Loire

C'est par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre que trois médecins ont connaissance de l'existence des permanences (pour les médecins 5, 6 et 9). Ce rappel, associé aux demandes annuelles de cotisation au Conseil, font suite à la pénurie de médecins ayant sévié en 2005 et 2006. Les dirigeants de l'antenne angevine de Médecins du Monde contactent l'Ordre des Médecins du Maine et Loire afin de recruter plusieurs professionnels de santé. Il est à noter que le médecin 4 ne se souvient plus de ses circonstances d'arrivée au CASO.

Médecin 6 " *L'année précédent ma retraite, le Conseil de l'Ordre avait fait circuler un document qui essayait de recruter des médecins pour le CASO*"

Médecin 9 "Il y a quelques années, on a reçu, avec la cotisation du Conseil de l'Ordre, un petit papier de Médecins du Monde Angers, qui cherchait du monde pour faire des permanences. Donc je les ai contactés et cela s'est fait comme cela"

1.2.2. La date de l'engagement au CASO

1.2.2.1. Par rapport à la vie professionnelle

La moitié des médecins interrogés se sont engagés au CASO au crépuscule de leur carrière médicale. C'est le cas des médecins 1, 3, 5, 6, 8 et 10. A contrario, cinq médecins précisent s'être mobilisé dans ce projet humanitaire avant l'installation. Les médecins 2, 7, 9, 11 et 12 sont concernés dans ce groupe. Seul le médecin 4 s'est investi dans Médecins du Monde pendant son activité libérale de praticien installé.

1.2.2.2. Par rapport à la vie personnelle

La majorité des médecins, soit six médecins au total (1, 3, 5, 6, 8 et 10) ont attendu que leurs enfants soient majeurs pour développer leur activité humanitaire. Ces médecins sont ceux qui ont commencé cette activité une fois arrivés à leur retraite. La discussion vis-à-vis des petits-enfants est, pour eux, prépondérante et revient souvent dans l'entretien. Trois médecins préfèrent commencer l'activité humanitaire locale à Médecins du Monde d'Angers sans avoir encore d'enfant, c'est le cas des médecins 2, 7 et 12. Enfin, les trois derniers médecins (médecins 4, 9 et 11) ont des enfants scolarisés mineurs, ils peuvent traduire quelques difficultés à allier vie familiale et bénévolat à Médecins du Monde.

1.2.3. Le type d'activité menée au CASO

La plupart des médecins interrogés pratiquent une activité de consultation médicale au CASO. Seuls les médecins 6 et 10 préfèrent être consultants.

Médecin 6 « Je pense qu'à l'accueil, je retrouve plus le relationnel ce qui me convient. Je pense que cela se rapproche plus de ma formation de psy »

Médecin 10 « Il ne me reste pas assez de connaissance en médecine générale pour gérer [...] Ma passion, c'est la cardio. Tout ce qui n'est pas cardio, c'est pour les autres »

2. LES MOTIVATIONS DES MEDECINS

Avant de mener cette étude, mon hypothèse initiale concernant cette subdivision est la suivante : Je suppose que des motivations existent au départ, propres à chacun, incitant chaque médecin à tenter l'expérience. Ensuite, les expériences et les rencontres au décours font naître d'autres motivations tout aussi importantes. L'ensemble de ces desseins amène le sujet à continuer ou non l'engagement.

Donc, dans une première partie, sont abordées l'ensemble des motivations permettant au médecin d'avoir sa première expérience du CASO, puis, dans une seconde partie, les circonstances ayant affirmé son choix.

2.1. Les motivations lors de la première expérience

Mes résultats sont riches et variés, je décide donc de regrouper les motivations des médecins en différents thèmes (classés par fréquence décroissante) : tout d'abord une opportunité qui se présente, puis des motivations en lien avec l'histoire personnelle et les représentations, ensuite, une volonté de continuer l'action médicale et enfin, un désir de participer à des missions humanitaires bénévoles.

Bien entendu, les médecins font part de plusieurs motivations au départ. Très souvent, une donnée est prédominante et prépondérante, les médecins la verbalisent spontanément, puis, suite à la réflexion, d'autres thèmes surviennent.

2.1.1. Une opportunité qui se présente

Pour 8 médecins, l'engagement à Médecins du Monde est dû à une opportunité qui se présente au cours de leur cheminement, et le début des permanences survient presque comme une coïncidence (pour les médecins 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10 et 11)

2.1.1.1. Une volonté d'être utile à la base

A l'origine, pour six médecins, l'action est entreprise du fait d'une volonté d'entraide et d'utilitarisme. Ils s'estiment favorisés et, pour certains, fortunés. Le souhait de « pouvoir rendre la pareille » s'impose naturellement. Cette aspiration les pousse à s'engager. C'est le cas des médecins 3, 4, 5, 7, 8 et 11.

Médecin 4 : « Je pense que [ma première motivation] est d'offrir un peu de mon temps et de ma compétence [...] J'estime avoir été plutôt gâté par la vie, je devais bien ça à la société de donner un peu de mon temps gratuitement»

Médecin 11 : « On a besoin de se sentir utile, cela m'est propre je pense »

2.1.1.2. Avoir du temps libre (pour les médecins 1, 5, 7 et 10)

Quatre médecins avouent, lors des entretiens, avoir du temps et chercher une occupation. Il est intéressant de noter que la majorité de ces médecins sont à la retraite (médecins 1, 5 et 10). A contrario, le médecin 7 s'investit dans Médecins Du Monde, à un moment où elle change de cap au niveau professionnel. Son activité libérale débutante n'est donc pas conséquente, lui libérant assez de temps pour d'autres projets. La recherche d'une activité bénévole est, pour elle, une priorité, à ce moment-là.

Médecin 5 : « Il y a aussi la motivation extrêmement égoïste d'occuper son temps »

Médecin 10 : « Je ne me suis jamais posée la question avant de prendre ma retraite. Je ne me suis jamais ennuyée, je ne m'ennuierais jamais. Erreur, s'arrêter d'un coup, c'est l'horreur »

2.1.2. L'histoire propre et les représentations personnelles

Sept médecins se confient sur leur histoire, leurs accidents de vie ainsi que leur cheminement avant l'engagement à Médecins du Monde. Il est intéressant de noter le caractère difficile et intimiste de ces confessions. Pour eux, ce passé, unique et singulier, contribue à la décision de travailler au CASO (pour les médecins 1, 2, 5, 8, 10, 11 et 12).

Plusieurs thèmes se dégagent : Par fréquence décroissante, un militantisme est évoqué, puis des évènements dans l'histoire personnelle à proprement parler. Enfin, certains abordent une culpabilité d'allure judéo chrétienne et d'autres une réelle volonté d'objectivité.

2.1.2.1. Un militantisme endurci

Cinq médecins mettent en avant leur inconfort face aux inégalités sociales et leur lassitude face aux paroles des politiques. La situation actuelle ne leur convient pas, et ils désirent lutter contre les inégalités

et les déséquilibres dont ils prennent conscience. Pour ces médecins, le CASO leur permet d'exprimer par son action, leur mécontentement et leur révolte. Très souvent, ces médecins s'investissent dans l'antenne locale en conséquence. C'est le cas des médecins 2, 5, 8, 11 et 12.

Médecin 2 "J'étais toujours intéressé et puis, entre guillemets, révolté de voir ce qu'il se passe. C'est notre rôle de gueuler mais de temps en temps, il faut agir aussi, je pense."

Médecin 8 "Les réactions des gens et de mes amis en particulier. Ils sortent tous les vieux clichés : on ne peut pas admettre toute la misère du dos sur nos épaules. [...] Mais, c'est comme cela, on n'a pas été les chercher mais ils sont là"

2.1.2.2. Une histoire de vie propre à chacun (pour trois médecins)

Du fait du caractère extrêmement intimiste des confessions enregistrées, et dans un souci de respect, je décide, pour ce paragraphe, de préserver un anonymat total des entretiens. L'histoire de vie conditionne les actes de l'individu, au présent et dans l'avenir. Trois médecins mettent en avant cette notion.

Médecin : « *Lorsque j'étais petite, [...] c'était des conversations que je ne mesurais pas. [...] J'ai baigné là-dedans [...] J'ai été confronté dans ma vie à une culture provenant d'Afrique»*

Médecin « *Par rapport à mes choix surtout, lorsque j'étais petite, j'ai grandi avec un prêtre qui a toujours travaillé en Afrique. Il avait un rôle humanitaire plus qu'évident. Cela a joué sans doute, surtout sur le fait qu'on pouvait aider »*

2.1.2.3. Une culpabilité judéo chrétienne (Pour le médecin 5)

Certains médecins me font part d'une dimension religieuse dans l'organisation de l'antenne de Médecins du Monde. En parallèle, un médecin exprime son remord et sa culpabilité due à son éducation judéo chrétienne, justement. Pour lui, se retrouver dans une situation sociale favorisée doit l'amener « à aider son prochain » comme le stipulent les Ecritures religieuses. Ce médecin ne s'étend pas sur le sujet : « *Comme tous les occidentaux, je ressentais cette sorte de culpabilité judéo chrétienne »*

2.1.2.4. Un désir d'objectivité (pour le médecin 10)

Ce médecin ressent une certaine subjectivité dans les dires des médias et dans la société en général. Il souhaite s'affranchir de cette pseudo manipulation et exprime ce désir comme étant sa première motivation à l'engagement à Médecin du Monde.

Médecin 10 « *C'est toujours différent de ce que l'on entend aux infos, différent de ce que disent les médias. [...] On se rend mieux compte des problèmes lorsqu'on est en face des personnes concernées* »

2.1.3. Une volonté de continuer une action entreprise

Pour de nombreux médecins, effectuer des permanences à Médecins du Monde s'inscrit dans la continuité de leur exercice professionnel. Soit la réalisation des permanences marque une volonté de continuer l'action menée au cabinet propre du médecin, soit un souhait de pérennité d'actions menées à l'international.

2.1.3.1. Continuer l'action menée au cabinet médical

Les médecins 1, 5, 6, 8 et 12 établissent un lien entre le travail qu'ils mènent (ou ont mené) au sein de leur propre cabinet, et leur action à Médecins du Monde. La plupart désirent élargir leur champ d'action au-delà de leur simple activité, tout en gardant un lien entre les deux.

Médecin 1 « *C'était aussi de continuer, dans ce lieu, les actions que j'avais pu mener tout au long de ma carrière de vingt-huit ans* »

Médecin 6 « *Je voulais prolonger l'activité professionnelle, voir des patients lors d'entretiens* »

2.1.3.2. Continuer l'action internationale (médecins 1, 5, 7 et 11)

Plusieurs médecins exerçant à Médecins du Monde sont amenés à partir à l'étranger, effectuer des missions humanitaires, conjointement à leur engagement local. Quatre médecins établissent un lien entre leur premier engagement à l'échelle locale de Médecins du Monde et la volonté de continuité avec des actions internationales antérieures ou actuelles.

Médecin 8 « *J'avais fait des missions à l'étranger, j'étais habituée* »

Médecin 11 : « *Ma première expérience en Nouvelle Calédonie pendant un an, c'était à peu près la même chose qu'au CASO, c'était du dispensaire, on faisait des consultations de médecine générale et on allait en visite sur les îlots. On faisait de la prévention squat* »

2.1.4. Le désir de participer à des missions humanitaires

2.1.4.1. Le désir d'avoir une activité bénévole

Cet item est très fréquemment mis en avant lors des entretiens puisque les médecins 2, 3, 4, 5, 7, 9 et 11 expriment le besoin de faire de la médecine sans qu'il n'y ait échange d'argent. Ils désirent pratiquer leur métier de façon gratuite sans attendre de retour pécunier. Les origines de ce désir sont multiples et propres à l'histoire de chaque individu. Ce point peut amener certaines difficultés, ainsi que je le mentionne dans les chapitres suivants.

Médecin 3 : « *Je préfère faire un acte gratuit. Voilà, c'est tout. Je ne fais la morale à personne mais on fait un acte gratuit, ici.* »

Médecin 5 « *Je recherchais une activité essentiellement bénévole. J'ai une retraite tout à fait correcte de mon point de vue personnel* »

Médecin 9 « *C'est faire de la médecine sans qu'il y ait d'échange d'argent et faire de la médecine pour faire de la médecine. Travailler, toucher et soigner les gens sans qu'il y ait de transaction commerciale entre guillemets* »

Médecin 11 : « *Par rapport aussi à l'engagement humanitaire, faire des consultations qui ne sont pas toujours à but lucratif, d'avoir un engagement humain autre. [...] Pour moi, le métier de médecin, ce n'est pas prendre 23 euros toutes les 20 minutes...* »

2.1.4.2. L'impossibilité de partir à l'étranger

Cet item, exprimé par les médecins 2, 4, 5, 7, 8, 11 et 12, pourrait recouper le précédent traitant du désir de continuité des actions internationales entreprises passées ou actuelles. Cependant, quelques différences sont exprimées, m'amenant à individualiser ces parties distinctes : Certains médecins ressentent le besoin d'effectuer cette activité locale en complément de leur activité à l'échelle internationale, d'autres ont une nécessité de pallier à une réelle impossibilité de partir à l'étranger, que ce soit pour raisons professionnelles ou familiales. D'un côté, les permanences menées au CASO sont un complément, de l'autre, une sorte d'alternative.

Médecin 2 : « *Je sais que je ne peux pas partir faire de grandes missions en humanitaire international, avec ma situation familiale. Pour des missions entre guillemets dignes de ce nom, ça serait des missions de six mois* »

Médecin 4 « Je m'étais dit : Comme je ne pars pas à l'étranger, je vais essayer de faire localement. [...] Ce sont essentiellement pour des raisons familiales, parce que j'ai trois enfants scolarisés. [...] Je me suis engagé sur des prêts »

Médecin 5 : « Vu mes vieux os, l'international, c'était mal barré. A 70 ans, pour partir dans le Sahel, ce n'est pas évident »

Médecin 11 « Je me suis renseignée, et c'est compliqué, si je pars, c'est toute seule [...] Cela veut dire être séparée de mes enfants donc, pour le moment, je ne me sens pas du tout prête »

2.1.4.3. La recherche d'une passerelle pour de futurs projets

Le médecin 11 exprime sa volonté de faire de l'humanitaire à l'étranger dans l'avenir et pense se servir de son expérience locale comme tremplin pour de futurs projets internationaux : « Avec Médecins du Monde, l'engagement est aussi pour avoir une passerelle internationale parce qu'il faut montrer qu'on a un engagement et qu'on est présents assez souvent pour pouvoir ensuite partir. »

2.1.5. Un désir de casser le quotidien

Quelques médecins expriment une certaine lassitude dans l'exercice de leur fonction, que cela soit dû à leur patientèle peu variée, ou à leur mode d'exercice à proprement parler, trop répétitif. Travailler à l'antenne locale de Médecins du Monde va leur permettre de diversifier et de distraire leur quotidien professionnel.

2.1.5.1. Soigner des patients de cultures différentes

(médecins 1, 2, 6, 10 et 11)

Certains médecins sont installés dans des quartiers favorisés d'Angers ou de sa périphérie. La population est donc, à ce niveau, aisée et diffère en tout point avec la population fréquentant les permanences de Médecins du Monde. Trois de ces médecins ressentent l'aspect positif de la confrontation avec un autre genre de patientèle. Ils s'engagent dans l'antenne locale pour cette raison. Ils traduisent cette mise en présence avec « l'Autre Différent » comme une richesse, une remise en cause, voire une certaine excitation.

D'autres ressentent le besoin de soigner des populations de cultures différentes car cela leur permet de voyager autrement, alors qu'ils ne peuvent pas le faire stricto sensu.

Médecin 2 : « *La culture m'intéresse et je trouve que c'est un moyen de rencontrer et de voyager autrement* »

Médecin 10 : « *Je voulais voir autre chose, je voulais voir d'autres personnes. [...] Tout ce qui a trait aux immigrés, aux sans-papiers, aux sans-domiciles* »

Médecin 11 : « *Parfois, je trouve que c'est un peu frustrant d'être que dans des populations favorisées* »

2.1.5.2. Varier et diversifier sa pratique (Pour les médecins 4, 11 et 12)

L'exercice médical libéral exclusif est difficile pour certains médecins. La pratique quotidienne d'une médecine générale peut sembler répétitive et monotone. Ils sont en recherche d'une activité tierce égayant leur profession.

Médecin 4 : « *Je savais que je m'installais dans une zone plutôt favorisée et j'avais envie aussi de compenser par une activité plus sociale* »

Médecin 11 : « *La médecine générale en tant qu'installée telle que je la fait actuellement, ce n'est pas ma première volonté. [...] Je suis généraliste, donc oui, cela me plaisait bien mais je ne voulais pas faire que ça, je ne voulais pas faire que de la consultation en cabinet*

Tableau I : Motivation pour débuter l'engagement lors de la première expérience

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	TOTAL
1. Une opportunité													
1.1. Volonté d'être utile			X	X	X		X	X			X		5
1.2. Avoir du temps	X				X		X			X			4
2. Histoire et représentation													
2.1. Militantisme		X			X			X			X	X	5
2.2. Histoire personnelle (enfance, mariage)		X						X			X		3
2.3. Culpabilité Judéo-Chrétienne					X								1
2.4. Volonté d'objectivité									X				1
3. Continuer l'action													
3.1. Continuer l'action professionnelle	X				X	X		X				X	5
3.2. Autres	X				X			X			X		4
4. Volonté de participer aux missions													
4.1. Une activité bénévole		X	X	X	X		X		X		X		7
4.2. Impossibilité de faire de l'humanitaire à l'échelle internationale		X		X	X		X	X			X	X	7
4.3. passerelle pour de futurs projets professionnels humanitaires											X		1
5. Casser le quotidien													
5.1. Travail avec des patients de culture différente	X	X				X			X	X			5
5.2. Varier et diversifier sa pratique				X						X	X		3

2.2. Les motivations pour continuer l'engagement

Une fois entrés dans la sphère « Médecins du Monde », les prises de conscience et les évènements sont tels que certains médecins restent et d'autres décident d'abandonner. Avant de traiter des difficultés rencontrées au sein de l'association, je m'intéresse aux points positifs rencontrés et exprimés lors de mes entretiens. Ces bénéfices secondaires amènent les médecins à rester dans l'association et, même pour certains, à affirmer leurs choix et « plonger » davantage dans l'activité humanitaire de Médecins du Monde.

Je classe ces motivations en trois parties, par ordre décroissant : une première expérience personnelle concluante, la prise de conscience du rôle prépondérant joué par le CASO au sein de l'agglomération angevine et enfin, l'amélioration de l'organisation de l'association au fil des ans. Il est intéressant de noter que tous les intervenants, même le médecin 7 (qui ne participe plus aux permanences actuellement), expriment des arguments positifs leur permettant de continuer l'engagement à un moment donné.

2.2.1. La première expérience concluante

Je partage cette première expérience concluante en deux plans distincts : une organisation générale du CASO appréciée et sur le plan humain, des relations riches et sincères.

2.2.1.1. Une organisation adéquate du CASO

Des horaires convenables (pour les médecins 5, 8, 9, 10 et 11). Une coordination générale impeccable est nécessaire à l'organisation individuelle de chaque médecin. Cinq intervenants mettent en évidence un réel effort de l'antenne angevine dans l'aménagement d'horaires souples. Les dates souhaitées sont envoyées par e-mail à un intervenant qui se charge ensuite d'élaborer les plannings. La machine est rodée.

Médecin 8 : « *Oui, on me laisse toujours le choix des permanences* »

Médecin 9 : « *On envoie par mail nos disponibilités. Moi, j'ai déjà envoyé mes souhaits. [...] C'est en fonction de nos souhaits à nous. Après on s'arrange entre nous, c'est comme les gardes, c'est très souple* »

Une mise dans le bain progressive (pour les médecins 8, 9, 10, 12). La découverte d'une nouvelle pratique et d'un nouveau type de patientèle impose une approche graduelle et progressive. Quatre médecins reconnaissent avoir bénéficié d'une prise en charge adéquate, leur permettant de commencer les permanences de façon souple et optimale.

Médecin 9 : « *J'ai pris rendez-vous, et à l'époque, c'était Emmanuel. J'ai fait une ou deux permanences et j'ai vu un peu comment cela se passait avec lui* »

Médecin 10 : « *Lors de mes premières vacations, j'étais en plus. Il y avait toujours quelqu'un de plus expérimenté que moi [...] On y arrivait* »

Une bonne gestion entre vie privée, vie professionnelle et CASO. La qualité de la gestion entre la vie professionnelle, la vie personnelle et le CASO tient une part importante dans le maintien ou non de l'activité bénévole. J'y reviens longuement dans ce travail. Les médecins 1, 11 et 12 expriment la facilité avec laquelle ils ont réussi à s'organiser. Ceci dépend bien sûr de la priorité accordée à chaque activité et du degré de cheminement personnel ou professionnel. Le fait que le médecin soit ou non à la retraite joue par la même occasion.

Médecin 1 : « *Le quotidien est tolérable et facile à gérer qu'il soit professionnel ou vie privée ou personnelle* »

Médecin 11 : « *Moi, j'ai bloqué les vendredis matins. Du coup, il y a des vendredis où je ne bosse pas et des vendredis où je vais à Médecins du Monde* »

Une certaine liberté d'action (Pour les médecins 1 et 9). Le CASO est une association bénévole. Chacun est donc libre de rester et de partir. Selon deux intervenants, les médecins restent indépendants et bénéficient d'une certaine autonomie.

Médecin 1 : « *On reste tout à fait libres* »

Médecin 9 : « *De toute façon, si on a des regrets, il suffit de partir, enfin, on ne signe pas de contrat* »

2.2.1.2. Un rapport humain de qualité

L'importante du travail pluridisciplinaire (Pour les médecins 4, 5, 6, 7, 8, 10 et 12). Dans cette étude, je ne travaille pas uniquement avec des médecins généralistes. Certains sont spécialistes (rhumatologue, cardiologue ou psychiatre). Un croisement de savoirs et de connaissances peut donc se

mettre en place. De plus, l'antenne angevine de Médecins du Monde bénéficie d'aides extérieures, comme un pneumologue faisant quelques vacations par semaine, ou le planning familial, situé dans le même bâtiment. Cette aide extérieure est saluée par sept médecins dans les entretiens. De plus, certains expriment leur gratitude pour ce même pneumologue qui vient parfois aider à la traduction de langues slaves.

Médecin 4 : « *Côtoyer les gens de Médecins du Monde, discuter ensemble de problématiques, quand on se voit, c'est ce qui m'apprend des choses sur le plan social. [...] J'ai appris à plus travailler et à échanger plus avec les accueillants* »

Médecin 5 : « *J'ai trouvé génial de pouvoir travailler avec d'autres gens, et surtout de travailler avec des gens qui n'étaient pas forcément médecins. Cela donne une ouverture intéressante. [...] Après chaque consultation du CASO, on fait un briefing final. [...] C'est intéressant de vouloir confronter les deux points de vue* »

Médecin 8 : « *On a, à côté de soi, la pneumologie qui peut nous faire des radios pulmonaires, on a le planning familial...* »

Un travail d'équipe de qualité (Pour les médecins 6, 9, 10, 11 et 12). La bonne ambiance de travail est mise en évidence par cinq médecins lors des entretiens. La cohésion et le dialogue dans l'équipe permet à chacun d'être à l'aise dans sa pratique et dans la prise en charge du patient en situation de précarité

Médecin 6 : « *Il y avait des collègues qui étaient de la même génération que moi, et même des plus jeunes. [...] L'ambiance n'est pas pesante au CASO, je m'entends très bien avec l'équipe et globalement avec les patients* »

Médecin 9 : « *J'y trouve mon compte parce qu'on a des relations entre collègues très sympathiques* »

Médecin 11 : « *Cela me permet de rencontrer d'autres personnes hors du cadre du travail, hors du cadre du cabinet. [...] On les accueille toutes les trois, on discute, on a une prise en charge plus globale* »

Un très bon accueil (Pour les médecins 1, 5, 6 et 11). Ceci pourrait rejoindre le paragraphe ci-dessus traitant des avantages de la prise en charge progressive d'un patient migrant. Cependant, la qualité de l'accueil revêt ici une dimension plus intime et plus personnelle. Quatre médecins expriment le fait d'avoir été accueillis avec bienveillance et gentillesse. Ils notent la prévenance et la sympathie spontanée des autres membres de l'association.

Médecin 1 : « *J'y ai été accueillie à bras ouvert* »

Médecin 5 : « *Cela s'est très bien passé, j'ai été très bien accueilli* »

L'ouverture d'esprit des intervenants (Pour les médecins 1, 5 et 10). Trois médecins expriment une légèreté dans la discussion avec l'équipe, du fait notamment du libéralisme et de la tolérance des protagonistes. Selon eux, les idées préconçues et les aprioris restent présents mais plus rares que dans la population générale.

Médecin 1 : « *L'ouverture était beaucoup plus grande et avec certainement des prises de positions politiques* »

Médecin 10 : « *J'ai apprécié la simplicité des personnes qui sont à Médecins du Monde, j'ai apprécié la franchise, leur façon de voir les choses* »

Des liens affectifs noués. Pour le médecin 12, s'engager à Médecins du Monde lui permet de rencontrer un collègue avec lequel elle tisse des liens. Actuellement, ces deux médecins sont installés dans le même cabinet : « *C'est rigolo, parce qu'on se retrouve avec des collègues. Par exemple, Emmanuel, on était ensemble à la fac, on ne se parlait pas forcément. [...] On s'entend bien, on s'est installés ensemble en même temps*

L'intérêt du milieu associatif. Je suppose que plusieurs médecins sont attirés par le milieu associatif mais seul le médecin 5 le verbalise spontanément : « *Enfin, c'est le milieu associatif qui me plaît* »

2.2.2. Le rôle prépondérant du CASO au sein de l'agglomération angevine

La majorité des médecins interrogés s'engagent à Médecins du Monde dans le but de se sentir utile et de pratiquer la médecine bénévolement (Cf. chapitres 2.1.1 et 2.1.4). Le poids et l'influence du CASO sur Angers, tel que je vais les présenter, jouent incontestablement un rôle dans le maintien de l'engagement de ces médecins.

Suite aux données recueillies lors des entretiens, je classe les rôles du CASO en cinq catégories. L'antenne angevine est, tout d'abord, un lieu d'écoute pour les néo arrivants, un point de repère pour les

migrants et un lieu pourvoyeur de soins médicaux. Puis, elle assure une activité de coordination de soins au sein des différentes structures médicosociales et une action de plaidoyer et de témoignage.

2.2.2.1. Un lieu d'écoute

Huit médecins mettent en avant l'importance du CASO d'Angers comme lieu d'écoute et lieu de partage.

Le dialogue est encouragé, que ce soit lors de l'accueil avec les permanencières ou au niveau de la consultation médicale en tant que telle. Il est, pour beaucoup, le moyen de débuter une prise en charge qui se poursuivra par la suite. Ces propos sont mis en avant par les médecins 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11 et 12

Médecin 10 : « *On se rend compte qu'ils ont été réconfortés par l'accueil qu'ils ont eu* »

Médecin 9 : « *Il y a un type de convivialité qui s'installe [...] Là on va commencer à discuter donc, oui je pense qu'on amène un peu de chaleur* »

Médecin 11 : « *Le contact humain est important et on sent que cela a un sens, ce n'est que cinq minutes, ce n'est pas grand-chose* »

2.2.2.2. Un point de repère pour les migrants

Huit médecins soulignent le fait que les permanences menées par Médecins du Monde à Angers permettent aux néo arrivants d'avoir un point d'ancrage et de référence. La plupart insistent sur le versant médical de ce repère. En effet, au niveau socio-familial, plusieurs autres associations existent comme Espace Accueil ou le PASS. Les médecins mettant en avant ce point sont les médecins 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 11.

Médecin 2 : « *Je pense que c'est vraiment un lieu repère, ça c'est important. C'est montré dans pleins d'études que, pour travailler auprès des populations précaires, il faut un lieu de repère pour ces gens-là* »

Médecin 5 : « *Je pense que c'est un repère. Les migrants viennent, soit par le bouche-à-oreille, soit parce qu'Espace accueil a donné l'adresse, soit parce que le PASS a donné notre adresse ou parce qu'un médecin un peu au courant nous l'a envoyé* »

Médecin 9 : « *C'est des gens qui viennent, qui ne sont pas arrivés depuis longtemps, donc qui n'ont aucun repère sur Angers. Cela leur permet d'avoir un pied à terre* »

2.2.2.3. Une action de plaidoyer et de témoignage

Certains médecins restent très impliqués au niveau des permanences mais se découvrent une vocation de témoignage et de dénonciation. Le but de ces contestations est, la plupart du temps, de démontrer un manque de moyens ou une absence de prise de conscience des autorités et des administrations existantes. Les médecins exposent ainsi le mode de vie précaire de populations trop peu connues de la société. Les stigmatisations et les jugements hâtifs sont aussi dévoilés. Les dysfonctionnements sont mis en lumière. Cinq médecins (dont le médecin 2, 5, 7, 8 et 11) se sentent concernés par cette action et la revendiquent.

Médecin 2 : « *Enfin, lorsqu'il y a eu l'évacuation du squat, [...] on est allés voir, on est allés le dénoncer* »

Médecin 11 : « *Savoir ce que l'on fait, référencer les choses, cela aide politiquement à s'engager, cela a permis d'aller défendre le fait qu'au CASO, on voyait trop de monde, que la PASS ne faisait pas son travail, cela a permis de secouer certains hospitaliers sur certaines choses* »

2.2.2.4. Un lieu pourvoyeur de soins médicaux

Plusieurs médecins expriment le fait que le CASO est un repère d'un point de vue médical. Malgré les moyens limités dont ils disposent, les médecins effectuant ces permanences peuvent délivrer des soins et des médicaments. La salle d'examen est aménagée afin que le médecin puisse examiner le patient avec plus ou moins de facilité. Une pharmacie est disponible sur le lieu de permanence, alimentée par des dons et par Pharmaciens sans Frontières. Un pneumologue intervient quelques jours dans la semaine et le planning familial (pour le suivi des grossesses et de certains cas de pédiatrie) exerce dans le même bâtiment que le CASO. Les médecins verbalisant cet aspect sont les médecins 6, 9, 10, 11 et 12.

Médecin 11 : « *Après on est utile parce qu'on soigne des gens qui n'auraient pas forcément eu accès aux soins [...] Il y a quand même une utilité médicale* »

Médecin 12 : « *Beaucoup de gens viennent au CASO comme si c'était le seul lieu identifié pour le côté médical* »

2.2.2.5.Une action de coordination de soin

Lorsque les capacités d'assistance médicales sont dépassées, et que le critère d'urgence est formel, le médecin peut envoyer le patient aux urgences et ainsi assurer la permanence des soins. De plus, si des

difficultés sociales, de logements ou d'ouvertures de droit subsistent, le CASO possède un carnet d'adresse fourni pour assister le patient (assistance sociales, associations travaillant dans d'autres domaines). Les médecins mettant en évidence cet élément sont les médecins 3, 4, 6, 9 et 11.

Médecin 4 : « *au niveau social, on peut en renvoyer certains vers une assistante sociale et leur faire réintégrer le circuit de droit commun. [...] Quelquefois, on en envoie à l'hôpital pour des prises en charge complexes* »

Médecin 6 : « *Le CASO a aussi un objectif qui est la réorientation, pour les patients qui peuvent prétendre à une prise en charge sociale* »

Médecin 11 : « *J'en ai accompagné à la maternité d'Angers. [...] Je suis aussi intervenue dans le suivi, pour les orienter, pour les aider à ouvrir leurs droits* »

2.2.3. Une amélioration de la gestion du CASO au fil des ans

2.2.3.1. Un rajeunissement et un dynamisme de l'équipe

Comme cela a été abordé dans le paragraphe 1.2.1, trois médecins ont connaissance de l'antenne locale de Médecins du Monde par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre. En effet, en 2007 et 2008, se lance une campagne de recrutement de praticiens bénévoles afin d'assurer les permanences trois fois par semaine. Cet appel est émis à l'initiative de la responsable de la mission angevine, devant la pénurie de médecins et les difficultés de subsistance du CASO. Ces années-là, l'appel est entendu, notamment par de jeunes médecins dynamiques. Le climat de l'antenne s'en révèle transformé, avec de nouvelles prises de décisions et des pistes de travail différentes, reposant sur des points de vue frais et audacieux. Ce renouveau est exprimé par cinq médecins (médecins 1, 6, 7, 11 et 12).

Médecin 7 : « *Il y a eu un appel avec plusieurs jeunes qui sont arrivés et cela a bougé en fait. Cela a fait bouger les infirmières qui étaient là* »

Médecin 11 : « *Depuis dix ans, cela a changé, on est plus jeunes et du coup, c'est mieux* »

2.2.3.2. Une amélioration du rapport avec les partenaires

Les rapports entre partenaires dans les milieux associatifs peuvent être difficiles, surtout lorsque les moyens manquent, ou que les prises de responsabilité de certaines administrations restent inexistantes. Plusieurs données sont exprimées sur ce point particulier lors des entretiens. Globalement, les rapports

avec les autres associations bénévoles ou caritatives restent cordiaux et de qualité. La communication anguleuse et les relations complexes du CASO avec la PASS sont les seuls bémols. Cependant, depuis quelques années, les contacts s'améliorent, les différences de point de vue s'allègent et s'émoussent. Cette pseudo réconciliation est reconnue par les médecins 2, 4, 5, 7 et 8.

Médecin 2 : « *La PASS va de mieux en mieux, les plages de consultations augmentent. Je ne parle que du côté médical. Du côté social, la PASS est super efficace* »

Médecin 4 : « *On peut plus compter sur la PASS qu'il y a un temps. Ils ont augmenté le temps médical* »

Médecin 5 : « *Cela se met en place progressivement. Les choses avancent. [...] Maintenant, on s'aime !* »

2.2.3.3. Une amélioration de la qualité de la formation

Pour de nombreux médecins, la pratique de leur art au sein des permanences relève du parcours du combattant lors des premières semaines. La confrontation avec une patientèle jusqu'ici inconnue, avec ses propres spécificités, peut mettre en déroute. Pour certains, l'absence de formation à l'arrivée se révèle compliquée à gérer. L'apport des connaissances s'étoffe depuis quelques années, des mails sont envoyés, des réunions locales et nationales sont organisées, auxquelles les médecins sont conviés. Cinq médecins (dont les médecins 4, 8, 9, 11 et 12) relèvent avec plaisir cet effort mis en place par l'antenne.

Médecin 4 : « *Médecins du Monde nous envoie maintenant, des espèces de petits listing avec une mise au point sur les modalités pour avoir des droits sociaux. Qui a le droit à l'AME ou à la CMU ?* »

Médecin 12 : « *Le CASO organise des réunions régulières auxquelles j'allais très régulièrement au départ et auxquelles je vais moins maintenant* »

2.2.3.4. Des perspectives d'évolution au sein de l'association

Dans le paragraphe 2.2.2.3, j'aborde le fait que certains se sensibilisent aux actions de témoignages et de plaidoyer. En parallèle, deux intervenants (le médecin 5 et le médecin 7) prennent plaisir à devenir co-responsable de missions et ainsi, évoluer au sein de l'association. Ce travail, qui reste bénévole, est captivant mais reste très chronophage.

Médecin 5 : « *C'est vrai, l'expérience m'a plu. Ce qui me plaît encore plus, enfin beaucoup plus, c'est d'être co-responsable de mission* »

Médecin 7 : « *J'ai dû prendre la responsabilité du CASO peu de temps après* »

Tableau II : Motivations pour continuer l'engagement

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	TOTAL
<u>1. première expérience concluante</u>													
1.1. Sur le plan de l'organisation du CASO													
1.1.1. Horaires convenables				X			X	X	X	X			5
1.1.2. Une mise dans le bain progressive							X	X	X		X		4
1.1.3. Une bonne gestion vie privée / vie professionnelle / CASO	X										X	X	3
1.1.4. Une certaine liberté d'action	X							X					2
1.2. Sur le plan humain													
1.2.1. Travail pluri disciplinaire			X	X	X	X	X		X		X		7
1.2.2. Travail en équipe - lien social				X					X	X	X	X	5
1.2.3. Très bon accueil	X			X	X						X		4
1.2.4. Ouverture d'esprit	X			X					X				3
1.2.5. Liens affectifs noués												X	1
1.2.5. Découverte d'un militantisme				X									1
<u>2. Le rôle prépondérant du CASO sur Angers</u>													
2.1. Lieu d'écoute		X		X	X	X		X	X	X	X		8
2.2. Point de repère pour les migrants	X		X	X	X	X	X	X		X			8
2.3. Action de plaidoyer / témoignage	X		X		X	X				X			5
2.4. Coordinateur de soins		X	X		X			X		X			5
2.5. Soins médicaux					X			X	X	X	X		5
<u>3. Une amélioration au cours des années</u>													
3.1. Rajeunissement et dynamisme de l'équipe	X				X	X					X	X	5
3.2. Amélioration des rapports avec les partenaires	X		X	X		X	X						5
3.3. Amélioration de la formation				X				X	X		X	X	5
3.4. Des perspectives d'évolution au sein de l'association					X		X						2

3. LES DIFFICULTES RENCONTREES

Tous les médecins interrogés expriment spontanément des difficultés au cours de leur engagement au CASO. Ces incommodités ont parfois raison de leurs motivations et entraînent par la suite préoccupations, interrogations puis décrochage. Certains intervenants expriment de façon élégante la spirale dans laquelle ils se font entraîner, mélange entre envie de donner d'avantage et confrontation à une réalité qui les rattrape.

Dans ce contexte, les entretiens se révèlent riches en enseignements et confidences. Je classe donc ces difficultés en trois sous-parties : les tracas globaux liés à l'association, la complexité de la gestion de la consultation en tant que telle, et enfin, les préoccupations en lien avec des interrogations intimes et personnelles.

