2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : Médecine Générale.

LA PRATIQUE ATYPIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE À L'ESPACE SANTÉ-DROIT :

ÉTUDE QUALITATIVE DESCRIPTIVE DE L'EXERCICE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE À L'ESPACE SANTÉ-DROIT EN SEINE-SAINT-DENIS

FESSARD Claire

Née le 20/08/1989 à Angers (49)

Sous la direction de Madame le Docteur VAN DEN BROUCKE Julie

Membres du jury

Monsieur le Professeur LOMBRAIL Pierre	Président
Madame la Docteur VAN DEN BROUCKE Julie	Directrice
Monsieur le Professeur BAUBET Thierry	Membre
Monsieur le Professeur BOUCHAUD Olivier	Membre
Madame la Professeur FERRE Nathalie	Membre

Soutenue publiquement le :
26 Mars 2019

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Claire FESSARD
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 ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **13**/**03**/**2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle
Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Éric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	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
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	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
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Émilie	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
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	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
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 Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistique, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Élise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	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
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Émilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Éducation Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

(mise à jour 23/01/2019)

REMERCIEMENTS

Au Professeur Lombrail. Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury ; et d'avoir su m'écouter et m'orienter habilement, avec exigence et patience. Vos conseils sont précieux.

À Julie. Merci de m'avoir accompagnée dans ce projet du début à la fin. Merci infiniment de m'avoir soutenue, conseillée, abreuvée, sucrée, et encouragée sans aucune hésitation !

Aux Professeurs Thierry Baubet, Olivier Boucheau, et Nathalie Ferré. Je vous remercie de me faire l'honneur d'être dans ce jury.

À Arnaud, merci de me faire confiance depuis l'externat !

À toute l'équipe de l'Espace Santé Droit pour le travail que vous faîtes et pour m'avoir permis de réaliser cette thèse. Aux récents et aux plus « anciens » qui ont contribué à cette recherche, de près ou de loin :
Karine, Dorothée, Marie, Françoise F, Didier, Jean-Michel, Françoise J, Élisabeth, Olivier, Benjamin, Sixte, Caroline, Arnaud, Bénédicte, François D, Cécile, Michèle, Julien, Marie H, Monique, François,
Marie-Ange, merci pour ta finesse d'esprit, éclatante.

À toute l'équipe du centre de santé avec qui le quotidien est bien plus que travailler :
Anne-Marie, Assane, Andrée, Barbara, Bénédicte, Benoît, Blandine, Cécile, Céline, Christian, Claire K, Claire S, Didier, Élise, Faroudja, Franck, Guy, Joseph, Khalda, Laura, Laure, Liliane, Lumuni, Lydie, Marcia, Marie J, Marie-Madeleine, Marion, Medhi, Muriel, Nils, Olivier, Patrick, Perrine, Rose, Yasmine, Zornitza.

À Franck pour tes lectures-codages, et autres lectures !
À Yannick Ruelle.
À Jean-Paul pour ta relecture.
À Pascal pour tes conseils.
À Jean-Paul Vernant.

Au Dr Pirecki.

À Omar.

Au Pr Isabelle Richard.

À Jean-Charles, pour m'avoir inspirée et m'avoir fait tant aimer la médecine générale.
Et aussi à Catherine, Benoît, Yann, Patrick et Marie-France.

REMERCIEMENTS

À mes parents, si présents,
À Alexandre et Romane,
Et à Ibrahima.

À Odette et Simone.
À Michel G.
À Sylvie et Michel.
À Isabelle, Marie-Hélène, Agathe, Corentin, Benjamin et Christian ; et la Bretagne !
À mes cousines et cousins ! A mes tantes et oncles !

À mes amies Lucile, Camille, Coralie, Morgane.
À Belkacem & Lucile.

À Jordan, Yas, François, Lise, Leslie, Brigitte, Nico,
Adélie et ses mains de fée,
Audrey, Maïna, Yann, Marco, Stéfou,
Charley, Sofia, Élo, Alex,
pour chaque mot, présence, rire, café, danse, sport pratiqué ou inventé
et chaque petit moment qui font que la vie
est finement et drôlement belle.

À Comali et Santé Plus.
À Camara.
À Abdoul Rahmen,
À Agnee.

À la douceur Angevine.

Parce que la suite est à écrire, parce que la C1 peut se gagner et que tout s'invente,
We Are !

Liste des abréviations

ESD	Espace Santé Droit
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
AME	Aide Médicale État
ARS	Agence Régionale de Santé
CAA	Cour d'Appel Administrative
CIMADE	Service œcuménique d'entre-aides
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-c	Complémentaire à la Couverture Maladie Universelle
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
DASEM	Droit au séjour pour raisons médicales
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoire
ODSE	Observatoire aux Droits à la Santé des Étrangers
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OQTF	Obligation de Quitter le Territoire Français
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
TA	Tribunal Administratif
VPF	Vie Privée et Familiale

Plan

RESUME

INTRODUCTION

1. Étrangers malades

2. En situation de vulnérabilité

3. État de santé des étrangers malades et inégalités sociales de santé en France

4. L'Espace Santé Droit

5. Rôles et missions du médecin généraliste : approche par la sociologie des professions

MÉTHODES

1. Objectif

2. Étude qualitative

3. Choix de la théorie enracinée

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

5. Entretiens, recueil des données et respect des personnes participant à l'étude

6. Triangulation et analyse par la théorie enracinée

RÉSULTATS

7. Le cadre de l'exercice du médecin : l'ESD

7.1. Le lieu pose question

7.2. Les bénévoles socio-juristes

7.3. Les salariés socio-juristes

7.4. Pour un public très particulier, à la marge

8. Qui est le médecin de l'ESD ?

8.1. Avant tout et surtout, un médecin

8.2. Généraliste en partie

8.3. Qui sait travailler en équipe pluri-professionnelle

9. Quelles sont les spécificités de l'exercice ?

9.1. L'atypie de l'exercice

9.2. Un exercice complexe

10. Quels sont les rôles du médecin à l'ESD ?

10.1. L'expertise médico-juridique des demandes de titre de séjour pour soins

10.1.1. Un spécialiste dans un domaine d'expertise

10.1.2. La procédure de demande de titre de séjour pour soins

10.1.3. Savoir dire « non »

10.1.4. Un risque de faire de la médecine de contrôle

10.2. C'est une personne ressource

10.3. C'est un « médiateur », quelqu'un qui forme et sensibilise

10.4. C'est une personne qui assure la coordination des soins du patient

10.5. C'est une personne qui lutte contre les obstacles aux soins

11. Composantes de l'exercice du médecin
11.1. L'exercice est contextualisé, le médecin engagé
11.2. Rejet de la toute-puissance médicale
11.3. La question de la légitimité du médecin de l'ESD
11.4. Ouverture à la « santé globale »
11.5. L'exercice a une composante institutionnelle forte
11.6. L'exercice est intrinsèquement juridique
11.7. La finalité est l'imbrication médico-juridique

DISCUSSION

1. Discussion sur la méthode

2. Résultats principaux
a) Pratique de la médecine
b) Caractéristiques de l'exercice du médecin à l'ESD
c) Les rôles du médecin à l'ESD

3. Discussion sur la « profession » de médecin
3.1. Une remise en cause de La « profession »
3.2. Être médecin généraliste : une pratique prudentielle
3.2.1. Les étrangers malades : des cas singuliers et complexes ?
3.2.2. Le besoin des pairs
3.2.3. La dimension politique de l'activité
a) Le travail à l'ESD : une pratique particulière parmi d'autres
b) « Politisation de l'activité » et non pas « activité politique »

4. Discussion sur les particularités de certains rôles du médecin à l'ESD
4.1. Le travail avec des bénévoles
4.2. La place du médecin
4.3. Paradoxes et limites de certaines fonctions
4.3.1. L'expertise médico-juridique
4.3.2. Complexité et imbrication des pratiques
4.3.3. Le concept de médiation

5. Penser le médecin de l'ESD dans son contexte
5.1. L'impact défavorable du contexte politique sur l'exercice du médecin à l'ESD
5.2. Les patients sont-ils libres ? Comment penser l'exercice des médecins sinon ?
5.3. Étrangers malades, mais pas seulement
5.4. L'imbrication de pratiques prudentielles : pour une prise en charge plus singulière et plus complexe ?

6. Propositions ou perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1. Annexe 1. L'Espace Santé Droit
a) L'ESD propose :

b) Quelques chiffres entre 2007 et 2018 :
c) Sur les domaines pour lesquels l'ESD en 2016 a été sollicité :

2. Annexe 2. Canevas du guide d'entretien médecins

3. Annexe 3 : Canevas du guide d'entretien socio-juristes

RESUME

Introduction : L'Espace Santé Droit (ESD) est un dispositif associatif spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des étrangers malades. Des médecins généralistes y travaillent, dans une activité *a priori* atypique. Au soin des patients, sans les examiner, ni prescrire, ils interviennent en appui d'une équipe sociale et juridique, bénévole, sur des questions d'accès aux droits et d'accès aux soins. Cette étude avait pour objectif de décrire l'exercice du médecin généraliste à l'ESD.

Matériels et Méthodes : Une étude qualitative, descriptive, par entretiens semi dirigés a été réalisée. Toutes les personnes ayant travaillé à l'ESD depuis sa création (2007) étaient susceptibles d'être interrogées. Les entretiens ont été arrêtés lors de la suffisance des données répétée au cours de 3 entretiens consécutifs. L'analyse a été menée par la méthode de la théorie enracinée après triangulation des premiers codages. L'étude était en immersion, le chercheur principal étant un des médecins du dispositif.

Résultats : 15 entretiens ont été réalisés, d'une durée médiane de 44 minutes. L'exercice du médecin généraliste est apparu comme complexe et atypique. Spécialiste de questions juridiques très techniques autour de l'accès aux droits des étrangers malades, il travaillait en équipe pluri-professionnelle, avec des bénévoles. Personne-*ressource,* il assurait la coordination des soins. Il luttait contre les obstacles aux soins et s'inscrivait dans une démarche institutionnelle et politique. Plusieurs difficultés ont été mises en évidence. La plus-value de l'exercice du médecin s'est avérée optimale lors d'une imbrication stricte, avec les activités sociales et juridiques de l'équipe.

Conclusion : L'activité du médecin généraliste à l'ESD a été décrite. Au regard de la sociologie des professions, cet exercice a pu être discuté en tant que pratique prudentielle. Pratique pleinement médicale, il s'agissait avant tout d'un exercice atypique et complexe, essentiellement « d'expertise médico-juridique », au sein d'une équipe pluri-professionnelle, à l'écoute d'un public particulier : des étrangers malades en situation de précarité. Des propositions ont été faites pour l'améliorer.

INTRODUCTION

1. Étrangers malades

« Étranger malade » est un terme administratif et juridique. Il recouvre les personnes de nationalité étrangère, résidant en France, gravement malades, et ayant obtenu un titre de séjour pour raison médicale car ne pouvant pas se faire soigner dans leur pays d'origine. La loi actuelle permet précisément l'obtention d'un titre de séjour portant l'inscription « vie privée et familiale » (VPF) à *«l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié »,* d'après l'article L.313-11-11 du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile[1], loi du 7 mars 2016[2]. Cette courte définition a connu néanmoins plusieurs modifications depuis sa première écriture dans la loi n°98-349 du 11 mai 1998, dite «Loi Chevènement»[3], qui modifiait une ordonnance de Novembre 1945[4]. Elle ne cesse de questionner les pouvoirs publics. « Disponibilité », « bénéfice effectif », les définitions ont évolué tentant de répondre à : qui peut bénéficier d'un titre de séjour, sur place, en France, pour des motifs médicaux ?

L'étranger malade, les étrangers malades, sont à l'interface entre des questions de droit et des questions médicales. Malades mais étrangers. Étrangers et malades. Ils nécessitent une prise en charge médicale, indéniablement, mais aussi une prise en charge juridique, administrative et sociale. Peu nombreux (environ 32 000 personnes acquièrent aujourd'hui en France un titre de séjour pour soins chaque année[5]), ils sont un sujet politique récurrent.

2. En situation de vulnérabilité

Les étrangers malades sont une population vulnérable au sens où ils cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité. Entendons la vulnérabilité comme un concept relativement récent, une « catégorie du présentisme »[6], qui s'est imposée depuis les années 2000 en sociologie, désignant une caractéristique anthropologique universelle, potentielle, relationnelle et contextuelle, et enfin réversible[7]. Et, comme le souligne Soulet : devenue « endogène aux caractéristiques du système social »[7].

Vulnérables car tout d'abord, « étrangers » et « malades » ; il faut souligner que « malade » est entendu au sens de la loi, c'est-à-dire « d'une exceptionnelle gravité »[1]. De plus, s'ils n'ont pas obtenu de titre de séjour, les étrangers malades se trouvent en situation irrégulière. A noter, dans le dernier rapport de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration, sur l'année 2017, plus de 45 % d'avis défavorables rendus aux demandes de titres de séjour pour soins[8]. Ils n'ont alors pas de droit à l'emploi. Leurs ressources financières sont en général en dessous du plafond de la Couverture Maladie Universelle complémentaire(CMU-c) et de l'Aide Médicale d'État (AME)[9]. Quand ils bénéficient de la protection maladie, ils relèvent très souvent de la CMU et sa complémentaire ou de l'AME, ce qui en fait la cible d'éventuels refus de soins. Le rapport du défenseur des droits intitulé "Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME", remis au premier ministre en Mars 2014, détaille ces obstacles à l'accès aux soins du fait de la protection maladie[10]. Très fréquemment, leurs droits à la protection maladie ne sont pas ouverts du fait d'obstacles divers, comme le montrent chaque année les rapports d'activité du Comede[9]. Étant malades et nécessitant des soins, il n'est pas rare alors qu'ils se retrouvent dans des situations de dettes hospitalières surajoutées[9]. De plus, les étrangers sont pour partie allophones. Bien qu'inscrit dans la loi depuis janvier 2016[10], le recours à l'interprétariat n'est pas systématique, en pratique, ce qui peut limiter l'accès aux soins.

3. État de santé des étrangers malades et inégalités sociales de santé en France

Loin de l'image véhiculée de : « l'étranger venu se faire soigner en France »[11], plusieurs observations et études démontrent que la majorité des étrangers découvrent leur pathologie sur le sol français. Quelques chiffres par exemple : 77%, toutes pathologies graves confondues, en 2017, selon les rapports d'observation du Comede, Comité pour la santé des Exilés[12]; 75% pour le VIH seul, d'après l'étude de Calvez, en 2006[13].

Les pathologies pour lesquelles les étrangers vont demander un titre de séjour pour soins en France sont, en premier lieu, les pathologies psychiatriques (21,9%), les pathologies infectieuses : VIH, hépatite B, tuberculose, etc. (21,6%) et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (10,9%), d'après les chiffres de l'OFII de l'année 2017 sur 44 309 demandes[14]. Viennent ensuite les pathologies tumorales : 8,9%. Loin, d'une représentation de l'étranger vecteur du *« péril infectieux »*[15], l'OFII rappelle que *« près de 6 maladies sur 10 sont dues à des maladies chroniques surtout liées aux modes de vie (diabète, hypertension, obésité, etc…) et aux troubles de la santé mentale »*, dans un communiqué de presse du 09/11/2018.[14]

Les inégalités sociales de santé sont les différences de santé liées à une caractéristique sociale. Comme le montre Didier Fassin[16] dans ses nombreux travaux et citant Véronique De Rudder, *« les personnes étrangères et d'origine étrangère [sont victimes d'inégalités] relevant d'un régime général de l'injustice sociale qu'elles partagent avec le reste de la population, mais également d'inégalités procédant de discrimination dont elles sont l'objet »*[17]. *« Produit final des autres inégalités sociales »*[18], les inégalités sociales de santé touchent les étrangers malades. Atteints de pathologies graves, l'accès primaire aux soins est souvent effectué, même s'il existe des refus de soins concrets. Par-delà les refus de soins, les obstacles aux soins se

déclinent sous la question des retards de prise en charge, des non-recours, des renoncements aux soins[19,20].

Une étude d'Anaïck Pian[21] publiée en 2012, en Bretagne, met en exergue des blocages dans l'accès aux soins pour une catégorie particulière d'étrangers malades : ceux atteints de cancer. Elle s'attarde sur la double question de l'entrée dans le soin et du « mourir », lorsque l'échec thérapeutique est annoncé et les blocages auxquels sont confrontés les étrangers malades. L'accès aux soins primaire, au sens de « l'entrée dans le système de santé », tout comme l'accès aux soins secondaire, au sens de « la manière dont se déroulent les soins ensuite »[22] peuvent s'avérer fréquemment problématiques pour les étrangers malades.

« *Être égalitaire ne signifie pas être équitable* »[23], comme le rappelle Hector Falcoff en 2015, lorsqu'il promeut le principe d'équité dans les soins : délivrer des soins proportionnels aux besoins, afin d'obtenir des résultats aussi proches que possible entre patients de position sociale différente pour réduire le plus possible l'écart au niveau du résultat final en termes de santé[23]. Mettre en place des soins équitables, dans un système de santé réfléchi sous l'angle de « l'universalisme proportionné »[24] conceptualisé par Michael Marmot, serait une hypothèse pour pallier les inégalités sociales de santé. Pour les étrangers malades, en sus d'un temps de consultation adapté, avec un interprète, une prise en charge sociale et un accompagnement juridique paraissent impératifs.

4. L'Espace Santé Droit

Le Comede publie tous les ans un rapport d'activité chiffré[9] et détaillé sur l'état de santé des migrants en France, parmi lesquels se trouvent les étrangers malades. Ces données proviennent des différents dispositifs du Comede : centre de santé, permanences téléphoniques et ses autres dispositifs satellites comme l'Espace Santé Droit (ESD). Fondé il y

a 11 ans par le Comede et la Cimade[25], ce dernier est, quant à lui, spécialisé dans l'accueil des étrangers malades.

Cf. Annexe 1.

L'Espace Santé Droit est un partenariat associatif entre le Comede et la Cimade, créé en 2007. L'objectif initial était de mutualiser les compétences médicales, sociales et juridiques des deux associations autour de la question des étrangers malades. L'ESD a été créé comme un lieu d'accueil, dédié à l'expertise et à l'accompagnement d'étrangers malades lors de leur demande de titre de séjour pour soins. Il a aussi pour objectif la promotion de l'accès aux soins et du droit à la santé des migrants en situation précaire. En somme, l'ESD a pour objectif de permettre l'accès aux soins et aux droits de personnes excessivement vulnérables. Il n'existe pas de dispositif strictement identique à notre connaissance en France. Initialement situé dans un local associatif à Aubervilliers de 2007 à 2015, l'ESD s'est ensuite installé dans l'enceinte de l'hôpital Avicenne, à Bobigny de 2016 à 2018. Il est actuellement et provisoirement, à nouveau dans un local associatif, à Aulnay-Sous-Bois, en attendant de s'établir dans un local plus adapté en Seine-Saint-Denis.

Ce dispositif est pluri-professionnel ; y travaillent ensemble : le médecin, deux salariés juristes ou assistants sociaux et une équipe de bénévoles, de professions initiales variées mais ayant la fonction d'accueillant social et juridique dans ce dispositif. À noter que le médecin est un salarié du Comede et que dans le binôme salarié socio-juridique, un salarié représente le Comede et l'autre la Cimade. L'équipe de bénévoles est composée en moyenne de dix personnes, répartis sur les deux jours d'ouverture de l'ESD. Cinq médecins se sont succédé depuis la création. Le médecin y intervient sur des questions de demandes de titre de séjour pour soins, en appui des équipes sociales et juridiques. Il n'est pas dans une fonction de soignant, il n'est pas « le médecin » du patient, il ne va pas l'examiner. « Que fait-il alors ? »,

est la question souvent posée. Aucun écrit n'existait jusqu'au début 2018 concernant les rôles, missions ou fonctions de ces médecins. La rédaction d'un document d'équipe concernant les rôles des médecins, en janvier 2018, mit en exergue la difficulté à décrire leur activité : la description fût en creux, par la négative: « il ne s'agit pas d'un rôle […]. Ce n'est pas non plus […] ».

5. Rôles et missions du médecin généraliste : approche par la sociologie des professions

Longtemps définis en creux, les caractéristiques de la médecine générale et les rôles du médecin généraliste sont maintenant bien décrits. (WONCA[26]). Concernant les missions du médecin généraliste, le Pr Druais, dans son rapport à la ministre du 15 mars *2015 « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé »*[27] rappelait que : *« Si les missions du médecin généraliste sont mentionnées de manière théorique dans l'article L 4130-1 de la Loi HPST, la description précise de ce qui est attendu en terme de tâches et de compétences n'a jamais été faite ni dans la Loi, ni par décret, encore moins la description des moyens de l'exercice. ».* Le cœur de l'activité de la médecine générale est bien décrit par ses acteurs. Mais quels en sont les contours ? Comment décrire et comprendre les diversités des exercices de « l'art médical » en médecine générale ?

Les différents courants de la sociologie des professions ont cherché à découvrir les traits qui différencient une « profession » d'un « métier ». Comment rendre compte de l'efficacité pratique et sociale des savoirs théoriques des professionnels ? Qu'est-ce qu'être médecin ? Eliot Freidson s'empare de ces questions dans son ouvrage fameux, non réédité, *La profession médicale*[28,29]. Plus récemment, Florent Champy définit le concept de pratique prudentielle[30]. En sus d'un savoir théorique et d'un savoir-faire normalisé, les professions prudentielles ont à gérer une part d'incertitude car elles traitent de cas, à la fois, singuliers et complexes. Il s'intéresse à la façon dont les professionnels raisonnent pour résoudre ce type particulier de

raisonnement, de « prise en charge », dirait-on en médecine. Jean-Michel Chapoulie regroupant et citant les travaux de Hughes[31] rappelle que, si l'on veut comprendre un travail, « *il faut d'abord comprendre le rôle des personnes qui y sont impliquées* ».

La pratique du médecin généraliste à l'ESD, atypique à première vue : sans prescription ni examen clinique, au sein et en appui d'une équipe sociale et juridique, entre le travail salarié et le bénévolat, est à explorer et à définir en ce sens.

Le but de ce travail est de **décrire l'exercice du médecin généraliste à l'Espace Santé Droit.**

MÉTHODES

1. Objectif

Comment décrire l'exercice du médecin généraliste à l'ESD ?

2. Étude qualitative

Une méthodologie qualitative a été retenue sur les conseils de sociologues et chercheurs en médecine générale. En effet, cette étude cherchait à décrire un phénomène, à explorer et à comprendre une pratique de la médecine, dans son environnement. Un travail qualitatif était la méthode la plus adaptée pour cela.

3. Choix de la théorie enracinée

L'étude concernait la description d'une activité non documentée. L'analyse par la méthode de la théorie enracinée permettait de partir de la collecte des données sur le terrain pour générer une théorie. Il s'agissait d'une approche « constructiviste » qui cherchait à explorer des situations. Elle a été choisie car apparaissant la méthode la plus adaptée pour théoriser au mieux les rôles du médecin généraliste à l'ESD. À noter que le chercheur était membre du dispositif, permettant un travail en immersion.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Toutes les personnes ayant travaillé à l'ESD depuis sa création étaient susceptibles d'être interrogées : médecins, salariés et bénévoles socio-juristes, sous réserve d'au moins un an d'activité dans le dispositif.

Les entretiens ont alterné, au hasard, les différents professionnels, en veillant à n'omettre aucun médecin. Les entretiens ont été arrêtés lorsque la suffisance des données a été obtenue, vérifiée par 3 entretiens supplémentaires, et confirmée par la directrice de la recherche.