3.1. Les difficultés liées au CASO en général

3.1.1. Lors de l'arrivée au CASO

3.1.1.1. Une absence de formation initiale

Les médecins 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 12 expriment la difficulté de débuter les permanences sans avoir de formation préalable. La plupart étant médecins généralistes et pour certains, spécialistes, la confrontation avec cette population particulière au mode de vie précaire est anecdotique au cours de leur exercice antérieur. Seuls les médecins 2 et 8 interagissent avec des populations en situation de précarité de par leur pratique libérale ou leurs multiples missions à l'étranger. Cependant, eux-aussi dénoncent une nécessité de formation. Il est intéressant de noter que les modalités et les conditions d'apprentissage ne sont pas précisées par les intervenants.

Médecin 2 : « *Ah, cela aurait pu être utile, ça ouais [...]. J'aurai bien aimé, mais pas que pour moi, pour certains de mes collègues aussi. Je pense que cela aurait pu leur servir* »

Médecin 8 : « *Je n'ai pas fait vraiment de formation, je n'ai même pas eu la charte de Médecin du Monde. [...] On m'a mise tout de suite dans un cabinet de consultation* »

Médecin 9 : « *A l'époque, [...] on ne m'a rien proposé. J'ai appris sur le tas* »

3.1.1.2. Des modalités d'entrée complexes

Le médecin 5 exprime des difficultés à entrer, non pas dans l'antenne angevine de Médecins du Monde à proprement parler, mais plutôt dans son rôle de médecin responsable de missions. Ce poste important coordonne l'antenne angevine de Médecin du Monde avec les autres antennes et principalement celle de Nantes (dont elle dépend). Le responsable de mission a aussi la tâche de produire des rapports relatant les résultats des missions entreprises à l'échelle locale. Il envoie ces comptes rendus au siège de Médecins du Monde à Paris. Prétendre à ce poste clé nécessite un entretien physique devant une commission ainsi qu'un curriculum vitae et une lettre de motivation : « *Il a fallu que j'écrive une lettre de motivation. [...] Il y a eu un gag, parce que je suis allé sur Paris pour me retrouver devant une assemblée tribunale quasiment constituée que de médecins* »

3.1.2. Une ambiance de travail parfois tendue

3.1.2.1. Un contact parfois épineux avec certains partenaires (pour les médecins 1, 2, 5, 7, 10 et 12)

Comme je l'évoque dans le paragraphe 2.2.3.2, les rapports entre partenaires dans les milieux associatifs peuvent être difficiles, surtout lorsque les moyens manquent. La communication avec la PASS était tendue dans le passé. Le manque de prise de responsabilité des instances hospitalières et la nébulosité du financement altéraient les rapports. Cependant, de multiples réunions et confrontations permettent d'améliorer les liens entre la PASS d'Angers et le CASO.

Médecin 2 : « *Pleins de choses nous posent question actuellement, sur le financement de la PASS. Où va l'argent? [...] Cela fait beaucoup d'utilisations inappropriées de cet argent-là* »

Médecin 7 : « *Il y a toujours le problème avec le système hospitalier [...] Les migrants étaient noyés au milieu de toutes les autres urgences, ce n'était pas du tout adapté [...] On a rencontré les urgences plusieurs fois, cela ne s'est pas bien passé d'ailleurs* »

Médecin 12 : « *Il y a des fois des petites incompréhensions qui doivent être revues avec les différentes organisations* »

3.1.2.2. Un souci de mise en lien dans l'équipe

Selon certains médecins, trois points prépondérants sont à l'origine de dissensions et de dysfonctionnements au sein même de l'association : tout d'abord, un manque de participation individuelle à l'activité collective, puis un défaut de mise en lien des individus entre eux et enfin, une absence de ligne de conduite commune.

Un manque d'investissement de certains bénévoles (pour les médecins 2, 5, 7, 8 et 11)

Médecin 2 : « *On manque aussi de bénévoles, on manque de gens qui veulent s'impliquer* »

Médecin 5 : « *J'ai l'impression qu'ils viennent faire leur B.A [Bonne action ndlr]. Ce n'est pas mal, c'est mieux que rien. Mais, ils ne savent pas ce que c'est Médecins du Monde* »

Médecin 7 : « *Les médecins retraités disaient : Bah je veux bien mais bon j'ai mes petits enfants en vacances, donc on ferme le CASO pendant les vacances. Ah bah non, cela ne va pas être possible !* »

Une méconnaissance des différents membres de l'équipe (pour le médecin 12) : « *Au CASO, il y a des médecins que je ne connais pas. C'est quand même un frein. On est un groupe à travailler, mais certains, je ne les ai jamais vus* »

Des méthodes de travail différentes (pour le médecin 12) : « *On n'a pas non plus la même façon de travailler et pas les mêmes réponses [...] Ce n'est pas facile car, pour une dimension plus collective ou une ligne de conduite, nous n'avons pas la même* »

3.1.2.3. Une entité religieuse initiale (pour les médecins 1 et 7)

Médecin 1 : « *L'ambiance était surannée très catho. [...] Il y a eu une évolution de la notion de charité, du compassionnel vers une position plus politique* »

Médecin 7 : « *Lorsque je suis arrivée, c'était beaucoup de vieux médecins anciens. [...] Il y avait beaucoup de bonnes sœurs. Elles allaient à toutes les réunions, un côté un peu catho, un peu gênant* »

3.1.2.4. La gestion étouffante de l'antenne

Les intervenants 5 et 7, qui comptent parmi les plus investis, déplorent une gestion difficile, prenante et accablante de l'association. L'organisation des permanences en tant que telle n'est pas abordée ici, ces médecins mettant d'avantage en cause la logistique et l'administration globale de l'antenne.

Médecin 5 : « *C'est parfois lourd, une ONG, surtout quand on dépend de deux tutelles (Nantes puis Paris) »*

Médecin 7 : « *C'est resté très bénévole, on dépend du CASO de Nantes, on fait tout selon Nantes et Nantes ne nous aide pas beaucoup. [...] J'ai quelques regrets par rapport à la grosse machine Médecins du Monde, on était un peu tout seuls, un peu perdus, et ils nous demandaient d'être à leur niveau alors qu'ils nous faisaient fonctionner qu'avec des bénévoles"*

3.1.3. Les difficultés liées aux missions du CASO

Les réserves exprimées par les intervenants vis-à-vis des actions menées par l'antenne, peuvent être divisées en quatre parties, par fréquence décroissante. Tout d'abord, les médecins dénoncent une prise de responsabilité considérable voire exagérée du CASO. Ensuite, ils soulignent que certaines populations restent isolées et exclues des soins. Puis, selon eux, de nombreuses pistes de travail sont juste effleurées voir inabordées par manque de temps. Enfin, pour expliquer les dysfonctionnements liés aux missions, les intervenants inculpent le manque de lien criant avec les autres associations.

3.1.3.1. Une existence du CASO au-delà de son rôle (pour les médecins 1, 5, 7 et 12)

Médecin 1 : « *Je suis tiraillée entre le désir d'apporter un peu de douceur et le fait qu'à priori, ce n'est pas au CASO de le faire »*

Médecin 5 : « *Cela devrait être l'Etat qui prenne en charge ceci, quitte à taxer un peu plus le contribuable »*

3.1.3.2. Certaines populations laissées pour compte

Les médecins 2, 5, 11 et 12 ont conscience que certaines populations restent encore à l'écart des soins et ne bénéficient d'aucune aide. Les prostituées et les SDF sont pointés du doigt. Ces personnes ne sont peu ou pas prises en charge par le CASO du fait de l'afflux massif de migrants. La demande de soins est majeure, les permanences sont surchargées, des missions tournées vers ces populations s'avèrent nécessaires. Le médecin 2 exprime très bien cette jonglerie entre l'envie de mener des actions dirigées spécifiquement vers ces personnes et le manque de temps dû au bénévolat.

Médecin 2 : « *J'ai fait une ou deux maraudes avec le service social [...]. Il vaut peut-être mieux travailler avec eux parce qu'il y a plein de populations qu'on ne touche pas. Il y a plein de jeunes en errance, il y a plein de Français, grands SDF et autres qui sont là depuis très longtemps qu'on ne touche pas* »

Médecin 11 : « *On ne voit pas de SDF parce qu'ils ne viennent pas au CASO, parce qu'il y a trop de sans-papiers. On ne s'occupe pas des prostituées, on ne va pas dans les camps de voyageurs. On n'a pas un gros réseau d'action sur Angers* »

3.1.3.3. Des pistes de travail non explorées par manque de temps

Cet item, décrié par les médecins 2, 5 et 11, rejoint et englobe le paragraphe précédent. Il est, assurément, plus global et contient d'avantage d'items comme, par exemple, le travail de l'interprétariat ou les campagnes de dépistage.

Médecin 2 : « *J'aimerai bien travailler sur l'organisation du CASO, retravailler sur les missions autres que les soins CASO. J'aimerai bien faire un état des lieux des squats [...] Faire aussi du dépistage [...] J'aimerai bien travailler aussi sur l'interprétariat* »

Médecin 5 : « *On a encore les problèmes de vaccination, les dépistages de la tuberculose et de l'hépatite C. Il y a un boulot monstrueux [...] On ne fait pas notre boulot* »

Médecin 11 : « *Il y a des sujets, notamment la prostitution, sur lesquels j'aimerai bien travailler mais cela demande beaucoup d'énergie, c'est toujours le problème.* »

3.1.3.4. Le manque de lien avec les autres associations

Le médecin 10 souligne le fait qu'avant que la PASS d'Angers n'assure totalement son rôle de prise en charge des patients en situation de précarité, un travail collectif et commun est nécessaire. Ceci permettrait un transfert de la prise en charge de ces populations, gérées actuellement par le CASO, vers les instances hospitalières dans de bonnes conditions. Cette remarque fait suite aux réserves exprimées par ce même médecin vis-à-vis des relations houleuses du CASO avec la PASS, relatées dans le paragraphe 3.1.2 : « *Ce que je crois vraiment, c'est qu'avant que la PASS ne gère tous les patients, ce serait bien de faire cela tous ensemble* »

3.2. Les difficultés liées aux consultations

3.2.1. Des locaux inconfortables (pour les médecins 5, 7, 8 et 12)

Quatre médecins expriment leur inconfort vis-à-vis du manque de confidentialité dû à l'agencement des locaux. L'aspect exigu, le nombre limité de pièces à disposition et l'étroite salle d'attente rendent difficile le travail des intervenants dans de bonnes conditions.

Médecin 5 : « *Les locaux sont tout petits, ils ne sont pas pratiques. Il y a un problème de confidentialité* »

Médecin 12 : « *Je ne sais pas si vous avez vu les locaux, ce n'est pas très grand. C'est un peu exiguë mais on arrive à se débrouiller* »

3.2.2. Le choc des premières consultations

Ce paragraphe tient une place conséquente dans l'expression des difficultés relatées dans les entretiens. Fréquemment, la première consultation est synonyme de bouleversements, d'ébranlements d'idées préconçues, de mises à nu d'une réalité catastrophique. Certains médecins avouent ne pas avoir été préparés à cela et ne s'attendaient pas à une telle confrontation.

Ces incommodités sont évoquées, dans cette partie, en six items plus ou moins importants, que je détaille point par point. Tout d'abord, l'histoire personnelle des migrants d'une atrocité quasiment irréelle, puis la description de leur quotidien invivable et révoltant. S'ensuivent la rencontre avec des populations auxquelles les médecins ne s'attendent pas et le fossé culturel qui en résulte. Enfin, certains médecins prennent conscience de l'imbroglio des démarches administratives et quelques-uns dénotent tout de même des réactions d'abus vis-à-vis des instances sociales françaises.

3.2.2.1. L'histoire effroyable des arrivants

Les médecins 4, 5, 7, 8, 9, 10 et 12 trouvent difficile d'entendre le passé des migrants, lié quasiment obligatoirement à des images de guerres, de deuils, de désolations et de tortures.

Médecin 7 : « *Souvent, on est terrifiés. Il y a un peu de l'horreur parce que ce n'est que des histoires impossibles pour la plupart [...] Les histoires où ils parlent de machettes, ça c'est toujours très marquant* »

Médecin 9 : « Quand vous commencez à chercher un peu dans leurs histoires, c'est compliqué... Je sais que moi, psychologiquement, quand je rentre le soir, je ressasse certaines histoires [...] Ca me touche, ça m'affecte, je suis peut-être trop sensible »

Médecin 10 : « Très souvent, cela choque [...] On se rend compte aussi que, pour les petits enfants, c'est dramatique. »

3.2.2.2. Le quotidien épouvantable des SDF

La complexité du mode de vie des patients SDF sur Angers amène une prise de conscience choquante et brutale pour les médecins 1, 5, 9 et 10.

Médecin 1 : « Je n'avais pas de patientèle sans domicile fixe [...] La précarité, elle éclate, elle est énorme. On est émus de leurs difficultés »

Médecin 9 : « Moi, je suis tombée des nues [...] Honnêtement, voir des gens dans une telle souffrance psychologique et physique, enfin, c'est terrible [...] Je ne m'attendais pas à cela »

Médecin 10 : « Quelquefois, je me dis : oh là là, la situation est vraiment grave et précaire, les pauvres gens, pourquoi n'ont-ils pas de logement ? »

3.2.2.3. La confrontation avec des populations inattendues

L'affluence de migrants entre 2008 et 2009 surprennent les médecins 6, 7 et 12. Ils étaient habitués à prodiguer les soins aux patients SDF majoritairement locaux et doivent alors faire face aux flux migratoires venant de la corne de l'Afrique et de l'Europe de l'Est.

Médecin 6 : « Je pensais que je rencontrerai des SDF, mais [...] j'ai été en contact avec un flux de migrants venant de la corne de l'Afrique »

Médecin 12 : « On me disait que cela serait plus de SDF, et je crois que c'est vraiment l'époque où cela a changé. Il y avait énormément de migrants qui sont arrivés »

3.2.2.4. Le fossé culturel ressenti (pour les médecins 4, 5 et 9)

Médecin 5 : « Par exemple, l'homme marocain qui a mal au ventre, ce n'est pas comme un gars de Cholet qui a mal au ventre. Ce n'est pas pour les mêmes raisons. [...] Je ne suis pas à l'aise avec les femmes musulmanes, et elles non plus, donc ça tombe bien »

Médecin 9 : « Au niveau culturel, c'est parfois compliqué de faire enlever le voile... »

3.2.2.5. Les méandres administratifs infligés aux patients

Les médecins 5, 9 et 12 dénoncent, lors des entretiens, la complexité des démarches françaises en termes d'ouverture de droits. Ils soulignent le manque d'efficacité et la léthargie des instances sociales en place. Un clivage est noté entre la complexité des démarches et la précarité dans laquelle se situent les patients (barrière de la langue, absence de moyens de locomotion, culture différente).

Médecin 5 : « *Lorsqu'un caucasien comme moi qui a fait Bac+7 a du mal à remplir des papiers administratifs, comment fait un Ethiopien qui ne parle pas le français ? C'est effrayant, quoi* »

Médecin 9 : « *Aller dans un cabinet, prendre un rendez-vous, comprendre qu'il faut attendre une journée ou deux pour avoir une place, c'est compliqué pour eux* »

Médecin 12 : « *J'ai rencontré d'autres difficultés [...] tout ce qui a attrait à la domiciliation par exemple. Ils ne peuvent pas prouver qu'ils sont en France, du coup, les démarches ne peuvent pas démarrer* »

3.2.2.6. Une mise en évidence d'abus

Les médecins 3 et 10 sont seuls à évoquer cet item, et ce dernier lui-même minimise la fréquence des escroqueries en parlant « *d'une petite partie* »

Médecin 3 : « *On a toutes les populations, le type qui est paumé, [...] les profiteurs...* »

Médecin 10 : « *On a l'impression que certains profitent de la situation, quand on les interroge. Ils ne disent pas la vérité [...] Mais ça, c'est une petite partie* »

3.2.3. Une gestion complexe des consultations

3.2.3.1. Une confrontation à la barrière de la langue

Cet item essentiel est repris par la majorité des intervenants lors des entretiens (médecins 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11 et 12). Les flux migratoires étant multiples, le nombre de langues et de dialectes parlés est conséquent. Il est intéressant de noter que certains médecins reconnaissent avoir recours à des ruses comme la langue des signes ou le dessin... D'autres précisent que l'obstacle linguistique ajoute de l'inconfort et du stress dans ce contexte de demande de soins urgente et déjà surchargée.

Médecin 5 : « *Je ne suis toujours pas très à l'aise, pour le problème de la langue. Pour les pays de l'Est, c'est la catastrophe, parce qu'ils ne parlent pas anglais, ils ne parlent que le russe ou les langues slaves, et ça, c'est très difficile* »

Médecin 9 : « Je crois que la barrière de la langue, cela élargit le temps de consultation [...] Mon seul stress, c'est le problème de langage, même en anglais. Mais bon, c'est un petit stress »

Médecin 12 : « Il y a des personnes qui viennent avec des langues que l'on ne maîtrise pas du tout [...] C'est très compliqué d'être en situation d'écoute, on ne comprend pas la moitié des choses »

3.2.3.2. Une méconnaissance des rouages administratifs

Je développe, plus haut dans cet exposé, le fait que certains médecins dénoncent la complexité des démarches administratives pour les migrants. Les intervenants 4, 5, 8, 11 et 12 éprouvent eux-mêmes des difficultés à orienter les patients, et à leur proposer une aide adéquate. Certains élaborent, pour pallier à ce souci, des sortes de fiches qu'ils consultent et actualisent à chaque permanence.

Médecin 11 : « J'ai vraiment du mal, je n'étais pas du tout au courant et je trouve cela très compliqué. En plus, les rôles de chacun n'arrêtent pas de changer parce qu'ils sont tout le temps redistribués »

Médecin 12 : « Vis-à-vis de la prise en charge sociale des migrants, la prise en charge a évolué. Il y a des associations qui ne prennent plus en charge, d'autres qui prennent le relai. C'est difficile d'être au goût du jour. »

3.2.3.3. La culpabilité d'infliger la déception (médecins 7, 10, 11, 12)

Médecin 11 : « Je pense que, lorsqu'ils arrivent, ils sont un peu perdus et ils sont surtout très déçus : on leur a présenté les choses comme quelque chose de facile et cela ne l'est pas du tout »

Médecin 12 : « Les gens ont tellement d'attentes par rapport à ce pays qu'ils ont idéalisé, par rapport à ce que l'on leur a raconté. Leurs représentations sont tellement ancrées que c'est difficile d'être la première personne qu'ils rencontrent et que la déception arrive »

3.2.3.4. La difficulté à médicaliser les consultations

Ce chapitre est évoqué principalement par les médecins spécialistes soit les médecins 6, 8, 10 et 12. Certains pallient à ce malaise et à ce manque de connaissance en exerçant en tant qu'accueillants.

Médecin 6 : « Je n'ai pas fait de médecine générale depuis mes années de formation. Je suis psychiatre. Donc je ne me sentais pas apte à faire de la médecine générale »

Médecin 10 : « *Il ne me reste pas assez de connaissance en médecine générale pour gérer [...] Tout ce qui n'est pas cardio, c'est pour les autres* »

3.2.3.5. La perte de réflexes (pour les médecins 6, 10 et 12)

Médecin 10 : « *Des fois, lorsque cela fait trois semaines que je n'ai pas fait de vacations, [...] je me repose des questions sur le droit des personnes.* »

Médecin 12 : « *Une matinée par mois, ce n'est pas énorme. C'est sûrement pas assez pour être bien dedans car c'est vrai que l'on perd un peu le fil* »

3.2.3.6. Une gestion des thérapeutiques difficile

Médecin 5 : « *Je me rends compte que, plus le temps passe et moins je suis performant. [...] Au niveau des posologies, heureusement que j'ai mon Vidal sur mon iPhone. On oublie vite, c'est impressionnant* »

3.3. Des difficultés liées à la gestion personnelle

3.3.1. Une activité chronophage

Etant une activité bénévole, le temps consacré aux activités du CASO peut être une source de difficulté majeure. Certains intervenants expriment des soucis à équilibrer leur emploi du temps professionnel, d'autres soulignent la jonglerie incessante entre leur vie privée et le CASO. Quelques-uns, enfin, évoquent le fait que le CASO occupe une part trop importante de leur temps de façon globale. Il est important de noter qu'à la longue, une impossibilité d'allier les permanences avec l'emploi du temps privé ou professionnel amènent certains à se désengager de Médecins du Monde, comme le médecin 7 par exemple.

3.3.1.1. Une gestion de la sphère professionnelle difficile

(pour les médecins 2, 4, 5, 7, 9, 11 et 12)

Médecin 7 : « *Je bloquais les horaires au cabinet médical [...] Mais, un moment, on ne pouvait pas, il fallait bloquer toute l'après-midi, c'est autre chose que de bloquer juste trois heures [...] Il y avait une incompatibilité entre la pratique quotidienne de la médecine et puis ce fonctionnement où il fallait donner toujours plus* »

Médecin 9 : « Au niveau des médecins, on travaille quasiment tous »

Médecin 11 : « Je ne peux pas envahir mon planning qu'avec du bénévolat. [...] Et puis, je ne peux pas réduire mon temps de travail pour cela, c'est compliqué »

3.3.1.2. Une gestion de la sphère privée difficile (pour les

médecins 7, 8, 10, 11 et 12)

Médecin 7 : « La responsabilité du CASO, cela prend énormément de temps administratif. [...] J'ai arrêté le CASO car je suis tombée enceinte et je n'arrivais pas à tout faire »

Médecin 10 : « Mon expérience est limitée [...] Il arrive d'avoir à me décommander parce que "allo Maman ?" [...] Je me sens un peu pénalisée car compte tenu de la demande de mes enfants et de ma famille, je n'ai pas les moyens d'assister à toutes les formations auxquelles je voudrais assister. J'ai l'impression de faire les choses un peu à moitié »

Médecin 11 : « J'attends d'avoir plus de temps, de moins avoir besoin d'être à la maison avec les enfants. Je ne peux pas les sacrifier »

3.3.1.3. Une activité bénévole globale très intense (Pour les

médecins 7, 11 et 12)

Médecin 7 : « Je me suis fait embarquer à prendre, et à donner plus parce que j'avais l'impression qu'il y avait besoin de plus et que personne n'en voulait, de cette responsabilité »

Médecin 12 : « Moi, lorsque je suis arrivée, l'activité remontait, il y avait beaucoup de migrants de la corne de l'Afrique, qui arrivaient, et rapidement les consultations se sont intensifiées »

3.3.2. Un sentiment de frustration

Cette insatisfaction est de trois types. En les classant par ordre décroissant, je me rends compte que les médecins, pour la plupart, ressentent un sentiment de quête incomplie, de demi-mesures... Pour certains, l'activité à l'échelle locale n'est pas suffisante, l'épanouissement humanitaire n'est pas complet. Ensuite, un bon nombre se rendent compte de leur propre ignorance, que ce soit localement d'un point de vue social mais aussi d'un point de vue géopolitique plus global. Enfin, un médecin avoue émettre des réserves quant à sa participation future au sein de l'association.

3.3.2.1. Une action menée au goût d'inachevé (Médecins 4, 7, 9,

(10, 11 et 12)

Médecin 4 : « *Cela me frustre un peu parce que j'ai l'impression de ne pas pouvoir faire grand-chose, d'être une petite goutte dans l'océan pour ces gens, c'est très ponctuel. Je n'ai pas l'impression de changer grand-chose à leur vie* »

Médecin 9 : « *Il ne faut pas croire que l'on règle leurs problèmes, d'ailleurs on règle très rarement leurs problèmes* »

Médecin 10 : « *Je ressens de la frustration [...] parce que je trouve que cela n'est pas assez bien organisé et surtout parce que ce n'est pas assez suivi* »

3.3.2.2. Un manque d'activités internationales (Médecins 2, 4, 8)

Médecin 2 : « *J'ai trouvé mon compte, pas totalement, parce que je continue [...] à essayer de partir un peu à l'étranger parce que j'aime bien aussi les voyages* »

Médecin 8 : « *J'ai continué. J'ai toujours été en mission à l'étranger à peu près deux fois par an. J'arrive de mission au Laos* »

3.3.2.3. Une prise de conscience de sa propre ignorance

(Médecins 6, 9, 10 et 11)

Médecin 6 : « *Je me sens un peu légère au niveau de la géopolitique. J'ai toujours besoin de revoir sur une carte géographique. Je ne me sens pas à niveau* »

Médecin 9 : « *La médecine de précarité, quand je suis arrivée à Médecins du Monde, je ne connaissais même pas. J'ai tout découvert sur le tas* »

Médecin 10 : « *J'ai vraiment besoin d'apprendre pour de vrai et de ne pas lire en diagonale. C'est facile de mélanger entre les différents ethnies, les différents religions, les différentes habitudes et différentes coutumes [...] Je pense que, sur un plan formation, je suis un peu en manque* »

3.3.2.4. Une projection dans le futur difficile (pour le médecin 10)

Médecin 10 : « *Je me dis que, si l'activité médicale du CASO s'arrête, est ce que je resterais motivée ? Ce n'est pas sûr...* »

Tableau III : Les difficultés rencontrées

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	TOTAL
<u>1. Vis-à-vis du CASO en général</u>													
1.1. A l'arrivée au CASO													
1.1.1. Absence de formation initiale		X		X	X	X	X	X	X			X	8
1.1.2. Une entrée complexe					X								1
1.2. Ambiance de travail													
1.2.1. Difficultés contacts avec les partenaires	X	X			X	X	X		X		X	X	7
1.2.2. Un souci de lien dans l'équipe													
.1.2.2.1. Manque d'investissement		X			X		X	X			X		5
.1.2.2.2. Méconnaissance de l'équipe												X	1
.1.2.2.3. Méthodes de travail différentes												X	1
1.2.3. L'entité religieuse initiale	X						X						2
1.2.4. La gestion pesante d'une ONG						X		X					2
1.3. Les missions du CASO													
1.3.1. CASO au-delà de son rôle	X				X		X				X		4
1.3.2. Populations laissées pour compte		X			X						X	X	4
1.3.3. Pistes de travail non explorées par manque de temps		X			X						X		3
1.3.4. Manque de travail commun avec les autres associations										X			1
<u>2. Vis-à-vis des consultations</u>													
2.1. Des locaux inconfortables					X		X	X				X	4
2.2. Choc des premières consultations													

2.2.1. Histoire des arrivants			X	X		X	X	X	X	X	X	8
2.2.2. Le quotidien des SDF	X			X				X	X			4
2.2.3. Populations imprévues					X	X				X		3
2.2.4. Méandres administratifs pour les patients					X			X			X	3
2.2.5. Un fossé culturel				X	X			X				3
2.2.6. Mise en évidence d'abus			X						X			2
2.3. Gestion des consultations												
2.3.1. Barrière de la langue		X	X		X	9						
2.3.2. Méconnaissance administrative				X	X			X		X	X	5
2.3.3. difficultés à assurer les consultations médicales						X	X		X		X	4
2.3.4. Le poids d'infliger la déception							X			X	X	4
2.3.5. La perte de réflexes						X			X		X	3
2.3.6. Gestion des thérapeutiques					X							1
3. Sur le plan personnel												
3.1. Activité chronophage												
3.1.1. Gestion vie professionnelle / CASO		X		X	X		X		X	X	X	7
3.1.2. Gestion vie privée / CASO							X	X		X	X	X
3.1.3. Activité intense							X			X	X	3
3.2. Sentiment de frustration												
3.2.1. Action inachevée				X			X		X	X	X	6
3.2.2. Nécessité de combiner à des actions internationales		X		X				X				3
3.3. Prise de conscience de sa propre ignorance						X			X	X	X	4
3.4. Projection future difficile									X			1

4. LES ENRICHISSEMENTS OBTENUS

Au cours de mes entretiens, pour chaque médecin interrogé, je m'intéresse aux enrichissements, aux ressources et aux connaissances apportés par le CASO. Les intervenants évoquent spontanément, soit un apport personnel, soit un apport professionnel, soit une absence d'apprentissage.

J'adopte donc ce schéma en abordant tout d'abord les enrichissements obtenus au sein de l'activité médicale puis ensuite sur le plan intime et familial. Je termine sur un bref aparté portant sur les richesses et les acquis obtenus sur le plan associatif.

4.1. Les enrichissements professionnels

Un médecin affirme malheureusement que les permanences ne lui ont rien apporté, que ce soit au niveau professionnel ou personnel. Pour les autres, les enrichissements au sein de leur activité libérale sont multiples. Une mise en évidence de deux réalités différentes concernant la santé, une amélioration de la connaissance théorique et une modification de l'activité au sein même de leur cabinet sont exprimés.

4.1.1. Une mise en lumière de deux mondes concernant la santé

Les médecins se retrouvent bousculés dans leurs habitudes et dans leur vision de la médecine usuelle occidentale : deux mondes différents s'entrechoquent littéralement, et ce, au sein de la même agglomération. Lors des entretiens, les intervenants expriment, tout d'abord, le décalage flagrant et révoltant entre la prise en charge d'un patient relevant du système conventionnel et celui qui ne peut pas y prétendre. Ils soulignent ensuite que la médecine organique rencontrée au CASO peut être différente et spécifique : les pathologies rencontrées sont parfois exotiques et absentes du panel rencontré habituellement dans leur cabinet. Enfin, les médecins concluent que ce déphasage et cette discordance les amènent, quelque part, à relativiser et à modifier la vision de leur propre patientèle.

4.1.1.1. Une perception de deux mondes différents

Les intervenants 4, 6, 9, 10 et 12 mettent en évidence une dissonance entre l'activité au sein de leur propre cabinet et leur intervention à Médecins du Monde. Ils se rendent compte de la richesse et de la facilité de prise en charge d'un patient bénéficiant du système de soin conventionnel français.

Médecin 4 : « *On a des problématiques dans ce cabinet, qui sont à cent mille lieux de Médecins du Monde [...] et ce sont deux pratiques totalement différentes* »

Médecin 9 : « *La précarité que vous voyez en médecine générale au cabinet, c'est plutôt des difficultés sociales, tandis que la précarité au CASO, c'est la vraie précarité de la vie, c'est à dire pas de logement, pas de toilettes [...] Au CASO, le patient avait un énorme abcès, ça le gène juste pour s'assoir, il n'est même pas venu pour ça. En médecine générale habituelle, le petit bouton blanc, les gens viennent tout de suite* »

4.1.1.2. Une médecine organique différente

Les médecins 2 et 3 mettent en évidence des pathologies qui sont peu ou pas rencontrées dans la médecine occidentale en tant que telle : des cas de tuberculose, des maladies parasitaires, des stades avancés d'hépatite C...

Médecin 2 : « *C'est une autre médecine. Comme, en plus, j'ai toujours aimé tout ce qui était médecine tropicale, ça me donne, de temps en temps, l'occasion d'essayer de chercher des diagnostics un peu plus farfelus, un peu plus exotiques, donc ça, c'est sympa* »

Médecin 3 : « *La médecine est un peu plus compliquée car ça fait un peu médecine vétérinaire* »

4.1.1.3. La nécessité de relativiser les demandes et pathologies des patients

Les médecins réalisant des permanences au CASO et conservant en parallèle leur activité médicale personnelle sont heurtés par le décalage au sein de leur pratique et ce, au cours d'une même semaine. Ces discordances amènent une réflexion pour certains, et quelquefois une modification de vision de leur propre patientèle. Les médecins 2, 4, 8, 11 et 12 minimisent les symptômes et les plaintes de leurs patients tout en reconnaissant la dangerosité et les limites d'une telle conduite.

Médecin 2 : « Je relativisais déjà depuis un certain temps mais après, ça peut être dangereux [...]. La personne qui vient te voir pour un problème lambda qui te paraît totalement anodin parce que tu connais la situation et qu'elle n'a pas de problèmes financièrement ou de logement, peut être que tu es moins attentif alors que cela peut témoigner d'une souffrance et que la souffrance est universelle et dans toutes les classes sociales »

Médecin 4 : « Je relativise quand même les choses et je me rends compte à quel point on a tout à disposition en France »

Médecin 12 : « Cela me permet de relativiser [...] à remettre les choses dans une priorité différente. Un nez bouché, ce n'est pas si urgent que cela par exemple »

4.1.2. L'amélioration de la connaissance théorique

La prise en charge d'un patient en situation de précarité amène les médecins à se poser des questions. Pour la majorité, la formation initiale est absente ce qui les obligent à s'investir et à chercher des réponses. Les connaissances acquises au cours de leurs tâtonnements et leurs investigations les aident ensuite dans leur pratique de tous les jours.

4.1.2.1. Une amélioration de la prise en charge d'un patient précaire au cabinet (Médecins 2, 4, 7 et 11)

Médecin 2 : « J'ai plus de réflexe, plus d'automatisme... »

Médecin 7 : « Il y a un moment, à Bouchemaine, ils ont accueilli des migrants, j'en ai vu quelques-uns, je savais comment les prendre en charge [...] J'étais moins angoissée »

Médecin 11 : « Au cabinet, je suis des patients d'Emmaüs. Il y a des sans-papiers et des Erythréens à Emmaüs. Cela m'a permis de mieux comprendre la situation [...] Je comprenais à quel stade de la demande d'asile ils étaient, c'était intéressant»

4.1.2.2. La connaissance du rouage administratif (Médecins 2, 4)

Médecin 2 : « Après, Médecins du Monde permet de mieux m'informer sur les droits, même si c'est encore très flou dans ma tête. Tout ce qui est droit, c'est assez compliqué »

Médecin 4 : « Ça me fait quand même progresser sur le côté social : Quand est ce qu'on peut avoir un droit à la CMU? Dans quelle circonstance ? »

4.1.2.3. Un bon carnet de contact (Médecins 2 et 4)

Médecin 2 : « *Ah bah déjà moi, cela m'a apporté un carnet d'adresse ! Quand j'ai des patients que je vois et qui ont des problèmes parce qu'ils sont en grande précarité, je sais à peu près vers quelle porte les orienter pour un logement, pour un équilibre, une écoute, une prise en charge sociale* »

4.1.2.4. Une gestion de la barrière de la langue (Médecins 5 et 6)

Comme exposé dans le paragraphe 3.2.3, neuf médecins n'arrivent pas à se faire comprendre du fait d'une langue parlée différente. Ils sont ainsi obligés de rechercher des moyens et des stratagèmes afin de pallier à cette difficulté : soit en adoptant le langage des signes, soit en recherchant un interprétariat de qualité. Lorsqu'ils sont confrontés ultérieurement à ce fossé linguistique, dans leur pratique conventionnelle, ils sont ainsi mieux armés et d'avantage à l'aise.

Médecin 5 : « *A part Google Traduction, je n'utilise pas d'autres moyens. Je m'en sers très souvent. Il y a aussi le coup de main du cousin ou du grand père qui vient avec le patient* »

Médecin 6 : « *J'ai découvert le milieu de l'interprétariat. Ceci n'était pas facile* »

4.1.3. Une modification du quotidien du cabinet

La vie quotidienne du cabinet est bouleversée : tout d'abord le paragraphe 4.1.1 met en évidence une modification de la vision de certains médecins vis-à-vis de leur patientèle. De plus, la patientèle en tant que telle varie, change et se modifie.

Le quotidien du cabinet est stimulé et dynamisé : « *Ça continue à stimuler parce qu'on peut rapidement rentrer dans notre train-train quotidien* » (Médecin 2)

La patientèle du cabinet est refaçonnée : « *J'ai une patientèle très variée, et très cosmopolite maintenant. [...] J'ai aussi plus de patients et de demandeurs d'asile que je n'en aurais eu si je n'avais pas été à Médecins du Monde* » (Médecin 2)

La patientèle se révèle bienveillante et soutenante : « *Les gens, ils savent, ils m'amènent des médicaments. Cela s'est passé plutôt bien, ils accueillaient cela plutôt bien* » (Médecin 11)

4.1.4. Une absence d'enrichissement

Seul le médecin 3 souligne le fait que le CASO ne lui a rien apporté, que ce soit d'un point de vue personnel ou professionnel : « *Non, je ne cherche rien. Je n'obtiens rien mais ce n'est pas grave, je suis au boulot, quoi. C'est comme si, à l'hôpital, on cherchait un épanouissement quelconque* »

4.2. Sur le plan personnel

Les changements survenant dans la sphère intime et privée sont majeurs. Je les regroupe en trois items, retracant un cheminement propre s'étalant sur la durée. Tout d'abord, la majorité des médecins expriment une véritable prise de conscience et une ouverture des yeux grâce à Médecins du Monde. Cette mise en lumière et cette modification profonde de mentalité en amènent certains à se poser des questions et à se remettre en cause. Quelques médecins amorcent même un tournant décisif dans leur existence.

Il est aussi important de noter que le contact avec des patients véhiculant une culture et un mode de vie différent est riche en apprentissage.

4.2.1. Une véritable prise de conscience

4.2.1.1. Une prise de conscience géopolitique

Les médecins 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 expriment le fait d'avoir acquis des connaissances sur le plan politique et géographique. En recevant les réfugiés de certains pays au cours des permanences, ils se retrouvent confrontés à des contextes politico-géographiques inconnus.

Médecin 4 : « *Avant Médecins du Monde, j'avais une vision assez superficielle de l'immigration. C'était des gens un peu hors-la-loi en fait. Je crois que politiquement ça me touche. Ça m'évite d'être raciste* »

Médecin 8 : « *Nous sommes beaucoup plus attentifs à la géopolitique, aux bouleversements qui se passent dans les pays* »

Médecin 12 : « Je trouve que cela est enrichissant d'un point de vue de la culture, au niveau du monde [...] Je n'aurai jamais imaginé que certains pays puissent être en si grande difficulté »

4.2.1.2. La mise en évidence de la grande pauvreté en France

Il y a une analogie entre cet item et la mise en évidence de deux médecines discordantes évoquée dans le paragraphe 4.1.1. L'émotion est palpable à ce niveau, la culpabilité de voir cette misère au pas de la porte est criante et élégamment exprimée par les médecins 5, 9, 11 et 12.