5. Entretiens, recueil des données et respect des personnes participant à l'étude

Les personnes ont été sollicitées par mail ou de vive voix et ont donné leur accord pour participer. L'avis du comité d'éthique et du comité de protection des personnes ont été requis. L'étude n'en relevait pas. La CNIL a été sollicitée, l'étude n'en relevait pas. Une déclaration des données conservées a été faite au délégué à la protection des données de la faculté de médecine d'Angers. L'anonymat a été conservé. Les entretiens ont été semi-dirigés, incluant des périodes d'écoute neutre. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone visible posé sur le bureau. Les entretiens ont été retranscrits in extenso et validés systématiquement par les personnes avant leur analyse. 15 entretiens ont été réalisés, d'une durée médiane de 44 minutes (25 min pour le plus court et 1h52 pour le plus long).

6. Triangulation et analyse par la théorie enracinée

Les entretiens ont été systématiquement codés par un second médecin, en aveugle. Le deuxième codeur était principalement la directrice de la recherche. Un troisième regard d'un étudiant juriste a été sollicité pour coder les entretiens de juristes.

Conformément aux principes de la théorie enracinée, l'analyse avait lieu à l'issue de chaque entretien, et avant de débuter le suivant. L'analyse comprenait successivement une étape de codification, catégorisation, puis mise en relation des catégories, intégration et enfin modélisation. De plus, tous les documents relatifs au dispositif ESD, depuis sa création, ont été analysés (comptes-rendus de réunions, notes, rapports d'activité, etc).

RÉSULTATS

Les différents concepts ayant émergé après l'analyse des entretiens ont été organisés et présentés de façon à appréhender au mieux l'activité du médecin à l'ESD.

Les citations ont pu être modifiées pour préserver l'anonymat.

Tableau I : Codes utilisés

Sigle utilisé	Fonction dans le dispositif
Mx	Médecin
Sx	Salarié
Bx	Bénévole

7. Le cadre de l'exercice du médecin : l'ESD

7.1. Le lieu pose question

L'activité du médecin avait lieu un jour par semaine : un médecin exerçait le mercredi, un autre le vendredi. Après avoir été dans un local associatif à Aubervilliers, puis dans l'enceinte de l'hôpital Avicenne, à Bobigny, l'ESD était provisoirement, au moment de l'étude, dans un local associatif de la Cimade, à Aulnay-Sous-Bois. Le local a paru poser des problèmes en termes d'identification aux soins ainsi que sur l'accueil et la pleine réalisation de consultations confidentielles.

M2 : « Venir qu'une seule fois par semaine, pour moi, c'était très compliqué ».
M3 : « [les difficultés rencontrées] c'est quand même de trouver sa place. Mais de trouver même sa place physiquement, ça que c'est sûr les lieux ont changé à chaque fois mais on a un espace bizarre ».

Néanmoins, le lieu a aussi été mis en avant et reconnu comme adapté à ses fonctions.

B1 : « C'est un endroit que X [juriste] a qualifié un jour de « laboratoire », […] c'était un endroit remarquablement bien équipé aussi bien sur le plan humain que matériel ».

Par ailleurs, le médecin de l'ESD exerçait en partie dans un bureau fermé. L'absence de bureau fermé a pu poser problème tant pour la pratique du médecin que pour son positionnement au sein de l'équipe:

M4 : « Ça défilait dans le cabinet » ; « Alors ça, ça pose un des conflits de l'exercice, de ne pas trouver notre espace. » ; « Et puis le cadre c'est aussi l'espace, l'espace ne convient pas, c'est clair, qu'on a toujours travaillé dans un espace qui ne convenait pas. Moi je pense qu'il faut un vrai bureau fermé pour le médecin. C'est un vrai souci ».
M2 : « J'allais les rencontrer dans le bureau des médecins pour une raison toute simple de confidentialité ».

7.2. Les bénévoles socio-juristes

L'activité du médecin à l'ESD était étroitement liée à l'activité des bénévoles socio-juristes. En effet, les bénévoles recevaient les patients dans un premier temps, puis venaient, ensuite, solliciter le médecin. Ils avaient une activité de repérage social, sur des questions d'accès aux soins et une activité d'accompagnement juridique, sur des questions essentiellement de demande de titre de séjour pour soins et de dettes hospitalières. Le médecin intervenait, donc, en appui des bénévoles. Par-delà la prise en charge sociale et juridique, il était aussi un soutien à la compréhension du patient et de sa pathologie.

B5 : « On présentait le dossier auprès du médecin, accompagné ou non de la personne à laquelle on demandait si elle acceptait que le juriste ou le socio-juriste participe à l'entretien […]. Donc je participais pour éclairer en tous cas la position du médecin qui lui-même se prononçait sur la question de santé. Moi, j'apportais l'éclairage juridique par rapport à la question médicale ».

M1 : « [Le médecin était] Une personne ressource par rapport à une équipe juridique, de compétences médicales ».
S1 : « Le médecin te permet de mieux comprendre pour mieux suivre la personne ; […] et puis d'avoir un peu plus d'empathie, je trouve, comparé à des mots complètement barbares ».

Des difficultés inhérentes à cette position de « second recours », de « personne à solliciter » ont pu être soulevées, notamment la difficulté à travailler avec des personnes bénévoles et à instaurer un cadre de travail ainsi que la difficulté pour les bénévoles à s'approprier les concepts de santé.

M3 : « A l'ESD comme tu étais toujours entre ce rôle [de médecin expert], qui est très différent d'ailleurs du rôle du médecin habituel, et des moments très informels où les gens ils parlent un peu de leur vie, les bénévoles, même les salariés, et du coup, j'avais du mal à me concentrer ».
M2 : « Au tout début, on avait cette naïveté de penser que les bénévoles allaient pouvoir essayer d'appréhender une certaine partie du médical, et on s'est un peu calmé… Moi je pense que c'est vain ».

Les bénévoles travaillaient dans le dispositif à raison d'une journée par semaine, sur leur temps libre. Le médecin devait être à leur écoute et capable de les accompagner autant que les soutenir. En effet, il est apparu que recevoir des patients sans être médecin, et discuter de la santé pouvait s'avérer très difficile. De plus, la question de la limite, de ce que l'on peut attendre ou non d'une personne bénévole en termes de travail, a été soulevée. Bénévoles ou salariés, la seule exigence invariable était le professionnalisme.

M3 : « [Lors des entretiens avec le patient], je sentais que je mettais le bénévole en difficulté, à côté de moi, parce que, où met-on toutes ces émotions ? Moi, j'ai ma carapace de médecin, mais pas le bénévole » ; « je ne sais pas vraiment ce que l'on peut attendre des bénévoles ».
S3 : « Donc, ils se disent : « moi, en même temps, je suis bénévole », « oui, sauf que là, tu es professionnel », ce n'est pas une question […] ils ne sont pas payés, mais ils viennent remplir une fonction. S'il faut se rouspéter parce qu'on n'est pas d'accord, on se rouspète ! S'il faut travailler ensemble, on travaille ensemble, salarié ou pas salarié ».

B1 : « Il faut accepter de travailler avec les bénévoles, qui ont leurs faiblesses et leurs qualités ».
B6 : « Tu as beau te situer comme professionnel, ce n'est pas vrai que tu ressors indemne de certaines situations [prises en charge et entretiens avec les patients] ».

7.3. Les salariés socio-juristes

L'activité du médecin à l'ESD était aussi étroitement liée à celle des salariés socio-juristes. Assistants sociaux ou juristes de formation, ils étaient amenés à coordonner l'équipe ainsi qu'à accompagner chacun, sur les aspects techniques sociaux et juridiques posant problème dans l'accompagnement des patients.

S2 : « J'étais très « à dispo », je me sentais « obligé de », par rapport aux bénévoles … J'étais toujours en co-encadrement avec les bénévoles en difficulté ou débutants. Moi, j'avais quelques suivis individuels, ou des dossiers que je suivais plus particulièrement avec un bénévole ; donc on avait un temps de travail dédié avec le bénévole en question, et aussi avec le médecin ».
S1 : « Si je devais qualifier ma place ou mon rôle par rapport au médecin à l'ESD, je dirais que je m'interrogeais plus sur des concepts théoriques, à leur place, à leur mission,[…] j'essayais de m'assurer que les médecins trouvent leur place et que les bénévoles comprennent cette place et que les échanges se passent bien » ; « Notre rôle [de coordination], c'est constamment, de faire en sorte que toutes les lanternes soient bien allumées, qu'il y ait des réflexes qui se créent, qu'il y ait des questionnements ».

Le médecin était amené à participer à l'animation de l'équipe avec les salariés. Il avait des temps privilégiés, formels ou informels, avec eux.

M1 : « [Le médecin] avait aussi une fonction d'encadrement en soutien de la coordination salariée, du binôme du Comede et de la Cimade ».
S1 : « Moi, j'aimais bien tous les petits moments informels avec les médecins ».

7.4. Pour un public très particulier, à la marge

Pour décrire l'activité du médecin, il est apparu fondamental de définir les patients suivis. Il s'agissait en effet d'un public très spécifique, celui des étrangers malades. Et au sein des étrangers malades, ceux ayant des problèmes administratifs, sociaux ou juridiques.

Il s'agissait donc de patients d'origine étrangère, francophones ou anglophones essentiellement du fait d'une prise de rendez-vous téléphonique mais aussi parfois allophones. Les patients étaient systématiquement malades et atteints de maladies chroniques graves. Ils étaient en général en situation sociale précaire. Ils avaient toujours des problèmes d'accès aux soins ou bien d'accès aux droits ou les deux. Ils méconnaissaient globalement le fonctionnement du système de santé français.

Les patients étaient toujours des adultes, demandant un titre de séjour pour eux-mêmes ou en qualité d'accompagnant d'un enfant malade ; auquel cas, c'est l'enfant qui était malade.

M4 : "Alors la différence [avec la médecine de ville], c'est que tu ne vois jamais de gens qui vont bien. Quand ils ont un titre de séjour, c'est qu'ils ont une maladie grave, on ne voit jamais des gens qui vont bien… C'est un peu désespérant ».

M3 : « Des patients précaires, en rupture, isolés » ; « des personnes très isolées, qui accumulent tous les obstacles administratifs ».

B4 : « C'était des profils sociaux, on va dire, globalement un peu atypiques par rapport au public, à la patientèle du COMEDE classique, […] c'était des pathologies avancées […]que beaucoup de gens avaient des pathologies lourdes, qu'on suivait un peu au long cours ».

B7 : « C'est souvent des gens qui ont des problèmes psychologiques, enfin psychiatriques, et ou alors qui sont vraiment dans une grande précarité, qui ne sont pas très bien suivis parce qu'ils sont précaires ».

8. Qui est le médecin de l'ESD ?

8.1. Avant tout et surtout, un médecin

Le médecin de l'ESD est un médecin. Ceci a été souligné et rappelé dans tous les entretiens, sans exception. Ceci n'a jamais été remis en question.

B6 : « Alors, c'est d'abord un médecin ».
M2 : « Alors bénévole ou salarié, mais on cherche avant tout un professionnel, c'est-à-dire un médecin qui va avoir les missions dans son rôle de médecin. [...] un médecin qui a des compétences médicales ».
S4 : « Mais il faut être médecin ».

Des règles de base de la pratique médicale étaient recherchées et présentes dans l'exercice du médecin, à savoir : respecter la déontologie et le secret professionnel, connaître l'art médical, avoir de l'empathie, être confraternel, être capable de gérer la détresse humaine, être bienveillant, être rigoureux, être accessible, être à l'écoute, etc.

B6 : « C'est quelqu'un […] qui a de l'empathie ».
M1 : « D'abord, mais c'est ce qu'on attend de tout médecin, c'est des qualités techniques, de connaissance, une maîtrise de l'art médical ».
S1 : « Plus les qualités humaines et relationnelles ».
B7 : « à l'écoute de l'autre et pas que de sa maladie : de sa vie ».

8.2. Généraliste en partie

Le médecin de l'ESD était, a priori, un médecin généraliste, en activité ou non. Il apparaissait avant tout nécessaire qu'il ait des compétences de clinicien. C'est-à-dire, il était attendu qu'il sache mener une consultation, écouter le patient et lui proposer une réponse adaptée. Il était aussi attendu qu'il sache repérer et prendre en charge l'anxiété et les autres états psychiques des patients.

Mais en même temps, il était attendu du médecin qu'il ait une connaissance globale de l'art médical et du système de santé et qu'il sache rechercher des informations médicales.

B5 : « C'est un médecin qui doit écouter ».
B6 : « Moi je trouve que le généraliste, c'est l'idéal » !
B1 : « [Le médecin], il voyait bien l'attitude mentale de la personne ».
B3 : « Pour la partie Comede, si je puis dire, il faudrait un bon clinicien. Pour la partie Cimade, il faudrait plutôt un bon santé publique ».
M2 : « Avant tout, un professionnel, c'est à dire un médecin qui va avoir les missions, dont son rôle de médecin […]Un médecin qui a des compétences médicales, pas forcément médecin généraliste […] ; qui a le potentiel pour aller chercher les ressources et les informations assez vite ».

Il était dans la continuité des soins, ainsi que dans la prévention et la coordination des soins.

M2 : « Essayer de contacter les médecins, d'avoir le maximum d'informations, un courrier médical, un compte rendu… »
M3 : « Ça c'est le point commun qu'il y a entre le médecin traitant et le médecin de l'ESD parce qu'on va avoir quand même un rôle d'accompagnement, pour que la personne, elle essaie un peu de s'emparer de… qu'elle ait tous les éléments en tête pour comprendre… »

Il a été noté une composante à travailler « dans l'urgence », l'urgence ressentie.

S3 : [Le médecin de l'ESD devrait être] « quelqu'un effectivement qui aime travailler un peu dans une espèce d'urgence parfois, qui n'est pas une urgence, et arriver à la déconstruire ».

8.3. Qui sait travailler en équipe pluri-professionnelle

Savoir travailler en équipe était la première qualité attendue ou recherchée pour un médecin par la totalité des personnes interrogées. Le médecin de l'ESD devait savoir écouter, comprendre et se faire comprendre par des professionnels de corps de métiers très différents du sien; en effet, bien qu'effectuant la fonction d'accueillants sociaux et juridiques

au sein du dispositif, les bénévoles avaient des professions initiales très diverses. Et les salariés étaient assistants sociaux et/ou juristes.

M3 : « Il faut vraiment quelqu'un qui sache travailler en équipe ».
S1 : « Une des premières qualités pour le médecin à l'ESD c'est de savoir travailler en équipe, avec des gens qui ne sont pas médecins. » ; « le rôle du médecin, c'est avant tout des qualités de vivre ensemble, de faire équipe » ; « Dans l'ESD, on fait tous des métiers différents, on a tous des missions qui sont différentes ».
S3 : « En fait, le dispositif, il ne peut tenir que si tu te mets à la place de l'autre. En tous cas, en pensées» ; « ce qui est énorme, c'est que c'est très technique ce poste de référent socio-juriste et que ce n'était pas leur métier pour la plupart ; ils doivent apprendre un métier, se reconvertir ».
B6 : « Eh bien, on est une équipe pluridisciplinaire […] On a une collaboration très étroite avec le médecin. Alors c'est toute la richesse de la pluridisciplinarité et toute la complexité. Parce qu'il faut être très à l'écoute de l'autre ; que l'autre soit à l'écoute ».

9. Quelles sont les spécificités de l'exercice ?

Les rôles du médecin de l'ESD n'apparaissaient pas évidents et semblaient à définir ou redéfinir pour la quasi-totalité des personnes interrogées :

S1 : « En fait oui, ce n'est pas une évidence! Cette place, ce rôle ».
M3 : « Moi, je ne savais pas ce que je devais faire. En fait, il n'y a rien d'écrit. […] initialement et pendant très, très, très longtemps il n'y a pas eu de rôle posé sur papier là-bas ».
S3 : « Le rôle du médecin il faut le réfléchir, il faut le redéfinir à l'ESD ».

Les difficultés à décrire ces rôles pouvaient être expliquées par deux caractères majeurs de l'exercice du médecin, retrouvés dans la quasi-totalité des entretiens, à savoir : l'atypie et la complexité de l'exercice du médecin à l'ESD.

9.1. L'atypie de l'exercice

L'exercice du médecin à l'ESD est apparu comme atypique, en soi ; ainsi qu'au sein d'un dispositif lui-même atypique.

D'une part, parce qu'il s'agissait d'un médecin qui ne pratiquait pas les actes usuels et spontanément pensés de la médecine générale : il n'examinait pas. Il ne prescrivait pas non plus.

M1 : « Je me disais qu'à l'ESD, on allait essuyer les plâtres, parce que la nouveauté c'est que ce n'était pas un lieu de soins, […], il n'y avait pas de prescription, pas de médicament, pas d'examen ».
S3 : « C'est une nouvelle pratique, différente de celle : « je prescris, enfin je joue au médecin soignant », mais là on est soignant, mais dans un rôle très symbolique puisque du coup c'est aider les gens à obtenir un titre de séjour pour améliorer leur santé ».
S2 : « Pas évident quoi, ce n'est vraiment pas un rôle traditionnel ».
M3 : « D'une certaine manière, c'est un soin que je délivre, mais ce n'est pas le soin au sens où je vais faire un diagnostic, je vais donner un traitement ».

- De plus, le médecin n'était pas le 1er recours dans la structure ; c'était le bénévole socio-juriste qui voyait le patient en premier et qui, ensuite, sollicitait le médecin.

S4 : « Avec une activité qui était autour d'être reçu par un bénévole, puis par le médecin. Ou au moins, d'être accueilli par un bénévole, puis reçu par le médecin puis re-reçu par le bénévole. Mais il n'y avait pas forcément un accueil direct par le médecin ».
M2 : « Donc c'étaient les bénévoles qui venaient me solliciter pour les expertises […] et ensuite je participais à une partie des entretiens qui étaient faits entre les bénévoles et le patient ».
S1 : « Pour moi, ils [les médecins] ne sont pas en première ligne avec les patients dans l'accompagnement parce que c'est les bénévoles […], mais ils interviennent aussi en consultation ».

- D'autre part, une certaine difficulté à nommer les intervenants du dispositif a été mise en avant. Cela pouvait souligner le caractère atypique du dispositif et des fonctions de chacun, au sens où il semblait nécessaire de créer des vocables adaptés à l'activité.

S3 : « enfin des bureaux de réceptions d'usagers, enfin de patients… » ; « tu dois réfléchir pour aider justement cette équipe de … moi ce que j'appelle « socio-juristes », de « référents socio-juristes », ils ne sont pas « bénévoles » ».
S4 : « j'étais le … je ne sais pas comment on appelait cela ».

- Et enfin, le public reçu est apparu aussi très singulier. Il ne correspondait pas à un public représentatif des patients reçus en médecine générale, il était plutôt très spécialisé. Il ne s'agissait pas d'une patientèle typique de médecin généraliste. Et, y compris au sein des gens habitués à recevoir des patients migrants, il s'agissait d'un public très spécifique.

B4 : « Un public très atypique quand tu travailles dans les questions de santé des étrangers ».

9.2. Un exercice complexe

La notion de « complexité », et tous ses synonymes : « pas facile », « difficile », « super dur », etc., était présente dans tous les entretiens et à plusieurs reprises dans chacun d'eux. Il s'agissait de l'occurrence la plus fréquente de la recherche. La complexité de l'exercice est apparue plurifactorielle.

- La complexité du rôle lui-même car non défini et difficile à appréhender :

S1 : « Les contours de l'intervention, le rôle du médecin, en fait, c'est quelque chose de tellement complexe ».

- La complexité des liens dans l'équipe constituée de professions différentes, ainsi qu'entre salariés et bénévoles.

B6 : "C'est toute la richesse de la pluridisciplinarité et toute la complexité, parce qu'il faut, effectivement, être très, très à l'écoute de l'autre ; que l'autre soit à l'écoute. » ; « et puis il y a aussi une difficulté, enfin on va dire « difficulté », je ne trouve pas d'autre mot, de ce mélange salariés-bénévoles ».

- La complexité était aussi celle des patients suivis. Les pathologies étaient graves et chroniques, et intriquées à des situations sociales, administratives et juridiques complexes.

M1 : « J'imagine que c'est intéressant mais que c'est une difficulté technique, il faut être confronté à des situations d'une très grande diversité et gravité médicale ».
B4 : « Difficile parce que beaucoup de gens avaient des pathologies lourdes, qu'on suivait un peu au long cours ; […] Des situations terribles ».
B6 : « On travaille quand-même sur un terrain très complexe. Enfin « complexe » d'un point de vue juridique et compliqué au point de vue humain ».

- La complexité résidait aussi dans les demandes de titres de séjour pour soins suivies.

S2 : [rôle du médecin] « essentiellement sur de l'évaluation DASEM compliquée, parce que les situations compliquées, c'est les situations médicalement limites sur le plan des critères médicaux, très difficiles à évaluer ».

- Les prises en charge étaient sur une temporalité longue, émaillées de difficultés successives.

S2 : « sachant que si on fait ça, on dit aux gens : « on va donc bosser ensemble pendant 2 ou 3 ans ». […] On emmène les gens dans des trucs longs et complexes. Donc, il y a de l'hésitation, il y a de la complexité ».
B5 : « on y arrive, mais ce sont des combats difficiles […] Il faut comprendre que ça prend beaucoup, beaucoup de temps. Donc bon, on y arrive, mais avec beaucoup, beaucoup de difficultés ».

B7 : « C'étaient les parents d'un petit enfant malade, qui m'ont appelé hier [janvier 2019] , pour me dire qu'ils avaient enfin leur carte VPF pour laquelle on se battait depuis 2016 quand même ».

- L'exercice semblait complexe d'autre part, car ni inné ni acquis par la formation médicale initiale, il s'apparenterait plutôt à un apprentissage empirique.

M2 : « l'expertise, c'est pas un diplôme ! L'expertise, elle est essentiellement basée sur l'expérience sur un sujet ».
M3 : « on pourra toujours faire toutes les formations théoriques, tu en apprends bien plus en le faisant ».

Par ailleurs, l'exercice à l'ESD a pu apparaître comme complexe pour les médecins, au sens de *difficile*. La question de leur place et l'isolement sont ressortis des entretiens.

- « Trouver sa place » en tant que médecin, au sein du dispositif a pu être décrit comme une difficulté. Pour deux des quatre médecins, ce fut la première réponse à la question « quelles sont les difficultés inhérentes au poste de médecin dans ce dispositif ? » :

M2 : « C'est de trouver sa place ».
M3 : « C'est quand même trouver sa place ».

- L'isolement est apparu comme une difficulté importante à l'exercice pour les médecins, facteur de complexité. Les enjeux et les décisions prises semblaient nécessiter de la discussion et des temps collectifs, avec d'autres médecins. Être seul médecin dans ce dispositif semblait être un frein à la pratique ; alors qu'au contraire, être à plusieurs semblait permettre la bonne réalisation de l'exercice du médecin.

M4 : « Ce qui me gênait le plus, c'était de me sentir isolé ».
M3 : « La difficulté, […] c'est d'être seul ».
M1 : « Une difficulté, […], sur le fait que la responsabilité au fond, de savoir si on va ou pas engager, soutenir la personne dans ses démarches, elle repose à la fin sur la décision, sur

l'avis du médecin ; c'est toute la difficulté d'assumer ce genre de décision si on est tout seul et c'est tout l'intérêt de ne pas être tout seul ».

10. Quels sont les rôles du médecin à l'ESD ?

10.1. L'expertise médico-juridique des demandes de titre de séjour pour soins

10.1.1. Un spécialiste dans un domaine d'expertise

Le médecin généraliste de l'ESD est apparu comme un spécialiste des demandes de titres de séjour pour soins. Il devait avoir une posture d'expert, on venait le solliciter.