Médecin 5 : « Cela m'a déjà appris que la grande précarité existait. Cela m'a lourdement culpabilisé parfois »

Médecin 9 : « Cela ouvre surtout les yeux sur la misère qui est à notre porte »

4.2.1.3. L'existence d'une manipulation par les médias

Les médecins 7, 10, 11 et 12 prennent conscience que les médias peuvent véhiculer une image lissée et retapée de la véritable réalité. Pour la plupart, les médecins modifient leurs sources d'informations et deviennent d'avantage critiques.

Médecin 10 : « Avant, je croyais ce que j'entendais. Mais là, ça a complètement changé. Je suis d'avantage sur la réserve, je suis plus objective »

Médecin 11 : « J'essaie de lire un minimum d'informations que l'on m'envoie. Cela me permet de m'enlever pas mal d'idées reçues venant des autres »

Médecin 12 : « Quand on a les gens physiquement en face de soi, et que l'on ne les a pas par écran interposé, on prend du recul par rapport à ce qui se passe »

4.2.1.4. La force de caractère des migrants

Une véritable admiration, exprimée dans mon travail par les médecins 10 et 12, peut se mettre en place à l'égard des migrants, surtout après avoir eu connaissance de leur parcours et de leur histoire entachée de traumatismes et de deuils.

Médecin 10 : « Un côté que j'ignorais par contre : Je trouve que les enfants s'adaptent de manière extraordinaire. Je les trouve d'une grande intelligence. Je trouve que découvrir cela, c'est magique »

Médecin 12 : « *Ils vont d'une association à une autre, ils attendent... C'est une chose que l'essentiel de la population ne supporterait pas* »

4.2.2. Une remise en cause profonde et durable

Je vais classer cette remise en cause en trois items, par fréquence décroissante. Tout d'abord, certains médecins apprécient le fait de pouvoir rendre service sans rien attendre en retour. Puis, quelques-uns amorcent un virage décisif en se lançant dans une carrière militante active. Enfin, de manière plus globale, deux médecins soulignent le fait que les permanences leur ont permis d'être en accord avec eux-mêmes en leur apportant de l'apaisement.

4.2.2.1. Un sentiment d'utilité (Médecins 1, 8, 9, 10 et 12)

Médecin 1 : « *J'ai un peu amené de la douceur dans ce monde de brute, quoi* »

Médecin 9 : « *Il fallait ouvrir les yeux sur ce qu'on pouvait faire avec ce qu'on savait faire, nous, en médecine. On rend service aux gens. Avec Médecins du Monde, je pense que j'apporte un plus* »

Médecin 10 : « *Je me rends un peu utile, ce n'est pas négligeable parce que sinon, je ne fais rien !* »

4.2.2.2. La découverte d'un militantisme (Médecins 2, 11 et 12)

Médecin 2 : « *Ça m'a permis d'être toujours vigilant dans le fait de côtoyer au quotidien la population de grands précaires et d'être attentif à l'état actuel de la précarité sur Angers et puis, après en France. [...] J'ai réussi à rester actif, rester militant, rester militantiste* »

Médecin 11 : « *Le fait d'être actif, avoir envie de changer certaines choses, d'être militant sur certaines choses, cela me plaît bien. [...] Je suis devenue plus militante, j'ai des arguments, j'ai des réponses dans la discussion* »

4.2.2.3. Se réaliser soi-même (Médecins 9 et 12)

Médecin 12 : « *Il y avait une volonté de rattraper ce que je n'avais pas pu faire, cela me permet de le faire sous une autre forme [...] C'est un peu centré sur soi, on se fait plaisir soi-même* »

4.2.3. Un contact avec une culture différente

Etre en contact avec un patient arrivant d'un autre continent confère pour certains médecins 5, 9 et 12, un sentiment d'exotisme et de fraîcheur. La difficulté majeure est de réussir à interagir correctement avec ces patients en prenant en compte leur culture le plus souvent inconnue, et leur histoire.

Médecin 5 : « *C'est intéressant de voir des patients de cultures totalement différentes, c'est sympa. J'ai par exemple découvert que les femmes noires étaient très belles* »

Médecin 12 : « *Je trouve cela intéressant de rencontrer d'autres personnes qui viennent de milieux et de pays différents, qui ont une culture différente* »

4.2.4. Une absence d'enrichissement

Seul le médecin 3 souligne le fait que le CASO ne lui a rien apporté, que ce soit d'un point de vue personnel ou professionnel : « *Au niveau de l'enrichissement personnel, rien, non, rien apporté* »

4.3. Sur le plan associatif

Pour certains médecins, les permanences du CASO sont le premier pied qu'ils posent au sein d'une association humanitaire bénévole. Ils expriment les avantages et la joie de faire partie d'une telle association et vantent les aspects positifs du bénévolat.

4.3.1. La découverte de l'humanitaire (médecins 5, 7, 9, 12)

Médecin 5 : « *J'ai rencontré des gens dans l'humanitaire ou le caritatif, j'ai appris beaucoup de choses de gens très intéressants* »

Médecin 12 : « *C'est important dans ma vie d'avoir toujours quelque chose qui est une activité bénévole [...] Pour mon équilibre de vie, le bénévolat est important* »

4.3.2. Le partage d'expérience inédit (pour le médecin 5)

Médecin 5 : « *Je suis formé par les gens de votre génération, vous êtes beaucoup plus scientifiques que nous. Vous avez une formation assez impressionnante. Moi, je suis impressionné par les jeunes médecins* »

Tableau IV : Les enrichissements

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	TOTAL
<u>1. Sur le plan professionnel</u>													
1.1. Mise en lumière de deux mondes concernant la santé													
1.1.1. Perception de deux mondes différents				X		X			X	X		X	5
1.1.2. Nécessité relativiser les demandes et pathologies des patients		X		X				X			X	X	5
1.1.3. Une médecine organique différente		X	X										2
1.2. Amélioration de la connaissance théorique													
1.2.1. Amélioration prise en charge patient en situation de précarité au cabinet		X		X			X				X		4
1.2.2. Connaissances rouages administratifs		X		X									2
1.2.3. Carnet de contact		X		X									2
1.2.4. Gestion de la barrière de la langue					X	X							2
1.3. modification du quotidien du cabinet													
1.4.1. Casser le quotidien professionnel		X											1
1.4.2. Modification de la patientèle du cabinet		X											1
1.4.3. Une patientèle											X		1

soutenante											
1.4. Pas d'enrichissement			X								1
2. Sur le plan personnel											
2.1. Une prise de conscience											
2.1.1. Une prise de conscience géopolitique			X	X		X	X	X	X	X	8
2.1.2. L'existence d'une pauvreté en France				X			X		X	X	4
2.1.3. Une manipulation par les médias					X			X	X	X	4
2.1.4. Une force de caractère de la population migrante								X		X	2
2.2. Une remise en cause personnelle											
2.2.1. La sensation d'être utile	X					X	X	X		X	5
2.2.2. Militantisme		X							X	X	3
2.2.3. Se réaliser soi-même							X			X	2
2.3. Un contact avec une culture différente				X			X			X	3
2.4. Aucun enrichissement			X								1
3. Sur le plan associatif											
3.1. Découverte du milieu humanitaire				X		X	X			X	4
3.2. partage d'expérience				X							1

5. L'ELABORATION DE LA FICHE-CONSEIL

A la fin des entretiens, j'interroge chaque intervenant sur d'éventuels conseils à donner à un jeune médecin généraliste, ces recommandations étant de deux types. Dans un premier temps, j'amène une réflexion sur la conduite à tenir face à un patient ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, lors d'une permanence au CASO par exemple. Ensuite, j'invite chacun à me livrer des suggestions afin d'optimiser la prise en charge d'un patient bénéficiant d'une couverture sociale mais restant néanmoins en situation de précarité.

5.1. Données générales

5.1.1. Une absence de solutions apportées

Le médecin 3 n'exprime pas de conseils ni de recommandations. Vis-à-vis de l'exemple du médecin exerçant dans son propre cabinet, il souligne le fait « *que de toute façon, le médecin est coincé, il envoie le patient au CASO* ». Suite à cette réponse, dans cet entretien en particulier, une réflexion est demandée sur la nature même de la CMU. Pour ce médecin, « *la CMU, ce n'est pas une situation de précarité* ». « *Il a la CMU, point. Il s'est débrouillé pour avoir la CMU* ». A la fin de l'entrevue, le médecin 3 conclue par le fait que la véritable question à se poser porte sur l'attribution même des aides sociales en France : « *Pour moi, la CMU, il va falloir qu'on regarde très sérieusement* », « *Les CMU, je ne suis pas sûr qu'ils méritent tous la CMU [...] Bon, après, qu'ils soient en précarité, il faudrait approfondir pour savoir s'ils sont en précarité ou non* »

5.1.2. Une absence de réflexion préalable

Tous les autres médecins répondent à la question posée avec plus ou moins de facilité et d'aisance. Les médecins 1, 4, 6, 8, 10 et 11 répondent aux deux cas de figures avec assurance et sans hésitation. Les médecins 2, 5, 7, 9 et 12 présentent un blanc initial plus ou moins long : « *Attendez, je vous rappelle dans deux jours* » (Médecin 5) ; « *Je ne sais pas quoi répondre (rires). Ça ne me vient pas* » (Médecin 9). Le médecin 12 avoue ne jamais s'être appesantie sur le sujet : « *Alors, c'est assez marrant car je ne me suis jamais posée la question* ».

Le médecin 7 reste perplexe vis-à-vis de la conduite à tenir au cabinet face à un patient ayant la CMU : « *C'est vaste comme question [...] Je ne sais pas, cela ne me vient pas* ». Cependant, ses

recommandations vis-à-vis de la prise en charge d'un patient sans couverture sociale au CASO sont déterminées et résolues. Certains médecins évoquent spontanément une idée prépondérante et demandent un temps de réflexion par la suite : « *Qu'est-ce que je pourrais vous donner comme autre conseil ?* » (Médecin 4)

5.1.3. Un sujet amenant d'autres pistes de réflexions

Pour le médecin 5, le sujet de thèse est intéressant et lui suggère de nombreuses pistes de travail : « *Il faudrait que l'on puisse se réunir entre personnes de Médecins du Monde et que l'on voit ensemble quels conseils donner effectivement à un jeune médecin libéral ou même un accueillant.* »

5.2. Le patient précaire en médecine générale

Spontanément dans les entretiens, les médecins me font part de recommandations pratiques et théoriques. J'adopte donc un schéma similaire dans cet exposé.

5.2.1. Au niveau de la théorie

Trois grands principes se dégagent : tout d'abord, il semble important d'acquérir une formation axée sur les spécificités des migrants, puis prendre connaissance précisément des engrenages administratifs en terme d'ouverture de droits et de liens sociaux et enfin, de manière générale, désapprendre ce qui a été appris pendant les études de médecine.

5.2.1.1. Recevoir une formation adaptée aux besoins

Selon les médecins 1, 2 et 6, il existe des éléments essentiels constituant le socle de toute bonne prise en charge d'un patient en situation de précarité. Ces notions fondamentales sont, entre autre, la question du logement, des revenus ou de la couverture sociale. Le médecin 5 souligne l'importance d'acquérir des connaissances particulières tournées vers la médecine tropicale et infectieuse. Selon lui, les topos portant sur le VIH ou la tuberculose sont décisifs.

Médecin 1 : « *Il faut effectivement partir des bases de repérages d'une situation de précarité* »

Médecin 2 : « *Il faut s'intéresser peut être au social en ayant deux ou trois items qui sont le logement ou les finances...* »

Médecin 5 : « *Il serait bien de faire un topo sur les pathologies des migrants en fonction de leur pays d'origine, par exemple la corne de l'Afrique. On retrouve la tuberculose, le VIH, l'hépatite C* »

5.2.1.2. La meilleure connaissance des rouages administratifs

Cette idée est exprimée par le médecin 5 : « *Tout d'abord, être informé de tout ce qui est administratif, qu'est-ce que la CMU ? Qu'est-ce que l'AME ? Qu'est-ce que le PASS ? Qu'est-ce que la PASS ?* »

5.2.1.3. Désapprendre ce qui a été appris pendant les études

Le médecin 1 exprime ce concept : « *Le conseil [...], c'est de se débarrasser [...] de tout ce que les étudiants, ils ont pu apprendre* »

5.2.2. D'un point de vue pratique

Concernant la pratique, les médecins donnent des recommandations pêle-mêle. Afin de permettre à ces conseils d'être clairs et parlants, j'introduis ce paragraphe par des données plutôt générales et je détaille ensuite une consultation « idéale » à partir d'items exprimés dans les entretiens.

5.2.2.1. Conseils généraux

Il ne faut pas rester seul : Pour les médecins 1, 4 et 10, l'important est de bien s'entourer afin de pouvoir proposer une prise en charge efficace et optimale

Médecin 4 : « *Je donnerai, comme conseil, de ne pas hésiter à ne pas rester seul dans ces prises en charge car ce n'est pas possible d'être seul dans une situation de précarité* »

Médecin 10 : « *Il ne faut pas rester seul, je pense que c'est essentiel, afin d'optimiser la prise en charge médicale du patient* »

Ne pas être dans le jugement (pour les médecins 1, 10 et 11). A noter que le médecin 11 a exprimé cette idée de manière passionnelle avec une grande véhémence.

Médecin 1 : « *C'est difficile mais ne jamais être dans le jugement, c'est important* »

Médecin 10 : « *Il ne faut pas prendre les gens de haut, c'est très important, cela les réconforte* »

Médecin 11 : « *Il ne faut pas faire de différence, faire attention à ne pas être avilissant. Ne pas être abaisseant, on ne parle pas à un Africain comme un débile, il a un cerveau* »

Ne pas chercher la rémunération : Cette donnée est à la base de la notion de bénévolat.

Cependant, les médecins 9 et 11 l'introduisent dans une recommandation destinée au médecin généraliste dans son cabinet personnel.

Médecin 9 : « *Il faut déjà ne pas refuser le patient* »

Médecin 11 : « *Je pense que je lui donnerai le conseil de s'asseoir sur certaines rémunérations* »

Ne pas être dans la charité. Cette idée fait suite à l'avertissement sur le non-jugement introduit dans le paragraphe précédent : « *Et puis, a contrario, ce n'est pas obligatoire de tout autoriser. C'est-à-dire que parfois, c'est humiliant pour les gens, la charité trop marquée* » (Médecin 11)

Avoir un bon carnet d'adresse (pour le médecin 2) : « *Il faut anticiper ces consultations-là en ayant un bon carnet d'adresse* »

5.2.2.2. Au niveau de la consultation en tant que telle.

De multiples idées foisonnent et tourbillonnent au cours des entretiens sur ce sujet. Dans le but d'être simple et limpide, j'essaie donc de construire une consultation-type « utopique », établie de manière chronologique en fonction des items recueillis.

Ecouter le patient en premier lieu (pour les médecins 1, 2, 5 et 6)

Médecin 1 : « *Commencer la consultation par ça, après avoir écouté le patient bien-sûr* »

Médecin 2 : « *Aller vers la plainte du patient même si cela ne paraît pas être la plus importante. Un, il faut l'écouter pour créer un début d'adhésion et de lien* »

S'assurer d'une bonne compréhension (pour les médecins 4, 9 et 11)

Médecin 4 : « *Ne pas hésiter à en faire beaucoup plus pour les gens en situation de précarité que pour les autres. C'est-à-dire décrocher son téléphone, prendre les rendez-vous tout du moins au début, s'assurer qu'ils aient compris* »

Médecin 11 : « Je pense que c'est important, avec les patients précaires, de savoir si le patient a compris de quoi on parlait, et de ce que l'on voudrait mettre en place »

Etre accueillant et établir relation de confiance sur plusieurs consultations (pour les médecins 1, 2 et 10)

Médecin 1 : « Etre accueillant parce que c'est comme le petit prince de Saint Exupéry, il n'apprivoise pas le renard du jour au lendemain [...]. Il y a une relation de confiance à mettre en place »

Médecin 2 : « Il faut essayer, si on peut, de reconvoquer pas trop tard parce que l'adhésion se fait mais rapidement elle peut se perdre »

Rechercher des critères d'urgences : Ces éléments sont divisés en deux types : les critères strictement médico-somatiques qui nécessiteront une prise en charge spécifique aux urgences, et les critères de gravité sociaux relevant de la situation de précarité. Les critères d'urgences médicales englobent les critères d'urgences pour la personne elle-même mais aussi les risques collectifs d'endémie, comme le virus Ebola par exemple : « On est bien obligés de leur poser la question : Est-ce qu'il a connu Ebola ? Etes-vous séropositif ? Avez-vous une hépatite ? » (Médecin 8). La recherche de situation de précarité est une nécessité exprimée par les médecins 1, 8 et 11 : « Repérer la situation de précarité : où avez-vous dormi ? Combien de repas vous mangez par jour ? Avec quoi vivez-vous comme revenus ? » (Médecin 1)

Hiérarchiser les demandes

Pour le médecin 7, « Il faut faire attention à ne pas se laisser embarquer complètement dans l'histoire d'une personne et essayer de recentrer exactement ce qu'il veut, ce qu'il souhaite »

Pour le médecin 1 : « Il faut savoir hiérarchiser le problème. Ne pas regarder ce qui pourrait être important pour nous en tant que médecin, mais ce qui est important pour le patient. [...] Il faut d'abord répondre à la demande »

Faire un interrogatoire poussé (pour le médecin 8) : « Il faut faire un interrogatoire obligatoire.

Un petit peu poussé. Pas forcément lui faire raconter son histoire s'il n'en a pas envie »

Ne pas se cantonner au versant médical (pour le médecin 12): « *Pour le coup, il ne faut pas rester uniquement sur le symptôme et, dans ces situations d'autant plus, le mode de fonctionnement, la culture, les raisons pour lesquelles ils sont venus prennent encore plus de valeurs [...] Moi, je vais peut-être plus orienter mes questions sur l'ensemble de l'environnement social et le travail* »

Travailler avec un système de médiateur (pour le médecin 2): « *Travailler avec un système de médiateur, ça serait bien* »

5.2.3. D'un point de vue personnel

De nombreux intervenants m'octroient des conseils vis-à-vis de l'adaptation psychique du médecin dans une telle situation. Le migrant est un patient particulier, la relation est singulière et une adaptation adéquate est nécessaire.

5.2.3.1. S'écouter et prendre conscience de ses propres émotions (Médecins 1, 5, 6 et 7)

Médecin 1 : « *Il est important d'écouter les émotions que l'on peut ressentir à ce moment-là. En prendre conscience, cela t'amène effectivement complètement dans l'altérité* »

Médecin 5 : « *Il faut avoir un certain recul, être dans l'empathie et la bienveillance. Il faut être capable d'écouter les gens et il ne faut pas plonger avec eux* »

Médecin 7 : « *On fait avec ce que l'on est, ce que l'on a vécu, comment on se sent aussi* »

5.2.3.2. Travailler sur ses propres frustrations (Médecins 1 et 12)

Médecin 12 : « *Il faut râver un peu sa fougue. Je pense que le sentiment de frustration et d'impuissance, c'est là-dessus que l'on aurait pu avoir un peu de formation pour apprendre à gérer cela* »

Médecin 1 : « *Cela nécessite un travail sur soi. Tous les médecins généralistes ne sont pas obligés de faire un travail d'analyse personnel mais c'est important, hein* »

5.3. La prise en charge d'un patient au CASO

Les conseils vis-à-vis du déroulement optimal d'une consultation au CASO s'apparentent à ceux cités dans le paragraphe ci-dessus. Dans le passage suivant, je mets donc l'accent sur certaines spécificités à avoir lors des permanences, qui viennent s'ajouter aux recommandations préalablement évoquées.

5.3.1. Améliorer la participation aux réunions (Médecin 5)

Médecin 5 : « *Il y en a une demain, il y aura trois ou quatre médecins maximum. [...]. Et, on a envoyé plusieurs fois des mails... »*

5.3.2. Avoir de l'expérience en médecine générale (Médecin 12)

Pour le médecin 12, l'expérience acquise au cours de remplacements en médecine générale est absolument indispensable avant de commencer à participer aux permanences du CASO : « *Je pense qu'il faut un peu d'expérience au préalable, en médecine libérale j'entends »*

5.3.3. Lutter contre le rapport hiérarchique (pour le médecin 5)

Médecin 5 : « *Il ne faut pas qu'il y ait de rapport hiérarchique »*

5.3.4. Se former avant de s'engager (pour le médecin 5)

Médecin 5 : « *Pensez-vous qu'une formation au début serait profitable ? Complètement »*

Tableau V : Fiche conseil

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	TOTAL
1. Le patient précaire en médecine générale													
1.1. Au niveau de la théorie													
1.1.1. Formation spécifique	X	X			X	X							4
1.1.2. Connaissance des rouages administratifs					X								1
1.1.3. Désapprendre ce qui a été appris pendant les études	X												1
1.2. Au niveau de la pratique													
1.2.1. En général													
.1.2.1.1. Ne pas rester seul	X			X					X				3
.1.2.1.2. Ne pas juger	X								X	X			3
.1.2.1.3. Ne pas chercher la rémunération								X		X			2
.1.2.1.4. Ne pas être dans la charité										X			1
.1.2.1.5. Avoir un bon carnet d'adresse		X											1
1.2.2. Au niveau d'une consultation													
.1.2.2.1. Ecouter le patient	X	X			X	X							4
.1.2.2.2. S'assurer d'une bonne compréhension			X						X		X		3
.1.2.2.3. Etablir relation de confiance sur plusieurs consultations	X	X							X				3
.1.2.2.4. les critères d'urgences													
.1.2.2.4.1. Urgences médicales							X						1
.1.2.2.4.2. situation de précarité	X							X			X		3
.1.2.2.5. Hiérarchiser les demandes	X					X							2
.1.2.2.6. Faire un interrogatoire poussé								X					1
.1.2.2.7. Ne passe se cantonner au versant médical											X		1
.1.2.2.8. Système de médiateur	X												1
1.3. Au niveau personnel													
1.3.1. Ecouter et prendre conscience de ses propres émotions	X				X	X	X						4
1.3.2. Travailler sur ses propres frustrations	X										X		2
2. Le patient au CASO													
2.1. Améliorer la participation aux réunions						X							1
2.2. Avoir un peu d'expérience en médecine générale											X		1
2.3. Lutter contre le rapport hiérarchique						X							1
2.4. Nécessité d'une formation préalable						X							1

CINQUIEME PARTIE

DISCUSSION

1. DISCUSSION GENERALE AUTOUR DE L'ETUDE

1.1. Les forces de l'étude

1.1.1. Le bien-fondé de l'étude qualitative

Une méthode appropriée aux objectifs

Les objectifs de mon travail relèvent du domaine subjectif et personnel : l'étude des motivations des médecins à s'engager, la description des enrichissements obtenus au décours, les éventuelles difficultés mise en évidence... L'élaboration de la fiche-conseil est aussi imputable au champ de l'intuition et de la partialité : Je demande à mes interlocuteurs de donner des conseils sur une prise en charge médicale, à la lumière de leur expérience.

La méthode qualitative fait appel aux sciences humaines et sociales, elle « permet d'explorer les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et l'expérience personnelle » (24). Elle autorise donc, dans mon travail, la compréhension du fonctionnement des médecins de l'échantillon et la perception des interactions inter et intra-individuelles. Il s'agit de la finalité recherchée de mon étude donc je peux affirmer que la méthode est correcte et adaptée à mes objectifs.

Une méthode originale.

Les travaux utilisant la recherche quantitative sont légion dans la littérature. Ce procédé étant hors sujet dans mon travail, je ne l'aborde pas dans ce paragraphe. Depuis de très nombreuses années, elle est décriée, et affublée d'une image négative « *insuffisamment scientifique* ». Employée au début dans les sciences humaines et sociales, elle est victime d'un manque de reconnaissance du fait de la subjectivité de ses résultats. Pourtant, elle confirme actuellement son utilité dans la recherche des soins primaires en médecine. Elle nécessite un investissement et un travail important pour ce qui est de la retranscription des entretiens mais, elle reste un moyen intéressant de mettre en évidence les interactions et le ressenti des populations étudiées. Elle est actuellement en plein développement dans le secteur de la recherche médicale en particulier de la médecine générale.

1.1.2. La force liée à l'échantillon

Une cohérence et une acceptation interne validée : Les entretiens mettent en évidence une réalité plausible. Des données sont exprimées par plusieurs intervenants et sont reproductibles d'un entretien à l'autre. D'autre part, les entretiens ainsi que la fiche d'analyse des résultats sont relus par ma directrice de thèse, améliorant ainsi la fiabilité interne de l'étude.

Une saturation des données : Au cours des derniers entretiens, plusieurs items commencent à se recouper : je constate une saturation des données. C'est la raison pour laquelle je me suis arrêtée à douze interventions. Je peux donc déduire que mon échantillon peut, à son échelle, me fournir des perceptions en rapport avec une réalité.

Une complétude de l'analyse : Je m'efforce, lors de la restitution « ad integrum » des entretiens et lors de l'inclusion des verbatim, à adopter une démarche la plus exhaustive possible. Chaque analyse s'effectue au décours immédiat des entretiens. Durant ce travail, la retranscription est lue deux fois. Lorsque les entretiens sont tous retranscrits et analysés, une dernière lecture générale des entrevues est réalisée pour n'omettre aucun item. De ce fait, j'espère avoir été la plus complète possible et avoir exploré en profondeur ma base de résultats.

Une cohérence externe validée : Les multiples recherches dans la littérature me permettent d'objectiver les données recueillies dans mon étude. Je détaille ces items plus précisément ci-après.

Des profils diversifiés : L'étude porte sur des entretiens de médecins engagés à l'antenne angevine de Médecin du Monde. La description de l'échantillon est par essence réductrice, car le CASO d'Angers est une petite association qui ne compte que très peu de membres. A ce panel déjà réduit des volontaires, sont écartés tous ceux qui n'ont pas de formation médicale de base. Je peux donc conclure que mon échantillon, certes modeste, reste néanmoins ciblé et représentatif de la population que je désire étudier. Cependant, je constate une certaine diversité à laquelle je ne m'attendais pas : l'échantillon est hétéroclite du fait de la formation de base (médecin généraliste ou spécialiste) mais aussi des données socio démographiques (l'âge, le statut matrimonial, le passé humanitaire). Ceci ne constitue en aucun cas un biais dans mon étude et apporte un enrichissement au niveau de mes résultats.

1.2. Les limites de l'étude

Ce travail ne cherche pas « à quantifier ou à mesurer », il s'agit plutôt d'une « démarche interprétative » (24).

1.2.1. Un manque d'exhaustivité bibliographique

Dans le domaine de l'humanitaire, la littérature est très vaste et ne se cantonne bien-sûr pas aux études ou articles francophones. Ma bibliographie est donc, par essence, incomplète. Ceci ne peut être évité que par une motivation et un travail de recherche s'étalant sur plusieurs années. Mon travail contient quelques références anglophones mais la liste n'est pas exhaustive du fait d'un manque de temps et un défaut de traduction. La représentativité de mes lectures est donc essentiellement française. De même, le thème des motivations inconscientes, abordé très brièvement dans mon travail, relève d'avantage de la sociologie et de la psychanalyse. Ces domaines d'études sont vastes et nécessitent du temps pour s'y consacrer pleinement.

Le dernier point à relever concerne le clivage rencontré entre l'échelle locale et internationale dans la littérature : La majorité des ouvrages traitant de l'humanitaire et du bénévolat relatent des résultats concernant des missions internationales. Peu d'études qualitatives existent sur les CASO de France. Ceci peut amener un biais dans mon travail : même si les ressentis des médecins de mon échantillon sont proches des données de la littérature, les enjeux ne sont pas les mêmes, les situations et les missions ne sont pas analogues. Donc, les conclusions restent difficilement transposables. Je m'appuie notamment, dans mon analyse, des résultats provenant de la thèse de Marie Villeret (23). Dans son travail, elle étudie les motivations et les difficultés rencontrées par treize médecins généralistes d'Ile et Vilaine lors d'engagements dans des missions humanitaires à l'étranger. Nos deux sujets sont donc limitrophes, mais des différences liées aux types de missions surviennent naturellement.

1.2.2. Les biais relatifs à l'étude

Biais de recrutement

Dans mon étude, seuls sont inclus les médecins travaillant à l'antenne angevine de Médecins du Monde. Une seule association est donc prise en compte, et ceci influe probablement sur mes résultats.

En effet, selon Amina Yala, les associations humanitaires, et plus particulièrement leur charte et leur mode de fonctionnement, ne séduisent pas toutes les mêmes personnes (25). Chaque individu peut choisir son association en fonction de ses désirs et ses motivations. D'ailleurs, elle affirme que le fruit de son propre travail repose sur « *la démarche des volontaires, [...] ne privilégiant ni un type d'association, ni un pays en particulier* ». Ce biais de recrutement n'est donc pas présent dans son étude contrairement à mon travail.

Cependant, la majorité des médecins interrogés n'ont connaissance du CASO que par coïncidence ou par réseau personnel. Aucun n'exprime le fait d'hésiter avec une autre association. Michel Brugière exprime le fait que « *le choix de l'association relève le plus souvent d'un hasard, d'une rencontre, d'une opportunité* » (26). Le fait de n'avoir travaillé qu'avec une seule association constitue un frein majeur à la généralisation des résultats de cette étude.

De plus, certains médecins du Maine et Loire se sont engagés il y a de cela plusieurs années et ont été perdu de vue. Leurs coordonnées téléphoniques ou électroniques n'étant plus à jour, je ne réussis pas à les contacter. Donc, il y a ici un deuxième biais de recrutement du fait des contraintes logistiques.

Enfin, un médecin est contacté mais refuse de prendre part aux entretiens, constituant le troisième biais de recrutement de mon étude.

Biais de perte d'information

Diriger des entretiens qualitatifs sans expérience préalable est un exercice difficile, en témoigne une amélioration de la fluidité au fur et à mesure de mes entretiens. Même si le travail de bibliographie effectué en amont est conséquent, une personne plus expérimentée aurait sans doute d'avantage relancé les intervenants et ainsi capté plus d'informations.

Deux biais supplémentaires peuvent être décrits dans ce paragraphe. Tout d'abord, le médecin 6 refuse l'enregistrement par dictaphone, compliquant ainsi la retranscription « ad integrum ». Puis, à la fin de l'entretien du médecin 9, à l'extinction du dictaphone, des idées supplémentaires sont exprimées librement et donc ne bénéficient pas de l'enregistrement audio. Elles seront retranscrites à la main.

Biais d'analyse

Le codage des verbatim est effectué par mes soins, une marge de subjectivité se présente ainsi. Le codage ainsi que la feuille d'analyse sont relues par ma directrice de thèse, ce qui permet de minimiser ce biais. Il persiste néanmoins une subjectivité dans le choix des extraits malgré une volonté d'impartialité. De plus, ce souci d'objectivité est légèrement mis à mal dans la retranscription de l'entretien du médecin 3 car certaines réactions de cet intervenant rendent difficile le détachement et l'impassibilité. De plus, une interrogation me semble pertinente : Mes connaissances dans le domaine de l'humanitaire restant limitées, mon analyse de donnée aurait-elle été différente si j'étais dotée d'une expérience plus conséquente ? Je répondrais, sans nul doute, par l'affirmative...

Biais de confusion

Ce travail balaie de nombreux champs d'étude : la motivation, les enrichissements, les difficultés... Une confusion peut être générée du fait d'items qui se recoupent. Un item peut être inclus dans une motivation à la base (par exemple, le médecin désire s'engager pour casser le quotidien du cabinet) et devenir un enrichissement (le quotidien du cabinet est effectivement modifié). Le souhait devient un constat, l'objectif à la base est acquis. Je dois donc admettre que la délimitation entre les différents items peut être confuse par moment.

Biais de mémoire

Les médecins participant à mon étude peuvent omettre certaines motivations à la base, principalement pour ceux qui sont engagés depuis longtemps. De même, d'autres peuvent occulter certaines difficultés. Le médecin 7 est d'avantage exposée à cet oubli, car, s'étant désengagée du CASO depuis quelques années, son regard sur l'association est probablement plus positif à postérieur.

Un biais d'influence peut aussi être mis en évidence dans mon étude : L'échantillon est de taille modeste, tout le monde se connaît. Malgré l'assurance d'un anonymat total, certains peuvent craindre de se faire reconnaître par ses collègues et ainsi nuancer certaines difficultés.

1.3. Discussion générale autour de la population étudiée

1.3.1. Le statut humanitaire

Spontanément, tous les médecins de mon étude se définissent comme étant des humanitaires bénévoles de l'association. Je ne leur demande d'ailleurs pas d'avantage de réflexion sur le sujet.

Amina Yala définit quatre statuts particuliers pouvant être adoptés par la personne exerçant une activité humanitaire : les donateurs soutenant les projets de l'association pécuniairement, les bénévoles, les salariés permanents, très souvent membres d'associations de grande ampleur et les volontaires (25). La distinction est confuse entre le statut volontaire et bénévole. Amina Yala simplifie le terme en parlant plutôt d'activité locale en France pour les bénévoles et d'expatriation indemnisée ou non pour les volontaires : « *Les bénévoles apportent leurs concours gratuit en France [...] Il n'est pas rémunéré et garde son statut social [...] Le volontaire, quant à lui, s'engage dans des actions de solidarité presque exclusivement dans les pays du Sud* » (25). En reprenant cette définition, les membres de mon étude sont tous bien définis comme étant bénévoles.

Cependant, selon le CEIV (Centre d'Etudes et d'Information sur le Volontariat), la définition de ces deux termes s'articulent autour de cinq fondements fondamentaux : « *Le bénévole ou le volontaire est celui qui s'engage de son plein gré de manière désintéressée dans une action organisée au service de la communauté* » (27). Il y a donc ici notion d'engagement, de liberté, d'acte prodigué gratuit, d'appartenance à une structure et d'intérêt général. La définition est précise mais comment différencie t'on ces deux appellations ? Le CEIV distingue d'un côté le bénévole « *qui participe à la vie d'un mouvement sans en recevoir de rémunération, mais sans nécessairement faire siens tous les objectifs de l'association* » et le volontaire bénévole « *qui, à la différence du précédent, fait siens les projets et objectifs de l'association* ». En reprenant cette définition, je suis obligée de nuancer l'attribution du statut des médecins interrogés : le médecin 5, le médecin 2 et le médecin 7, très investis au CASO, sont d'avantage des volontaires que de simples bénévoles.

Néanmoins, un problème se pose dans mon étude. Dans le Guide du Bénévole, distribué à chaque personne s'engageant au CASO d'Angers, une présentation du bénévolat est proposée. Pour l'antenne, « être bénévole implique de respecter les principes éthiques et les valeurs portées par l'association. [...] Il s'engage sur un (ou plusieurs) programme(s) mais également dans la vie de la délégation » (28). L'adhésion aux projets et objectifs de l'association est donc primordiale selon le CASO. En reprenant la définition du CEIV, le bénévole du CASO doit donc assurer des principes normalement adoptés par un volontaire. Le guide du Bénévole ne mentionne à aucun moment le terme « volontaire ».

1.3.2. Le profil de l'humanitaire

Il n'existe pas d'études permettant de définir un profil d'individus effectuant des actions bénévoles à l'échelle locale. La littérature s'intéresse d'avantage aux intervenants partis accomplir des actions humanitaires de plusieurs mois, voire plusieurs années, à l'étranger.

Ainsi, Amina Yala parvient à définir six profils différents de volontaires (25). Tout d'abord, « l'idéaliste » mué par une vocation inébranlable et par un engagement personnel puissant et désintéressé. En second lieu, « le militant » pour lequel le volontariat est un moyen de propager ses idées ; puis « l'opportuniste » mué par une volonté de quitter la France, imaginant la mission comme un moyen de réaliser son rêve. Ensuite, « l'occasional » qui considère la mission comme une parenthèse dans sa vie socio professionnelle, « le professionnel » et « l'aventurier ». Marie Villeret dans son travail, reprend ce typage : la majorité des médecins constituant son échantillon relèvent d'un profil occasionnel (23).

Dans mon étude, faire l'analogie avec cette classification reste difficile car les médecins travaillent aux permanences et retrouvent ensuite leur cheminement familial et professionnel, une fois les consultations terminées. La coupure n'est donc pas aussi franche qu'une véritable action à l'étranger. Je peux tout de même supposer que la majorité des médecins constituant mon échantillon possèdent des similitudes avec le profil de l'occasional : les médecins s'investissent dans l'association de manière modérée.

Il n'y a aucun professionnel de l'humanitaire dans mon échantillon, les médecins étant, soit à la retraite, soit possédant leur propre activité. Le médecin 2 aimeraient consacrer d'avantage de temps pour l'association et ainsi l'inclure dans un exercice professionnel mais, pour cela, un salariat est indispensable, ce qui n'est pas d'actualité. Je n'ai pas non plus d'idéaliste dans mon panel mais quelques profils se rapprochent d'avantage du militantisme (médecin 11, 7 et 2).

1.3.3. Les caractéristiques socio démographiques

1.3.3.1. Une difficulté à établir une parité équilibrée

Dans ce travail, j'interroge quatre médecins hommes et huit médecins femmes : il existe donc une prédominance féminine. Il est intéressant de noter que la parité est inversée dans la thèse de Marie Villeret : dix hommes interrogés et trois femmes. Si je compare donc nos deux études, je constate que les missions à l'étranger attirent d'avantage les hommes alors que les activités humanitaires locales amènent d'avantage d'adeptes féminines (23).