M2 : "Se recentrer, c'est-à-dire : se placer vraiment en position d'expert » ; « Y'a l'expertise évidemment : est-ce qu'on pense que la personne répond aux critères de la loi au moment où la personne fait sa demande, parce que ça change la loi ; et puis deuxièmement: est-ce que ça va marcher ou pas » ?
B1 : « l'activité principale c'était les demandes de titre de séjour pour raison médicale, ça, ça demandait absolument l'expertise d'un médecin, parce qu'il n'est pas question d'engager les gens dans des procédures où ils se feraient à coup sûr retoquer et où ils récolteraient une obligation de quitter le territoire ».

La haute technicité de l'exercice du médecin à l'ESD fut un thème récurrent. Cette technicité concernait l'expertise dans le cadre des procédures médico-juridiques des étrangers malades.

S1 : « Il y a des compétences très techniques comme on disait : « d'expert », sur les connaissances de soins, sur les systèmes de soins ».
M4 : « On a un travail très technique à faire, à la fois très humain et très technique ».
S2 : « Je suis assez impressionné de voir certains médecins qui sont devenus super bons en procédures […] : décisions du préfet, recours TA, appel devant la CAA et tout le circuit. Redéposer une demande, abroger une OQTF ».

10.1.2. La procédure de demande de titre de séjour pour soins

L'expertise pour les demandes de titre de séjour pour soin consistait en plusieurs étapes, décrites communément par les différentes personnes interrogées.

- Il s'agissait tout d'abord de rechercher si le patient remplissait médicalement les conditions pour le droit au séjour. D'une part, savoir s'il était atteint d'une pathologie « d'une exceptionnelle gravité » :

M3 : « L'exceptionnelle gravité, c'est basé sur un certain nombre de connaissances médicales qu'on a eues, qu'on peut rechercher sur les sites, dans des bouquins de médecine, des choses comme ça. On va aller rechercher les risques, si on ne les connaît pas, de complications, des pourcentages. Alors, moi je me base sur la définition du Comede, où l'on parle d'une exceptionnelle gravité à partir du moment où il y a un risque significatif supérieur à 5% de complications ou d'avoir un handicap majeur. […] Voilà, il y a des situations très simples et puis il y en a d'autres beaucoup plus compliquées, parce que c'est de la médecine, parce que parler en pourcentages c'est bien, mais on n'a pas des pourcentages pour tout, en fait ».

- D'autre part, de réfléchir autour de l'accès aux soins au pays d'origine de la personne pour rechercher si le patient ne pourrait pas « y bénéficier effectivement » des soins nécessaires. Ce second pan d'expertise est apparu problématique et très critiqué par les médecins du fait de sa difficulté à se fonder scientifiquement.

M4 : « Le problème que l'on a tous, à l'ESD ou au Comede, c'est de recueillir des données fiables sur l'accès aux soins au pays. Et ça c'est vraiment.. Les chiffres de l'OMS et tout, ça ne suffit pas ».

M2 : « Sur l'accès aux soins dans le pays d'origine[…] Alors, au tout début, c'était ce qu'on appelle les indicateurs, alors l'OMS, le PNUD. Au départ, il n'y avait que ça, après on en a rajouté d'autres. Ça donnait une idée, une image, à un moment. Même si c'étaient des indicateurs « généraux », on peut comprendre qu'avec la situation personnelle… Enfin on a essayé d'affiner nos argumentaires sur l'accès aux soins dans le pays d'origine. Au fur et à mesure, de compiler les infos des pays d'origine. Moi, je pense que, là où moi j'ai le plus appris… Alors finalement c'est pas avec les chiffres des institutions internationales… C'est par les patients ».

M3 : « Avoir des preuves, scientifiques, de l'accès aux soins et de comment ça se passe dans les pays, au fond, on n'en n'a pas. On a des indicateurs généraux qui devraient être une bonne base, mais finalement on se rend compte que même ces indicateurs, ils peuvent être remis en cause, parce que en fait, dans certains pays, il n'y a pas vraiment de relevés de comment se passe la santé. […] Tu essaies d'avoir des données vraiment solides, alors tu recherches quoi ? Tu recherches sur des sites qu'on a déjà identifiés, donc l'OMS et puis le PNUD, et puis après tu fais des recherches Google. Ça, ça te permet de te faire une opinion parce que ça va être éventuellement des articles de journaux, qui vont te permettre de dire : « mon impression, elle est quand même confirmée par tout ça ». Mais, tu n'auras peut-être pas forcément un truc très solide. Et pour moi, la 2ème évaluation, c'est une idée, ça ne peut pas être un truc scientifique comme peut-être peut l'être l'évolution d'une maladie ».

- L'étape suivante, et/ou concomitante, était de réfléchir à ces deux critères, en regard de la situation administrative et juridique. Afin d'affiner la stratégie juridique et par conséquent la réponse au patient, il s'agissait de concevoir la stratégie juridique la plus adaptée, en se questionnant, en même temps, sur la temporalité de la demande.

S4 : « Est-ce que les conditions médicales d'une admission au séjour peuvent être envisagées ? Mais une fois qu'on avait posé cette question, on allait un peu plus loin, c'est-à-dire qu'il fallait aussi se demander : est-ce que, même si c'est ou pas réuni aujourd'hui, est-ce que c'est le moment pour déposer une demande ? Est-ce qu'il ne faut pas attendre ? Ou au contraire, il faut le faire vite parce que le moment est propice. Si on le fait, en termes de projections, on entraîne la personne dans quoi, à terme ? C'est-à-dire que, qu'est-ce qui va se passer par la suite, en termes de renouvellement ou pas, d'ouverture des autres droits. Du coup, est-ce que ça vaut le coup de le faire ? Ou, est-ce qu'on ne part pas dans une entreprise qui est trop provisoire ? Ou qui a trop de risques d'échec ? Et puis, ensuite, une fois qu'on a réuni un peu l'ensemble des éléments médicaux qui peuvent peser ou non en faveur d'une admission au séjour, les coupler avec tous les éléments non médicaux, qui pourraient aussi jouer en faveur ou en défaveur d'une admission au séjour. Et éventuellement, […] aller jusqu'à solliciter un avocat pour lui demander : une fois qu'on part de ça, est-ce qu'un dossier comme ça, on pense que ça peut être gagné, plus tard » ?

10.1.3. Savoir dire « non »

Le dernier point relevé concernant cette expertise était qu'il y avait des personnes qui ne répondaient pas, inéluctablement, aux critères de la loi et qu'il incombait au médecin de savoir leur expliquer, « dire non ». Le médecin de l'ESD devait savoir être ferme. Mais « dire non », ne signifiait pas : ne plus accompagner.

B3 : « Donc c'est la partie difficile du métier, c'est de dire aux gens « vous n'avez aucune chance là-dessus ».
B1 : « Une rigueur qui ne fasse pas céder à la compassion pour ne pas demander un titre de séjour quand il y a très peu de chances de l'obtenir ».
S4 : « C'est que le « non » il implique aussi un accompagnement de la demande. Ce qui peut aller très loin. Il a des personnes qu'on a suivies des années. Du coup, c'est pas ponctuel, c'est pas un « oui non » ; c'est en fait des personnes qu'on suivait un an, deux ans, trois ans, quatre ans… Donc on n'est pas sur une expertise ponctuelle qui se traduit par un « oui » ».

10.1.4. Un risque de faire de la médecine de contrôle

Un des risques apparus était celui de ne faire plus que de l'expertise médico-juridique, et alors de « tomber dans de la médecine de contrôle ». C'est à dire, que les médecins n'eussent servi qu'à donner des avis, à l'image des médecins inspecteurs de santé publique, médecins de l'ARS ou de l'OFII ensuite, qui encadrent les demandes de titres de séjour pour soins, officiellement. L'idée que l'expertise ne fûsse, in fine, qu'un avis ponctuel, « sur dossier », a été soulignée plutôt par les médecins et les salariés. Les raisons sous-jacentes avancées qui pouvaient étayer ce risque étaient la sur-sollicitation, la surcharge du médecin d'une part, et d'autre part, l'absence de possibilité de « relation » avec les patients, de dialogue médecin-malade. En effet, si le médecin était tout seul pour plusieurs bénévoles qui le sollicitaient pour plusieurs patients chacun, il avait peur de ne pouvoir rendre « qu'un avis », sans pouvoir pleinement instaurer une relation médecin- malade.

M3 : « Ça te donne l'impression d'être le médecin de l'ARS ou de l'OFII » ; « parce que si on veut continuer à avoir des médecins à l'ESD, il faut aussi qu'on ait l'impression de faire autre chose que du contrôle ».
S2 : « Il y a un gros risque que le médecin soit un peu l'expert hors sol, qui arrive après la bagarre » ; « le fait que le médecin soit utilisé comme une espèce de robot et puis basta ».
S4 : « Ce qui me semble assez légitime et intéressant, c'est qu'il y ait une relation entre le soignant et le patient, antérieure, mais pas sur cette question [DASEM]. C'est à dire, qu'il y ait pu y avoir un échange sur la pathologie, sur le parcours de soins. […] du coup, peut être que ce ne serait pas une bonne chose, que le médecin voie directement le patient, 5 minutes pour lui dire : « voilà votre dossier, oui vous pouvez faire ». Parce que du coup, là, d'une certaine manière, il serait perçu comme un expert qui pourrait être médical, mais pas dans une relation avec un patient ».

10.2. C'est une personne ressource

Le médecin de l'ESD est apparu comme une personne-ressource.

- D'une part pour le patient :

M4 : "Moi, je me suis dit que, à la limite, il y a un moment où il faut dire au patient : « vous pouvez compter sur moi, quels que soient les moyens que j'ai, même s'ils sont faibles, vous serez toujours le bienvenu » ».
M1 : « Être une personne ressource, le cas échéant, directement pour les usagers, à partir du moment où les usagers ont besoin dans une fonction de conseils et pas de soignants ».

- Mais surtout, et essentiellement, il était vu comme ressource et soutien pour l'équipe.

M1 : « Le médecin à l'ESD a une mission d'être référent, d'être ressource… D'abord pour l'équipe de salariés, de bénévoles, de l'équipe socio-juridique, sur les questions de santé ».
B1 : « Ce que je trouvais formidable, c'était la présence de MédecinX. […]. MédecinX donnait une impression de stabilité […], de stabilité et de bienveillance ».

Il est apparu comme une sorte d'interface, de pivot au sein de la structure. Il était celui qui était en capacité de faire le lien entre les membres du dispositif et avec l'extérieur : les

équipes soignantes du patient notamment, et puis avec d'autres soignants ; mais aussi avec le centre de santé du Comede et d'autres dispositifs institutionnels.

S4 : « D'être en capacité de faire du lien avec des gens qui sont à l'extérieur de l'espace ».
S2 : « Cette capacité à se positionner entre les différents acteurs, le bénévole qui te tire la manche, etc ».
M1 : « Quand on parle de travailler en équipe, c'est dans 2 dimensions : sur le lieu, mais aussi en lien avec le reste de l'équipe du Comede et en particulier le pôle médical ».

Dans ce concept de « personne ressource », la notion de « disponibilité » est revenue très fréquemment. La disponibilité du médecin était recherchée et très appréciée, tant sur le plan formel qu'informel.

B6 : « Le médecin est disponible, y compris les rares fois où il n'était pas là physiquement, on lui a écrit, il a répondu. Chaque fois qu'il y a eu une urgence, on a pu travailler avec un médecin ou un autre ».
M2 : « De la disponibilité, je crois qu'il y en a besoin ».
S1 : « Moi, j'aime bien tous les petits moments informels aussi avec vous, discuter ».

De plus, la notion de « confraternité » a été mise en avant à de nombreuses reprises. Dans l'exercice du médecin à l'ESD, contacter les médecins et soignants du patient étant une des activités récurrentes, le médecin se devait d'être particulièrement confraternel et dans une dynamique d'échange avec l'extérieur.

B1 : [Il faut] « être tenace au téléphone pour obtenir d'arriver à parler au médecin hospitalier ».
S2 : « J'imagine que ce n'est pas facile de ne pas se sentir le médecin traitant, se sentir un peu hors sol comme ça et puis d'aller démarcher les autres ».
M3 : « On pourrait appeler chaque fois, [les médecins du patients] pour tous [les patients] pour expliquer ce que c'est que ces démarches […] ».

10.3. C'est un « médiateur », quelqu'un qui forme et sensibilise

La « médiation » est apparue comme faisant partie des rôles du médecin de l'ESD. Néanmoins, ce concept pouvait recouvrir des définitions différentes selon les personnes interrogées.

Tout d'abord, il y avait une notion de médiation auprès du patient, dans une forme d'explicitation de ses problèmes de santé et des divers obstacles à l'accès aux soins et à l'accès aux droits rencontrés.

M1 : « Le médecin était dans un rôle, au fond, presque d'interprète, au sens interprète des problèmes de santé des gens, pendant des consultations à trois ».
M1 « Pour faire de l'interprétariat, de la médiation, pour expliquer les problèmes de santé à l'intervenant juridique et au malade, en tout cas, en lien avec la santé ».
M3 : « Ce qui est plaisant dans le rôle du médecin à l'ESD, c'est finalement cette consultation où tu es à trois et où il pourrait y avoir une vraie discussion, ensemble, et avec le patient ».

Ensuite, il y avait la notion de médiation vers l'extérieur, dans une démarche de sensibilisation et de formation des professionnels du système de santé et pour lutter contre les obstacles à l'accès aux soins et aux droits.

S1 : « Il y a quand même un grand truc autour du « savoir-transmettre », de la pédagogie, qui va aussi dans la transmission ».
S3 : « Il faut à la fois quelqu'un qui serait un peu formateur, extrêmement patient, très pédagogue ».
S4 : « Et puis aussi peut être pour pouvoir essayer d'entraîner et je dirais des médecins, des soignants, dans la prise en charge ; c'est-à-dire un peu une capacité aussi à dialoguer avec ses pairs sur ces questions-là[…]cette capacité peut-être à pouvoir transmettre certaines choses pour qu'elles soient faites aussi à l'extérieur ».
S1 : « Ce que j'appelle « médiation de santé » : rappeler pour la centième fois, de réexpliquer les enjeux au médecin pour qu'il fasse un putain de rapport et de réexpliquer et de relancer !! Il faut être un peu acharné » !

En résumé : (*M1) : « un médecin formateur, sensibilisateur, animateur. Et dans les consultations … Interprète, c'est ça. Un tiers qui vulgariserait, qui ferait le lien ».*

10.4. C'est une personne qui assure la coordination des soins du patient

Le médecin de l'ESD était dans une démarche de coordination des soins. En effet, les patients avaient en général de nombreuses prises en charge et il est apparu bien souvent pertinent d'assurer la coordination et d'expliquer le fonctionnement du système de santé au patient. De plus, des orientations ont pu être faites, notamment vers des médecins généralistes.

S2 : « c'est au sens « mon job de médecin de l'ESD », c'est de coordonner tout ça et c'est pas de vous faire chier, c'est de participer à la prise en charge de ce type là et donc on est plusieurs : il y a vous l'hépatologue de l'hépatite B, du service hépato machin, en plus il y a un petit bout de l'autre médecin […]et puis moi je suis médecin de l'ESD et en fait je participe à la coordination des soins et c'est fondamental ».

M3 : « C'est souvent des personnes qui ont souvent des maladies graves, qui sont suivies par des spécialistes et qui n'ont pas forcément accès à une médecine globale et à un médecin généraliste » ; « c'est quand même un des points essentiels de notre présence, c'est faire en sorte que les gens se saisissent ensuite par eux-mêmes de ce qui existe, qu'ils aient bien compris comment ça fonctionnait, à qui ils pouvaient demander, quel médecin, etc ».

B3 : « [Le médecin] a pris les contacts nécessaires qu'il fallait avec les médecins de l'hôpital de là-bas pour qu'il puisse assurer que la prothèse allait être faite quoi. Donc, le médecin s'est donné du mal ».

10.5. C'est une personne qui lutte contre les obstacles aux soins

Un des rôles qui a pu être décrit était celui de lutter contre les obstacles aux soins. Les obstacles pouvaient être clairement des refus de soins, ce qui n'était pas fréquent, ou bien des

obstacles de type retard de prise en charge lié à des incompréhensions venant des professionnels de santé.

M3 : « Donc, on lève beaucoup de malentendus qui font obstacles aux soins, dans cette médiation-là, autour du droit au séjour étranger malade ».
S1 : « On est au contentieux pour un mec parce que, en fait, à la base, c'est un refus de soins qui mène à un refus de titre de séjour […] Du coup, il y a tout ce qui est refus, retard de soins ».

11. Composantes de l'exercice du médecin

11.1. L'exercice est contextualisé, le médecin engagé

Le concept de contexte a pu être décrit selon deux angles.

L'activité du médecin était, d'une part, liée à un contexte lors de la création originelle. Le dispositif a été créé, initialement, dans le but de mutualiser les compétences de deux associations, de cultures différentes, de fonctionnements différents et ayant des objectifs différents, autour de la question de la santé des étrangers. Il a semblé important de re-contextualiser l'activité dans son idée de départ afin de mieux comprendre son évolution et ce qu'elle est devenue. Une des figures ayant servi à la création de l'exercice du médecin à l'ESD était un modèle de médecin expert utilisé à Act-up.

M2 : « Pouvoir avoir sur le même lieu l'expertise juridique et l'expertise médicale, avec cette notion de voie d'entrée qui n'était pas médicale mais plutôt juridique. […]Donc un appui médical apporté à une équipe sociojuridique de la Cimade, c'était ça le principe de base ».
M1 : « C'était un peu ça le modèle initial, […]très marqué par Act up, et la façon dont Act up faisait intervenir les médecins dans notamment ce qu'ils appelaient leurs « réunions publiques ». […] [Aux]réunions publiques d'information où en tant que médecin on se retrouvait une espèce de conseiller technique, sur des questions où au fond, c'étaient les malades qui avaient l'expertise ».

Il a été souligné à maintes reprises les divergences de philosophie des deux associations fondatrices.

S6 : « Le Comede, comme la Cimade ont une philosophie. Ils se mettent d'accord entre eux, pour ce qui est de l'ESD » ; [Le médecin] « c'est quelqu'un qui épouse ce qui est défendu par le Comede et la Cimade. Alors, c'est compliqué, parce que le Comede et la Cimade n'ont pas les mêmes points de vue sur tout, notamment sur l'accompagnement. Enfin, moi, c'est comme ça que j'ai interprété : le Comede est sur la ligne, on va dire, je caricature : défendre ce qui est défendable. La Cimade est plus sur : défendre. Voilà. Les deux points de vue se … défendent, c'est le cas de le dire et sont tout à fait acceptables ».

Et d'autre part, il est apparu que le contexte actuel était nécessaire pour comprendre et décrire au mieux l'activité du médecin. En effet, les activités du médecin sont sous-tendues par le contexte politique et juridique. Il a été noté que les lois ont pu évoluer en défaveur des gens suivis, entraînant inéluctablement un impact sur les activités du médecin, mêlant désespérance et augmentation de la technicité.

B5 : « Parce qu'il y a eu une évolution au niveau du contexte qui est devenu toujours de plus en plus difficile, donc je pense que l'évaluation médicale, elle est certainement plus difficile qu'autrefois et beaucoup plus étayée et pertinente ».

M4 : " C'est complexe et ça c'est complexifié avec le temps ».

S4 : « Il faut comprendre les contextes politiques » ; « pas un pur expert qui ne s'intéresse qu'aux questions techniques mais savoir qu'elles sont contextualisées ».

M3 : « j'ai l'impression que tous les ans, on invente une autre difficulté » [démarches administratives].

De ce fait, il est ressorti que le médecin de l'ESD était quelqu'un « d'engagé », militant, sans être politisé.

S1 : « Il y a malgré tout dans l'exercice [du rôle du médecin] une question de militantisme. […] ; Ça, je pense que c'est quand même un truc de base, il faut quand même défendre des valeurs, il faut quand même malgré tout être politique ; enfin, en faire un sujet politique ».

11.2. Rejet de la toute-puissance médicale

Ce concept est ressorti dans quasiment tous les entretiens, médecins comme non médecins. Il était développé par la notion « d'humilité ». Il était important que les médecins puissent se rendre accessibles. Il était attendu qu'ils soient capables de vulgariser leur savoir et de discuter avec tout un chacun, quelle que soit sa fonction. La remise en question était très souvent mise en avant.

Néanmoins, le rejet d'un médecin « tout-puissant », n'enlevait pas au médecin la reconnaissance du « pouvoir du médecin », et de son incarnation d'une fonction à part où se mêlent autorité, en tant que « faire autorité » et responsabilité.

M4 : « On n'a pas la science infuse et on n'est pas parfait », « mais tu gardes ce pouvoir de quelqu'un qui te confie sa santé, et c'est un énorme pouvoir ».
S3 : « Mais si tu as quelqu'un effectivement qui est un peu pédant, en disant « moi je, moi je » et puis « je te dis que c'est comme ça », si tu veux, ça ne serait pas possible ».
M3 : « Il n'en faut pas beaucoup pour se lancer, à condition que le médecin, de base, se pose sans arrêt des questions, remette tout le temps en question sa pratique. […] C'est indispensable ».
S1 : « Un mauvais médecin, pour moi à l'ESD, ce serait quelqu'un qui sait tout, qui serait un peu dans le truc du « super sachant tout le temps », qui ne voit que son prisme d'activité prioritaire corporatiste, très… de ne pas conscientiser qu'on est un dispositif pluriel et que la protection maladie c'est aussi important que le soin».
B2 : « [Il ne faudrait pas à l'ESD] quelqu'un d'asocial. Et de… je ne sais pas si ça existe encore… Le médecin qui se prend pour LE médecin ».

11.3. La question de la légitimité du médecin de l'ESD

La question de la légitimité a été posée par les médecins. À savoir, la légitimité à intervenir dans la prise en charge du patient : par rapport à lui, mais aussi par rapport aux soignants qui l'accompagnent. La solution apportée était la nécessité d'entretiens « physiques » avec le patient et la possibilité de le suivre.

M2 : « Je ne voulais pas traiter les dossiers sans avoir vu les gens. Les avoir reçus, vu comment ça se passait, en direct. Ne serait-ce que pour déjà essayer de comprendre dans quoi, essayer de trouver une légitimité dans l'histoire. Parce que le problème du médecin dans cette situation, n'est-ce pas, c'est sa légitimité. Qu'est-ce qu'il vient foutre là ? Qu'est-ce qu'il peut certifier? Il ne connaît pas le patient, ce n'est pas son médecin, enfin, a priori ».
M4 : « On ne peut pas l'examiner. Et d'ailleurs, les gens ils le disent : « bah, vous ne me connaissez pas, vous vous fiez aux papiers, vous ne savez rien de moi ». Et ils ont raison. […] C'est là que l'exercice à l'ESD est difficile ».
S3 : « C'est peut-être plus légitime pour [les médecins] quand ils viennent dans l'entretien » [entre le patient et le bénévole].

11.4. Ouverture à la « santé globale »

Un concept mis en évidence était celui d'une volonté de « prise en charge globale » de la santé des patients. Ont été mentionnées des volontés de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé. Cette idée est apparue chez des acteurs plus récents dans l'histoire du dispositif, bien qu'elle existât dans les textes initiaux, au moment de la création du dispositif. Elle a semblé être un problème dans l'exercice des médecins, qui souhaitaient être pleinement dans cette prise en charge globale, mais ne l'étaient pas en pratique.

B5 : « Il y a un besoin d'approche globale du patient ou dans son environnement, compte tenu des problèmes de santé, ou qui l'affecte lui-même ou quelqu'un de sa famille ».
M3 : « Après avoir mentionné l'éducation thérapeutique, « plus on tirera vers la santé et plus on s'y retrouvera en tant que médecin ».