En 2009, siège et terrains confondus, le Comité International de la Croix Rouge comptait 71 % de travailleurs humanitaires masculins pour 39% de femmes seulement. « *Cette faible proportion de personnel féminin est parfois rattachée aux types d'interventions effectuées par les ONG qui, pour la plupart, ont lieu au sein du Sud* » (29). Effectivement, au sein de ces pays, les sociétés sont patriarcales et l'identité religieuse est prépondérante : la tâche des humanitaires féminins est donc plus ardue : s'imposer et accomplir une mission donnée est plus difficile.

Pourtant les mentalités changent : une étude parue dans la revue Humanitaire s'intéresse à la représentation féminine au sein des étudiants du troisième cycle des Affaires Humanitaires et de la Coopération Internationale de l'université de Marseille : La promotion est essentiellement composée d'étudiantes de sexe féminin. Ainsi, cette photographie « *réflète ainsi la tendance actuelle des femmes à s'engager d'avantage dans l'humanitaire* » (29).

Pourquoi cet engouement féminin pour l'humanitaire ?

Selon l'étude sus-citée, parue dans la revue Humanitaire, « *l'approche réfléchie et progressive de la femme sur le terrain se révèle un atout dans les situations où l'acteur humanitaire se pose trop souvent en sauveur ethnocentrique* » : L'humanitaire féminin possède donc des aptitudes intéressantes par rapport à son homologue masculin pour réaliser la mission correctement.

De même, « *la contribution apportée est primordiale lorsque l'on sait que les bénéficiaires de l'aide humanitaire sont pour une grande partie, des femmes qui, pour des raisons culturelles, ont du mal à s'adresser à des hommes* ». Ceci est notamment mis en évidence dans mon étude où la majorité des consultantes sont des femmes en situation de précarité. L'intervenant 5 (médecin retraité de sexe

masculin) l'exprime en avouant de pas se sentir « à l'aise avec les femmes musulmanes, et elles non plus, d'ailleurs ».

1.3.3.2. Des médecins différents aux multiples aspirations

Comme je l'aborde précédemment, mon échantillon est hétéroclite. Tout d'abord, l'écart d'âge est important : le plus jeune médecin a 37 ans, le doyen en a 72. Puis, d'un point de vue familial, trois médecins n'ont pas d'enfants, trois ont des enfants mineurs et six ont des enfants majeurs dont la charge ne leur incombe plus.

Je me rends compte, au terme de l'étude, que la qualité de la gestion entre la vie personnelle et le CASO tient une part importante dans le maintien ou non de l'activité bénévole. Les médecins exprimant une facilité d'organisation n'ont pas d'enfants à charge. Le médecin 7 s'est désengagé à la naissance de son deuxième enfant. Néanmoins, certains médecins à la retraite, donc n'ayant pas non plus d'enfant à charge, éprouvent aussi des difficultés à gérer leur emploi du temps notamment à cause de leurs petits-enfants.

Je peux donc conclure que la gestion entre vie privée et le CASO dépend des priorités de chacun, elles-mêmes dépendant du statut familial et de l'âge. La date d'engagement du CASO par rapport au cheminement personnel agrémentera cette conclusion : la plupart des médecins interrogés s'engagent au CASO soit avant d'avoir des enfants, soit lorsque leurs enfants sont majeurs.

1.3.4. L'activité professionnelle de l'échantillon

1.3.4.1. Discussion autour de la formation initiale

Dans mon échantillon, neuf médecins sont généralistes et trois sont spécialistes. Parmi ces trois derniers, un seul, le médecin 8 effectue des consultations médicales au CASO, les deux autres étant accueillants. Il est intéressant de noter que le médecin 8 est spécialiste à la base mais s'est formé en médecine générale et en gynécologie avant d'entreprendre des actions humanitaires internationales en parallèle du CASO.

Dans la littérature, les études mettent en évidence un lien entre la médecine de précarité et la médecine générale, notamment en ce qui concerne les soins primaires. Je retrouve cette idée dans mon travail :

Tous les médecins généralistes interrogés font des consultations médicales, les deux accueillantes possèdent une formation de base de spécialiste.

1.3.4.2. Discussion autour de la formation continue

Dans les travaux de Marie Villeret, la moitié des médecins bénéficient d'une formation complémentaire universitaire (23). Cédric Barbé met en évidence une formation dispensée à seulement 26% des médecins interrogés (30). Pour eux deux, « *une formation spécifique ne semble pas nécessaire* ».

1.3.4.3. Discussion autour de l'activité libérale

Dans mon étude, cinq médecins sont praticiens installés, six sont à la retraite et une est remplaçante. L'activité libérale est hétéroclite, le cabinet étant placé dans un milieu urbain pour deux d'entre eux, semi-rural pour trois d'entre eux et rural pour la médecin remplaçante. Je retrouve cette hétérogénéité dans la thèse de Marie Villeret : elle ne constate pas non plus de mode d'exercice particulier en France favorisant l'engagement dans des missions à l'étranger.

1.3.5. L'engagement au CASO

1.3.5.1. Discussion autour de la date de l'engagement

Pour s'engager à l'antenne angevine de Médecins du Monde, il est nécessaire d'être thésé. Une étudiante a pu faire un stage d'internat au CASO en demandant une dérogation à la faculté et en signant une convention, elle était supervisée. Dans mon travail, six médecins s'engagent au CASO à l'aube de leur retraite, quatre s'engagent lorsqu'ils sont installés et deux, enfin, commencent les permanences au CASO en étant remplaçant.

Dans son travail, Marie Villeret constate la même tendance : les médecins s'engagent à l'étranger après leur installation, un seul étant à la retraite au moment de partir. Il y a donc d'avantage de retraités dans mon étude. Ceci est sans doute dû au fait que les médecins ne se sentent plus en âge de partir à un moment donné, comme le verbalise le médecin 5 : « *Vu*

mes vieux os, l'international, c'est mal barré. A 70 ans, partir pour le Sahel, ce n'est pas évident ».

1.3.5.2. Le choix de l'association

Dans mon travail, seuls les médecins 2 et 8 sont engagés dans d'autres associations bénévoles : ils continuent à effectuer des missions à l'étranger en parallèle de leur activité au CASO. A l'échelle locale, tous les médecins de mon étude dépendent uniquement de l'antenne angevine de Médecins du Monde, ils ne sont pas engagés médicalement dans une autre association. De même, lors de leur engagement, les médecins n'ont pas eu à choisir entre plusieurs associations bénévoles locales, la plupart exprimant le fait de n'avoir pu venir qu'au CASO.

Dans son travail, Marie Villeret met en évidence une plus grande liberté lors du choix des associations : cinq médecins dépendent de deux associations différentes ou plus, sept médecins choisissent leurs missions et leurs associations en fonction de leurs priorités personnelles. Ceci est dû au fait que le panel des associations proposant des missions à l'étranger est sûrement plus vaste que celles proposant des missions médicales à Angers.

2. DISCUSSION AUTOUR DES MOTIVATIONS

2.1. Données générales

2.1.1. Un début d'introspection

Après avoir défini le terme « *motivation* » et orienté la réflexion sur ce concept, les médecins de mon étude expriment spontanément un ou plusieurs items. Très souvent, une donnée est prédominante (les médecins la verbalisent spontanément) puis, suite à la réflexion, d'autres thèmes surviennent. Je peux donc déduire qu'ils ont une connaissance probablement partielle mais précise des raisons de leur engagement. Cette idée contraste avec le travail de Marie Villeret qui souligne le fait que les médecins qu'elle interroge n'ont pas de réelle réflexion sur le sujet.

Claire Jacquot, dans son travail de thèse, exprime très bien l'importance de connaître ses motivations avant de s'engager dans une mission humanitaire : « *Avant de s'engager dans une mission, il semble essentiel de faire une introspection pour comprendre ses propres motivations. En effet, l'expérience*

montre que certains attraits non réellement humanistes peuvent participer à l'envie d'être humanitaire. Ces désirs, parfois peu conscients peuvent entraîner déception et fragilité psychologique sur ces terrains inconnus » (31). Bien-sûr, son travail porte là-aussi sur des individus partant à l'étranger et il est aisément de comprendre que cette introspection est d'autant plus nécessaire lorsque le projet de l'individu est de partir à l'international. En effet, dans mon étude, le terrain inconnu est minoré.

2.1.2. Une motivation qui diffère selon l'âge des individus

Dans mon travail, je constate que le facteur générationnel peut influer sur les motivations de base. Par exemple, le médecin 11, âgée d'une quarantaine d'années, pense se servir de l'engagement au CASO pour se lancer dans une carrière internationale dans le futur : « *Il faut montrer qu'on a un engagement et qu'on est présent assez souvent pour pouvoir ensuite partir.* ». En articulant son exercice professionnel autour de Médecins du Monde, le médecin 2 semble être dans la même optique. Cette volonté « *carriériste* » contraste avec les motivations des médecins 1, 5 et 10 à la retraite actuellement. Ceux-ci admettent volontiers que l'une de leurs principales motivations est d'avoir du temps et de se sentir utile.

Je retrouve ce concept dans la littérature : Selon Amina Yala, les motivations exprimées peuvent être différentes selon l'âge de l'individu. Ainsi, « *les jeunes [...] se montrent plus pragmatiques et lient d'avantage cette activité à un avenir professionnel. Le bénévolat est un geste de solidarité mais il peut également être utilisé comme tremplin dans la vie active* ». De même, pour les retraités ou ceux approchant de la retraite, « *le bénévolat permet de continuer à jouer un rôle social, d'avoir des responsabilités, de transmettre un savoir-faire et des compétences et, en définitive, de se sentir toujours utile* » (25).

2.2. Les motivations pour débuter l'engagement.

Dans mon étude, six motivations principales expliquent l'engagement des médecins à l'antenne angevine de Médecins du Monde : par ordre décroissant, tout d'abord la recherche d'une activité bénévole, puis une impossibilité de faire de l'humanitaire à l'échelle internationale, une volonté de casser le quotidien professionnel, une opportunité qui se présente, une volonté de continuer l'activité médicale et enfin, la découverte d'un certain militantisme. J'expose, dans les paragraphes suivants, les concordances et

discordances de cette étude avec les données retrouvées dans la littérature tout en proposant une explication plausible.

2.2.1. Un désir d'activité bénévole à l'échelle locale

Un désir d'activité bénévole

Dans mon échantillon, sept médecins désirent pratiquer une activité bénévole « *sans qu'il y ait d'échange d'argent. [...] Faire de la médecine pour faire de la médecine.* » (Médecin 9). Le médecin 11 va plus loin en comparant cette volonté à sa pratique libérale : « *Pour moi, le métier de médecin, ce n'est pas prendre 23 euros toutes les 20 minutes* ».

Cette notion d'acte gratuit et universel est retrouvée dans le serment d'Hippocrate primitif : « *Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. [...] Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et à quiconque me le demandera, sans me laisser influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* ». La version actualisée de ce serment, prêté par l'ensemble des médecins de nos jours, omet la notion de gratuité mais conserve la notion d'honoraires mesurés (Cf. Annexe 12). La médecine telle qu'elle est présentée aujourd'hui dans la littérature vise donc au bien de l'Humanité, quel que soit la race, la culture, les croyances et, surtout, se dote d'un aspect financier relégué au second plan.

Ce désir de bénévolat de longue date est retrouvé dans différents travaux : il s'agit de la principale motivation initiale relevée par Marie Villeret et elle est aussi retrouvée dans la thèse de Cédric Berbé.

La question du local et de l'international

Sept intervenants de mon étude expriment, pour la plupart, un désir initial de mener ce projet bénévole à l'échelle internationale, projet qui n'a jamais abouti : « *C'est essentiellement des raisons familiales, parce que j'ai trois enfants scolarisés [...] je me suis engagé sur des prêts* » (Médecin 4). Ils s'orientent donc naturellement vers une action plus locale : « *Je me suis dit qu'à défaut d'avoir pu réaliser ce vieux rêve de partir, ce serait différent, mais qu'il existait d'autres façons de s'investir plus localement* » (Médecin 12).

Par ce choix, ils répondent ainsi au discours de Jean Pierre L'Homme interrogé par Olivier Weber. Pour ce responsable des missions « Echanges de seringues » et « Bus Méthadone » de Médecins du Monde, « *L'humanitaire, ce n'est pas que de l'exotisme...* ». Selon lui, il apparaît « *évident pour la mission France de Médecins du Monde de travailler avec les exclus de soins que l'on trouve devant nous* » (32).

Le Dr Lebas, ancien président de Médecins du Monde, renchérit en soulignant « *qu'avec la récession économique des années 1980 est apparue, dans tous les pays industrialisés, une situation grave de chômage et un accroissement du nombre de personnes en situation de précarité économique et sociale... Ceux qui croyaient devoir courir le monde pour secourir des exclus de la prospérité se sont réveillés un jour avec une épidémie d'exclusion au cœur des villes riches* » dans leur propre pays (33). L'humanitaire local est donc amené à se développer.

Bien sûr, comme l'exprime parfaitement Jean François Corty en 2011, « *affirmer de manière simpliste et catastrophiste que la France serait devenue l'un de ces pays damnés représenterait une insulte pour ceux auxquels les ONG amènent une aide internationale* » (34). Admettons néanmoins que la difficulté d'accès aux soins pour certains en France amènent les ONG à transposer sur le territoire national, des mesures employées et développées dans les pays du Sud.

Les thèses de Marie Villeret et Cédric Berbé mettent en évidence un réel amour du voyage ressenti par les médecins partant à l'étranger, rêve qui a pu être réalisé, contrairement aux médecins de mon étude (23) (30).

Il est intéressant de noter que deux médecins de mon échantillon (les médecins 2 et 8) sont engagés dans des missions à l'étranger conjointement à leur activité au CASO. Ils ont pu trouver le moyen de réaliser leur rêve de partir à l'étranger. Cependant, les obligations professionnelles et familiales du médecin 2 l'empêchent de partir autant qu'il le voudrait, justifiant ainsi son implication au CASO : « *Je sais que je ne peux pas partir faire de grandes missions en humanitaire international, avec ma situation familiale* ».

2.2.2. Une volonté de casser le quotidien

Dans mon travail, sept médecins désirent un renouveau au sein de leur activité professionnelle. Ils souhaitent une pratique plus diversifiée, à l'instar du médecin 4 : « *Je savais que je m'installais dans une*

zone plutôt favorisée et j'avais envie aussi de compenser par une activité plus sociale ». Ils désirent travailler avec des populations différentes : « *Je voulais voir d'autres personnes [...] tout ce qui a attrait aux immigrés, aux sans-papiers, aux sans domiciles* » (médecin 10)

Je retrouve cette envie de changement au sein de la nouvelle génération des médecins généralistes : de nombreux étudiants récemment diplômés poursuivent leur formation par des DESC, des DU ou des DIU afin de varier et diversifier leur pratique. Beaucoup d'études reposent sur les DESC d'urgences ou les réorientations hospitalières. Mais, les travaux portant sur la « spécialisation » d'un médecin généraliste sont rares dans la littérature.

Cette volonté de « casser le quotidien » est retrouvée dans la thèse de Marie Villeret où sept médecins évoquent le désir de faire autre chose que de la simple médecine générale. De même, cet item est une des motivations prépondérantes retrouvée dans le travail de Cédric Berbé.

2.2.3. Une opportunité qui se présente

« L'attentisme » évoluant en trame de fond

Dans mon étude, cinq médecins expriment le fait de vouloir se sentir utile : « *On a besoin de se sentir utile, ceci m'est propre je pense* » (Médecin 11). Ce désir est présent pour certains depuis de nombreuses années mais n'est malheureusement pas exaucé dans le quotidien. Je peux donc parler d'un comportement parfois « attentiste », la volonté de fond est présente mais l'occasion manque, l'engagement est retardé. Le désir d'être utile est un concept complexe en médecine humanitaire : le principe est simple et concret (« *Je veux être utile* ») mais souvent, il n'est que le miroir de motivations plus secrètes et enfouies. Je retrouve cette donnée dans la littérature : Dans son travail, Amina Yala assure que « *le comportement altruiste est toujours guidé par d'autres intérêts, beaucoup plus personnels : l'envie de s'engager, l'enrichissement des connaissances, un désir de reconstruction...* » (25). Il serait intéressant de comprendre ce qu'entendent les médecins derrière cette expression « vouloir se sentir utile ».

De même, quatre médecins expriment le fait d'avoir du temps : « *Il y avait la motivation extrêmement égoïste d'occuper son temps* » (Médecin 5). Outre ceux qui s'en rendent compte à la retraite comme le médecin 10 (« *Je ne me suis jamais posée la question avant la retraite* »), d'autres en prennent

conscience longtemps avant l'engagement. De la même manière, un comportement attentiste peut être observé. Amina Yala affirme une tendance future intéressante vis-à-vis de ce concept : « *La notion de travail évolue au sein des sociétés occidentales dans lesquelles les périodes d'inactivité se font de plus en plus fréquentes et longues. L'augmentation du temps libre, voulue ou contrainte, aura une incidence croissante sur l'engagement bénévole* » (25). Pour elle, l'importance du bénévolat s'intensifiera donc au cours des prochaines années.

L'élément déclencheur : la proposition

Dans mon étude, les médecins ont connaissance du CASO de différentes manières : soit au sein de la sphère privée (par des amis ou de la famille), soit au sein de la sphère professionnelle (par des infirmiers ou d'autres médecins) soit par le Conseil de l'Ordre. Seuls les médecins 2 et 7 ont entrepris de vraies recherches, les autres ont bénéficié de cette opportunité apportée par leurs contacts. Cette proposition, associée au désir d'être utile et au fait d'avoir du temps, amène donc la majorité des médecins de mon étude à s'engager. Je retrouve ces circonstances d'engagement dans le travail de Marie Villeret : la totalité des médecins de son échantillon expriment avoir reçu, un jour, une opportunité (23).

2.2.4. Continuer une activité médicale

Pour six médecins de mon échantillon, s'engager au CASO possède l'avantage de continuer d'exercer la médecine. Soit les médecins sont à retraite et les permanences leur permettent d'établir un continuum avec leur ancienne activité libérale, soit le CASO leur donne le moyen de pratiquer une médecine qu'ils n'ont plus l'occasion de faire. Le médecin 11 illustre ce deuxième propos en parlant de sa « *première expérience en Nouvelle Calédonie* » qu'elle ne peut reproduire actuellement dans son cabinet libéral situé dans un quartier aisné « *C'était à peu près la même chose qu'au CASO* ».

Ces ressentis me semblent logiques et non dénués de sens. Malheureusement, je ne retrouve pas de similitude au sein de la littérature sur ce concept.

2.2.5. Un militantisme endurci

Dans mon travail, cinq médecins se défendent d'être militants : « *J'étais quand même un peu militant [...] J'étais au SMG qui est un syndicat très militant et gauchisant* » (Médecin 5). Cet activisme habite ces

cinq médecins avant leur engagement mais le CASO permet aussi aux médecins 7 et 12 de développer ce concept : « *Je suis devenue plus militante* » (Médecin 12).

Que sous-entend l'expression « être militant » ?

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le militant est celui « *qui cherche par l'action à faire triompher ses idées, ses opinions; qui défend activement une cause, une personne* ». Balzac intègre en 1840 le concept de militantisme au statut du médecin : « *L'affluence des postulants a forcé la médecine à se diviser en catégories : il y a le médecin qui professe, le médecin politique et le médecin militant. [...] Quant à la cinquième division, celle des docteurs qui vendent des remèdes, il y a concurrence, et l'on s'y bat à coups d'affiches infâmes sur les murs de Paris* » (35). Amina Yala l'intègre elle-même au concept humanitaire : « *En ce qui concerne une organisation humanitaire, [...] être membre implique de s'investir pour les autres, de faire siens les objectifs de l'association, d'adhérer à ses valeurs, d'en défendre les idées et de les diffuser si besoin* » (25). Cette définition est, selon elle, celle d'un militantisme. Cette dernière note tout de même une évolution de ce principe, devenant au fil des ans « *moins politique, plus humaniste* » : « *Si les volontaires s'engagent, c'est plutôt dans le but d'aider les hommes pour leur seule appartenance au genre humain, sans considération raciale, religieuse et encore moins politique.* ». Ici encore, cette définition n'est transposable à mon travail qu'en admettant une légère réserve : son étude s'intéresse à des engagements pris à l'international et non localement.

François-Xavier Emmanuelli, fondateur du SAMU social et cofondateur de Médecins sans Frontières, actuellement responsable du réseau français Souffrance psychique et précarité, reprend le concept développé par Amina Yala : « *Nous, les anciens, nous sommes autant les enfants du Samu que d'une utopie politique. Les premiers militants à faire MSF étaient des militants venant d'une certaine gauche qui ne peut plus exister. Marxiste ou dérivée* » (36). Ce concept est défini à l'échelle locale, tout comme mon étude.

2.2.6. Les autres motivations

L'histoire personnelle des individus.

Trois médecins me font part de leur histoire personnelle comme étant une possible source de motivation au départ. Le médecin 11, surtout, l'exprime avec clarté : « *Lorsque j'étais petite, j'ai grandi avec un*

prête qui a toujours travaillé en Afrique. Il avait un rôle humanitaire plus qu'évident. Cela a joué sans doute ».

La bibliographie m'éclaire sur ce sujet : Amina Yala identifie la volonté d'imiter un modèle comme motivation pour partir : « *Le désir de faire comme les amis ou les membres de la famille qui, par leurs récits, ont marqué et donné envie de partir* » (25). Cette donnée n'est que très occasionnellement décrite dans la littérature et elle n'est pas une motivation prépondérante.

La culpabilité judéo chrétienne

Seul le médecin 5 exprime ce concept dans notre étude : « *Comme tous les occidentaux, je ressens un peu de cette culpabilité judéo chrétienne* ». Je ne retrouve pas cette donnée dans la thèse de Marie Villeret ni dans celle de Cédric Berbé. La question du lien entre humanitaire et religion est présente dans la littérature, surtout dans le passé. Bruno David, fondateur de l'association Communication sans frontière, se questionne sur le sujet : « *La question fut de savoir si l'image humanitaire reflétait nos propres croyances, nos propres représentations symboliques, et en particulier religieuses. Étaient-elles une incarnation de notre morale et de nos valeurs occidentales essentiellement judéo-chrétienne ?* » Plusieurs travaux mettent en évidence un lien entre humanitaire et religion : « *L'image humanitaire n'est qu'une mise en récit d'un évangile qui n'en finit pas de s'écrire et où certains font figure de traditionnalistes, de réformateurs, d'hérétiques.* » (37)

Amina Yala exprime le fait qu'est observée depuis de nombreuses années « *une régression de l'investissement religieux, politique et idéologique des jeunes. Les grandes valeurs d'hier (communisme, capitalisme, syndicalisme, christianisme) ne sont plus en mesure de répondre aux interrogations et aux défis actuels* ». Je constate cette évolution dans mon étude : La dimension religieuse est véhiculée par le médecin 5 (à la retraite) alors que le médecin 7 la dénonce. L'évolution des valeurs chez les jeunes rejoint d'avantage des principes hédonistes d'accomplissement personnel. Les choix sont dorénavant fondés sur l'affectif et l'émotion, avec un accent donné sur l'ouverture sur le monde, la rencontre avec l'Autre et les interactions interindividuelles.

Selon la sociologue Martine Ségalen, ce changement pourrait s'expliquer par plusieurs raisons : Le chômage, la crise politique actuelle et l'insécurité des jeunes transforment le mode de constitution identitaire qui « *se fait moins par simple transmission et identification aux référents parentaux* » mais

d'avantage « *par expérimentation* » (38). Le chômage ne concerne bien-sûr pas les membres de mon échantillon mais la crise économique et l'insécurité ressentie peuvent toucher n'importe qui, surtout actuellement dans ce contexte d'état d'urgence...

2.2.7. Pour aller plus loin...

Dans son étude, Amina Yala interroge dix-huit responsables associatifs et vingt-quatre volontaires. Ces individus ne sont bien sûr pas tous médecins et les missions réalisées sont des actions menées à l'international. Il est néanmoins intéressant de noter que, sur les résultats portant sur leurs motivations à partir, plusieurs données chevauchent ceux de mon étude : le désir de se réaliser, le désir d'être utile, l'envie de rencontrer d'autres cultures, la volonté de se tester, servir son avenir professionnel... Ainsi, même si les professions sont différentes, même si le but et le lieu des missions divergent, certaines données peuvent être recoupées avec mon travail. Cependant, quelques divergences subsistent : le désir de fuite, correspondant à une rupture avec une société jugée insupportable, n'est pas représenté dans mon étude. Effectivement, les médecins angevins interrogés restent dans leur société habituelle une fois les permanences terminées.

2.3. Les motivations pour continuer l'engagement

Dans mon étude, les médecins expriment de très nombreuses motivations justifiant la poursuite de leur engagement. Ces aspects positifs leur permettent de pallier en partie les difficultés multiples qu'ils rencontrent au cours de leur exercice.

La prise de conscience de leur appartenance à une association ayant une certaine influence sur Angers est la principale motivation pour continuer. Ensuite, les médecins expriment le fait que leurs débuts au CASO se révèlent concluants et encourageants. Enfin, les multiples améliorations apportées à l'association au fil des ans adoucissent le quotidien des médecins qui expriment ce bien-être.

2.3.1. Le rôle prépondérant du CASO sur Angers

Onze médecins de mon échantillon me font part de leur satisfaction de prendre part à la vie du CASO. Effectivement, le poids de cette association est prépondérant dans la prise en charge des personnes en situation de précarité sur Angers et les marges de manœuvre et de décisions sont conséquentes.

Un rôle médico-social prépondérant : Selon le rapport 2015 du CASO d'Angers, 3260 heures de bénévolat permettent d'assurer des « *actions d'accueil, d'information et d'orientation [...] et de prise en charge médicale* » (9). Ceci est repris dans mon travail où huit médecins définissent le CASO comme un lieu d'écoute et un point de repère pour les migrants. Selon Céline Maury, les CASO français fonctionnent tous selon « *un modèle d'urgence sociale* », focalisé sur le moment présent (39). Leurs actions sont donc différentes, selon l'efficacité de leurs partenaires de proximité en particulier les PASS. Par exemple, à Lorient où le système PASS est très efficient, le CASO ne reçoit quasiment personne. Ce n'est malheureusement pas le cas sur Angers, le CASO assure donc bien un rôle médicosocial complet dans notre agglomération.

Un rôle politique : Dans son rapport annuel, le CASO angevin permet aussi le « *recueil de témoignages* » et la « *poursuite d'actions de plaidoyer* » (9). D'ailleurs, selon Céline Maury, le terme « *plaidoyer* » est préférable à celui de « *témoignage* » dans la mesure où « *il reflète plus la dynamique activiste de Médecin du Monde* ». Le témoignage évoque lui d'avantage le concept de parole prononcée mais non écoutée. Ce concept est repris par cinq médecins dans mon étude qui insistent sur les actions de plaidoyer menées par le centre : « *Lorsqu'il y a eu l'évacuation du squat, [...] on est allé le dénoncer* » (médecin 2)

Dans son travail, Céline Maury nous indique que ce désir est national : « *La volonté nationale que manifeste Médecins du Monde de témoigner, que l'on pourrait qualifier de réel plaidoyer, correspond à la notion d'advocacy, qui consiste en des prises de parole publiques dénonçant des situations d'injustices* » (39). Par exemple, à Nantes, Médecins du Monde a réussi à faire pression sur la ville pour ouvrir des terrains salubres pour les populations Roms.

Les missions hors centre : Ces missions sont difficile à mettre en place à Angers du fait du manque de temps des bénévoles mais aussi dû au fait que la prise en charge médicale au sein des permanences tient une large part dans le quotidien et les réflexions du CASO. Il existe actuellement à Nantes des programmes de médiation bidonvilles ou des missions intervenant auprès de personnes proposant des services sexuels tarifés. Ces pistes de recherche se mettent très difficilement en place sur Angers et restent un axe de frustration pour certains médecins de mon échantillon : « *J'aimerai bien retravailler sur les missions autres que les soins CASO. J'aimerai bien faire un état des lieux des squats* » (Médecin 2)

2.3.2. La première expérience concluante

En terme de fréquence, la deuxième motivation pour poursuivre l'engagement est la réussite de la première expérience au sein du CASO : C'est parce que l'accueil et les premières prises en charge se déroulent bien que le médecin continue son engagement.

Les apports sur le plan humain

Les apports sur le plan humain sont particulièrement acclamés, notamment le travail en équipe et l'établissement d'un lien social. Les médecins à la retraite l'expriment d'avantage : « *L'ambiance n'est pas pesante au CASO, je m'entends très bien avec l'équipe.* » (Médecin 6). Amina Yala m'éclaire sur ce point : Pour les retraités, « *le bénévolat permet de continuer à jouer un rôle social* » (25).

La qualité du travail pluridisciplinaire est aussi appréciée par sept médecins de l'échantillon, comme par exemple, le médecin 5 « *J'ai trouvé génial de pouvoir travailler avec d'autres gens et surtout de travailler avec des gens qui n'étaient pas forcément médecins* ». Le rapport 2015 du CASO ne cite pas moins de douze partenaires dont certains sont situés au sein du même bâtiment (le centre de planification familial, le centre de lutte anti tuberculeux). Le CASO d'Angers peut aussi orienter les patients vers des médecins spécialistes qui se sont engagés à les recevoir, comme l'indique aussi le médecin 8 : « *On a à côté de soi le pneumologue qui peut nous faire des radios pulmonaires* ». Le réseau est donc étouffé.

Une bonne organisation logistique

D'un point de vue logistique, la liberté dans le choix du planning et la mise dans le bain progressive sont aussi des concepts qui ont été appréciés.

En conclusion de cette partie, je retrouve l'idée d'une première expérience concluante dans la thèse de Marie Villeret, exprimée par l'ensemble de son échantillon (23). Je note aussi que la présence de liens affectifs noués entre l'équipe et les patients est d'avantage présent dans son étude. Cet aspect « liens avec le patient » est très peu décrit dans mon travail, seul le médecin 8 le mentionne : « *Je m'entends très bien avec l'équipe et globalement avec les patients* ».

2.3.3. Une amélioration au cours des dernières années

Les médecins de mon échantillon approuvent et encouragent les améliorations apparues au sein de l'association ces dernières années. Ces évolutions sont tout d'abord le rajeunissement des intervenants, apportant un dynamisme au sein de l'équipe, les rapports plus cordiaux avec les partenaires sociaux et l'amélioration des perspectives de formation. Dans une moindre mesure, ils saluent aussi les nouvelles réflexions de « l'après CASO » abordées au sein de l'équipe. La réconciliation entre les acteurs humanitaire est aussi un item salué par les médecins constituant l'échantillon d'étude de Marie Villeret. Ce concept est inclus dans les motivations exprimées pour continuer l'engagement.

A Angers, cette réconciliation n'a été possible qu'au terme de nombreuses conciliations : « *Depuis plusieurs années, nous avons rencontrés à de nombreuses reprises le staff des urgences. [...] Cela n'a jamais été facile, mais il y a eu cependant quelques progrès* » (Médecin 2). Selon Amina Yala, « *le tissu associatif contemporain, toujours plus dense et plus complexe, requiert d'adapter la gestion de l'aide et de ses manifestations matérielles au nombre et à la qualité tant des bénéficiaires que des donateurs et des agents d'exécution* » (25). Le contexte n'est pas le même car l'auteure traite des missions humanitaires effectuées à l'international. Cependant, au terme de mon travail, il me semble légitime de transposer cette idée à la situation angevine.

2.3.4. Les autres motivations

Dans leur thèse, Marie Villeret et Cédric Berbé mettent en évidence d'autres concepts motivant les médecins à continuer : la diversification de l'exercice libéral par exemple, principe que les intervenants de mon étude n'expriment pas en tant que motivations pour continuer. Pour ceux-ci, la diversification professionnelle est plutôt un enrichissement apporté par l'exercice humanitaire.

3. DISCUSSION AUTOUR DES DIFFICULTES

Les difficultés ressenties par les médecins du CASO constituent une part prépondérante de mes entretiens car de nombreuses idées sont exprimées et deviennent sujets à réflexions. Pour plus de clarté, je partage donc cette analyse en trois parties, à l'instar de mes résultats : les difficultés liées au CASO en général, les difficultés liées à la consultation en tant que telle et enfin, la gestion personnelle du statut « d'humanitaire bénévole ».

3.1. Les difficultés vis-à-vis du CASO en général

Je rappelle que les difficultés globales liées à l'association sont principalement dues à trois concepts dans mon étude : l'absence de formation initiale, des contacts parfois complexes avec les partenaires du CASO et le manque d'investissement des bénévoles.

3.1.1. La question de la formation et de l'investissement

Les doléances des bénévoles : une absence de formation initiale

La majorité des médecins de mon échantillon relèvent une formation initiale insuffisante lors de leur arrivée au CASO, malgré un besoin manifeste : « *A l'époque, [...] on ne m'a rien proposé [...] J'ai appris sur le tas.* » (Médecin 9). Je note que cette nécessité de formation est retrouvée dans la thèse de Marie Villeret : « *Il semble donc nécessaire d'avoir un bagage théorique ou pratique avant de s'engager dans une mission humanitaire* » (23) et dans celle de Sébastien Zimmermann : « *Le manque de formation décourage bon nombre de médecins généralistes, pourtant prêts à s'investir* » (40). Ce concept est donc présent dans la littérature.

Cependant, je constate aussi que les médecins angevins n'ont pas cherché à se former par eux-mêmes, mis à part les médecins 1, 2, 4 et 11 qui ont fait des réunions ou des diplômes universitaires orientés. Je retrouve des données similaires dans la littérature : Amina Yala conclue dans son travail que « *si majoritairement les volontaires apprécient de suivre une formation avant de partir à l'étranger, nombre d'entre eux n'auraient sans doute pas fait une telle démarche si cela ne leur était pas imposé* » (25). Donc, un manque de formation existe manifestement mais ceux qui désirent se former pourraient le faire à leur propre initiative. Je m'interroge donc naturellement sur la réalité d'une absence de formation actuelle au sein du CASO.

Le constat : Un manque d'investissement des bénévoles

Dans mon travail, le médecin 5 déplore le manque de participation actuelle aux réunions mensuelles organisées par le CASO : « *En réunion, il y en une demain, il y aura trois à quatre personnes maximum.* » Selon lui et le médecin 2, ces rendez-vous maintiennent un état de connaissances actualisé sur la prise en charge d'un patient en situation de précarité. Ils permettent aussi de faire vivre l'association en proposant des débats sur les différents axes de développement.

Donc, certains médecins déplorent le manque de formation mais la participation à celles proposées est insuffisante. Que puis-je en déduire ?

Premièrement, je constate une évolution temporelle, nous ne parlons pas de la même époque : Il y a quelques années, la formation initiale n'était vraisemblablement pas présente au CASO, les médecins étaient « *mis tout de suite dans un cabinet de consultation* » (Médecin 8). Actuellement, une réorganisation du CASO se met en place et des réunions sont proposées, afin de débuter et maintenir un niveau de connaissance adéquat. Pour faire simple, auparavant, les permanences étaient assurées sans fil conducteur (car il n'y avait pas de formations proposées), maintenant, elles sont incorporées dans un programme plus large d'accompagnement du bénévole, particulièrement sous forme de réunions mensuelles. D'ailleurs, cet objectif est présent dans le rapport 2015 du CASO d'Angers : « *Formation de l'équipe aux premiers secours, formation à la relation d'aide, maladies infectieuses, formation au logiciel DPI* » (9).

Deuxièmement, les bénévoles arrivent, pour la plupart, à gérer leur emploi du temps concernant les permanences mais se retrouvent en difficulté lorsque l'investissement devient plus important. Comme l'exprime le médecin 11, « *Je ne m'investis clairement pas assez, j'aimerais m'investir plus mais je n'arrive pas à me libérer du temps* ». La question de la participation aux réunions revient fréquemment dans les entretiens. Un problème peut être relevé ainsi : Quel temps désire t'on consacrer à une activité bénévole ?

Troisièmement, certains bénévoles ne se sentent pas concernés par l'aspect non médical du CASO et ceci influe directement sur le temps consacré au CASO. Pour le médecin 5, s'engager à Médecin du Monde implique de « *réfléchir sur les conditions. Que peut-on faire ou apporter ? Que peut-on améliorer au niveau administratif ?* » Ces axes de recherche dépassent le cadre de la simple consultation médicale, le temps à y consacrer est donc plus important. Certains médecins expriment le fait que cela ne les intéresse pas, comme le médecin 10 entre autre : « *Je me dis si l'activité médicale du CASO s'arrête, est ce que je resterais motivée ? Ce n'est pas sûr...* »

Et enfin, mis à part les réunions mensuelles proposées à Angers, les formations sont proposées soit à Paris, soit à Nantes, ce qui complique l'organisation pour certains.

3.1.2. Une ambiance de travail parfois tendue

Ces difficultés sont sous-tendues, dans mon étude, par l'expression d'un contact épineux avec certains partenaires et par un travail d'équipe parfois difficile à mettre en place.

3.1.2.1. Un contact épineux avec certains partenaires

La majorité des médecins de mon étude expriment un mécontentement avec certains partenaires. Le médecin 12 le verbalise d'ailleurs avec beaucoup de tact : « *Il y a des fois des petites incompréhensions qui doivent être revues avec les différentes organisations* ».

Quels sont ces partenaires ? Les soucis et tracas sont majoritairement dus aux rapports houleux avec la PASS d'Angers située dans les locaux des urgences du CHU. Comme l'exprime le médecin 2, « *plein de choses nous posent question actuellement sur le financement de la PASS. Où va l'argent?* ». Cette question des finances est d'ailleurs reprise par le CISS en 2011 : « *Des financements sont spécifiquement dédiés à la création et au fonctionnement des PASS pour ces établissements mais ils ne sont pas toujours utilisés pleinement à cet effet [...]. A ce jour, il est avéré que certaines PASS sont des services fantômes, [...] d'autres n'ont même jamais été créées* » (41).

Les soucis de la PASS à l'échelle nationale : Il est important de noter qu'en 2008, soit une dizaine d'année après la mise en place du système PASS en France, une enquête nationale sur la mise en œuvre de ces dispositifs recense l'ouverture de 288 PASS au lieu des 500 initialement prévues. Nous sommes donc loin des objectifs prévus (42). De même, selon le rapport 2010 de Médecins du Monde auprès de 37 PASS françaises, toutes disposaient d'un travailleur social mais manquaient de personnel médical, la moitié ne dispensant pas de consultation de médecine générale (43). Actuellement, la situation s'améliore mais l'accueil inconditionnel des personnes en situation de précarité, la prise en charge des soins et la délivrance gratuite de médicament reste toujours difficile...

Les soucis de la PASS à l'échelle locale : Dans son travail, Vincent Jonquet expose l'organisation au sein du SAU d'Angers : « *En 2011, aux urgences d'Angers, il a été réalisé via la PASS par l'équipe sociale 548 consultations médicales, 55 demandes de CMU, 64 demandes de CMUc, 11 demandes d'AME* » (44). La même année, 848 consultations médicales ont été dispensées au CASO : la PASS n'arrive donc pas à assurer l'ensemble des besoins des patients normalement tributaires de ce dispositif.

Deux autres difficultés persistent au sein de la PASS : premièrement les patients restent noyés dans le flux du service des urgences, deuxièmement, le repérage des patients reste ardu car la précarité n'est pas forcément visible. Voici donc les trois raisons principales des tensions exprimées par les intervenants de mon étude.

Pourtant, suivant la tendance nationale, la PASS d'Angers s'organise pour répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité. Des réflexions sont menées pour trouver un système permettant d'une part de dépister de manière fiable et rapide les patients précaires et d'autre part d'avoir une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée. C'est la base du travail de Vincent Jonquet. De même, comme je le mentionne dans la deuxième partie de cette thèse, l'amélioration de ce service de santé publique est globale, médicale et sociale.

3.1.2.2. Un travail d'équipe difficile à mettre en place

Dans mon travail, six médecins déplorent la difficulté de liens dans l'équipe. Selon Roger Mucchielli, pour qu'un travail d'équipe soit viable et prospère, il doit répondre de façon générale à plusieurs conditions : Une communication facile entre les personnes sans apriori, le respect de la parole et la libre expression des désaccords, une participation affective non remise en question, une entraide entre tous ses membres avec la suppléance d'un membre défaillant, la connaissance des aptitudes et des limites de chacun, la division du travail après élaboration en commun d'objectifs , la définition d'une structure précise et la mutualisation des forces (45). Ce travail d'équipe est mis à mal pour plusieurs raisons au CASO d'Angers.

Tout d'abord, la méconnaissance des autres membres de l'équipe. Le médecin 12 le dénonce lui-même : « *Au CASO, il y a des médecins que je ne connais pas. C'est quand même un frein* ». En effet, les médecins n'effectuent qu'une ou deux permanences par mois, avec des accueillants différents à chaque session, il n'y a pas non plus de trombinoscope proposé. Or, Roger Mucchielli insiste sur la nécessité de « *connaître les aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun* ». Dans une association, où tous les visages ne sont pas connus, ce concept est difficile à mettre en place.

Le manque d'investissement de certains bénévoles. Pour Pierre Cauvin, « *une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe, ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté* » (46).

Sans nul doute que le manque d'investissement de certains bénévoles, ainsi que je l'ai abordé dans le paragraphe ci-dessus, entrave le développement du travail d'équipe au CASO. De même, la participation insuffisante aux réunions mensuelles altère « *la communication facile entre les personnes* » préconisée par Roger Mucchielli.

Une différence de perceptions et de références mentales. Selon Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin, « *l'efficacité des communications dans un groupe requiert une certaine homogénéité des membres [...], l'homogénéité du niveau de culture et des cadres de références mentaux, l'homogénéité de l'équilibre psychique* » (47). Or, dans mon étude, les médecins me font part de motivations au départ découlant de références et perceptions mentales différentes. Un écart générationnel est présent, les situations familiales et professionnelles sont diverses, les formations sont variées, bref les priorités sont différentes. Mon échantillon est hétéroclite et ceci peut entraver le bon travail de l'équipe.

D'ailleurs, Carmel Camilleri relève dans son travail que « *toute rencontre est susceptible de provoquer des conflits d'intérêt, liés aux différences de points de vue, de choix et d'attentes personnelles* » (48). Les travaux de C.K.W Carsten De Dreu, professeur de psychologie sociale et organisationnelle à Amsterdam vont plus loin et attestent que la survenue de ces conflits est normale, mais qu'il est nécessaire de les traiter de façon productive.

Des objectifs et des pratiques différentes. Dans mon travail, le médecin 12 déplore une pratique de la médecine hétérogène : « *On n'a pas non plus la même façon de travailler et pas les mêmes réponses [...] Ce n'est pas facile car pour une dimension plus collective ou une ligne de conduite nous n'avons pas la même* ». En parallèle, le médecin 5 dénonce des priorités et des objectifs qui diffèrent selon les membres de l'équipe : « *J'ai l'impression qu'ils viennent faire leur B.A. Ce n'est pas mal, c'est mieux que rien. Mais, ils ne savent pas ce que c'est Médecins du Monde* ». Or, Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin insistent sur la nécessité d'une homogénéité des membres du groupe, tant en termes d'objectifs que d'exigences (47).

Cette difficulté du travail d'équipe n'est pas propre à mon étude : Dans le travail d'Amina Yala, les intervenants expriment le fait « *qu'un groupe peut aussi être pesant, et rapidement devenir source de problèmes et de tensions internes* » (25). Le contact difficile avec des bénévoles aux motivations différentes est mis en évidence dans la thèse de Marie Villeret de manière plus abrupte : « *Il y en a qui*

m'ont profondément énervée » (23). Mais, là-aussi, je dois noter que ces auteurs étudient des individus partant à l'étranger pendant de nombreux mois, avec une certaine promiscuité. L'analogie avec mon travail ne peut pas être totale : au CASO, les liens sont plus limités et les échanges restent plus superficiels.

3.1.3. Les missions insatisfaisantes du CASO

Dans mon travail, quatre médecins relèvent que le CASO existe au-delà de son rôle. L'association assure des responsabilités qui ne lui incombent pas. Comme l'exprime le médecin 5, des actions sont entreprises mais « *cela devrait être l'Etat qui les prenne en charge, quitte à taxer un peu plus le contribuable* ». A contrario, de nombreuses populations sont laissées pour compte et des pistes de travail ne sont pas explorées par manque de temps. Ce constat est relevé par quatre médecins de mon étude. Les intervenants expriment donc une dichotomie entre l'impression de faire un travail qui ne doit normalement pas leur être attribué et un constat que beaucoup d'actions restent à entreprendre.

Cette situation est-elle propre à Angers ? Vraisemblablement non : le rapport 2015 sur l'accès aux soins en Europe rapporte des faits similaires partout en France (19). Je prends l'exemple du problème lié au dépistage, souligné par le médecin 5 : « *On a encore les problèmes de vaccination, les dépistages tuberculeuse et hépatite C. Il y a un boulot monstrueux [...] On ne fait pas notre boulot* ». Le rapport 2015 de Médecins du Monde démontre qu'en 2014, sur l'ensemble du territoire français, « *moins de 30 % des personnes interrogées ont connaissance de leur statut sérologique vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH* ». L'inefficacité et le manque de prévention en terme de santé publique est criant.

Qui est normalement responsable de cette prise en charge pesant sur le CASO ?
Comme je l'ai évoqué dans le paragraphe 3.1.2.1, la PASS « *doit avoir cette fonction de repérage, de prise en charge médico-sociale afin de permettre une réintégration dans le système de droit commun des patients les plus démunis* » (41)

Des pistes de travail non explorées et une action inachevée. Dans mon étude, six médecins estiment ne pas mener à bien leur engagement, la plupart du temps par manque de temps. L'exemple en est le médecin 4 : « *Cela me frustre un peu parce que j'ai l'impression d'être une petite goutte dans l'océan pour ces gens. Je n'ai pas l'impression de changer grand-chose à leur vie* ».

Ce sentiment d'impuissance est très bien décrit dans la littérature. Selon Amina Yala, « *au moment du bilan, quelques-uns s'interrogent sur l'impact réel de leur action et sur les effets induits* » (25). Pour les volontaires, prendre conscience des limites de leur action véhicule une extrême frustration, c'est l'une des plus grandes épreuves qu'ils doivent surmonter. Les réactions qui en découlent sont multiples, certaines dépossessions peuvent avoir raison de l'engagement. L'important selon Amina Yala, est d'arriver à surmonter cette épreuve, poursuivre la tâche et trouver un certain équilibre entre l'insatisfaction ressentie et la poursuite des actes quotidiens.

Pourquoi cette action n'est-elle pas menée à bien ? Dans mon étude, trois médecins expriment une activité du CASO très intense : « *Je me suis fait embarquer à prendre, et à donner plus parce que j'avais l'impression qu'il y avait besoin de plus* ». A un moment donné, le temps consacré au bénévolat ne suffit plus.

3.2. Les difficultés liées aux consultations

Vis-à-vis des tracas liés aux permanences, trois items sont prépondérants dans les entretiens : Dix médecins avouent avoir ressenti un choc lors des premières consultations, neuf se sont retrouvés confrontés à la barrière de la langue, et cinq reconnaissent s'être enlisés dans les méandres de l'administration française.

3.2.1. Le choc des premières consultations

3.2.1.1. Le quotidien et l'histoire des patients

Les médecins relèvent que cet ébranlement est surtout présent lorsque les migrants racontent leur histoire et leur quotidien. En effet, la majorité d'entre eux n'ont été que très peu confrontés à ce type de récit au cours de leur carrière. Le médecin 9, par exemple, a travaillé en plein cœur de Paris puis dans un cabinet rural, cette population lui est inconnue.

Quelles sont ces histoires ? Quel est ce quotidien ? Les travaux de la littérature sont nombreux sur ce sujet, que ce soit sur le quotidien ou les traumatismes vécus. Je ne reprends que deux exemples. Premièrement, le travail mené par Alice Matthieu conclue que « *les violences et les tortures sont très présentes dans les antécédents de la plupart des patients migrants* » (49). De même, selon

cette étude, la gestion du contexte familial est difficile que la famille soit présente sur le sol français ou non. Deuxièmement, le rapport 2015 de l'Accès aux Soins de Médecins du Monde souligne qu'en 2014, « les personnes rencontrées au CASO connaissent pour la quasi-totalité d'entre elles, d'importantes difficultés au logement : seules 9% disposent d'un logement personnel et plus de 90% vivent en hébergement précaires. ». De même, « plus de 88% des personnes reçues ne disposent d'aucune couverture maladie lorsqu'elles sont accueillies pour la première fois » (19).

Ce constat est encore plus marquant au-delà de nos frontières : « une enquête publiée par Médecins du Monde en 2007 révèle qu'en Belgique, 99% des sans-papiers peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture santé, alors que dans la pratique, seuls 14% parviennent à faire valoir ce droit » (19).

Que ressent le soignant alors ? Dans mon étude, le médecin 9 parle « d'horreurs », de « tomber des nues », elle « ressasse certaines histoires en rentrant le soir ». Dans le livre Maternité en Exil, Marie Rose Moro, Dominique Neuman et Isabelle Réal décrivent cette sensation d'impuissance et d'horreur qu'ont les soignants face à ce que peut avoir vécu le patient. Pourtant, « ces traumatismes récents sont parfois vécus de façon moins déstructurant que ce que nous imaginons, il importe de comprendre et d'accepter chaque histoire singulière » (50).

3.2.1.2. Un fossé culturel entre migrants et soignants

Trois médecins de mon étude expriment la difficulté à s'adapter à cette culture différente. Certains, comme le médecin 5, le nomme de manière humoristique : « Je ne suis pas à l'aise avec les femmes musulmanes, et elles non plus, donc ça tombe bien », d'autres le minimisent en parlant de « petit fossé culturel » (Médecin 4).

Ainsi que l'exprime Judee K. Burgoon dans son travail, « les différences ont en commun de perturber les interactions, du fait de discordances entre comportements attendus et comportement effectués » (51). De manière générale, ce n'est pas la première difficulté exprimée. Selon Amina Yala, « la confrontation à l'altérité est source de déstabilisation devant des comportements ou des réactions culturelles très différentes. La rencontre de l'Autre provoque un heurt des représentations et un choc culturel, dououreux et dérangeant» (25). Ce concept est donc connu et reconnu dans la littérature.

Alors, comment gérer cette difficulté ? Amina Yala nous donne un début de réponse. Dans son travail, elle démontre que les personnes arrivant à relativiser et à prendre conscience de l'acculturation sont ceux qui sont le plus ouverts et le mieux préparés. Selon le Petit Larousse, l'acculturation est définie par « *l'adaptation d'un individu ou d'un groupe à la culture environnante* ». J'y reviendrai dans les paragraphes suivants qui traiteront de la médiation. Je constate effectivement que, dans mon étude, le médecin 8 et le médecin 2, qui ont la formation nécessaire du fait de leur engagement à l'international, n'expriment pas cette difficulté.

Claire Jacquot conclue également que la connaissance des motivations au départ permet « *une meilleure adaptation au milieu nouveau, et au travail en équipe* » (31). Formation et connaissance de soi, deux concepts qui aident les médecins à s'adapter aux missions humanitaires, deux concepts qui finalement reviennent souvent dans la littérature.

A noter que Marie Villeret constate également dans sa thèse une difficulté des médecins à surmonter ce « *choc de culture* » (23)

3.2.2. Une gestion complexe des consultations

Les tracas rencontrés dans les consultations sont surtout liés à la barrière de la langue et à l'imbroglio administratif. Je retrouve aussi dans la littérature, de nombreux articles traitant de la culpabilité d'infliger la déception.

3.2.2.1. La confrontation à la barrière de la langue

Cette difficulté est relevée par neuf médecins dans ma thèse : la confrontation aux patients ne parlant pas le français est le principal écueil rencontré par mon échantillon. Marie Villeret la décrit aussi dans son étude. Dans le rapport 2015 de Médecins du Monde, la barrière de la langue est décrite comme un « *obstacle supplémentaire pour les migrants* » (19). Dans son travail, Vincent Jonquet indique que la barrière linguistique est à l'origine de 26 % des retards aux soins (44).

Quelle solution apporter ? Médecins du Monde agit donc à l'échelle nationale afin de promouvoir « *un recours facilité aux médiateurs et aux interprètes professionnels*. » Je parle plus longuement de ces deux statuts dans le paragraphe discussion concernant la fiche conseil.

3.2.2.2. La méconnaissance administrative

Cette difficulté est relevée par 5 médecins dans ma thèse. Je retrouve ce concept dans de multiples études de la littérature : Selon Alice Mathieu, « *la plupart des migrants n'ont aucune ressource financière. [...] Les démarches administratives semblent compliquées [...] L'isolement, la solitude, sont des notions très présentes dans la vie des migrants interrogés* » (49). De même, Vincent Jonquet indique que 26 % des retards aux soins sont dus à une méconnaissance des droits, 24 % dus aux difficultés administratives. Ces écueils sont aussi relevés dans le rapport 2015 de Médecins du Monde. Combien de rapports seront encore nécessaires pour qu'une réaction socio politique à grande échelle se mette en place et soit viable ?

3.2.2.3. La culpabilité d'infliger la déception

Cette culpabilité est exprimée par quatre médecins, la désillusion des migrants arrivant en France est intense. Lorsque ceux-ci se rendent au CASO, le médecin se sent parfois impuissant. Le regard de la déception, de la rancœur et du désenchantement peuvent se révéler pesants. Le mieux pour essayer de comprendre cette déception est d'évaluer le parcours et les attentes des migrants arrivant en France.

Dans de nombreux travaux de la littérature, la parole est laissée à ces personnes. Le Secours Catholique interroge 54 migrants de Calais fin 2014 pour retracer leur parcours et dresser leur portrait (52). Bien entendu, cette étude est loin d'être exhaustive mais elle permet au gouvernement de l'époque de mieux appréhender la situation désastreuse des migrants en France.

Au départ, un parcours du combattant pour se rendre en Europe.

Près de la moitié de l'échantillon interrogé appartient à une catégorie socio professionnelle supérieure dans leur pays d'origine (banquiers, ingénieurs, enseignants...). Ils fuient leur patrie pour la plupart en raison de persécutions, ou pour se soustraire aux climats de dictature ou d'insécurité : « *Un étudiant érythréen de 24 ans a été emprisonné et battu pour avoir liké une page Facebook* ». En ces temps de guerre syrienne, de génocide soudanais et d'instabilité érythréenne, les migrants partent en quête d'un eldorado européen qui n'existe pas. En effet, le climat actuel est imprégné de peur et de suspicion, les politiques d'accueils européennes sont hostiles et dépassées.

Le parcours vers l'Europe est ardu et dure en moyenne 2 ans et demi. Dans son rapport, le Secours Catholique décrit, avec beaucoup de clairvoyance, ce voyage risqué : « *Passer des heures, voire des jours, sur des navires de fortune, à la merci de passeurs souvent violents pour faire supporter aux exilés des conditions très difficiles: bateaux surchargés, absence de nourriture ou d'eau, mauvais traitements...* »

L'arrivée en France et la désillusion

La majorité des personnes entendues dans ce rapport ne choisissent pas leur pays de destination, le but étant surtout de trouver un refuge pour vivre en paix. Certains optent pour l'Angleterre pour trois raisons : Ils n'ont pas trouvé sur leur chemin un lieu où subsister, la langue de Shakespeare leur est plus familière et l'insertion sur le marché du travail y est réputée plus facile. La désillusion est d'autant plus grande. Selon le rapport du Secours Catholique, « *l'écart est abyssal entre la vision d'une Europe idéalisée comme une terre d'accueil et la dure réalité d'une absence de politique d'asile, commune aux pays européens* ». La France ne fait pas exception à la règle. Les migrants sont conscients d'être une population indésirable, une « patate chaude » que les pays Européens essaient de renvoyer d'où elle vient. Comme l'exprime un migrant interrogé dans ce rapport, « *certaines fois, je regrette d'être venu. Je risquais la mort en Syrie mais, ici, j'ai l'impression de mourir chaque jour un petit peu* ».

La désillusion se répercute sur la santé physique et psychique, laissant pour certains des traumatismes irréversibles. La dignité du migrant est affectée, il ne se sent plus considéré comme un être humain. La valeur fondamentale de sa société d'origine qu'est l'hospitalité s'en retrouve bafouée. Les constats lucides des migrants sont justes, bouleversants et révoltants : ce sont des personnes rejetées, survivant difficilement au pays des Droits de l'Homme.

Que veulent-ils exactement?

La plupart expriment des volontés simples : étudier, travailler, s'intégrer, vivre décemment tout simplement. La volonté d'aider autrui, sa famille et les autres en général est une donnée présente. Si leur projet ne se concrétise pas, la plupart ne voit aucune alternative. Comme l'exprime ce migrant, « *je ne pourrai plus vivre dans ce monde* ». Le fait marquant du rapport est la méconnaissance globale des migrants en matière de droit social français.

Les personnes consultants au CASO arrivent donc avec des demandes pour certaines irréalisables ou chronophages car se heurtant à l'administration française. Dans la thèse d'Alice Mathieu, les migrants étaient mécontents du délai trop long de prise en charge, des réponses des médecins qui leur paraissaient inadaptées.

La contrariété du migrant à l'égard du médecin du CASO est donc la conséquence d'un manque d'information et de dysfonctionnements situés en amont, à plus large échelle, concernant la politique de gestion des migrations et des populations précaires par les hautes instances françaises.

3.3. Une gestion personnelle difficile

Dans mon étude, les médecins dénoncent une gestion parfois difficile des permanences du CASO avec leur profession ou leur vie privée. La difficulté à allier l'engagement avec la vie du cabinet est prédominante et décriée par sept médecins. Dans un second temps sont dénoncés les aléas de la gestion de la vie privée.

L'ensemble de ces difficultés est lié au rapport au temps. Le CASO est une activité chronophage et des choix doivent être faits. Cet item est repris dans la thèse de Sébastien Zimmerman dans laquelle « *pour 73% des médecins, le manque de temps empêche la pratique d'une action humanitaire* » (40)

3.3.1. La gestion délicate de l'activité professionnelle

Dans mon étude, sept médecins expriment cet aspect. Dans la thèse de Marie Villeret, neuf des treize médecins déclarent avoir des difficultés à gérer leur activité professionnelle en France avec le départ des missions. Cependant, pour ces médecins, le frein n'est pas absolu, le départ est tout de même possible. Cédric Barbé exprime très bien le fait dans sa thèse : Un médecin de son échantillon exprime le fait que « *si on veut faire de l'humanitaire en étant généraliste en cabinet, quel que soit le type d'exercice, c'est possible* » (30). Dans mon étude, seul un médecin n'a pas continué l'engagement. Les raisons étaient beaucoup plus complexes qu'un simple lien entre l'activité professionnelle et le CASO. La sphère privée aussi a joué un rôle dans cette décision

Pour Sébastien Zimmermann, il existe une inadéquation par rapport au temps de travail : Partir pendant plusieurs mois est difficile, les médecins ne disposant que d'une à deux semaines. Je remarque

cependant que l'analogie avec mon travail reste difficile, les médecins de mon étude ne partant pas sur des missions de plusieurs jours, la gestion du cabinet ne peut être pas être transposable.

3.3.2. La gestion délicate de la vie privée

Dans mon étude, cinq médecins expriment cet aspect. Le médecin 7 illustre ce propos en ayant abandonné son engagement à la naissance de son deuxième enfant. Vis-à-vis de la gestion de la sphère privée, Marie Villeret et Cédric Barbé mettent en évidence des difficultés présentes mais surmontables. L'âge avancé est un item mis en avant dans la thèse de Marie Villeret, je ne retrouve cette difficulté que chez le médecin 5. Dans leurs travaux respectifs, la sphère privée n'a pas de conséquence sur l'engagement : « *être en couple ou avoir des enfants ne semble pas empêcher la participation à une action* » (23). La réalité est autre dans mon travail notamment avec le médecin 7 ou les médecins à la retraite devant s'occuper de leurs petits-enfants.

4. DISCUSSION AUTOUR DES ENRICHISSEMENTS

Je maintiens, dans cette partie, le schéma adopté dans l'étude de mes résultats. Comme les données recueillies dans les entretiens sont considérables, pour plus de clarté, je divise cette discussion en trois parties : les enrichissements obtenus sur le plan professionnel, puis personnel et enfin associatif.

4.1. Les enrichissements de l'activité professionnelle

Dans mon étude, les médecins expriment tout d'abord un changement de perception personnelle : ils mettent en lumière deux mondes différents comportant chacun une médecine propre. Le second enrichissement abordé majoritairement est le développement de la connaissance théorique.

4.1.1. L'existence de deux mondes concernant la santé

4.1.1.1. Une perception de deux mondes différents

Dans mon travail, cinq médecins relèvent une bascule et un discernement qui évoluent au cours de leur engagement. Le médecin 9 illustre parfaitement ce propos en confiant que « *la précarité au CASO, c'est la vraie précarité de la vie tandis que la précarité en médecine générale, c'est plutôt des difficultés sociales* ». La majorité des intervenants vivent l'engagement comme un déclencheur. Ce bouleversement amène

les médecins à s'interroger et revoir l'activité propre de leur cabinet. Ils prennent conscience, pour certains, de la nécessité de relativiser les demandes et les pathologies de leurs propres patients. Comme l'illustre le médecin 12, travailler au CASO « permet de relativiser et remettre les choses dans une priorité différente. Un nez bouché, ce n'est pas si urgent que cela par exemple ».

Je peux faire l'analogie avec les travaux d'Amina Yala. Elle relève un changement de vision des médecins au retour des missions : « *Les volontaires se sentent comme des étrangers qui découvriraient la société française [...]. D'une manière plus générale, ils « rejettent» la société de consommation, l'individualisme qu'elle génère et le mode de vie qu'elle induit. [...] De plus, ils sont agacés par certains comportements et admettent difficilement d'entendre leurs compatriotes se plaindre car ils ramènent tout à ce qu'ils ont vécu, et peuvent facilement verser dans l'intolérance* » (25). Ce concept est retrouvé dans mon étude, les médecins 4 et 10 l'expriment : « *Je me rends compte à quel point on a tout à disposition en France* ». Il n'y a par contre pas d'intolérance et très peu de jugement dans mon étude.

Marie Villeret met en évidence cette perception de deux mondes différents, principalement au niveau de la santé : la médecine en France est décrite comme « *riche* » par la majorité des médecins de son échantillon, et les patients sont porteurs d'un certain « *nombrilisme* ». Cette impression d'égoïsme est retrouvée dans mon étude. De même, pour Cédric Berbé, « *relativiser les pathologies des patients et leur gravité ainsi que les prescriptions de médicaments et d'examen complémentaire* » est absolument essentiel.

4.1.1.2. Une médecine organique différente

Deux médecins relèvent, dans mon travail, l'antinomie organique de ces deux médecines : « *Ça me donne l'occasion d'essayer de chercher des diagnostics un peu plus farfelus, un peu plus exotiques* » (Médecin 2), « *Ça fait un peu médecine vétérinaire* » (Médecin 3). Les médecins dénoncent aussi le manque de moyen à disposition en termes d'examens complémentaires ou d'accès aux spécialistes, les astreignant à une médecine basée sur la clinique simple.

Ce principe est retrouvé dans la littérature. Dans sa thèse, Marie Villeret conclue que les médecins engagés dans des missions humanitaires sont heureux de pouvoir revenir à une médecine de base, pour « *savoir se débrouiller avec rien et réaliser un peu principalement par l'interrogatoire* » (23). Les moyens sont peu présents au CASO et le manque est encore plus criant lors des missions à l'étranger (thème

étudié par Marie Villeret). Le médecin doit donc se baser et faire confiance à son sens de la clinique et à son expérience. Cette médecine de terrain étant totalement différente de celle pratiquée en médecine générale, il est aisément de comprendre qu'un jeune médecin n'ayant pas eu la formation nécessaire puisse se retrouver en difficulté à un moment donné.

4.1.2. Une amélioration de la connaissance théorique

Dans la littérature, de nombreuses enquêtes portent sur l'apport bénéfique d'une expérience humanitaire au cours des études médicales. Je vais citer de manière non exhaustive, deux d'entre elles dans ce propos.

La thèse américaine de Janice Smith retrace l'expérience d'étudiants inscrits en deuxième année de médecine et partis effectuer une semaine de formation en soins primaires au Nicaragua suivie de trois semaines d'activité humanitaire en zone rurale dans le même pays. Elle conclue, suite à son travail, que l'expérience vécue par ces étudiants améliore leur réceptivité et leur acuité face aux populations en difficulté. Les étudiants se rendent compte des contrastes entre le système de santé précaire du Nicaragua et le leur (53).

La thèse de Guillaume Deschamps porte sur l'*« intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales »*. Son échantillon est conséquent car composé de soixante-deux médecins de moins de 35 ans. Au décours de leur expérience, les médecins de cette étude expriment un apport pratique et théorique dans certaines prises en charge, en particulier dans les domaines de la pédiatrie, les maladies infectieuses ou les soins primaires de médecine générale (54).

Ma thèse suit cette tendance car six médecins de mon échantillon relèvent l'amélioration de leurs connaissances théoriques et pratiques au décours de leur expérience au CASO. Même si les intervenants de mon travail sont thésés et donc censés avoir plus d'expérience, l'apport de connaissance opère toujours.

La thèse de Marie Villeret, elle, ne retrouve pas ce concept. Les médecins de son étude sont aussi thésés. Je suppose que cette différence est due au fait que l'activité du CASO à Angers se rapproche davantage de la pratique de médecine générale au cabinet que des missions menées à l'étranger. Elle le confirme en

concluant que « *les apprentissages concernant les pathologies tropicales et la dermatologie ne peuvent pas s'appliquer sur les patients en France* »

4.2. Les enrichissements de la sphère privée

Deux données sont prépondérantes dans mes entretiens : les médecins décrivent tout d'abord un cheminement géopolitique puissant avec une véritable prise de conscience des inégalités sociales. Cette bascule a ensuite pour conséquence une véritable remise en cause personnelle pour sept d'entre eux. Ils ont notamment l'impression d'être utiles et de défendre une cause.

4.2.1. Une prise de conscience d'une manipulation sociétale

L'état des médias en France

En France, l'information est omniprésente et disponible sous de multiples formes : journaux télévisés, journaux papiers, sur Internet... Les principales sources d'informations disponibles au public sont divisées en quatre groupes : les médias dominants, les médias alternatifs, les universités et les boîtes de réflexion nommées « *Think Tanks* ».

Au sein du marché télévisuel français, quatre grandes firmes industrielles sont prédominantes : Bouygues possédant de larges parts de TF1, Vivendi (possédant Canal +), Lagardère et le géant allemand Bertelsmann possédant M6. Les remises en cause de l'impartialité de ces médias sont nombreuses actuellement, notamment par le biais de documentaires militants disponibles sur Internet en libre-accès. La connivence entre ces grands groupes est décriée, notamment par le Président de l'Observatoire Français des Médias, Armand Mattelart, qui craint « *l'autocensure pratiquée sur des sujets tabous* » ou « *l'abolition de la frontière entre l'information et le divertissement* » (55). Le but de ces grandes firmes médiatiques étant d'accroître leurs audiences et attirer toujours plus de publicité, la question de l'objectivité et de l'impartialité peut se poser.

D'ailleurs, les spécialistes des médias, Edward Herman et Noam Chomsky mettent à jour dans leur ouvrage *Manufacturing Consent*, cinq filtres utilisés par la majorité des firmes médiatiques dans le choix des sujets abordés : l'information est sélectionnée en fonction des aspirations des propriétaires de la

chaîne, et de la dépendance ou non des financements publicitaires de la chaîne. Les pressions infligées par les firmes des relations publiques du pays et les têtes dirigeantes au gouvernement influent sur le choix et l'ampleur donnée à l'information. Enfin, l'hostilité avérée des médias face aux groupes bousculant l'ordre établi amènent certaines informations à contracter un caractère péjoratif ou tout simplement à être évincées (56).

Le constat en France est préoccupant : en France, le journal télévisé possédant le meilleur rapport d'audience est le JT du 20 heures de TF1. Ce journal est inscrit dans les mœurs depuis de nombreuses années. Suite à une étude menée au sein de la chaîne en 2011, Catherine Nayl, directrice de l'information de TF1 souligne elle-même « *le 20 heures reste un élément fondamental et structurant. [...] La force du rendez-vous va perdurer, son rôle de lien social ne disparaîtra pas.* ».

Les craintes des médecins du CASO

Quatre médecins craignent une manipulation par les médias portant sur l'état de la société actuelle et sur le quotidien des personnes en situation de précarité. Comme l'exprime le médecin 7, avant son engagement, elle-même avait « *cette image que l'on lui montrait à la télé. Le CASO la remise un peu dans la réalité* ». Une réserve émerge vis-à-vis de l'information en continue, du surenchérissement, de la pseudo-perversité de l'information télévisée.

Cette crainte est exprimée par le linguiste Nord-Américain Noam Chomsky qui élabore une liste nommée « les dix Stratégies de Manipulations à travers les Médias ». Il explique, dans son travail, les différentes stratégies optées par les médias pour garder l'audience, que ce soit entre autre la stratégie du différé, de l'émotionnel ou de la distraction (56).

Pour en revenir à l'humanitaire...

Selon Amina Yala, « *la connaissance qu'ont les candidats volontaires [...] émane de deux sources principales, l'école et la télévision. [...] Toutes les images, les photos véhiculent les mêmes clichés et les mêmes idées reçues: l'Afrique pauvre, la sécheresse, les enfants sous-alimentés mais aussi les paysages fabuleux et les animaux sauvages* » (25). L'image que reçoivent les personnes volontaires est donc fausse à la base. A leur retour, les individus revenant de missions souhaitent « *s'informer au-delà de ce que les*

médias montrent habituellement des pays du Sud et déplorent le manque d'information d'une manière générale ».

De même, en France, le thème de l'immigration et de la précarité est omniprésent dans la presse. Cette sur-médiatisation instaure, dans la société, un climat de peur et l'impression que le nombre de migrants ne cesse d'augmenter et que la situation devient ingérable (tant en France qu'en Europe). L'article du 5 septembre 2014 publié sur France Info illustre ce concept en décrivant le marasme de Calais : « *Ils voulaient monter dans les camions, les véhicules, les caravanes* », ou encore « *Il y a une agressivité et une détermination de plus en plus grande. La tâche des policiers est de plus en plus difficile* ». Les médias peuvent véhiculer une image faussée sur l'état d'une situation donnée, en l'aggravant ou en la déformant, de manière à créer un scoop. Xavier Couture nomme ceci « *la dictature de l'émotion* » : Dans notre société actuelle, « *le trop-plein d'informations nous donne l'impression de savoir, alors même que nous ne faisons que surfer sur les vagues de l'émotion* » (57). Les boucs émissaires actuels sont malheureusement les migrants et les personnes en situation de précarité.

Une prise de conscience géopolitique

Cette remise en cause amène huit médecins de mon étude à s'intéresser à l'actualité géopolitique et à en explorer les inégalités : « *Nous sommes beaucoup plus attentifs à la géopolitique, aux bouleversements qui se passent dans les pays* » (Médecin 8). Ceci est aussi retrouvé dans les travaux d'Amina Yala, où les individus revenant de missions « *ne raisonnent plus au niveau national, mais intègrent désormais sa dimension internationale* » (25)

4.2.2. Une remise en cause personnelle

4.2.2.1. Le sentiment d'être utile

Cinq médecins l'expriment dans ma thèse : « *J'ai un peu amené de douceur dans ce monde de brute, quoi* » (Médecin 1), « *Je prends cela plus comme un service que je rends* » (Médecin 8).

Le constat de la littérature : « Je suis utile ».

Selon Amina Yala, « *historiquement les acteurs de la solidarité étaient des missionnaires [...] mais le volontariat aujourd'hui recouvre une réalité bien différente de l'image « héroïque » et « salvatrice », si*

largement répandue. ». Dans son travail aussi, « à quelques rares exceptions, tous les volontaires disent avoir été utiles aux populations qu'ils sont venus assister ». D'ailleurs, Alice Mathieu exprime le fait que certains patients en situation de précarité ressortent de la consultation soulagés et apaisés : « La consultation permet aux migrants d'exprimer ses peurs et donc rassure, soulage. [...] face à ses angoisses » (49). Le concept d'utilité est donc bien présent dans la littérature.

Etre utile, oui, mais que cela cache t'il ?

Clair Michalon, consultant associé à CILO (Communication interculturelle et Logiques sociales), émet des réserves sur ce concept en définissant le « *mythe des Chevaliers de la Table Ronde* » (20). Ce schéma met en scène l'homme blanc, riche et savant « *venu aider et sauver les pauvres, comme d'autres, dans le passé, étaient venus évangéliser, soigner et éduquer ces mêmes « sauvages » pour mieux les dominer* ». Ce n'est bien sûr qu'un mythe et non une réalité voulue, mais il reste à prendre en compte dans nos représentations.

Ce concept est aussi très bien décrit par Bruno David, dans son article paru dans la revue Humanitaire, questionnant la présence ou non d'un iconoclasme humanitaire : « *Journalisme et humanitaire se sont liées pour donner naissance à une imagerie compassionnelle de plus en plus proche de la publicité, de l'autopromotion ou de la propagande. [...] Nous essayons de retrouver le moyen de faire acte de contrition où il semblerait que celui qui souffre intéresse moins que celui qui soigne et se regarde soigner* » (37). Il décrit les personnes en situation de précarité, non plus comme des « *sujets* » mais comme « *des faire-valoir de « divinités » humanitaires* ».

Il est important de noter que ce schéma reste d'avantage présent lorsque l'individu part sur le terrain à l'étranger. Cependant, dans mon étude, ces stéréotypes peuvent être présents, entretenant les malentendus et bloquant la communication. Le médecin 3 en est l'exemple-type. De même, le médecin 11 met en garde en demandant aux intervenants du CASO « *de ne pas être avilissants* »

Malheureusement, les travaux de Pascal Blanchard et Nicolas Bancel, notamment sur l'immigration et l'image coloniale, dénoncent la persistance des stéréotypes dans la société actuelle (58). Les clichés antérieurs de l'époque du colonialisme sont encore présents aujourd'hui et leur vision échappe totalement aux volontaires actuels. Loin d'établir une rupture avec cette vision paternaliste de l'humanitaire, ces travaux démontrent plutôt un continuum voire un renforcement de ce concept.

4.2.2.2. Une ouverture d'esprit grâce à l'Autre Différent

Trois médecins expriment le fait que la rencontre avec l'Autre les a profondément changé et leur a permis d'être plus ouverts et plus tolérants : « *J'ai appris surtout au niveau de la culture de la famille* » (Médecin 9)

Selon Amina Yala, trois profils se dessinent chez les individus partant faire des missions à l'étranger. Le premier profil est défini par un individu ayant un comportement plutôt ouvert, et curieux mais une attitude relevant davantage de l'idéalisme, voire de l'angélisme. Il s'agit d'une approche non constructive, ne se basant sur aucune introspection. Je ne retrouve pas ce profil dans mon étude. Le deuxième profil affiche plutôt une tolérance condescendante et raisonne en termes de supériorité, « *la référence étant sa propre culture.* ». Je peux supposer que le médecin 3 appartient à ce groupe. Enfin, les individus relevant du troisième profil « *se sont enrichis d'une autre culture, ont pu établir un rapport authentique, sincère et objectif à l'Autre.* » Ils reviennent « *incontestablement transformés, plus ouverts, plus tolérants et plus perméables à une autre vision du monde* ». Incontestablement, la majorité de mon échantillon peut se retrouver dans cette définition (25).