11.5. L'exercice a une composante institutionnelle forte

L'exercice du médecin à l'ESD était, en soi, lié au Comede en tant qu'association et en tant que centre de santé. Il est apparu indissociable du Comede dans les propos des personnes interrogées. En tant que personne-ressource, le médecin avait une activité de gestion de

l'équipe et de responsabilité institutionnelle. Et puis, il pouvait engager la responsabilité et la crédibilité de l'association, notamment dans les procédures soutenues et lors de la rédaction de certificats. Il lui était alors nécessaire de bien connaître les différents principes défendus par le Comede et d'être en accord. Un des principes fondamentaux qui était ressorti dans tous les entretiens des médecins et de plusieurs salariés et bénévoles, était que la santé était un objectif en soi, et non un moyen d'obtenir des papiers. De cela, devrait découler toute l'activité du médecin à l'ESD.

M4 : « Tu ne peux pas fonctionner à l'ESD comme si tu étais en cabinet chez toi, c'est pas possible […]. Tu es responsable de ce que dit le Comede, de ce que fait le Comede, quand tu es à l'ESD. Donc, tu es même obligé d'être dans un cadre que t'a donné le Comede, de pensée. […] Un généraliste peut écrire n'importe quoi ; ça le regarde, s'il écrit des conneries. Mais pas le médecin du Comede, parce qu'il engage le Comede ».
B6 : « Quelqu'un qui a de la déontologie et dans les deux sens. C'est-à-dire : ne pas « ne pas faire », mais ne pas « faire à tout prix » ».
M1 : « Dans l'association Comede, la santé est un objectif, elle n'est pas un moyen d'obtenir des papiers, elle n'est pas un moyen de droit, c'est un objectif. […] le médecin de l'ESD est un garant de la défense des principes » ; « il y a aussi une fonction de référent institutionnel. […] c'est aussi le médecin le garant de l'application des principes de prise en charge médicale du Comede, qui prévaut aussi à l'ESD en tant que dispositif du Comede. Et donc, le garant des principes d'action, de déontologie, de rigueur »…
S2 : « Finalement, ça demande beaucoup de maturité sur le positionnement institutionnel du médecin […] donc je suis assez sensible à cet aspect-là : « du positionnement institutionnel du médecin entre les différents acteurs ».

11.6. L'exercice est intrinsèquement juridique

L'exercice du médecin était fondamentalement juridique, puisque la porte d'entrée dans le dispositif était juridique et les demandes des patients étaient aussi juridiques, initialement. La demande de titre de séjour pour soins était à l'interface entre droit et médecine.

De plus, le médecin était garant du respect de l'application des bonnes pratiques médicales, au sens de la déontologie, du Code de la Santé Publique. Il était amené à sensibiliser ses pairs à ce sujet, régulièrement.

M2 : « C'est tout ce qui est professionnel au sens de : assurer la continuité des soins, répondre aux différents articles du code de déontologie, code de santé publique. Il y a une base, on s'appuie là-dessus, c'est du droit, ce qu'il fait : c'est du droit, ça rentre dans le cadre du droit, ce n'est pas de l'humanitaire ».

11.7. La finalité est l'imbrication médico-juridique

Il en a résulté que l'activité du médecin à l'ESD, à l'interface de la médecine et du droit prenait tout son sens lorsque l'imbrication médico-juridique était maximale. Il est ressorti que l'intérêt du dispositif et la plus-value du médecin étaient optimaux lorsque l'évaluation médicale était menée parfaitement conjointement avec l'expertise sociale et juridique. Ainsi le niveau d'expertise augmentait et la réponse au patient devait être la plus fine et la plus pertinente possible.

S2 : « Le plus intéressant c'est le médico-juridique mélangé, pour faire un conseil fin, un conseil fin et compliqué ».

S4 : « En fait, l'idée c'était un peu comme aux échecs, de voir à plusieurs coups. Mais pas de se dire : OK, on ne réfléchit que la 1ère étape. C'était de se dire : OK, là, c'est 6 mois, ou un an. D'essayer de comprendre cette dynamique-là. Et ça, ce qui était intéressant, c'est que c'était rendu possible par l'imbrication des expertises médicales et juridiques. En fait, une seule n'aurait pas suffi à faire la projection ».

S4 : « c'est ça l'intérêt de l'Espace santé droit et de pas mal de situations, c'est qu'il faut bien comprendre que si on parle de : Faut-il faire une demande de titre de séjour ? Et bien le « non » du juriste, sur les aspects non médicaux et le « non » du médecin sur les aspects médicaux peut déboucher sur un « oui ». C'est-à-dire que la somme du tout peut faire « oui » ».

DISCUSSION

1. Discussion sur la méthode

Il existait des biais d'observation, d'interprétation et d'analyse ainsi qu'un conflit d'intérêt majeur. En effet, le chercheur principal était un des médecins du dispositif. Cela a pu avoir un impact sur l'objectivité et la mise à distance des informations recueillies. Cependant, cela a pu aussi faciliter les entretiens : la mise en confiance était simplifiée et les personnes interrogées, à l'aise, pouvaient s'exprimer sans gêne. D'autre part, cela a pu améliorer l'analyse et la richesse de l'étude. Nombreux ont été les chercheurs à utiliser le travail en immersion : en anthropologie, on pensera aux travaux de Paul Émile Victor, sur le Groenland[32], ou en observation active : comme les sociologues Jean Peneff, exerçant le métier de brancardier[33], ou Anne-Marie Arborio, celui d'aide-soignante[34]. Sans assimiler cette étude aux travaux conséquents précédemment cités, être au sein du dispositif, était clairement enrichissant pour la compréhension des données ; en sus de s'intégrer dans une dynamique de réflexion active sur sa pratique en tant que médecin.

Pour pallier les biais, la méthodologie a été très rigoureuse. La triangulation des chercheurs a été réalisée lors du premier codage : deux chercheurs le plus souvent, et trois pour les entretiens de juristes. La validation des propos par les personnes interrogées a été effectuée systématiquement, et l'anonymat a été respecté. De plus, l'analyse a été menée par la méthode de la théorie enracinée. En effet, cette méthode permet de décrire au mieux un phénomène en partant de l'expérience sur le terrain. Elle a fait d'un biais existant, une force pour l'étude.

À noter que le chercheur principal, même si travaillant dans le dispositif, ne s'était pas interrogé lui-même. Il n'y a pas eu plusieurs enquêteurs pour des raisons de faisabilité.

Par ailleurs, pour pallier le conflit d'intérêt au niveau institutionnel, les membres de la direction du Comede ont été avertis de la réalisation de l'étude. Certains ont même été interrogés. Mais ils n'ont pas participé à l'encadrement de la thèse, ni au jury.

2. Résultats principaux

Cette étude a permis de décrire l'exercice du médecin à l'ESD. Les principaux résultats de cette étude étaient les suivants :

a) Pratique de la médecine

- L'exercice du médecin généraliste à l'ESD correspondait pleinement à une activité médicale.
- Le médecin était préférentiellement médecin généraliste, clinicien et devait être capable de travailler en équipe pluri-professionnelle.

b) Caractéristiques de l'exercice du médecin à l'ESD

L'exercice était atypique :

- Le médecin avait un rôle soignant mais sans prescrire, ni diagnostiquer.
- Il intervenait en second recours,
- pour un public très particulier : les étrangers malades avec des obstacles aux droits et/ou aux soins.

L'exercice était complexe :

- Le médecin travaillait avec des personnes bénévoles, de professions initiales variées, effectuant le travail d'accueillant socio-juriste.
- Il suivait des patients atteints de pathologies complexes et ayant des problèmes sociaux, juridiques et administratifs complexes associés.
- Les prises en charge qu'il réalisait avec l'équipe étaient alors complexes.

c) Les rôles du médecin à l'ESD

- Son rôle principal était très technique. Dans une posture d'expert, il cherchait à résoudre des cas médico-juridiques complexes, concernant des demandes de titre de séjour pour soins, pour des étrangers malades.
- Il travaillait à la résolution d'obstacles à l'accès aux soins (refus de soins, retard de soins, dettes hospitalières, incompréhensions, etc.) et à l'accès aux droits (pas de protection maladie, pas de titre de séjour, etc.)
- Il avait une activité de médiation. Il avait une activité de sensibilisation, d'information et de formation auprès de ses pairs : tous les médecins engagés dans la prise en charge du patient.
- Les difficultés inhérentes à l'exercice du médecin étaient : un isolement important dans sa pratique et sa réflexion, une difficulté à trouver sa place et une dépendance au contexte politique national, de plus en plus défavorable.
- L'exercice du médecin était optimal quand la prise en charge du patient était faite de manière concomitante avec le socio-juriste, et avec le patient, permettant la résolution de cas singuliers et complexes.

3. Discussion sur la « profession » de médecin

3.1. Une remise en cause de La « profession »

Le rejet d'un médecin tout puissant est une des données qui est ressortie de cette étude, presque constamment. Les personnes interrogées attendaient de l'humilité du médecin, qu'il ne soit « pas tout-puissant ».

Cette idée s'inscrit dans une réflexion entamée en sociologie des professions vers la fin des années 60 et au cours des années 70, où la contestation des institutions, des savoirs et des pouvoirs domine. La médecine n'échappe pas à cette tendance lourde. Critique d'une médicalisation de la société, à l'instar d'Ivan Illich qui traduit ses craintes, en 1975, de voir « la nouvelle politique médicale » transformer « le monde en hôpital pour des patients à

vie »[35]. Objectivation d'un système, où la division du travail permet un modèle pyramidal, où les médecins occupent une place supérieure par rapport aux autres professions, comme le montre Everett Hughes dans ses travaux[31]. Eliot Freidson, quant à lui, montre que ce sont les médecins qui font « autorité » sur toutes les questions touchant à la médecine. Il décrit alors l'effet pervers et redoutable lié à ce mode de légitimité et à ce monopole interne du contrôle professionnel.[29, 36]

Une analyse complète des fondements des contestations des institutions et de la profession médicale n'est pas l'objet de cette étude. Néanmoins, il ressort que l'exercice du médecin à l'ESD, en soi, semble le fruit de ces contestations et réflexions. Penser comme un acteur « en second recours », à l'appui de socio-juristes dans la prise en charge du patient, à égalité dirons-nous. Dans une pratique sans ses attributs (stéthoscope et médicaments), il apparaît à nu, dans une prise en charge conjointe, avec d'autres professionnels.

3.2. Être médecin généraliste : une pratique prudentielle

Il ressort de cette étude que l'exercice du médecin généraliste à l'ESD, aussi atypique soit-il, correspond à une pratique de la médecine. Utiliser le concept de « pratique prudentielle », développé en sociologie des professions par Florent Champy[37,] permet de développer ceci et de replacer cet exercice au sein de la profession. Les paragraphes qui vont suivre font référence à ce concept.

En amont et dans les grandes lignes, la spécificité de ces professions, dîtes « pratiques prudentielles », *« (architectes, médecins, magistrats, avocats, ingénieurs de projets complexes, chercheurs et éventuellement, selon les conditions de travail, travailleurs sociaux et policiers) est d'être confrontées à des problèmes qui, parce qu'ils sont singuliers et complexes, se révèlent rétifs à un traitement par l'application mécanique de principes scientifiques[38]. »* Les pratiques prudentielles font face à une composante conjoncturelle, à une

incertitude, *« parce qu'[elles portent] sur une réalité qui échappe à toute maîtrise systématique »*[38]. Et il existe une dimension politique forte pour ces professions, permettant de les reconnaître, du fait d'une composante de délibération sur les fins de l'activité, entraînant des luttes intra-professionnelles (devant : *l'impossibilité de toujours servir de façon également satisfaisante toutes les fins de l'activité rendant inévitables des choix quant à leur hiérarchie*).

3.2.1. Les étrangers malades : des cas singuliers et complexes ?

Lorsque Florent Champy ouvre une troisième voie dans la sociologie des professions, entre les fonctionnalistes et les interactionnistes, il prétend proposer un cadre pour les professions confrontées à une incertitude ; plus ou moins forte, mais constante. Ces professions, parce que traitant de cas à la fois singuliers et complexes, font face à l'incertitude. La médecine est spontanément un exemple clair : chaque patient est différent et chaque situation à la fois singulière et complexe. Le savoir théorique, normalisé, ne permet pas de connaître chacune de ces situations, d'où cette zone d'incertitude. *« Ainsi, singularité et complexité sont sources d'une* incertitude *qui, pour des raisons épistémiques, peut être totalement* irréductible*, quels que soient les moyens mis en œuvre*[39] *»*.