Pour Amina Yala, les individus revenant de missions acquièrent une « *ouverture vis-à-vis des autres cultures. Ils sont plus accueillants pour les étrangers, plus tolérants pour d'autres religions et plus attentifs aux questions sociales* ». Ils sont capables de « *jauger la valeur relative de toute chose.* » Je retrouve ce concept dans mon étude.

De même, l'ouverture d'esprit et la richesse de la culture sont des données retrouvées dans les travaux de Marie Villeret et Cedric Berbé.

4.2.2.3. Une humilité teintée de respect

Dans mon étude, deux médecins sont impressionnés par le courage et la ténacité exprimée par les migrants. Comme l'exprime le médecin 12, les migrants subissent des situations « *que l'essentiel de la population ne supporterait pas* ». De même, le médecin 10 me confie que « *les enfants s'adaptent de manière extraordinaire* ».

Le travail d'Alice Mathieu est très intéressant sur cet item en particulier. Elle met en évidence que « *la prise en charge psychologique n'est jamais mise au premier plan par la plupart des migrants mais que,*

lorsqu'on les interroge sur leur moral, ils expriment alors leurs difficultés mais la nécessité de se battre » (49).

5.4. Les enrichissements dus au milieu associatif

Dans mon étude, la découverte du milieu humanitaire et bénévole reste la principale bonne surprise, exprimée par quatre médecins. Dans la littérature, je retrouve d'autres concepts, là-aussi décris dans mon étude.

5.4.1. La découverte du milieu humanitaire et bénévole

Dans mon travail, quatre médecins expriment le bien-être ressenti de faire partie d'une association humanitaire en tant que bénévole : « C'est important dans ma vie d'avoir toujours quelque chose qui est une activité bénévole » (Médecin 12)

Qu'est-ce qu'un bénévole exactement au sein du CASO d'Angers ? La définition la plus juste est vraisemblablement celle provenant du Guide du Bénévole remis à chaque médecin à leur arrivée (28) : « *Le bénévole donne, sans aucune contrepartie de quelque nature que ce soit, une partie de son temps et ses compétences à l'association. Il participe activement et régulièrement aux activités et à la vie associative de la délégation* »

5.4.2. Un partage d'expérience inédit

Le médecin 5 apprécie le partage de connaissance qui s'opère entre jeune médecin et médecin à la retraite. Dans le travail mené par Amina Yala, les intervenants expriment aussi l'enrichissement obtenu grâce aux «*contacts qu'ils ont pu nouer, ce qu'ils ont découvert et ce que cette expérience leur a apporté sur le plan personnel et humain, apport beaucoup plus important à leurs yeux que le projet en lui-même*» (25). Roger Mucchielli exprime que « *l'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La*

complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel »

(45)

4.2.3. Une passerelle pour de futurs projets humanitaires

Il est intéressant de noter que dans le travail d'Amina Yala, les individus au retour de missions ont « *la volonté de s'investir auprès des plus démunis, que ce soit dans le tiers-monde ou dans le quart-monde. Cet engagement s'exprime à travers une participation associative, mais aussi à travers une façon de concevoir son métier et plus largement son style de vie.* ». Donc il existe un lien à faire entre vie associative locale et départ en mission. Certains partent après avoir eu une activité associative locale, d'autres acquièrent cette activité à leur retour. Dans mon étude, le médecin 11 envisage l'engagement au CASO comme un tremplin pour d'autres activités à l'étranger dans le futur.

5. DISCUSSION AUTOEUR DE LA FICHE-CONSEIL

La fiche conseil, établie par les médecins de mon étude, souligne de nombreux points qui ne semblent pas acquis pour la majorité des médecins généralistes exerçant en libéral. Ce constat donne de la force et de la véracité pour cette fiche qui pourrait avoir vocation à être diffusée dans l'avenir.

5.1. La problématique de la prise en charge de la personne migrante en médecine générale

5.1.1. L'existence théorique d'un référentiel

Présentation du référentiel métier et compétence

Au début de mon internat, lors de la réunion de présentation, le Professeur Garnier, président du département de médecine générale, nous a présenté le référentiel métier et compétences du médecin généraliste (59). Ce document a pour vocation de nous accompagner au cours de ces 3 années de formation et servir de socle afin de devenir un médecin généraliste apte et compétent. Rédigé par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), il décrit seize situations de soins pouvant être rencontrées par le médecin généraliste dans son cabinet.

Les critères de ce référentiel

Ces situations sont adoptées selon plusieurs critères validés. Premièrement, elles sont situées au cœur du métier de médecin généraliste. Deuxièmement, elles représentent une variété suffisante de situations qui, si elles sont gérées avec pertinence permettent de mettre en évidence l'aptitude et la compétence du médecin généraliste. Dans ces situations, plusieurs séances de consultations peuvent être nécessaires pour en réaliser les tâches. Comme il s'agit de situations complexes, plusieurs attitudes décrites dans ce référentiel sont, par nature, susceptibles d'être valides pour répondre à ces situations. Et, enfin, en dehors des premières consultations, l'attitude thérapeutique se construit autour de la relation médecin-malade, véritable toile de fond, découlant de l'expérience du médecin.

La situation n°16 (Cf. annexe 15)

Actuellement, la situation n°16 m'intéresse plus particulièrement : elle traite de la prise en charge d'un patient migrant, parlant le français avec difficulté, venant accompagné au cabinet de médecine générale. Selon ce référentiel, la situation est complexe de par la différence culturelle et linguistique : la précarité socioéconomique est présente et le médecin va devoir interagir avec le patient en s'aidant de l'intervention d'un tiers interprète. De plus, le professionnel va devoir utiliser son sens de l'éthique et sa capacité d'écoute. Enfin, une anticipation et une adaptation du médecin au patient est absolument nécessaire dans cette consultation. Les deux compétences utilisées sont de l'ordre du relationnel mais aussi de la coordination médicosociale.

En conclusion, ce référentiel démontre qu'un médecin généraliste peut être amené à rencontrer des patients migrants au sein de son propre cabinet. D'ailleurs, certains intervenants expriment ce fait dans mes entretiens, comme par exemple, les médecins 2, 7, 11 et 12 : « *Au cabinet, je suis des patients d'Emmaüs. Il y a des sans-papiers et des Erythréens à Emmaüs* » (médecin 11). La formation de base du médecin généraliste doit donc amener les connaissances nécessaires pour une prise en charge optimale.

5.1.2. Sur le terrain, une mise en échec fréquente

Ces patients viennent avec des attentes particulières parfois difficilement exprimées et donc peu compréhensibles par le professionnel. Si le patient ne parle pas français, le médecin est mis en échec plus facilement du fait de la barrière de la langue.

Pour illustrer ce propos, Alice Mathieu recueille dans son travail un constat d'un membre du Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile de Lille (CADA) : « *Les médecins ne comprennent rien quand on leur adresse un patient demandeur d'asile. L'autre jour, nous avons adressé un de nos résidents à un médecin, il est revenu avec un certificat alors qu'il n'était pas venu pour ça... En plus le certificat ne sert à rien...* » (49).

Cette pensée n'est pas rare, y compris dans mon étude : la majorité des médecins interrogés avouent, qu'avant d'entrer au CASO, ils n'étaient pas compétents dans la prise en charge d'une personne migrante. La confrontation avec ce type de population au CASO leur permet d'avoir actuellement « *plus de réflexes, plus d'automatismes, de savoir mieux adresser* » (Médecin 2). D'ailleurs, la conclusion de la thèse de Delphine Belloli, s'intéressant à la formation médicale théorique pour la gestion d'une situation de précarité, est sans appel : « *Un point important à retenir est le besoin, la nécessité de formation des professionnels à la prise en charge des patients en situation de précarité* » (60)

Pourquoi les professionnels de santé se disent-ils mis en échec alors que justement, cette compétence est décrite dans leur référentiel de formation et que ces connaissances leur ont été normalement enseignées ?

5.1.3. En cause : un manque de formation à la base

Pour le médecin 1, il faut « *se débarrasser de tout ce que les étudiants ont pu apprendre* ». Pourquoi cette analyse ? A l'université d'Angers, une formation « *Santé et Précarité* » est dispensée au cours du troisième cycle sous la forme d'un cours d'une seule journée non obligatoire. Dans d'autres facultés, la formation est inexistante. Je peux donc déduire que les connaissances de bases semblent nettement insuffisantes. Ce constat est repris par la majorité des médecins de mon étude car certains expriment ne pas avoir les connaissances nécessaires, d'autres font le choix de formations complémentaires : diplôme universitaire de médecine de précarité, de médecine tropicale et de voyage...

Malheureusement, des situations lourdes de conséquences peuvent être engendrées. En cas de manque de formation, le risque pour le médecin généraliste est de tomber dans un jugement du patient qui sera le plus souvent inconscient et fondé sur une appréciation réductrice de sa culture. L'article « *Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée* » paru en 2005 dans la Revue Médicale Suisse illustre très bien ce propos : « *Le plus souvent de façon involontaire, les médecins ne*

sont pas exempts de préjugés culturels dans leur pratique clinique » (61). Sophie Durieux Paillard va plus loin lors de sa participation à l'écriture du livre « Migration and Health in the European Union ». Elle développe dans son travail le concept du « syndrome méditerranéen » et l'ensemble des stéréotypes qui en découlent (62).

En conclusion, le migrant est un patient différent, un patient Autre, qui apporte une culture et un mode de vie particulier au sein de la consultation. Le manque de formation peut amener le médecin généraliste à gérer sa consultation en minimisant, voir en occultant, cette différence. Cependant, la réussite thérapeutique dépend obligatoirement des schémas de vie. Le médecin ne sera donc pas aidant s'il n'est pas suffisamment bien formé.

5.1.4. Pour en revenir à mon étude...

« *De toute façon, le médecin est coincé* » : cette réflexion, exprimée par le médecin 3, illustre le concept du manque de formation et de réflexion sur la prise en charge d'un patient en situation de précarité au cabinet de médecine générale.

De même, l'hésitation des médecins 2, 5, 7, 9 et 12 pour répondre à la question est lourde de sens : le sujet est complexe et peu abordé dans les formations. Nous ne sommes pas en train d'échanger sur des recommandations de bonnes pratiques bien établies dans la littérature. D'ailleurs, le médecin 5 suggère de pallier à ce déficit en proposant un nouvel axe de formation : « *Il faudrait que l'on puisse se réunir entre personnes de Médecins du Monde et que l'on voit ensemble quels conseils donner effectivement à un jeune médecin libéral ou même un accueillant.* »

5.2. La prise en charge d'un patient précaire ou migrant

5.2.1. Une formation adaptée aux besoins des migrants

Dans mon travail, quatre médecins expriment la nécessité d'acquérir une formation spécifique adaptée aux besoins des migrants. De telles formations existent bien-sûr sous forme de réunions ou de diplômes universitaires.

Que doivent-elles contenir ? Alice Mathieu me donne un début de réponse, dans son travail d'analyse des désirs et des volontés des migrants : « *A la question : quelle est la chose qui vous préoccupe le plus en ce moment ? Les réponses des patients étaient : la santé en premier lieu puis le logement, l'entourage, le travail, la situation administrative, la liberté* » (49). La formation ne devrait-elle déjà pas être axée sur ces points en priorité ?

5.2.2. La nécessité d'automatismes sous-jacents

5.2.2.1. Combattre le jugement et les aprioris.

Trois médecins expriment la nécessité de ne pas être dans le jugement. Le médecin 11 a d'ailleurs des propos assez justes : « *Il faut faire attention à ne pas être avilissant [...] On ne parle pas à un Africain comme un débile, il a un cerveau* ».

Le devoir de tolérance et d'ouverture est repris dans l'article sept du code de déontologie médicale : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelque soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou 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* » (63).

Vanessa Roullier, dans son travail, exprime le fait que, de « *par son rôle de confident, de soutien et de conseiller, le médecin généraliste est un outil de réinsertion [...] en redonnant à la personne l'estime qu'elle a d'elle-même* » (64). En effet, Alice Mathieu démontre dans son travail que les patients étrangers en situation de précarité « *ont parfois perdu leur dignité durant leur migration et ont le besoin de pouvoir redevenir quelqu'un* » (49). Cette capacité d'entraide n'est possible que si le médecin fait abstraction de ses aprioris. Une formation optimale est nécessaire. De plus, comme je l'aborderai ci-après, les médecins doivent combattre un autre démon portant sur la mentalité post coloniale et la hiérarchisation des cultures.

5.2.2.2. Ne pas rester seul

Dans mon travail, trois médecins évaluent la nécessité de ne pas rester seul dans la prise en charge d'un patient précaire ou d'un migrant : « *Je donnerai comme conseil de ne pas hésiter à ne pas rester seul*

dans ces prises en charge car ce n'est pas possible d'être seul dans une situation de précarité » (Médecin 4). Le médecin 10 argumente en mettant en avant le bénéfice apporté pour le patient « *Il ne faut pas rester seul, je pense que cela est essentiel, afin d'optimiser la prise en charge médicale du patient* »

Quelle prise en charge est nécessaire ?

Je m'appuie, dans ce paragraphe, des données recueillies par Emmanuel Lavoue, en 2004, lors de la rédaction de son mémoire de l'école de Santé Publique. Ses recherches l'amènent à conclure que la personne en situation de précarité est un être fragilisé par des insécurités multiples, d'ordre social (crise du logement, crise de la famille), d'ordre psychique (baisse de l'estime de soi, addictions) et somatique (inconscience de son propre corps et conséquence des conduites à risque) (65). Soigner cette personne astreint le médecin à prendre en compte toutes ces dimensions. Bien qu'il soit le pilier de cette prise en charge globale, le médecin ne peut y arriver qu'en s'appuyant sur certains professionnels.

Au niveau de la prise en charge individuelle, le médecin permet, selon la sociologue Isabelle Parizot, « *la construction d'un projet de vie et de réinsertion, afin d'éviter tout logique d'exclusion définitive* ». Il est donc le pilier autour duquel tout s'articule (66).

Au niveau de la prise en charge collective, le médecin ne doit pas perdre de vue que son patient évolue dans un environnement et un collectif qui lui est propre. Travailler « *dans une coordination et une transversalité constructives entre le médical et le social* », ainsi que le souligne Isabelle Parizot, est donc essentiel. Les professionnels ainsi sollicités seront des assistants sociaux, des éducateurs ainsi que des associations...

Bien-sûr, ce travail doit être mené de manière transversale et coordonnée, par l'intermédiaire de réseaux multidisciplinaires regroupant praticiens hospitaliers et libéraux et intervenants sociaux. Ce concept est défini par le Code de la Santé Publique : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires* » (67).

Le Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) met en évidence, dans son rapport de 2006 des liens intriqués entre le social et la santé : la difficulté sociale peut avoir un impact sur la santé, et cette santé elle-même peut être source de souffrance et de difficultés sociales. Le social est pris en charge dans

notre pays par les travailleurs sociaux, la santé par les professionnels de santé. Dans le rapport du CSTS, les travailleurs sociaux « *se sentent parfois démunis face à un certain nombre de problèmes d'ordre médical ou sanitaire* » tandis que les professionnels de santé « *se sentent sollicités au-delà de leur rôle et sont à la recherche de relais sociaux.* » (68). Un cloisonnement des compétences est donc présent en France, il serait nécessaire qu'il disparaisse afin d'être profitable pour tous. Malheureusement, de nombreuses barrières perdurent : des blocs de compétences étanches, des enjeux de pouvoir, la crainte d'un bouleversement des frontières et des spécificités de chaque secteur...Selon le CSTS, ce cloisonnement est « *principalement le fait des institutions et que les acteurs de terrains s'en accommodent plus ou moins* »

Il va sans dire qu'actuellement, cette coordination est présente mais reste difficile sur Angers, malgré les multiples efforts et les actions mises en place.

5.2.3. Les réflexes pour une prise en charge optimale

5.2.3.1. L'interprétariat solutionnant la barrière de la langue

Quel est le problème actuellement ?

La barrière de la langue est dénoncée par neuf médecins de mon échantillon. Il s'agit de l'une des principales difficultés exprimées dans mon travail. Comme l'avoue le médecin 9, « *le gros problème, c'est la langue. [...] Si on pouvait résoudre le problème de l'interprétariat, cela serait pas mal* ».

Je retrouve ces difficultés dans la littérature. Les problèmes de communication verbale sont décrits dans le travail d'Alice Mathieu comme étant un frein à la consultation médicale : « *Elle entraîne une difficulté de compréhension des consignes médicales et un isolement du patient* » (49). Sarah Bowen, dans son article portant sur les barrières linguistiques dans l'accès aux soins, résume bien les données actuelles : « *Il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, sur la qualité des soins, sur le droit des patients, sur le degré de satisfaction des patients et des intervenants, et, surtout, sur les résultats des traitements donnés aux patients* » (69)

L'interprétariat apporté comme solution : Il existe deux types d'interprétariat décrits entre autre par Marie Munoz et Anjali Kapoor-Kohli en 2006 (70).

L'interprétariat informel est constitué par la famille, les amis du patient ou un bénévole de l'établissement parlant la langue du patient. Cette pratique est très répandue en médecine générale et elle se retrouve au CASO d'Angers. Par exemple, le médecin 5 dit avoir souvent eu besoin du « *coup de main du cousin ou du grand père qui vient avec le patient* ».

Je retrouve fréquemment le recours à ces interprètes non professionnel dans la littérature pour de multiples raisons : la disponibilité immédiate de ces derniers et l'absence de coût pour l'établissement. Cependant, de nombreuses limites existent à ce genre de pratique : la confidentialité et la neutralité sont mises à mal, le patient peut s'autocensurer. Des erreurs d'interprétation peuvent subvenir. Ceci est confirmé par Sophie Durieux-Paillard : « *Une proximité affective trop importante entre le patient et la personne qui transcrit ses propos est source de confusion : l'utilisation de proches comme interprète devrait être réservée aux situations d'urgence* » (61)

L'interprétariat professionnel se développe soit au téléphone, soit sur place. Au CASO d'Angers, « *lors des consultations, les médecins font appel au service d'ISM Interprétariat* » (9), c'est-à-dire une plateforme téléphonique spécialisée. L'avantage principal du recours à un interprète professionnel est « *le respect de la confidentialité* » ainsi que l'assurance d'une formation portant sur « *les notions culturelles ainsi que des connaissances dans le domaine de la santé et de la terminologie médicale* » (70).

Il y a deux principaux freins à cette dernière option. Premièrement, ce service peut être difficile à mettre en place en situation d'urgence et il est chronophage dans le déroulement de la consultation. Selon une étude menée à Montréal sur l'intervention en première ligne auprès de personnes migrantes, « *une entrevue avec un interprète peut facilement durer deux fois plus longtemps qu'une autre entrevue* » (71). Ceci se retrouve dans d'autres études. Deuxièmement, ce service est payant. Par exemple, ce coût s'est élevé à 2044 euros pour l'année 2015 pour le CASO d'Angers (9). Heureusement, ce coût initial peut être nuancé : selon un rapport américain datant de 2004, portant sur les avantages et les inconvénients de l'interprétariat, l'interprétariat professionnel améliore la prévention, réduit les consultations d'urgences, permet un meilleur diagnostic et réduit la demande d'avis spécialisé (72). Donc, la diminution des frais à postériori contre balancent partiellement les coûts de départ.

Quel schéma proposer alors ?

Interprétariat informel ? Interprétariat professionnel ? Dans mon étude, les médecins ne développent pas quel type d'interprétariat proposer en fonction de telle ou telle situation. Pour la plupart, ils gèrent la consultation de manière individuelle du mieux qu'ils peuvent : certains utilisent le langage des signes, des rudiments d'anglais, des gestes...L'interprétariat téléphonique peut être difficile à utiliser : « *Je n'arrivais pas à utiliser des interprètes au téléphone* » (médecin 6)

En 2002, dans son travail, Bertrand Graz rassemble les opinions de divers praticiens sur les moyens d'aide à la traduction employés dans une consultation avec un patient étranger. La conclusion de son étude propose une sorte d'arbre décisionnel. Pour les consultations d'urgence, lorsqu'un interprète professionnel ou informel n'est pas disponible, l'utilisation de glossaires médicaux simples et pratiques est conseillée. Ils contiennent les traductions de base de données de l'anamnèse, de l'examen clinique et des traitements. Si ces glossaires ne suffisent pas, dans cette situation d'urgence, les services d'un interprète téléphonique pourront être recherchés. Pour les autres situations où la consultation peut être agendée et préparée, les glossaires et l'interprète téléphonique pourront être utilisé si la situation est simple, des interprètes qualifiés voire des médiateurs interculturels pourront intervenir si la situation se complexifie (73).

5.2.3.2. La médiation interculturelle solutionnant le concept d'acculturation

Je développe ici un concept indispensable à la prise en charge des migrants en France : le principe d'acculturation et la médiation interculturelle. Cet item n'est repris que par un seul médecin de mon étude (le médecin 2), mais sa prépondérance dans la bibliographie m'oblige à le définir précisément dans ce travail de thèse.

L'acculturation

Depuis une vingtaine d'années, du fait des nombreuses vagues de migrations, un mouvement apparaît en France, remettant en cause un principe préexistant devenu dérangeant dans la société : l'homogénéisation des différences culturelles sur un fond de mentalité post coloniale. Cette tendance républicaine séculaire oblige l'immigré à assimiler les principes et postulats français sans réserve, en le

dépouillant en partie de son bagage culturel. Ainsi est défini le principe d'acculturation, c'est-à-dire le remaniement identitaire du primo migrant, entraînant des changements subséquents de sa culture originale. En un mot, l'immigré doit s'adapter quel que soit les conséquences sur ses propres représentations. Selon Sélim Abbou, l'administration française « *pseudo relativise* » les différences, c'est-à-dire feint un prétendu respect des diversités en établissant une hiérarchisation des cultures (74). La conséquence en est l'aggravation de l'exclusion et l'explosion de la précarité.

Selon Marie Madeleine Blanchard, le clivage est prépondérant entre les migrants et les médiateurs sociaux français qui sont les premiers acteurs de ce système. En reprenant les travaux de Margalit Cohen-Emerique, elle conclue que, fréquemment, les professionnels ont tendance à « *imposer les normes dominantes de la société en faisant référence à leur mandat institutionnel, sans prendre véritablement en considération les aspects identitaires des migrants et en ne permettant pas à ces derniers de s'affirmer comme des sujets* » (75). L'exemple en est la mise en place des entretiens semi-directifs ou des projets personnalisés pour les migrants. Selon Margalit Cohen-Emerique et Sonia Fayman, ces processus « *sont inadaptés et n'aboutissent qu'à élargir le fossé entre travailleurs sociaux et populations* » (76). Dans mon travail, ce fendage est décrit par le médecin 9 : « *Pour l'administratif, obtenir un rendez-vous, comprendre qu'il faut attendre une journée ou deux, apporter les papiers nécessaires, c'est compliqué pour eux* ».

Quels objectifs et quels moyens ce mouvement s'est-il donné afin d'améliorer l'intégration des néo-migrants ? Le médecin 2 parle de « médiation » : « *Travailler avec un système de médiateur, ça serait bien* ». Ceci est repris dans de nombreuses études de la littérature. Qu'est-ce que la médiation ? Et surtout, à quoi servirait-elle dans ce climat actuel ? Qu'apporterait-elle comme solution ?

La médiation interculturelle

Selon le dictionnaire Larousse, le médiateur est « *la personne qui s'entremet ou qui est choisie pour mener un accord entre des parties adverses, pour faciliter une négociation* ». Selon Ingrid Plivard, « *la médiation renvoie au processus de création et de réparation du lien social et vise tout particulièrement le règlement des conflits survenant dans la vie de tous les jours* » (77).

Je ne suis pas persuadée que le médecin 2 entend une définition aussi générale lorsqu'il introduit le terme de médiateur : Il parle probablement de médiation interculturelle. Les caractéristiques en sont

relativement identiques, il s'agit d'établir ou de rétablir des liens de sociabilité entre des gens issus de cultures différentes. C'est un concept vaste, car ne sont pas uniquement pris en compte les différences ethniques ou nationales. Toutes les divergences comptent (y compris la religion, le genre, la génération...). Selon Gérard Marandon, « *relèvent de l'interculturel tous les obstacles pouvant nuire au déroulement de la communication* » (78)

Même si la médiation interculturelle a un rôle important dans l'intégration des migrants, il est tout de même important de noter qu'elle représente un danger si on la conçoit comme apportant des solutions magiques aux problèmes structurels de la société. C'est donc un concept qui fonctionne mais qui, en l'état, ne peut pas se suffire à lui-même. En effet, les médiateurs s'efforcent à rechercher les avantages des deux cultures en essayant de sursoir à leurs exigences, stratégie que Carmel Camilleri nomme le « *bricolage identitaire avec maximisation des avantages des deux côtés* » (48). Mais, au final, ce rôle devrait être assuré par les instances sociales.

Les travaux de Margalit Cohen-Emerit et Sonia Fayman permettent d'analyser, à partir de trente entretiens, certaines stratégies construites par les médiateurs interculturels (79). Les interventions qui en découlent sont associées à deux dimensions essentielles : la position de tiers et le rôle de passerelle entre des univers culturels différents.

Il est intéressant de noter que les médiateurs sont le plus souvent des personnes d'origine étrangère, ayant déjà expérimenté, à l'instar des migrants, le déracinement, la migration, et l'acculturation. Ils sont donc les plus à même d'établir un lien avec la société d'accueil. Le but principal de leur travail, selon Margalit Cohen-Emerit, est de « *faire faire un cheminement mental [...] en amenant les personnes à la prise de conscience de ce qui a profondément changé dans leur environnement, dans leur mode de vie, comme dans leur univers mental* » (76).

Enfin, les travaux d'Yvan Léanza démontre que, pour les médecins, « *le médiateur est avant tout un traducteur permettant ou facilitant la communication entre eux et les patients étrangers. Ils attendent de lui qu'il traduise leurs prescriptions et transmette [...] des injonctions du système médical occidental à des patients qui n'ont pas les mêmes représentations de la santé et de la maladie* » (80). Ceci est un vrai problème. Dans son étude, que je ne détaille pas du fait de son caractère trop exhaustif, Margalit Cohen-Emerit démontre que le rôle d'un médiateur est bien plus que cela.

5.2.3.3. L'accueil et l'écoute engendrant la confiance

Trois médecins de mon échantillon relèvent la nécessité d'établir une relation de confiance avec la personne en situation de précarité, et ce au fur et à mesure des consultations : « *C'est comme le petit prince de Saint Exupéry, il n'apprivoise pas le renard du jour au lendemain* » (Médecin 1). La littérature me donne un point de vue différent, celui des patients eux-mêmes. Dans le travail d'Alice Mathieu, certains migrants expriment le fait d'apprécier de voir le même médecin sur plusieurs consultations et d'ainsi apprendre peu à peu à lui faire confiance (49). De même, Gérard Marandon insiste sur le fait que « *la confiance joue un rôle central, puisqu'elle est nécessaire à tout échange, mais surtout car elle est cruciale lors des situations interculturelles, étant donné leur complexité* » (78)

Comment construit-on un climat de confiance ?

Selon Gérard Marandon, deux principes sont nécessaires. Premièrement, les deux protagonistes doivent faire preuve d'une bonne adaptation psychosociale : une capacité d'empathie suffisante, une aptitude à générer les relations, une créativité... Deuxièmement, la situation dans laquelle évolue la relation doit être favorable et apaisée, sans stress.

En quoi la confiance est-elle un facteur déterminant du bon déroulement des échanges ?

Aneil K. Mishra définit la confiance comme étant « *une vulnérabilité consentie* » (81). Debra Meyerson parle « *d'incertitudes et de prises de risque* » (82). Philip Bromiley et L.L Cummings pensent que la confiance est « *une croyance dans le fait que l'autre va être sincère et honnête et qu'il va tirer parti au minimum de la situation, en manifestant un faible opportunisme* » (83). Selon Gérard Marandon, ces trois définitions « *correspondent à la confiance qu'on accorde à quelqu'un* ».

Effectivement, dans mon travail, les individus se sentent suffisamment en confiance pour raconter leur histoire et leurs traumatismes. De même, Alice Mathieu démontre que, pour les migrants, « *raconter [leur] parcours et [leur] peurs n'est pas une chose facile.* ». Il faut donc se sentir naturellement en confiance pour pouvoir se livrer. Et se livrer est déjà un acte thérapeutique en lui-même. Il est nécessaire pour cela de savoir écouter le patient. Effectivement, Alice Mathieu met en évidence un réel

désir des migrants d'être écoutés et entendus : « *Durant la consultation ils attendent aussi une écoute, de pouvoir parler de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils ont vécu* »

Enfin, pour conclure sur l'utilité générale de la relation de confiance dans la prise en charge d'une personne en situation de précarité, je m'appuie sur le travail de Gérard Marandon : « *la confiance peut, sans conteste, être considérée comme un facteur déterminant de la gestion des conflits culturel nécessaire au bon déroulement d'une relation interculturelle.* »

5.2.3.4. Rechercher des critères d'urgences médicales

Le médecin 8 conseille de rechercher les critères médicaux d'urgence. Ces éléments incluent un danger immédiat pour la personne mais aussi pour la communauté. Par exemple, « *Est-ce que vous avez connu Ebola ? Etes-vous séropositif ? Avez-vous une hépatite ?* » (Médecin 8)

Comment rechercher ces critères ?

Le COMEDE recommande d'effectuer au minimum un examen clinique, un bilan biologique comportant une NFS, une glycémie, les sérologies VHB, VHC, VIH, et une radiographie de thorax de face (84). D'autres examens spécifiques à certaines régions d'origine, comme un examen parasitologique des selles ou des urines à la recherche de parasitoses intestinales ou de Bilharzioses urinaires, peuvent être demandés. Ceci est bien-sûr très peu effectué en pratique.

Pourquoi rechercher d'avantage des critères d'urgence chez ces patients ?

Dans la littérature, de nombreux travaux démontrent que les populations précaires et les migrants présentent un déficit de recours aux soins. Selon Isabelle Parizot, ces besoins de santé dépendent tout d'abord de la faculté de la personne « *à percevoir son état de santé et à formuler ou non une demande sanitaire* » (66). Pour ces populations, la situation sociale est une priorité, la santé arrive ensuite, la demande de soin est donc retardée. De plus, la personne précaire conserve une image d'elle-même, sociale et physique, dépréciée. Elle n'est donc plus à l'écoute de son corps et, dans des cas extrêmes, ne réagira qu'en cas d'urgence vitale. Enfin, le manque de ressources financières et de protection sociale provoque un mal-être social et peut entraver l'accès aux soins. L'ensemble de ces arguments justifie une attention particulière sur cette population qui, par essence, consulte tardivement.

5.2.3.5. Caractériser la situation de précarité

La situation globale du patient doit être évaluée précisément, tel est le concept exprimé par trois médecins de mon échantillon : « *Repérer la situation de précarité : où avez-vous dormi ? Combien de repas vous mangez par jour ? Avec quoi vivez-vous comme revenu ?* » (Médecin 1)

Comment peut-on évaluer cette précarité ?

Dans les centres de soins, en particulier au niveau des urgences, les assistantes sociales utilisent des questionnaires pour évaluer le degré de précarité des patients situé en face d'elles. Le score EPICES utilisé dans les centre d'examens de santé ou le questionnaire NORES adopté par les professionnels de Grenoble sont d'autant de moyens différents permettant de caractériser cette précarité. Cependant, en médecine générale, il n'existe pas d'indicateurs spécifiques validés permettant de mesurer la vulnérabilité d'un patient.

Une étude très intéressante, menée par Aurélie David-Meslin, dans le cadre de sa thèse d'exercice montre les différents moyens utilisés par les médecins généralistes de Loire Atlantique pour repérer des patients en situation de précarité. Il ressort de son travail que « *les occasions et le mode de repérage des situations de précarité des patients sont variables selon les médecins généralistes* » (85). La démarche de repérage est d'autant plus poussée que le médecin se sent compétent dans ce domaine.

Il n'y a donc pas d'indicateurs clairs ni de recommandations nettes établies. Quelles sont donc les données qui peuvent alerter le médecin généraliste sur une situation de précarité ? La thèse d'Aurélie David-Meslin et le rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale mettent en évidence quatre marqueurs devant alerter et suspecter une situation de précarité : un isolement de la personne, des difficultés financières (chômage, dettes), des problèmes de logement (insalubrité...) et des soucis de couverture sociale (12) (85).

5.2.3.6. Hiérarchiser les demandes

Deux médecins de mon étude insistent sur la nécessité de hiérarchiser les demandes des patients en répondant tout d'abord à la demande première du patient : « *Il faut savoir hiérarchiser le problème. Ne*

pas regarder ce qui pourrait être important pour nous en tant que médecin, mais ce qui est important pour le patient »

Dans la thèse d'Alice Mathieu, les patients en situations de précarité s'attendent à « *une réponse centrée sur leurs demandes* » (49). En effet, selon elle, les demandes initiales de ces patients sont claires et précises.

Une étude française parue en 2006 dans la Revue Médecine conclue que les médecins généralistes tentent la plupart du temps de répondre prioritairement aux besoins de santé exprimés spontanément par les patients. Cependant, le manque de temps les empêche d' « *appréhender les véritables préoccupations du patient au cours de la consultation* » notamment les demandes non formulées (86).

5.2.3.7. Ne pas se cantonner uniquement au versant médical

L'intervenant 12 conseille aux médecins généralistes d'avoir une prise en charge globale, incluant le versant somatique, social et psychologique : « *Pour le coup, il ne faut pas rester uniquement sur le symptôme et dans ces situations, d'autant plus, le mode de fonctionnement, la culture, les raisons pour lesquelles ils sont venus [...] prennent encore plus de valeur [...]* »

Dans la littérature, d'autres études reprennent une idée similaire : Dans le travail d'Alice Mathieu, « *les motifs de consultation sont souvent somatiques. En allant plus loin le médecin permet une prise en charge plus globale du patient* » (49). Vanessa Roullier confie dans sa thèse que « *les demandes non formulées des patients sont quantitativement importantes lors de la consultation, d'autant plus que les difficultés sociales se cumulent* » (64)

Pourquoi ne pas se cantonner uniquement au versant médical ? En s'appuyant sur de nombreux travaux, le Haut Comité pour la Santé Publique (HCSP) relève de multiples facteurs influençant l'état de santé d'un individu. Le versant somatique n'est pas uniquement pointé du doigt. Par exemple, les comportements à risques et les addictions sont plus fréquents lorsqu'on descend dans l'échelle sociale. Le vécu de la position sociale ou de la situation professionnelle est un facteur déterminant sur la santé. La pauvreté des liens sociaux, la précarité ressentie, la capacité à faire face au stress et les événements péjoratifs de vie sont d'autant de facteurs influençant l'état de santé (3).

De même, dans son rapport publié dans la revue Humanitaire, Christophe Adam décompose les vulnérabilités sociales et donc les soins primaires en 5 grands axes : l'habitat, la dépendance aux substances psychoactives, les difficultés de communication liées au handicap ou à la langue, les violences commises ou subies et enfin, l'absence de droits (87).

5.2.3.8. Avoir une attitude accueillante et empathique

Dans mon étude, le médecin 5 exprime une donnée très intéressante : « *Il faut avoir un certain recul, être dans l'empathie et la bienveillance. Il faut être capable d'écouter les gens et il ne faut pas plonger avec eux* ».

Empathie, bienveillance... Ce que nous livre François Richaudeau en 1974, « *sans un peu d'empathie, pas de communication vraie* », reste toujours d'actualité aujourd'hui (88). Cette qualité est variable selon les individus ou les situations, elle implique une connaissance minimale de soi et se développe au fur et à mesure des apprentissages notamment de l'allocentrisme. Il est important de noter que cette qualité doit être prépondérante chez un médecin d'autant plus s'il est généraliste. Selon Gérard Marandon, elle permet de mettre en place les bonnes conditions préalables à une rencontre interculturelle de confiance (78).

EPILOGUE : LE MOT DE JEAN PARENT

Le 31 août 2016, en fermant ses portes, le CASO d'Angers clôture ainsi une histoire bénévole ayant débutée il y a quasiment trente ans. En conclusion de ce travail, j'organise un ultime entretien téléphonique le 20 mars 2017, avec Jean Parent, co-responsable de l'association. Je désire, par ce temps de parole, lui permettre de nous faire part de ses ressentis au crépuscule de cette aventure humanitaire locale particulière.

Marielle Michelat : Pouvez-vous m'indiquer la date de la fermeture du CASO ?

Jean Parent : La fermeture officielle est le mercredi 31 août 2016. Nous devions continuer les permanences jusqu'en fin d'année 2016, mais suite à des problèmes, nous avons décidé de fermer avant.

MM : Quels étaient ces soucis ?

JP : En baissant progressivement la fréquence des permanences, nous nous sommes rendu compte en juillet et août 2016 de la désorganisation que cela engendrait. Les migrants et les personnes en situation de précarité venaient au CASO Boulevard Saint Michel mais se heurtaient à la fermeture des permanences. Il n'y avait personne alors que le CASO existait encore, et la secrétaire leur disait d'aller aux urgences. C'était une période difficile.

MM : A quel moment la date de fermeture a-t-elle été officielle ?

JP : Nous avons évoqué la fermeture du CASO début 2016. Ceci a été fait en accord avec l'Antenne de Nantes. D'ailleurs, la coordinatrice régionale participait au projet. Nous avons envoyé un courrier à la PASS, leur faisant part de nos motivations. Nous avons aussi prévenu nos autres partenaires.

MM : Comment s'est déroulée la préparation de la fermeture ?

JP : La fermeture fut très douloureuse pour chacun d'entre nous. Il y avait surtout une grande réticence de la part des bénévoles. Le CASO existait depuis 30 ans, il n'était pas amené à durer. Mais on y était attachés, les bénévoles exerçaient une activité médicale bénévole et ils n'avaient pas les mêmes objectifs que nous. Ils venaient d'avantage avec une motivation de charité et d'entraide.

MM : Quelles étaient vos motivations pour fermer le CASO ?

JP : Il y avait deux motivations principales. La première, c'est une motivation théorique. Comme je vous l'ai dit, le CASO existe depuis 30 ans, et il n'avait pas mission à perdurer. Les missions entreprises ne sont jamais pérennes. Son but, et le but de l'association, c'est de mettre en place une mission, de la fignoler et ensuite de la transmettre à une autre association. C'est ce qui s'est passé pour la mission prostitution, ou pour la mission drogues. La deuxième motivation est partie d'un constat : le service médical technique de la PASS s'est bien développé et marchait bien. Il proposait des prises en charge que nous ne pouvions pas assurer.

MM : Combien de bénévoles se sont désengagés du CASO ?

JP : Environ la moitié est partie. Nous étions 55, nous ne sommes plus que 35. C'est surtout les médecins qui se sont désengagés. Comme leur objectifs n'étaient pas les mêmes, ils ne se sont pas retrouvés dans le nouveau procédé. Environ une dizaine de médecin sont restés au CASO après la fermeture. La fermeture fut mal vécue par plusieurs d'entre nous. Nous en avons recruté d'autres, mais ce sont surtout des internes. Certains médecins sont restés dans la mailing-list et pourront revenir plus tard. J'ai eu des nouvelles de certains médecins qui se sont désengagés de Médecins du Monde. Aucun n'exerce une activité médicale bénévole mais certains se sont engagés aux Resto du Cœur, au Secours Populaire ou au Secours Catholique. Ceci est plutôt dans un but caritatif d'entraide.

MM : Le CASO existe il autrement ? par des missions, de nouveaux objectifs ?

JP : Alors, d'abord, nous avons d'avantage de temps pour jouer aux cartes (rires). Sans rire, maintenant, l'antenne angevine s'articule autour de trois axes prioritaires.

Le premier, c'est la vigilance constante à l'égard de la PASS. La PASS s'améliore et ceci doit bien-sûr, continuer. Le deuxième axe de travail, c'est un mot pompeux appelé « diagnostic ». Nous avons comme projet de répertorier les faiblesses dans l'offre de soins dans les Pays de la Loire et de les dénoncer. Les axes de travaux sont multiples mais c'est une sorte de plaidoyer.

Et enfin, le troisième axe de travail, c'est d'améliorer la médecine de proximité. Nous devons répertorier les obstacles d'un médecin généraliste à accueillir un patient situé en dehors de tout droit médical, et lui permettre d'améliorer sa prise en charge. Pour cela, nous recherchons des soucis financiers, des temps de consultation inadaptés ou des défauts de traduction. Nous développons ensuite des moyens pour éveiller le médecin généraliste aux questions de précarité. Pour l'aider, nous réfléchissons à des moyens de traduction, pourquoi pas financés par l'ARS, mais aussi par la création d'un site internet d'information

commun à tous les médecins des Pays de la Loire. Bref, nous voulons donner les moyens d'agir ! Ce site recensera toutes les informations nécessaires à la prise en charge d'une personne en situation de précarité. Ensuite, pourquoi pas des formations ultérieures sous type de FMC, nous avons encore plein d'idées. Des formations sur les questions administratives par rapport à l'Etat, ou par rapport à la sécurité sociale.

MM : Avez-vous des regrets sur le déroulement des évènements en tant que responsable de mission?

JP : Oui bien sûr. C'est une activité qui se termine et c'est aussi pour moi la fin de mon activité médicale. J'ai été médecin généraliste durant 30 ans. J'ai terminé ma carrière de médecin avec le CASO. Aujourd'hui, je ne cherche plus à exercer, je n'exerce plus. La fin a été difficile et douloureuse pour moi. Le CASO existe depuis 30 ans. Bien- sûr, je n'étais pas là au début mais nous avions tous pris nos habitudes au sein de cette association. La décision d'arrêter le soin a été difficile. De plus, il y avait des difficultés sur la fin : le fait que les migrants trouvent parfois porte close au Boulevard Saint Michel, c'était vraiment très dur à concevoir.

En annexe 16 et 17 sont présentées les lettres à destination de la PASS et des bénévoles du CASO lors de la fermeture de l'antenne en août 2016

CONCLUSION

La notion de pauvreté est un vaste champ possédant plusieurs définitions, aucune n'étant valable plus qu'une autre actuellement. Variant selon le pays, au gré de nombreux consensus d'expert, un ensemble d'indicateurs tentent de la définir. Un baromètre universel, reproductible et fiable aurait ici tout son intérêt mais il n'est malheureusement pas encore d'actualité aujourd'hui. L'indicateur de développement humain, mis au point par Amatya Sen, reste, à ce jour, l'approche la plus approfondie.

La précarité fait d'avantage référence au dynamisme et à la mouvance : ce n'est pas un état statique. Ce concept est défini par l'existence ou non d'une couverture sociale, d'un logement salubre, d'un emploi, d'un accès convenable au système de soin et de l'appartenance à une communauté. Le contexte angevin, et plus généralement celui des Pays de La Loire, reste particulier. Sa croissance démographique est en berne, le niveau de vie reste faible, l'accès aux soins est très hétérogène et donc insatisfaisant par endroit. La précarité y est installée, perdure et s'aggrave ces dernières années.

Le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde situé à Angers ouvre ses portes en 1988 et les referme en 2016. Une trentaine d'année s'écoule ainsi, consacrées à la réalisation d'objectifs divers et ambitieux. Accueillir, orienter et informer les patients précaires dans un premier temps, témoigner de leurs difficultés, prévenir les récidives et informer le corps médical dans un second temps.

Dans mon travail, je retrouve une certaine hétérogénéité dans le profil des médecins interrogés : les intervenants sont généralistes ou spécialistes, fraîchement installés ou à la retraite, célibataires ou en couple accompagnés d'enfants.

Les motivations ayant amenées les intervenants au sein de l'association sont hétéroclites. L'opportunité qui se présente, l'histoire et les représentations personnelles, la volonté de continuer une action médicale ou de diversifier son quotidien, le désir d'avoir une activité bénévole sont d'autant de facteurs déclencheurs à l'engagement au CASO. Pour poursuivre l'action au sein de Médecins du Monde, la première expérience concluante est relevée par l'ensemble du groupe. Ensuite, sont évoqués le plaisir d'appartenir à une association bénéficiant d'une certaine notoriété sur Angers, ainsi que l'amélioration de l'organisation interne du CASO.

Les médecins généralistes dénoncent tout de même de nombreuses difficultés ayant conduit pour certains à une diminution voire un arrêt de leur engagement. Je peux citer, entre autre, l'absence de formation initiale ou les écueils lors de la mise en lien avec le système de droit commun (système PASS déficient, méandres administratifs). L'aspect chronophage du bénévolat complexifie la gestion de la sphère privée et professionnelle. Enfin, la difficulté liée à la barrière de la langue est dénoncée par l'ensemble du groupe.

Un enrichissement personnel est tout de même ressenti, notamment dans le désir d'être utile. De même, la confrontation avec « l'Autre différent » permet, d'une part, l'amélioration de la connaissance théorique et pratique au sein du cabinet libéral et d'autre part une remise en cause personnelle plus profonde : certains se décrivent plus tolérants, plus ouverts, plus empathiques...

Vis-à-vis de la fiche-conseil, les items exprimés par les médecins sont rapportés pêle-mêle : ceci démontre une absence de réelle réflexion sur le sujet. Les médecins avouent par la même occasion agir en se basant sur leur propre expérience, sans pouvoir se reposer sur une réelle formation solide. Il serait donc intéressant que cette fiche puisse servir de canevas à des formations ultérieures destinées aux médecins généralistes libéraux, afin de parfaire leurs connaissances sur cette population particulière, dont la prise en charge fait partie de leurs prérogatives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires ; 1978 Sept 6-12 ; Alma-Ata, URSS.
2. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. In : Rapport du Conseil Economique et Social Français. Journal Officiel ; 1987 Fév 10-11 ; France.
3. Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Paris, France ; 1998 Fév ; p.69-105.
4. Boumaza M, Pierru E. Des mouvements de précaires à l'unification d'une cause. Sociétés contemporaines 2007 Jan ; n°65 : p 7-25
5. Chauvin P, Parizot I. Introduction. Les déterminants sociaux de la santé : une approche pluridisciplinaire. In Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Inserm ; 2005 ; Paris, France.
6. République Française. Circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 n°98-736 du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies NOR : MESH9830537C
7. Baudry E. Multiples recours aux urgences et précarité : étude rétrospective sur 6 mois de passages aux urgences du CHU d'Angers. Th : Med : Angers ; 2007
8. Médecins du Monde. Soigner ceux que le monde oublie peu à peu. Santé conjuguée 2008 Oct ; n°46.
9. Médecins du Monde. Rapport d'activité du CASO d'Angers 2015 ; 2016 ; Angers, France.
10. Damon J. Pauvreté et précarité en chiffres. Les Cahiers Français 2016 ; n°390 : pp.8-14
11. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Pauvreté en condition de vie. Dossiers de Développement Durable 2015, Fév.
12. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Rapport 2013-2014 : Les effets d'une crise économique de longue durée, 2014
13. Observatoire des Inégalités. Rapport sur les inégalités en France ; 2015 ; Tours, France
14. Fondation Abbé Pierre. Les chiffres du mal-logement 2016. In : L'état du mal-logement en France Conseil National de l'Alimentation ; 2016.
15. Conseil National de l'Alimentation. Aide alimentaire et accès à l'alimentation des populations démunies en France. 2012.

16. Bourdieu P. Les trois états du capital culturel. In : Acte de la recherche en sciences sociales. L'institution scolaire ; 1979 Nov. Vol 30, p3-6
17. Yaouancq F, Lebrère A, Marpsat M et al. L'hébergement des sans-domiciles en 2012 : Des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. INSEE Première 2013 Juil ; n° 1455
18. Collectif des Associations Unies. Réfugiés, migrants, sans-abri : refuser la concurrence entre les précaires (tribune). Libération ; 2015 Sept ; Paris, France.
19. Médecins du Monde. Rapport sur l'accès des soins en Europe 2014 ; 2015 ; Paris, France
20. Michalon C. Le droit à l'erreur : un outil d'analyse. In : Différences culturelles, mode d'emploi. Editions Sépia. Paris ; 2000. p.111
21. Coutard G. Observation sociale des territoires du Maine et Loire : précarité marquée à l'est du département. Nantes : INSEE Pays de la Loire ; 2014
22. Seguin S. Moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales. Etude (n°100), Nantes : INSEE Pays de la Loire ; 2011 Déc.
23. Villeret M. Motivations des médecins généralistes et moyens mis en œuvre pour réaliser des missions humanitaires : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Th : Med : Rennes ; 2012
24. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer 2008, 84: 142-5.
25. Yala A. Volontaire en ONG : L'aventure ambiguë. Paris : Editions Charles Léopold Mayer ; 2005
26. Brugière M. Refuser le malheur des hommes : les 30 ans de Médecins du Monde. Paris : le Cherche midi, 2010
27. Halba B. Bénévolat et volontariat en France et dans le monde. Paris : La documentation française, 2003. p. 10.
28. Médecins du Monde. Guide du bénévole. Délégation Pays de la Loire, Nantes, 2011
29. Collette P, Denormandie N, Tintinger-Hagmann A. La femme est-elle l'avenir de l'humanitaire ? Revue Humanitaire 2010 juin ; 25.
30. Berbé C. Médecine générale en cabinet libéral et actions humanitaires : étude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe et Moselle exerçant en cabinet libéral. Th : Med : Nancy 1 ; 2008
31. Jacquot C. La médecine humanitaire : histoire et enjeux, pratique et leçons. Relations entre médecine générale et médecine humanitaire : histoire, définitions, témoignages. Th : Med : Nancy ; 2010
32. Weber O. Humanitaires. Paris: Ed Le félin, 2003.

33. Lebas J, Veber F, Brücker G. Médecine Humanitaire. Paris : Ed Flammarion ; 1994
34. Corty J-F. La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France. Revue Humanitaire 2011 ; 30
35. Balzac (De) B. Œuvres complètes. Arvensa Editions, 2014 ; p 8117
36. Emmanuelli F.X. Les prédateurs de l'action humanitaire. Paris : Ed Albin Michel, 2011 ; 250p
37. David B. Vers un iconoclasme humanitaire ? Revue Humanitaire 2010 juin ; 25
38. Segalen M. Rites et rituels contemporains, Paris : Nathan, coll. 128, 1998, p. 20.
39. Maury C. L'offre de soins de Médecins du Monde en France auprès des populations précaires. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance. Actes du colloque international, Nice ; 2009 juin.
40. Zimmermann S. Adéquation entre l'action humanitaire et la médecine générale (A propos d'expériences personnelles et d'une étude auprès d'un échantillon de médecins généralistes). Th : Med : Amiens ; 2006
41. CISS. Egaux devant la santé : une illusion ? Plaidoyer pour un système de santé qui cesse d'exclure les plus vulnérables. 2011 Déc, 32p
42. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins. Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé PASS. Paris : 2009 oct;
43. Médecins du Monde. Etat des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent. Paris : 2010, 26p
44. Jonquet V. Evaluation de l'outil informatique « Click Pass » de repérage des patients en situation de précarité au SAU du CHU d'Angers. Th : Med : Angers ; 2013
45. Mucchielli R. Le travail en équipe - Clés pour une meilleure efficacité collective. Paris : ESF éditions ; 2007
46. Cauvin P. La cohésion des équipes. Paris : ESF éditions ; 1997
47. Anzieu D, Martin J-Y. La dynamique des groupes restreints. Paris : Editions Puf ; Novembre 2013
48. Camilleri C. Enjeux, mécanismes et stratégies identitaires dans des contextes pluriculturels. In : Camilleri C. Les hommes, leurs espaces et leurs aspirations. Paris : Le Harmattan ; 1994. p. 291-298.
49. Mathieu A. Prise en charge des migrants en médecine générale (étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants). Th : Med : Lille 2 ; 2011
50. Moro M-R, Neuman D, Réal I. Maternité en exil. France : Edition La Pensée Sauvage ; 2008. p. 224.

51. Burgoon, J.K. Cross-Cultural and Intercultural Applications of Expectancy Violations Theory and Interaction Adaptation Theory. In: Intercultural Communication Theory. London, New Delhi : Sage Publication; 1995. P 194-214
52. Secours Catholique. Je ne savais même pas où allait notre barque. Recueil de la parole des exilés. France : 2015.
53. Smith J, Weaver D. Capturing medical student's idealism. USA : Annals of Family Medicine; 2006
54. Deschamps G. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales. Médecine humaine et pathologie. Th : Med : Grenoble ; 2009
55. Ramonet I, Mattelart A, Brémond J, et al. Sur la concentration dans les médias. Paris : Liris ; 2008.
56. Herman E, Chomsky N. Manufacturing Consent: The Political Economy of the Mass Media. USA: New Edition; 2002 , 480p
57. Couture X. La dictature de l'émotion, où va la télévision ? Essai critique sur la télévision. France : Editions Louis Audibert ; 2005, 220p
58. Bancel N, Blanchard P. De l'indigène à l'immigré. Paris : Gallimard, coll. Découvertes ; 1998, 128p.
59. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel Métier et Compétences. Paris : Berger-Levrault ; 2010 Déc, 120p
60. Belloli D. La santé des personnes en situation de précarité : une coformation fournit-elle des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature ? Th : Med : Grenoble ; 2012
61. Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. Revue Med Suisse 2005 ; nº30656.
62. Durieux-Paillard S, Eytan A. Du syndrome méditerranéen à la balkanisation des diagnostics : l'art difficile de la neutralité en médecine. Revue Médicale Suisse 2007 ; nº 2601 ; 113:1413.
63. Code de la Santé Publique. Article R.4127-7 relatif au principe de non-discrimination. Paris : 2016 Août. p.36. [consulté le 03/02/2017]. Disponible sur:
<https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.
64. Roullier V. Prise en charge de la précarité par les médecins généralistes à Rennes : du local au global. Th : Med : Rennes ; 2010.
65. Lavoue E. Accès aux soins des personnes en situation précaire, la nécessité d'une prise en charge globale, l'exemple de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Chartres. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique : Rennes ; 2004
66. Parizot I. Recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale. Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique : Rennes ; 2007

67. Code de la Santé Publique. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – article 84. Paris ; 2002.
68. Conseil Supérieur du Travail Social. Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social. France : Ed ENSP ; 2006, 116p
69. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins. Santé Canada ; 2001 Nov.
70. Munoz M; Kapoor-Kohli A. Les barrières de la langue, comment les surmonter en clinique ? Le médecin du Québec 2007 ; 42(2) : 45-52
71. Battaglini A, Désy M, Dorval D. L'intervention en première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate. Montréal : Agence de développement des réseaux locaux de service de santé et de service sociaux ; 2005.
72. Jacobs E, Shepard D, Suaya J, et al. Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. Am J Public Health. 2004 May ; 94(5): 866-869.
73. Graz B, Vader J.-P, Raynault M.-F. Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction. Santé Publique 2002 (Vol. 14), p. 75-81.
74. Abou S. L'identité culturelle. Paris : Anthropos ; 1982
75. Blanchard M-M. Le partenariat travailleurs sociaux-médiateurs socio-culturels. Hommes et Migrations 2004 ; n°1249 : p. 63-76
76. Cohen-Émerique M, Fayman S. Médiateurs interculturels, passerelles d'identités. Connexions 2005 ; n° 83 : p. 169-190.
77. Plivard I. La pratique de la médiation interculturelle au regard des populations migrantes et issues de l'immigration. Connexions 2010 ; n° 93 : p. 23-38
78. Marandon G. Au-delà de l'empathie, cultiver sa confiance : clés pour la rencontre interculturelle. Revista CIDOB d'Afers Internacionals 2003 ; n° 61-62 : p. 259-282
79. Fayman S, Cohen-Emerique M. La médiation sociale et culturelle. Enseignements de dix ans de pratique. Paris : Association Femmes Interassociations-Interservice migrants (FIA-ISM) ; 2004.
80. Léanza, Y. Éducation, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès des familles migrantes. Th : Sciences de l'Education : Genève ; 2004.
81. Mishra A.K. Organizational Responses to Crisis: The Centrality of Trust. In: Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research. London, New Delhi : Sage Publications; 1996, p. 261-287

82. Meyerson D, Weick K.E, Kramer R, et al. Swift Trust and Temporary Groups. In: Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research. London, New Delhi: Sage Publications; 1996, p. 166-195
83. Cummings L.L, Bromiley P. The Organizational Trust Inventory: Development and Validation. In: Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research. London, New Delhi : Sage Publications ; 1996, p. 302-356
84. COMEDE. Migrants/Etrangers en situation précarité : Prise en charge médico-psycho-sociale. Paris : 2008
85. David-Meslin A. Comment les médecins généralistes de Loire-Atlantique repèrent-ils les situations de précarité de leur patient? Th : Med : Nantes ; 2013
86. Lemasson A, Gay B, Lemasson J-L, et al. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. Revue Médecine 2006 Janv ; 2 (1)
87. Adam C. Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste. Revue Humanitaire 2013 ; 36 : p 44-51
88. Richaudeau F. Dix-sept façons de communiquer. Communication et langages 1974 ; 22 (1) : pp. 6-18.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les motivations pour débuter l'engagement	57
Tableau II : Les motivations pour continuer l'engagement	66
Tableau III : Les difficultés rencontrées	79
Tableau IV : Les enrichissements obtenus	89
Tableau V : La fiche conseil	98

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
PLAN.....	10
INTRODUCTION.....	11

PREMIERE PARTIE : LES INEGALITES EN FRANCE

1. DEFINITION DE LA PAUVRETE.....	14
1.1. La pauvreté absolue	14
1.2.La pauvreté relative.....	15
1.2.1. La situation de pauvreté.....	15
1.2.2. La pauvreté en fonction du revenu médian.....	15
1.2.3. La pauvreté en condition de vie.....	15
1.3. La pauvreté administrative.....	16
1.4. La pauvreté ressentie.....	17
1.5. La Grande Pauvreté.....	17
1.6. L'évolution de la pauvreté en France.....	17
1.7. La transformation de la pauvreté en France.....	18
1.8. Conclusion sur la pauvreté	19
2. DEFINITION DE LA PRECARITE.....	19
2.1. La précarité de l'emploi.....	20
2.2. La précarité du logement.....	21
2.3. La précarité dans l'accès aux soins.....	22
2.4. Les conséquences de la précarité.....	23
2.4.1. La notion de droit à l'erreur.....	23
2.4.2. La situation de précarité : une absence de droit à l'erreur.....	24
2.4.3. Des changements possibles mais étalés dans la durée.....	24
2.4.4. L'opposition entre le temps cyclique et linéaire.....	24
2.4.5. L'opposition entre la précarité et la société sécuritaire	25

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU CASO ANGEVIN

1. LE CONTEXTE ANGEVIN.....	27
1.1. Un dynamisme démographique endormi.....	27
1.2. Un faible niveau de vie.....	27
1.3. Une offre de soins insatisfaisante.....	27
2. LE CASO ANGEVIN.....	28
2.1. Historique.....	28
2.2. Les objectifs du CASO d'Angers.....	29
2.2.1. Accueillir, informer, orienter.....	29
2.2.2. Témoigner.....	29
2.2.3. Former	29
2.3. L'organisation du CASO.....	30
2.3.1. L'organisation en bref.....	30
2.3.2. Les permanences.....	31
2.3.3. Caractéristique du public bénéficiaire.....	32
2.3.4. Les autres actions du CASO.....	33
2.4. Les partenaires du CASO.....	34
2.4.1. La coordination « migrants ».....	34
2.4.2. La coordination SDF.....	34
2.4.3. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé.....	34
2.4.4. Le Point d'Accueil Santé Solidarité.....	35
2.4.5. L'Espace Accueil.....	35
2.4.6. Les autres partenaires.....	36
2.5. Les perspectives pour 2016.....	36

TROISIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

1. CHOIX DU SUJET DE THESE.....	38
2. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	39
2.1. Les objectifs primaires.....	39
2.2. Les objectifs secondaires.....	39
3. DEFINITION DU SUJET DE THESE.....	40
3.1. Les missions au sein du CASO.....	40
3.2. Les motivations.....	40
3.3. Les enrichissements obtenus.....	41
3.4. Les difficultés rencontrées.....	41
3.5. L'élaboration de la fiche-conseil.....	41
4. METHODE DE L'ETUDE.....	42
4.1. Justification de la méthode.....	42
4.2. La grille d'entretien.....	42
4.3. La population cible.....	43
4.4. La réalisation des entretiens.....	44

QUATRIEME PARTIE : RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	47
1.1. Caractéristiques générales.....	47
1.2. L'engagement au CASO.....	48
1.2.1. La connaissance du CASO.....	48
1.2.1.1. La sphère privée et les recherches personnelles.....	48
1.2.1.2. L'entourage professionnel.....	48
1.2.1.3. Le Conseil de l'Ordre du Maine et Loire.....	48
1.2.2. La date de l'engagement au CASO.....	49
1.2.2.1. Par rapport à la vie professionnelle.....	49
1.2.2.2. Par rapport à la vie personnelle.....	49
1.2.3. Le type d'activité menée au CASO.....	49
2. LES MOTIVATIONS DES MEDECINS.....	50
2.1.Les motivations lors de la première expérience.....	50
2.1.1. Une opportunité qui se présente.....	50
2.1.1.1. Une volonté d'être utile à la base.....	50
2.1.1.2. Avoir du temps libre.....	51
2.1.2. L'histoire propre et la représentation des intervenants.....	51
2.1.2.1. Un militantisme endurci.....	51
2.1.2.2. Une histoire de vie propre à chacun.....	52
2.1.2.3. Une culpabilité judéo chrétienne.....	52
2.1.2.4. Un désir d'objectivité.....	52
2.1.3. La volonté de continuer une action entreprise.....	53
2.1.3.1. Continuer l'action menée au cabinet médical.....	53
2.1.3.2. Continuer l'action menée à l'international.....	53
2.1.4. Le désir de participer à des missions humanitaires.....	54
2.1.4.1. Le désir d'avoir une activité bénévole.....	54
2.1.4.2. L'impossibilité de partir à l'étranger.....	54
2.1.4.3. La recherche de passerelle pour de futurs projets.....	55
2.1.5. Un désir de casser le quotidien.....	55
2.1.5.1. Soigner des personnes de culture différente.....	55
2.1.5.2. Varier et diversifier sa pratique.....	56
2.2. Les motivations pour continuer l'engagement.....	58
2.2.1. La première expérience concluante.....	58
2.2.1.1. Une organisation adéquate du CASO.....	58
2.2.1.2. Un rapport humain de qualité.....	59
2.2.2. Le rôle prépondérant du CASO au sein de l'agglomération angevine....	61
2.2.2.1. Un lieu d'écoute.....	62
2.2.2.2. Un point de repère pour les migrants.....	62

2.2.2.3.	Une action de plaidoyer et de témoignages.....	63
2.2.2.4.	Un lieu pourvoyeur de soins médicaux.....	63
2.2.2.5.	Une action de coordination de soins.....	63
2.2.3.	Une amélioration de la gestion du CASO.....	64
2.2.3.1.	Un rajeunissement et un dynamisme de l'équipe.....	64
2.2.3.2.	Une amélioration du rapport avec les partenaires	64
2.2.3.3.	Une amélioration de la qualité de la formation.....	65
2.2.3.4.	Des perspectives d'évolution au sein de l'association.....	65
3. LES DIFFICULTES RENCONTREES.....		67
3.1. Les difficultés globales liées au CASO		67
3.1.1.	Lors de l'arrivée au CASO.....	67
3.1.1.1.	Un manque de formation initiale.....	67
3.1.1.2.	Des modalités d'entrée complexes.....	68
3.1.2.	Une ambiance de travail parfois tendue.....	68
3.1.2.1.	Un contact épineux avec certains partenaires.....	68
3.1.2.2.	Un souci de lien dans l'équipe.....	69
3.1.2.3.	Une entité religieuse initiale.....	69
3.1.2.4.	La gestion étouffante de l'antenne.....	69
3.1.3.	Les difficultés liées aux missions du CASO.....	70
3.1.3.1.	Une existence du CASO au-delà de son rôle.....	70
3.1.3.2.	Des populations laissées pour compte.....	70
3.1.3.3.	Des pistes de travail non explorées par manque de temps.....	71
3.1.3.4.	Un manque de lien avec les autres associations.....	71
3.2. Les difficultés liées aux consultations.....		72
3.2.1.	Les locaux inconfortables.....	72
3.2.2.	Le choc des premières consultations.....	72
3.2.2.1.	L'histoire effroyable des arrivants.....	72
3.2.2.2.	Le quotidien épouvantable des SDF.....	73
3.2.2.3.	La confrontation avec des populations inattendues.....	73
3.2.2.4.	Le fossé culturel ressenti.....	73
3.2.2.5.	Les méandres administratifs infligés aux patients.....	74
3.2.2.6.	La mise en évidence d'abus.....	74
3.2.3.	La gestion complexe des consultations.....	74
3.2.3.1.	Une confrontation à la barrière de la langue.....	74
3.2.3.2.	Une méconnaissance des rouages administratifs.....	75
3.2.3.3.	La culpabilité d'infliger la déception.....	75
3.2.3.4.	La difficulté à assurer le versant médical des consultations.....	75
3.2.3.5.	La perte des réflexes.....	76
3.2.3.6.	La gestion des thérapeutiques difficiles.....	76
3.3. Des difficultés liées à la gestion personnelle.....		76
3.3.1.	Une activité chronophage.....	76
3.3.1.1.	Une gestion de la sphère professionnelle difficile.....	76
3.3.1.2.	Une gestion de la sphère privée difficile.....	77
3.3.1.3.	Une activité bénévole très intense.....	77
3.3.2.	Un sentiment de frustration.....	77
3.3.2.1.	Une action au goût d'inachevé.....	78
3.3.2.2.	Un manque d'investissement à l'international.....	78
3.3.2.3.	Une prise de conscience de son ignorance.....	78
3.3.2.4.	Une projection dans le futur difficile.....	78
4. LES ENRICHISSEMENTS OBTENUS.....		81
4.1. Les enrichissements professionnels.....		81
4.1.1.	Une mise en lumière de deux mondes concernant la santé.....	81
4.1.1.1.	La perception de deux mondes différents.....	82
4.1.1.2.	Une médecine organique différente.....	82
4.1.1.3.	Relativiser les demandes et pathologies des patients.....	82
4.1.2.	L'amélioration de la connaissance théorique.....	83
4.1.2.1.	La prise en charge d'un patient précaire au cabinet.....	83

4.1.2.2.	Une bonne connaissance des rouages administratifs.....	83
4.1.2.3.	Un bon carnet de contact.....	84
4.1.2.4.	Une meilleure gestion de la barrière de la langue.....	84
4.1.3.	Une modification du quotidien du cabinet.....	84
4.1.4.	Une absence d'enrichissement.....	85
4.2.Du point de vue personnel.....		85
4.2.1.	Une véritable prise de conscience.....	85
4.2.1.1.	Une prise de conscience géopolitique.....	85
4.2.1.2.	La mise en évidence de la grande pauvreté en France.....	86
4.2.1.3.	L'existence d'une manipulation par les médias.....	86
4.2.1.4.	La force de caractère des migrants.....	86
4.2.2.	Une remise en cause profonde et durable.....	87
4.2.2.1.	Un sentiment d'utilité.....	87
4.2.2.2.	La découverte d'un militantisme.....	87
4.2.2.3.	Se réaliser soi-même.....	87
4.2.3.	L'approche d'une culture différente.....	88
4.2.4.	Une absence d'enrichissement.....	88
4.3. D'un point de vue associatif.....		88
4.3.1.	La découverte du milieu humanitaire.....	88
4.3.2.	Le partage d'expérience inédit.....	88
5. L'ELABORATION DE LA FICHE-CONSEIL.....		91
5.1. Données générales.....		91
5.1.1.	Une absence de solutions apportées.....	91
5.1.2.	Une absence de réflexion préalable.....	91
5.1.3.	Un sujet amenant d'autres pistes de réflexion.....	92
5.2. La prise en charge d'un patient précaire en médecine générale.....		92
5.2.1.	D'un point de vue théorique.....	92
5.2.1.1.	Recevoir une formation spécifique adaptée aux besoins.....	92
5.2.1.2.	Une meilleure connaissance des rouages administratifs.....	93
5.2.1.3.	Désapprendre ce qui a été appris durant les études.....	93
5.2.2.	D'un point de vue pratique.....	93
5.2.2.1.	Conseils généraux.....	93
5.2.2.2.	Au niveau de la consultation en tant que telle.....	94
5.2.3.	D'un point de vue personnel.....	96
5.2.3.1.	S'écouter et prendre conscience de ses propres émotions.....	96
5.2.3.2.	Travailler sur ses frustrations.....	96
5.3. La prise en charge d'un patient au CASO.....		96
5.3.1.	Améliorer la participation aux réunions	97
5.3.2.	Avoir un peu d'expérience en médecine générale	97
5.3.3.	Lutter contre le rapport hiérarchique	97
5.3.4.	Se former avant de s'engager	97

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION

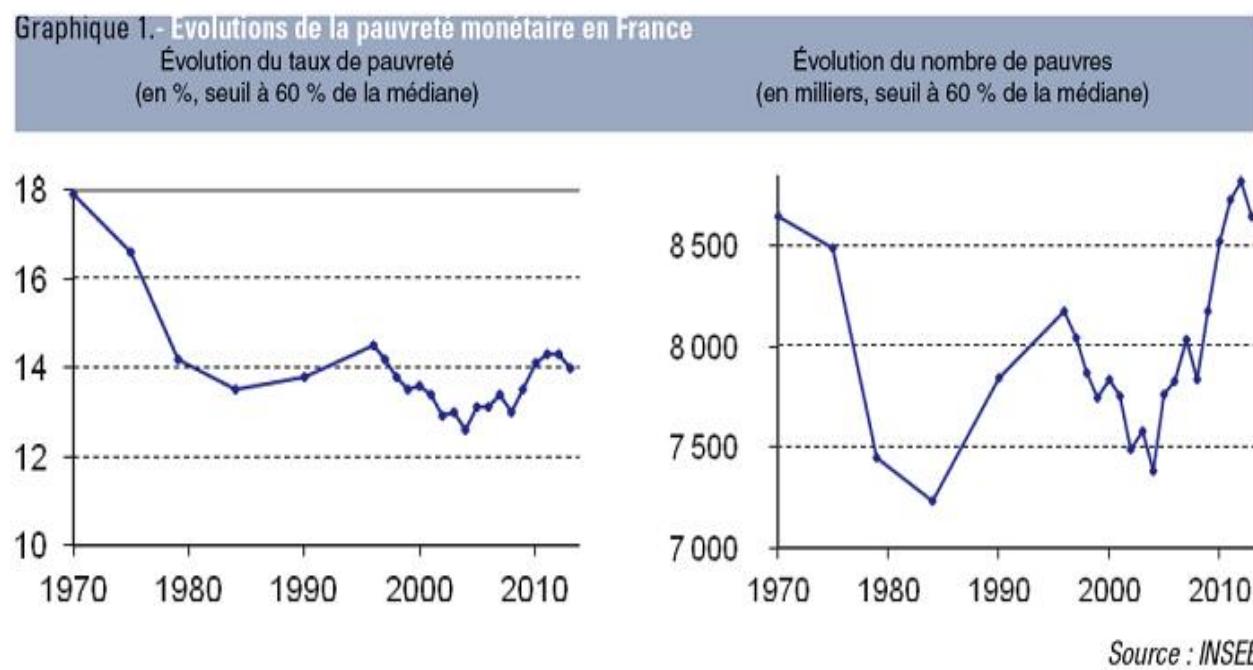
1. DISCUSSION GENERALE AUTOUR DE L'ETUDE.....	100	
1.1. Les forces de l'étude.....	100	
1.1.1.	Le bien-fondé de l'étude qualitative.....	100
1.1.2.	La force liée à l'échantillon.....	101
1.2. Les limites de l'étude.....	102	
1.1.1.	Un manque d'exhaustivité bibliographique.....	102
1.1.2.	Les biais relatifs à l'étude.....	102
1.3. Discussion générale autour de la population étudiée.....	105	
1.3.1.	Le statut humanitaire.....	105
1.3.2.	Le profil de l'humanitaire.....	106
1.3.3.	Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	107
1.3.3.1.	Une difficulté à établir une parité équilibrée.....	107
1.3.3.2.	Des médecins différents aux multiples aspirations.....	108

1.3.4. L'activité professionnelle de l'échantillon.....	108
1.3.4.1. Discussion autour de la formation initiale	108
1.3.4.2. Discussion autour de la formation continue.....	109
1.3.4.3. Discussion autour de l'activité libérale.....	109
1.3.5. L'engagement au CASO.....	109
1.3.5.1. Discussion autour de la date de l'engagement.....	109
1.3.5.2. Le choix de l'association.....	110
2. DISCUSSION AUTOUR DES MOTIVATIONS.....	110
 2.1. Données générales.....	110
2.1.1. Un début d'introspection.....	110
2.1.2. Une motivation différente selon l'âge de l'individu.....	111
 2.2. Les motivations pour débuter l'engagement.....	111
2.2.1. Un désir d'activité bénévole à l'échelle locale.....	112
2.2.2. Une volonté de casser le quotidien.....	113
2.2.3. Une opportunité qui se présente.....	114
2.2.4. Continuer une activité médicale.....	115
2.2.5. Un militantisme endurci.....	115
2.2.6. Les autres motivations.....	116
2.2.7. Pour aller plus loin.....	118
 2.3. Les motivations pour continuer l'engagement.....	118
2.3.1. Le rôle prépondérant du CASO sur Angers.....	118
2.3.2. La première expérience concluante.....	120
2.3.3. Une amélioration au cours des dernières années.....	121
2.3.4. Les autres motivations.....	121
3. DISCUSSION AUTOUR DES DIFFICULTES.....	121
 3.1. Les difficultés vis-à-vis du CASO en général.....	122
3.1.1. La question de la formation et de l'investissement.....	122
3.1.2. Une ambiance de travail parfois tendue.....	124
3.1.2.1. Un contact épineux avec certains partenaires	124
3.1.2.2. Un travail d'équipe difficile à mettre en place.....	125
3.1.3. Les missions insatisfaisantes du CASO.....	127
 3.2. Les difficultés liées aux consultations.....	128
3.2.1. Le choc des premières consultations.....	128
3.2.1.1. Un choc lié au quotidien et à l'histoire des patients.....	128
3.2.1.2. Un fossé culturel entre migrants et médecins.....	129
3.2.2. Une gestion complexe des consultations	130
3.2.2.1. La confrontation à la barrière de la langue	130
3.2.2.2. La méconnaissance administrative	131
3.2.2.3. La culpabilité d'infliger la déception	131
 3.3. Une gestion personnelle difficile	133
3.3.1. La gestion délicate de l'activité professionnelle	133
3.3.2. La gestion délicate de la vie privée	134
4. DISCUSSION AUTOUR DES ENRICHISSEMENTS.....	134
 4.1. Les enrichissements dans l'activité professionnelle.....	134
4.1.1. Une mise en lumière de deux mondes concernant la santé	134
4.1.1.1. Une perception de deux mondes différents	134
4.1.1.2. Une médecine organique différente	135
4.1.2. Une amélioration de la connaissance théorique.....	136
 4.2. Les enrichissements obtenus dans la sphère privée.	137
4.2.1. Une prise de conscience d'une manipulation sociétale.....	137
4.2.2. Une remise en cause personnelle.....	139
4.2.2.1. Le sentiment d'être utile.....	139
4.2.2.2. Une ouverture d'esprit grâce à l'Autre Différent.....	141
4.2.2.3. Une humilité teintée de respect	141
 4.3. Les enrichissements dus au milieu associatif.....	142
4.3.1. La découverte du milieu humanitaire et bénévole.....	142

4.3.2. Un partage d'expérience inédit	142
4.3.3. Une passerelle pour de futurs projets humanitaires	143
5. DISCUSSION AUTOUR DE LA FICHE-CONSEIL.....	143
5.1. La problématique de la prise en charge de la personne migrante en médecine générale.....	143
5.1.1. L'existence théorique d'un référentiel métier et compétences.....	143
5.1.2. Sur le terrain : une mise en échec fréquente	144
5.1.3. En cause : un manque de formation à la base.....	145
5.1.4. Pour en revenir à mon étude.....	146
5.2. La prise en charge d'un patient précaire ou migrant.....	146
5.2.1. Une formation spécifique adaptée aux besoins des migrants	146
5.2.2. La nécessité d'automatismes sous-jacents.....	147
5.2.2.1. Combattre le jugement et les aprioris.....	147
5.2.2.2. Ne pas rester seul.....	147
5.2.3. Les réflexes pour une prise en charge optimale.....	149
5.2.3.1. L'interprétariat solutionnant la barrière de la langue.....	149
5.2.3.2. La médiation interculturelle solutionnant le concept d'acculturation.....	151
5.2.3.3. L'accueil et l'écoute engendrant la confiance.....	154
5.2.3.4. Rechercher des critères d'urgences médicales.....	155
5.2.3.5. Caractériser la situation de précarité.....	156
5.2.3.6. Hiérarchiser les demandes.....	156
5.2.3.7. Ne pas se cantonner au versant médical	157
5.2.3.8. Avoir une attitude accueillante et empathique.....	158
EPILOGUE SUR LE CASO : LE MOT DE JEAN PARENT.....	159
CONCLUSION.....	162
BIBLIOGRAPHIE.....	164
LISTE DES TABLEAUX.....	170
TABLE DES MATIERES.....	171
ANNEXES.....	177

ANNEXES

Annexe I : Evolution de la pauvreté monétaire en France (12)



Annexe II : Les transformations de la pauvreté (12)

Inscription à l'agenda politique depuis les années 1980
Rajeunissement de la pauvreté
Urbanisation de la pauvreté
« Monoparentalisation » de la pauvreté
Problème de budget contraint (augmentation du coût de la vie et du logement)
Augmentation des travailleurs pauvres
Dépendance accrue aux prestations
Une politique publique prioritaire
Une immigration discutée

Annexe III : Principaux indicateurs du tableau de bord de l'ONPES (2015)

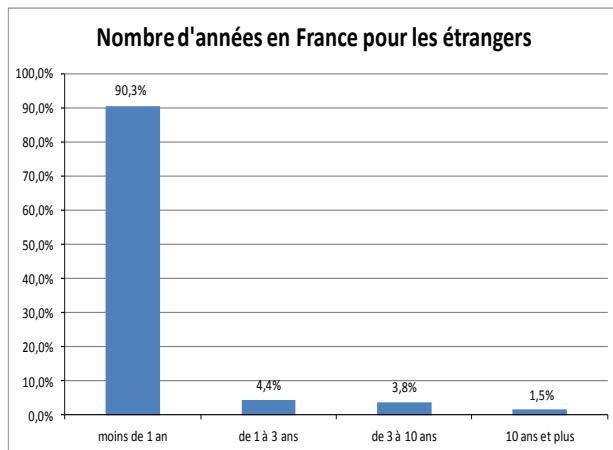
Tableau 2. Principaux indicateurs du tableau de bord de l'ONPES (2015)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Inégalités, revenus et condition de vie										
Taux de pauvreté monétaire à 60 %	12,6	13,1	13,1	13,4	13,0	13,5	14,0 ^(a)	14,3	13,9	
Taux de pauvreté monétaire à 50 %	6,6	7,2	7,0	7,2	7,1	7,5	7,7 ^(a)	7,9	8,1	
Taux de pauvreté en condition de vie	14,6	13,3	12,7	12,5	12,9	12,6	13,3	12,5	11,9	12,8
Taux de pauvreté monétaire à 60 % OU en condition de vie	23,7	23,0	21,9	21,3	20,6	20,4	21,5	21,4	21,5	
Rapport interquintiles des niveaux de vie (100-S80/S20)	4,0	4,2	4,3	4,2	4,3	4,3	4,5 ^(a)	4,6	4,6	
Taux de pauvreté monétaire des cinq départements les moins touchés par la pauvreté			8,9	9,0	8,8	9,1	9,7	9,8	nd	
Taux de pauvreté monétaire des cinq départements les plus pauvres			19,7	20,3	19,7	20,2	21,1	21,3	nd	
Niveaux de vie médian des 65 ans et +/aux 18-64 ans	0,93	0,92	0,94	0,92	0,93	0,94	0,93	0,95	0,97	
Taux de pauvreté des familles monoparentales	25,6	29,7	30,0	30,2	30,0	30,9	32,3 ^(a)	32,1	33,1	
Taux de pauvreté monétaire des enfants	16,7	17,6	17,7	17,9	17,3	17,7	19,4 ^(a)	19,5	19,6	
Grande pauvreté										
Taux de pauvreté monétaire à 40 %	2,5	3,2	3,1	3,1	3,2	3,3	3,4 ^(a)	3,5	3,7	
Taux de pauvreté monétaire à 60 % ET en condition de vie	5,3	4,6	4,8	4,5	4,8	4,8	5,2	5,3	4,7	
Pauvreté monétaire persistante			5,0	6,4			7,2	7,0	8,5	
Accès aux droits fondamentaux										
Taux d'inscrits à Pôle emploi non indemnisable						31,7	32,4	33,5	34,9	36,5
Dépenses consacrées au logement > 40 % du revenu disponible					7,8	8,0	8,9	8,6		
Taux de sortants du système scolaire à faible niveau d'études	12,1	12,2	12,4	12,6	11,5	12,2	12,6	12,0	11,6	9,7 ^(a)
Taux de renoncement aux soins pour raisons financières	13,3		14,1 14,2 ^(b)		15,4 ^(b)		15,1 ^(b)		25,7 ^(b)	
Indicateurs d'inclusion Europe 2020										
Personnes en situation de pauvreté monétaire, ou en condition de vie, ou appartenant à un ménage en très faible intensité d'emploi.	19,8	18,9	18,8	19,0	18,6 ^(a)	18,5	19,2	19,3	19,1	18,1
(a) Rupture de série										
(b) Avec échantillon complémentaire										
Source : ONPES (2015), « L'évolution de la pauvreté en France : les nouvelles formes de l'aggravation », Suivi annuel des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale, édition 2015, p. 24-25.										

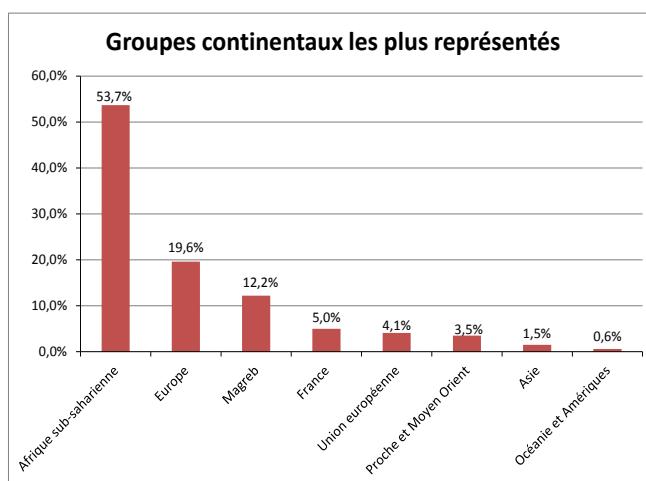
Annexe IV : Chiffres clefs de l'Activité CASO Angers (9)

Nombre total de passages sur le CASO	825
Nombre de consultations médicales (dont 11 psy)	801
Nombre total de patients différents (file active)	542
Dont nombre de nouveaux patients	467
Nombre moyen de consultations par patient	1,51

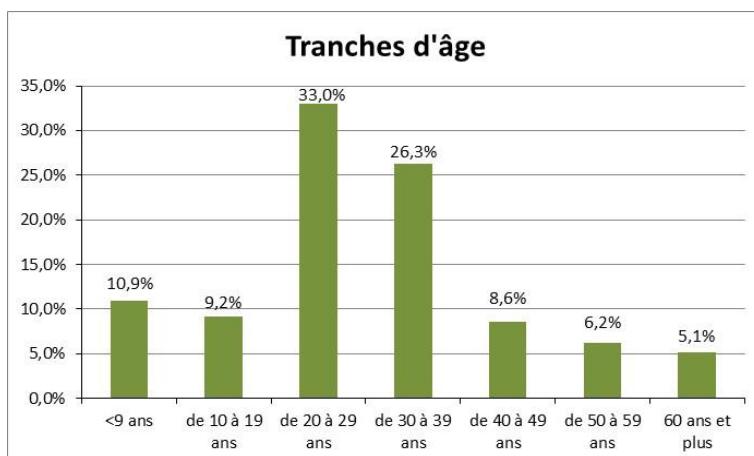
Annexe V : Nombre d'années en France pour les étrangers au CASO (9)



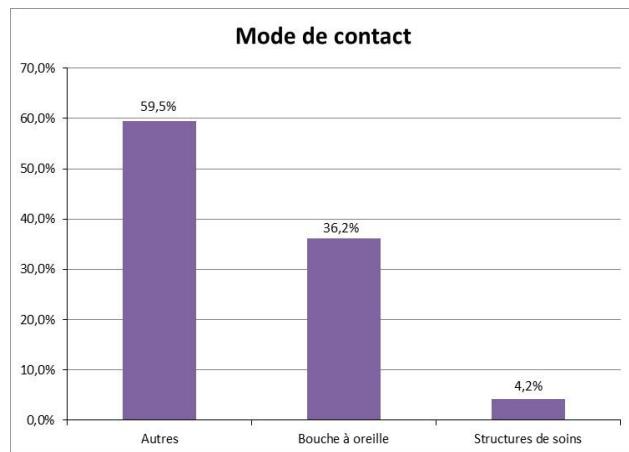
Annexe VI : Groupes continentaux les plus représentés au CASO (9)



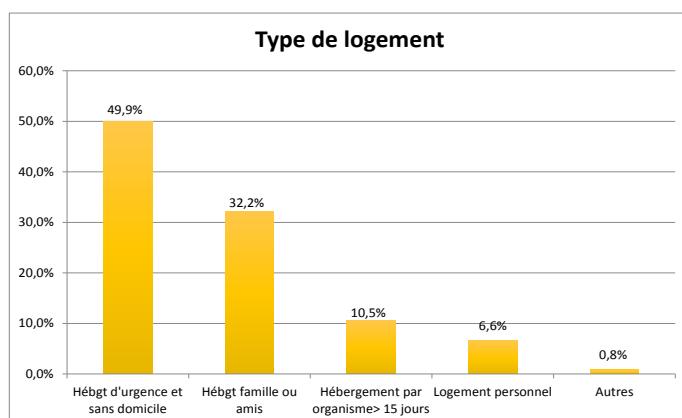
Annexe VII : Tranche d'âge des patients rencontrés au CASO (9)



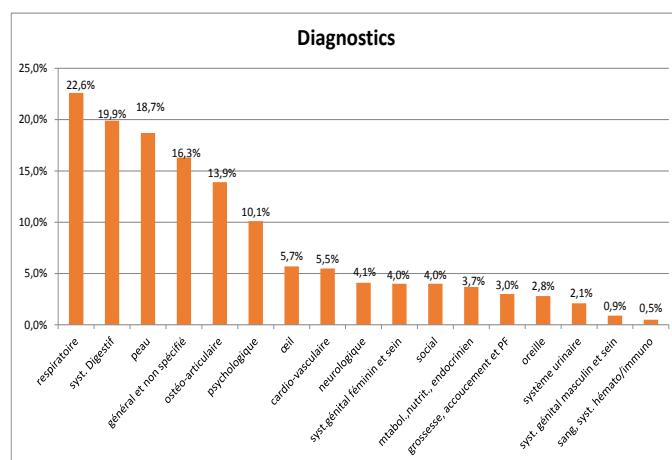
Annexe VIII : Mode de contact des patients arrivant au CASO (9)



Annexe IX : Type de logement des patients consultants au CASO (9)



Annexe X : Diagnostics établis au CASO (9)



Annexe XI : Les principaux partenaires du CASO (en 2015) (9)

Nom du partenaire	Type de partenariat	Fréquence des relations
<u>Coordination migrants</u> (LDH, Secours Catholique, Emmaüs, Aptira, Réda, Pastorale des Migrants, Bon Pasteur, une Famille un Toit, St Vincent de Paul.)	Prise en charge des migrants	Réunions mensuelles
<u>Coordination SDF</u> (Secours Catholique, la Boutik Alia, le Pass, Fondacio, Habitat Humanisme, Espace Accueil, une Famille un Toit, St Vincent de Paul,)	Echange d'informations entre les différentes associations.	Une réunion tous les 2 mois
<u>La PASS</u>	Prise en charge médicale des patients	Au moins une fois par semaine
<u>Le PASS d' Angers</u>	Nous adresse des personnes nécessitant des soins	Fréquente
<u>Espace Accueil</u> (Plateforme d'accueil des demandeurs d'asile)	Nous adresse des personnes nécessitant des soins	Fréquente

Annexe XII : Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Annexe XIII : grille d'entretien de l'étude

Bonjour,

De nombreuses études ont été réalisées sur les motivations et les difficultés rencontrés des médecins généralistes ou spécialistes à partir à l'étranger faire de l'humanitaire. Cependant, aucune étude ne s'est intéressée aux motivations de ceux qui effectuent un travail bénévole à l'échelle locale, comme c'est le cas des médecins travaillant au CASO. Une implication dans une telle association, gratuitement, en parallèle d'un métier réputé absorbant, soulève des interrogations. Mon travail s'intéresse donc à ces médecins, restés en France, agissant de façon totalement gratuite au sein de l'antenne angevine de Médecins du Monde.

Questions administratives.

En quelle année êtes-vous né(e) ?
Etes- vous en couple ou célibataire ?
Avez- vous des enfants ?
Si oui, quel âge ont-ils ?

A propos de votre activité libérale en tant que telle.

En quelle année avez-vous débuté votre première année de médecine ?
En quelle année avez-vous obtenu votre thèse ?
En quelle année vous êtes-vous installé(e) ?
Votre exercice est-il urbain, rural ou semi rural ?
Avez-vous des formations type DU ou DIU ?
Avez-vous d'autres formations à part les DU ou les DIU ?
Avez-vous une expérience en humanitaire qu'elle soit locale ou internationale ?
Connaissez-vous dans votre entourage des personnes ayant fait de l'humanitaire ?

A propos de votre engagement au CASO.

Comment avez-vous connu le CASO ?
En quelle année vous êtes-vous engagé(e) à Médecins du Monde ?
Avez-vous une formation particulière en médecine communautaire ou en médecine de précarité ?

Comment s'est passé votre arrivée au CASO

D'un point de vue de la formation ?
Aviez-vous des demandes particulières ?
D'un point de vue de la logistique et des horaires ?

Avant Médecins du Monde.

Quelles sont vos motivations pour vous engager au CASO la première fois ?

A propos de votre envie de travailler bénévolement (depuis quand ? Quelle en est la raison ?)

Pourquoi un engagement à l'échelle locale ?

Pourquoi Médecins du Monde en particulier ?

Pourquoi avoir continué l'engagement à Médecins du Monde ?

En quoi cela vous satisfait-il ?

En quoi l'organisation des consultations vous convient-elle ?

Existe-t-il des aspects de l'organisation qui ne vous conviennent pas ?

Avez-vous des regrets ou des attentes particulières ?

Avez-vous des difficultés pour vous engager ou continuer cette expérience d'un point de vue personnel ?

Que pouvez-vous me dire sur la confrontation avec des personnes en situation de précarité ?
Si le début était difficile, en quoi l'était-ce ?
Comment avez-vous fait pour être plus à l'aise maintenant ?
Vous décririez-vous comme à l'aise actuellement ?

Avez-vous des difficultés pour vous engager ou continuer cette expérience d'un point de vue professionnel ?

Comment se déroule la gestion de votre cabinet libéral en parallèle ?

Que pensez-vous des horaires et des plages de consultations du CASO ?

Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?
Que pensez-vous de la fréquence et de l'utilité des réunions de Médecins du Monde ?
Que pensez-vous du temps que vous consacrez à Médecins du Monde ?
Que pensez-vous du statut bénévole ?

Pendant le CASO

Vis-à-vis du CASO en lui-même

Que pensez-vous de l'impact du CASO dans la prise en charge d'un patient en situation de précarité sur Angers ?
D'après vous, qu'apporte le CASO réellement au patient ?

Vis-à-vis de la profession libérale

La prise en charge d'un patient apportant une culture différente vous a-t-elle apporté quelque chose sur le plan personnel ?
Le CASO a-t-il permis un changement de prise en charge d'une personne en situation de précarité au cabinet médical ? si oui, en quoi ?
Votre prise en charge d'un patient lambda a-t-elle été modifiée ?

Et pour la suite...

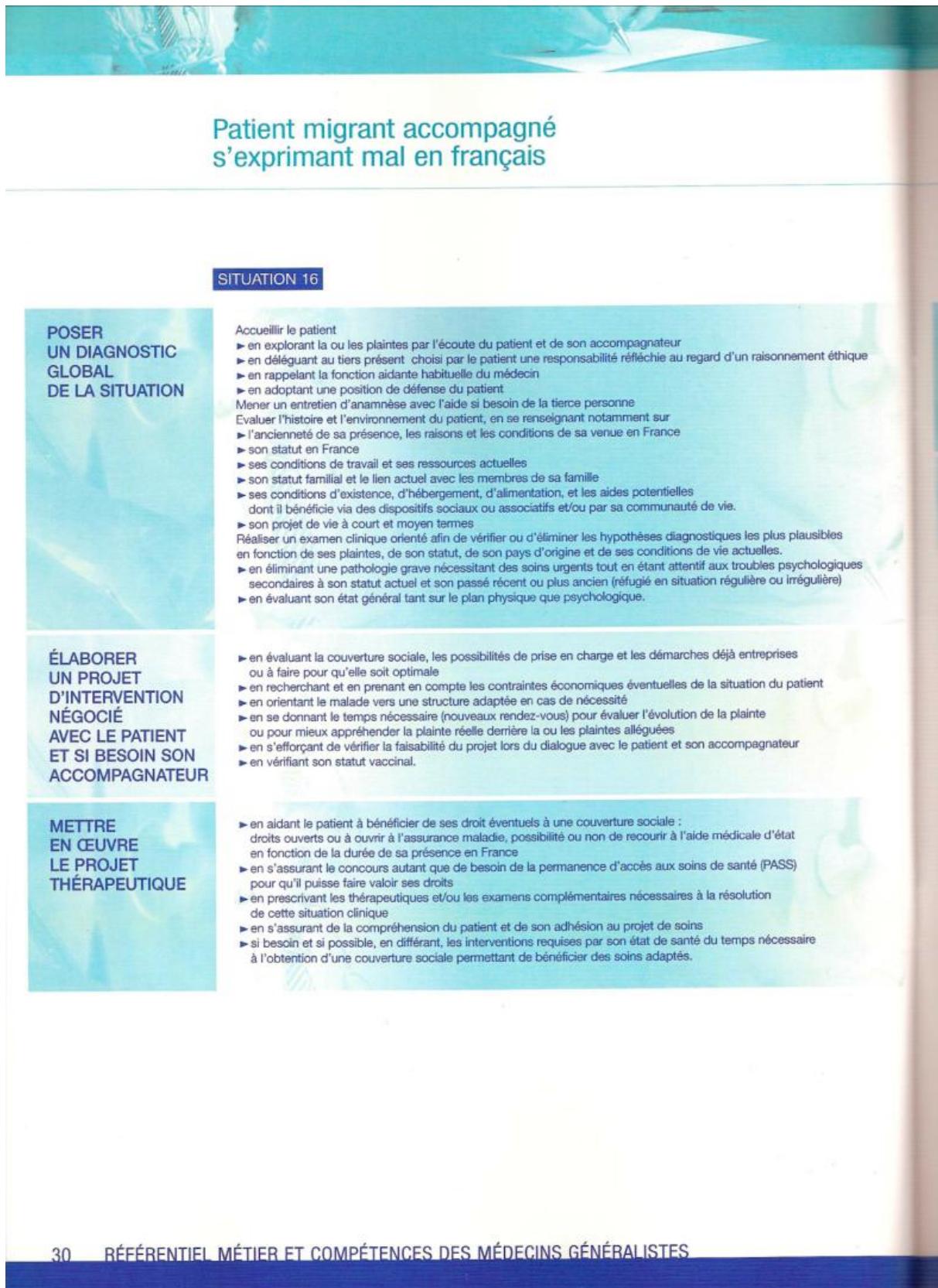
Au vu de votre expérience actuelle particulièrement au CASO, pourriez-vous donner des conseils à un jeune médecin généraliste face à un patient en situation de précarité ?

Des conseils généraux ?
Lors d'une consultation au CASO ?
Dans son cabinet de médecine générale, en contact avec une personne en situation de précarité

Annexe XIV : Fiche signalétique des médecins interrogés

Médecin	Sexe Age	Statut marital familial	Lieu de rencontre	Année thèse (T) Année d'installation (I) Type de cabinet	Formation Initiale Formation Continue	Expérience en humanitaire	humanitaire dans l'entourage
1	Femme 60 - 70	couple enfants majeurs	Domicile	(T) : 1980 - 1989 (I) : 1980 - 1989 Urbain	Médecine générale	Participation Collectif Santé	Néant
2	Homme 30 - 40	couple pas d'enfant	CASO	(T) : 2000 - 2009 (I) : > 2000 Urbain	Médecine générale Parasitologie Médecine Humanitaire Médecine Voyage et Patho Tropicales	Missions Internationales (Madagascar 3 semaines)	Néant
3	Homme 60 - 70	couple enfants majeurs	CASO	(T) : 1970 - 1979 (I) : 1970 - 1979 Semi-Urbain	Médecine générale CAMU Urgences	Néant	Entourage familial (épouse)
4	Homme 30 - 40	couple enfants mineurs	Cabinet médical	(T) : 2000 - 2009 (I) : 2000 - 2009 Semi-Urbain	Médecine générale Médecine Voyage et Patho Tropicales	Néant	Entourage familial (cousine)
5	Homme < 70	couple enfants majeurs	CASO	(T) : 1970 - 1979 (I) : 1970 - 1979 Semi-Urbain	Médecine générale	Foyer d'accueil SDF	Entourage familial (épouse)
6	Femme 60 - 70	couple enfants majeurs	CASO	(T) : 1970 - 1979 (I) : Néant	Psychiatrie Administration légale	Néant	Néant
7	Femme 30 - 40	couple enfants mineurs	Cabinet médical	(T) : 2000 - 2009 (I) : 2000 - 2009 Semi-Urbain	Médecine générale Traumatisés Crâniens	Néant	Néant
8	Femme < 70	couple enfants majeurs	Lieu Public	(T) : 1970 - 1979 (I) : Néant	Rhumatologie	Missions Internationales (Népal, Cambodge, Bénin, Madagascar, Pondichéry)	entourage familial (mari)
9	Femme 50- 60	couple enfants mineurs	Domicile	(T) : 1990 - 1999 (I) : Néant Semi-Urbain	Médecine générale Gériatrie	Néant	Néant
10	Femme 60 - 70	célibataire enfants majeurs	Domicile	(T) : 1970 - 1979 (I) : Néant	Cardiologie Nutrition Clinique et Thérapeutique	Néant	entourage affectif (amie)
11	Femme 30 - 40	couple enfants mineurs	Cabinet médical	(T) : 2000 - 2009 (I) : > 2000 Semi-Urbain	Médecine générale Parasitologie Gynécologie	Missions Internationales (Bénin)	entourage professionnel / entourage éducationnel
12	Femme 40 - 50	célibataire pas d'enfant	Cabinet médical	(T) : 2000 - 2009 (I) : > 2000 Urbain	Médecine générale Education Thérapeutique du Patient	Néant Associations étudiantes bénévoles	entourage professionnel

Annexe XV : situation n°16 du référentiel de compétence des médecins généralistes (CNGE)



Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

SITUATION 16

POSER UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE LA SITUATION

Accueillir le patient

- ▶ en explorant la ou les plaintes par l'écoute du patient et de son accompagnateur
- ▶ en déléguant au tiers présent choisi par le patient une responsabilité réfléchie au regard d'un raisonnement éthique
- ▶ en rappelant la fonction aidante habituelle du médecin
- ▶ en adoptant une position de défense du patient

Mener un entretien d'anamnèse avec l'aide si besoin de la tierce personne

Evaluer l'histoire et l'environnement du patient, en se renseignant notamment sur

- ▶ l'ancienneté de sa présence, les raisons et les conditions de sa venue en France
- ▶ son statut en France
- ▶ ses conditions de travail et ses ressources actuelles
- ▶ son statut familial et le lien actuel avec les membres de sa famille
- ▶ ses conditions d'existence, d'hébergement, d'alimentation, et les aides potentielles dont il bénéficiaire via des dispositifs sociaux ou associatifs et/ou par sa communauté de vie.
- ▶ son projet de vie à court et moyen termes

Réaliser un examen clinique orienté afin de vérifier ou d'éliminer les hypothèses diagnostiques les plus plausibles en fonction de ses plaintes, de son statut, de son pays d'origine et de ses conditions de vie actuelles.

- ▶ en éliminant une pathologie grave nécessitant des soins urgents tout en étant attentif aux troubles psychologiques secondaires à son statut actuel et son passé récent ou plus ancien (réfugié en situation régulière ou irrégulière)
- ▶ en évaluant son état général tant sur le plan physique que psychologique.

ÉLABORER UN PROJET D'INTERVENTION NÉGOCIÉ AVEC LE PATIENT ET SI BESOIN SON ACCOMPAGNATEUR

- ▶ en évaluant la couverture sociale, les possibilités de prise en charge et les démarches déjà entreprises ou à faire pour qu'elle soit optimale
- ▶ en recherchant et en prenant en compte les contraintes économiques éventuelles de la situation du patient
- ▶ en orientant le malade vers une structure adaptée en cas de nécessité
- ▶ en se donnant le temps nécessaire (nouveaux rendez-vous) pour évaluer l'évolution de la plainte ou pour mieux appréhender la plainte réelle derrière la ou les plaintes alléguées
- ▶ en s'efforçant de vérifier la faisabilité du projet lors du dialogue avec le patient et son accompagnateur
- ▶ en vérifiant son statut vaccinal.

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

- ▶ en aidant le patient à bénéficier de ses droits éventuels à une couverture sociale : droits ouverts ou à ouvrir à l'assurance maladie, possibilité ou non de recourir à l'aide médicale d'état en fonction de la durée de sa présence en France
- ▶ en s'assurant le concours autant que de besoin de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour qu'il puisse faire valoir ses droits
- ▶ en prescrivant les thérapeutiques et/ou les examens complémentaires nécessaires à la résolution de cette situation clinique
- ▶ en s'assurant de la compréhension du patient et de son adhésion au projet de soins
- ▶ si besoin et si possible, en différant, les interventions requises par son état de santé du temps nécessaire à l'obtention d'une couverture sociale permettant de bénéficier des soins adaptés.



Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français

SITUATION 16 (suite)

EFFECTUER UN SUIVI ET ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Évaluer l'évolution des symptômes et des plaintes en tenant compte du risque de troubles d'adaptation psychique en cas de difficultés sociales et/ou somatiques persistantes.
Vérifier l'évolution des différents statuts, en particulier le statut officiel, la couverture sociale, les conditions de vie et de travail, le projet de vie
Adapter la prise en charge au statut et à la couverture sociale.

EFFECTUER UN SUIVI EN TEMPS DIFFÉRÉ

- en fonction du projet de vie et du devenir du patient, en vérifiant régulièrement son adhésion au projet thérapeutique
- en prenant en compte les risques médicaux inhérents aux conditions de vie
- en prenant en compte les risques médicaux inhérents à d'éventuels voyages dans son pays d'origine.

Annexe XVI : lettre traitant de la fermeture du CASO à destination des bénévoles (2016)

Projet de courrier aux bénévoles de MDM 49

En ce moment où la Mission angevine MDM a décidé prendre une nouvelle orientation, ce qui n'est pas sans jeter un certain trouble chez beaucoup de bénévoles, je vous soumets quelques réflexions qui permettront, je l'espère, d'alimenter et surtout de clarifier le débat.

L'arrêt du Soin est difficile à accepter quand on s'appelle Médecins du Monde et va demander un véritable travail de deuil chez beaucoup d'entre nous (médicaux, paramédicaux et non soignants)

Cet arrêt a été décidé par la plupart d'entre nous, après un an de réflexion (cf. le courrier de janvier 2016, en PJ) et il ne faut pas le remettre en cause ; nos partenaires ont été pour la plupart prévenus et ont bien compris notre décision.

La PASS angevine commence à être opérationnelle et rendra un meilleur service sur le plan du diagnostic et sur le plan thérapeutique.

Constatons, quand même, que nous ne sommes pas dans la meilleure période : fermeture de l'espace accueil remplacé par le CVH pour le moment peu efficient, restrictions en tout genre dans l'accueil des migrants (déplacement de Rouchy, restriction gouvernementale, fermeté de plus en plus invalidante de la préfecture du 49)

Rappelons que la Santé ne dépend pas que du soin mais qu'elle est amenée également par l'hébergement, l'alimentation, la prévention, les prestations sociales etc. .

Nous devons donc trouver d'autres axes de travail. Nous pensons :

- à la médecine de proximité (sensibilisation des soignants libéraux à la précarité, recherche de mise en œuvre de moyens de traduction et de leur financement).
- qu'il faut repérer d'autres précaires (étudiants pauvres, personnes âgées et en particulier la population ROM qui a pour des raisons culturelles (représentation de la santé et la maladie) de graves difficultés à accéder aux soins institutionnels
- un état des lieux des squatt sur Angers (besoins en santé et/ou prévention des patients des squatt/ travail sur la sécurité et l'hygiène dans ces lieux).
- il faut nous former pour mieux comprendre les multiples « usines à gaz » qui organisent (?) l'accès aux droits communs (CPAM, organismes d'accueil, associations etc.), les démarches des différents migrants suivant leur statut, compliquées malheureusement et souvent par la mauvaise foi des autorités gouvernementales, préfectorales et départementales
- il faut penser aux élections présidentielles de 2017 (plaidoyer pertinent devant les nombreuses menaces sur la santé de nos compatriotes et de ceux que nous tentons d'accueillir en cas de « mauvais vote »)
- Nous inspirer des CASO qui ont fermé en s'informant de leurs nouveaux projets.

- Participer aux travaux MDM proposés par le nouveau collège des PDL (confer le compte rendu de la réunion angevine du 29 mars

Il existe surement d'autres pistes à explorer ; nous attendons vos suggestions.

Nous continuerons à travailler avec les partenaires habituels (la coordination migrants, la coordination SDF etc. .)

Nous devrons être vigilants sur le fonctionnement de la PASS (comment ?)

La prochaine réunion prévue le lundi 9 mai devra débattre autour de ces projets qui permettront à ceux qui le désirent de continuer notre mission sous d'autres formes innovantes et utiles.

Avant le 9 mai

À vos claviers

Emmanuel Baudry et Jean Parent

Annexe XVII : Lettre traitant de la fermeture du CASO à destination de la PASS d'Angers (2016)



MÉDECINS DU MONDE メドカルドクターズ DOCTORS OF THE WORLD ഡക്ടർ ഓഫ് ഡോക്ടുസ് ലാക്കറേ വാർല്ദൻ MEDICI DEL MONDO MEDICO DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO MEDICOES DEL MUNDO MEDICOES ÁRKETE DER WELT മെഡിൻ ഡു ഗ്രൂപ്പ് മെഡിൻ ഡു മുൻഡോ ഡോക്ടുസ് ലാക്കറേ വാർല്ദൻ

N'imprimez ce message que si nécessaire. No imprima este mensaje a no ser que sea necesario. Do not print this message unless it is necessary.

CASO de Medecins du Monde ANGERS

Pôle Santé 62 boulevard St Michel 49100 ANGERS (02 41 43 65 66)

Madame, Monsieur,

Après 30 ans d'existence, le Centre d'Accueil de Soins et d'Orientations (CASO) d'Angers va fermer ses portes le 31 aout 2016.

Nous avons estimé que la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU prenait en charge de façon plus performante les besoins de santé des populations précaires (personnel soignant 24 h sur 24, assistantes sociales, plateau technique etc..) même si des améliorations seront souhaitables

Les missions, à l'étranger comme en France, de Medecins du Monde ne sont jamais pérennes mais aboutissent régulièrement à une transmission vers le droit commun.

L'antenne angevine de Medecins du Monde va continuer à fonctionner de manière différente en collaboration avec les différentes coordinations angevines (Coordination Migrants, Coordination SDF, coordination ROMS), en poursuivant les rencontres avec le PASS de la rue de Crimée, la mairie d'Angers, le Conseil Départemental, la CPAM, la PMI, le CLAT etc...

L'objectif sera de poursuivre la lutte contre les inégalités de santé pour faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité à Angers.

Nous resterons très attentifs aux situations de détresse des personnes. Nous continuons à témoigner des difficultés qu'elles rencontrent, à dénoncer les abus dont elles sont victimes. Dans cet objectif nous continuons à nous inscrire en réseau avec tous nos partenaires institutionnels et associatifs

Nous réaffirmons une fois encore notre engagement auprès des personnes précaires et notre engagement militant fondés sur les droits de l'homme.

Bien cordialement

Les co-responsables de mission :

Emmanuel BAUDRY (bobodman@gmail.com)

Jean PARENT (jpzardoz@wanadoo.fr)

Courriel de l'association :caso.angers@medecinsdumonde.net

URL du site web de l'association :www.medecinsdumonde.org

ABSTRACT

RÉSUMÉ

MICHELAT Marielle

MOTIVATIONS DES MEDECINS A EXERCER AU CENTRE D'ACCUEIL DE SOINS ET D'ORIENTATION DE MEDECINS DU MONDE D'ANGERS Retentissement personnel et professionnel

Introduction : Conséquence de la crise économique de 2008 et de l'instabilité géopolitique de certains pays, la précarité et la pauvreté, bien que déjà présentes auparavant, s'aggravent ces dernières années en France. En parallèle des actions menées par l'Etat, de nombreuses associations humanitaires développent des systèmes d'accueil et d'orientation bénévoles. Dans ce travail, j'étudie les motivations des médecins engagés au Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde d'Angers, les difficultés rencontrées ainsi que les moyens mis en œuvre pour concilier ces missions avec leur vie privée et professionnelle. **Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés est réalisée auprès de douze médecins. **Résultats et discussion :** Les motivations pour débuter et maintenir l'engagement sont nombreuses et hétéroclites (opportunité, histoire personnelle, diversité du quotidien, recherche d'une activité bénévole, première expérience concluante, rôle local prépondérant de l'association). Les difficultés sont multiples et peuvent constituer un frein voire un arrêt de l'engagement. Les moyens mis en œuvres restent surmontables. **Conclusion :** Les motivations à s'engager au CASO ne manquent pas et les enrichissements retirés de cette expérience sont globalement majoritaires par rapport aux difficultés rencontrés. Du fait de la nécessité d'une réflexion médicale partagée, les médecins interrogés élaborent une fiche conseil destinée aux médecins généralistes libéraux. Ces conseils de prise en charge d'un patient précaire pourront être le canevas de formations ultérieures afin d'assumer correctement le suivi de ces patients exclus, fragiles et souvent oubliés de notre système de soin français.

Mots-clés : Aide sanitaire - Médecine générale - Angers - Médecins du Monde - Motivations (psychologie) - Coopération - Précarité - Accès aux Soins - Migrants - relation médecin-patient

Titre en anglais

Introduction: As a consequence of the economic crisis of 2008 and geopolitical instabilities of some countries, the current precariousness and poverty have worsened in recent years in France. As the same time as the actions carried out by the State, many humanitarian associations are implementing reception facilities and guidance systems. In the following study, I will explain the motivations of doctors involved in the Care and Orientation Center of Médecins du Monde in Angers: the difficulties they encountered and the means they used in order to manage both their private and professional life. **Method:** A qualitative study by semi-directed interviews has been carried out with twelve doctors. **Results and discussion:** Motivations for starting and maintaining the commitment are numerous and diverse (opportunities, personal histories, diversity of daily life, look for a voluntary activity, first conclusive experience, predominant local role of the association). A lot of difficulties slow down and, sometimes, impede the success of the commitment. However, hardship can still be overcome. **Conclusion:** Many reasons to commit oneself in CASO exist and the personal benefice goes always beyond of the difficulties that have been encountered. In order to give a proper answer to the need of a shared medical reflection, a counselling sheet for general practitioners has been elaborated. This tool can be the basis to further trainings in order to always properly take care of the most excluded, destitute people that are too often forgotten by our French care system.

Keywords : Health care - General Practice - Angers - Médecins du Monde - Motivations (psychology) - Cooperation - Precariousness - Care Access - Migrants - patient-GP relationship