Les récurrences les plus fréquentes dans notre étude ont été : « singulier » et « complexité », et leurs synonymes. La singularité des patients de l'ESD a été soulignée, « public atypique » même au sein des étrangers, très spécifique et hautement complexe. Les patients se présentant à l'ESD cumulaient des facteurs de vulnérabilité, des obstacles aux soins, aux droits et des situations de vie précaires ; ce, tout en étant gravement malades, et exilés. À mi-chemin entre le droit, la médecine et le social, ils nécessitaient un accompagnement complexe, à la fois juridique, médical et social donc ; rendant cette prise en charge tout à fait singulière. Il n'est pas étonnant que la pratique du médecin à l'ESD soit alors

apparue en premier lieu singulière et complexe. L'expérience sur le terrain, par cette étude, a permis de décrire un phénomène, correspondant à des cadres sociologiques déjà établis.

3.2.2. Le besoin des pairs

Une des principales difficultés ressortie de l'étude est l'isolement, pour le médecin dans sa pratique. Être isolé au sein d'une équipe, n'est-ce pas paradoxal ?

Il apparaît que, bien qu'entouré d'autres professionnels au quotidien, le médecin puisse se sentir isolé, en termes de réalisation effective de sa pratique. Même si les échanges avec les socio-juristes sont fructueux et incontournables, il n'en demeure pas moins que le médecin nécessite d'échanger avec ses pairs sur des questions médicales à proprement parler. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette impression d'isolement. D'une part, ce sentiment, « d'être seul » est bien réel : le médecin est le seul médecin, physiquement présent, au sein d'une équipe pluri professionnelle, le jour où il est à ESD; et ce sentiment d'isolement a pu être renforcé par le sentiment d'incompréhension face à des pairs, auteurs d'obstacles rencontrés par ses patients. D'autre part, comme évoqué précédemment, les situations prises en charge sont aussi singulières que complexes et nécessitent d'être débattues. Bien souvent, les décisions tranchées n'existent pas et un temps d'élaboration et de réflexion est nécessaire : l'échange avec des pairs semble alors fondamental. Hypostasions que le médecin ne soit plus un, mais plusieurs, le fonctionnement du dispositif en serait-il meilleur ? Quel serait le retentissement sur le vécu du médecin et sa pratique ?

L'observation d'un cas en pratique rejoint les conclusions de descriptions théoriques générales faites en sociologie des professions. En effet, Florent Champy souligne l'importance de la délibération dans les pratiques prudentielles : *« la possibilité inscrite au cœur même du travail d'une délibération sur les valeurs ou les objectifs servis donne aux professionnels dont il est question ici une identité singulière, par rapport à celle des membres d'autres métiers*[40] *».*

En effet, comme Aubenque l'a si bien dit, *« l'homme du jugement [c'est-à-dire le bon professionnel] ne se décharge pas sur un savoir transcendant du devoir de juger, c'est-à-dire de comprendre. Avoir du jugement, ce n'est pas subsumer le particulier sous l'universel […] ; c'est, sensible et singulier soi-même, pénétrer d'une raison plus « raisonnable » que « rationnelle » le sensible et le singulier »*[41].

Dans le cas particulier des demandes de titre de séjour pour soins, il convient pour le médecin de se prononcer sur plusieurs points de concert : d'une part , la gravité de la maladie et son pronostic, pour un patient donné, à un instant *t* et au regard des documents qu'il apporte -ou non- concernant sa prise en charge; d'autre part sur la potentielle disponibilité des traitements nécessaires dans son pays d'origine ; le tout, au regard de critères juridiques. Concernant la partie d'évaluation médicale et comme l'a souligné un des médecins interrogés dans l'étude : *« il y a des situations très simples et puis il y en a d'autres beaucoup plus compliquées, parce que c'est de la médecine, parce que parler en pourcentages c'est bien, mais on n'a pas des pourcentages pour tout, en fait ».* La singularité et la complexité des prises en charge, du fait d'une incertitude si grande, implique la nécessité d'une délibération entre pairs. S'appuyer sur un confrère, ayant l'expérience dans le domaine, apparaît être une des clés d'une prise en charge réussie, pour le patient comme pour le médecin.

3.2.3. La dimension politique de l'activité

Florent Champy théorisant les pratiques prudentielles, ajoute qu'une des propriétés pouvant permettre de les distinguer est *« la forte tendance à la politisation de leur activité ».* En effet, *« leur travail, considéré non plus individuellement mais collectivement, renvoie à des « enjeux » sociaux qui le rendent particulièrement susceptible de politisation ».*[42]

a) Le travail à l'ESD : une pratique particulière parmi d'autres

Eliot Freidson, s'intéressant à la profession médicale démontre que les diplômes ou associations de médecins ne suffisent pas, mais que c'est le « milieu du travail », le contrôle des activités médicales, qui sont décisifs et impliquent la confiance du public. Il montre l'étendue de la diversité, de la variabilité des pratiques, des situations de travail. Il fait ressortir un point commun entre ces situations, dans le fait que, les seuls contrôles apparents seraient ceux qu'exercent les médecins les uns sur les autres, dans une forme d' *« autorégulation collective et informelle »*[43].

Plus tard, Florent Champy montre que : *« La politisation des activités, cette propriété des professions à pratique prudentielle, a des conséquences considérables et directement objectivables, puisqu'elle explique aussi la diversité particulière des pratiques à l'intérieur des professions à pratique prudentielle »*[42]. Lui aussi souligne alors la diversité des pratiques, sous-tendue par l'exercice d'un jugement de la part des professionnels, pour partie subjectif, sur des questions pouvant donner lieu à la politisation. Les discussions entre pairs, divergentes, amènent à des évolutions de pratiques.

L'exercice du médecin à l'ESD, aussi atypique soit-il de prime abord, apparaît être une face de plus de l'œuvre protéiforme qu'est la médecine. Une pratique singulière au sein d'une multitude d'autres pratiques, toutes liées par cette forme « d'autorégulation collective et informelle ».

b) « Politisation de l'activité » et non pas « activité politique »

La pratique médicale, impliquant des délibérations, entraîne des décisions relevant du jugement. Celui-ci *« est aussi moral, éthique ou politique, car le choix entre plusieurs solutions dont aucune ne s'impose comme univoquement supérieure aux autres peut s'appuyer sur des attachements particuliers du professionnel à certaines valeurs guidant son travail »*[42]. La

politisation de l'activité consiste à débattre et étayer avec des pairs devant des situations singulières et complexes, et ensuite défendre ses idées et modifier ses pratiques (*luttes intra-professionnelles*). Il ne faudrait pas confondre « politisation de l'activité » avec une « activité politique », en soi.

L'exercice du médecin à l'ESD, en tant qu'exercice de la médecine et au sens des pratiques prudentielles, est pleinement politisant. Et, bien qu'au cœur de situations éminemment politiques, il n'en demeure pas moins strictement apolitique. Le choix de la pratique relève certes très probablement, d'une « intime conviction », de « l'éthique de la conviction », mais factuellement et en pratique, elle est dépassée par « l'éthique de responsabilité »[43] et le professionnalisme qui incombe à la profession.

4. Discussion sur les particularités de certains rôles du médecin à l'ESD

4.1. Le travail avec des bénévoles

Travailler avec des bénévoles est une des données qui a pu être questionnée par les personnes interrogées et sur laquelle nous allons nous attarder. En effet, à l'ESD, le médecin, salarié, intervenait en second recours, sur sollicitations des socio-juristes, bénévoles. Ces derniers, de professions initiales diverses et variées, se retrouvaient dans la fonction d'accompagnant social et juridique. Ils s'engageaient, sur leur temps libre, et étaient, pour la plupart, retraités. Les places, interactions et responsabilités de chacun ont été questionnées.

Maud Simonet-Cusset dans ses recherches doctorales a étudié le bénévolat de manière comparative en France et aux États-Unis[44]. Comme elle le souligne, le champ lexical utilisé par les bénévoles est celui du travail, ce que l'on retrouve dans cette étude. Du « recrutement »

au « temps de travail », en passant par « les entretiens annuels » et les « périodes d'essai », les bénévoles de l'ESD s'inscrivent dans un « travail ». Dans son article : *penser le bénévolat comme travail pour repenser la sociologie du travail,*[45] Maud Simonet-Cusset essaie d'intégrer la question du bénévolat dans le domaine de la sociologie du travail, question laissée pour l'heure à la sociologie politique de l'engagement et du militantisme.

Le bénévole peut-il être pensé par-delà son engagement ? Être bénévole peut-il être assimilé à une profession, en soi ? Ou du moins, être *professionnel* ? Lorsque Weber s'attarde sur la description de la profession de l'homme politique, il introduit la notion du bénévolat, basée sur une éthique de la conviction. Selon lui, *« l'éthique de la conviction qui peut suffire au bénévole, doit être relayée, chez le professionnel, par l'éthique de la responsabilité »*[43]. Est-ce que les bénévoles de l'ESD répondent à cette éthique de la responsabilité ?

Hughes montre que les travaux des bénévoles les plus construits, sont ceux pour lesquels *« le bénévole entre en contact « étroit et régulier » avec les acteurs du « drame social »*[46] ; aussi bien le public bénéficiaire des actions que les autres acteurs du dispositif, notamment les salariés. À l'ESD, le travail des bénévoles paraît être dans des conditions relativement *construites* : ce sont les bénévoles qui accueillent les patients et ils sont en contact étroit avec des salariés socio-juristes, voués à les accompagner sur tous les aspects techniques, ainsi qu'avec un médecin, à leur disposition pour toutes les prises en charge des patients. À noter que pour Hughes, l'expression « *social drama of work* » est *« utilisée pour développer une analogie entre les représentations théâtrales et des situations de travail où se rencontrent plusieurs types de travailleurs »*[31], comme le souligne Chapoulie.

Entre éthique de conviction et éthique de responsabilité, il ressort que c'est le degré de « professionnalisme » du bénévole qui importe dans cet acte. La technicité des prises en charge à l'ESD nécessite que chaque intervenant puisse s'appuyer sur les compétences de l'autre. Si l'on veut penser le travail du « bénévole », peut-être faudrait-il éliminer ce vocable

du langage courant entre les acteurs du dispositif, et reconnaître le bénévolat, comme une forme d'engagement, plus ou moins institutionnalisée, mais strictement professionnelle. Ainsi, nommer les intervenants par leur fonction et assurer un cadre déontologique fort.

4.2. La place du médecin

Le médecin intervenait, donc, en second recours à l'ESD. Il n'était pas le premier contact avec les patients. La question de la « place » du médecin a été soulevée à maintes reprises, par les différents acteurs du dispositif mais surtout, et avant tout, par les médecins. En effet, en sus d'un rôle non commun en termes de pratique, le médecin n'était pas non plus dans le « colloque singulier », dans la « relation médecin-malade », pilier de la pratique de médecine générale usuelle. Mais, puisqu'il n'était effectivement pas dans un rôle « soignant » courant, au sens de poser un diagnostic et faire une prescription, être en deuxième recours n'est-il pas une place adaptée ?

Si l'on examine la relation médecin-malade, sous l'angle de la sociologie, elle ne doit pas être approchée en termes uniquement psychologiques, mais plutôt au sens où : *« la rencontre entre ces deux personnages [le médecin et le malade] n'est pas qu'interpersonnelle, elle met en présence les malades et leurs entourages, appartenant à des groupes sociaux divers, et des membres d'une « profession » caractérisée par un statut très spécifique»*, comme le soulignent Philippe Adam et Claudine Herzlich[47]. La relation médecin-malade a évolué. D'une définition consensuelle, fondée sur le cas des maladies aigües et élaborée notamment dans les travaux de Parsons[48], a succédé un modèle de relation médecin-malade conflictuel. La première définition, consensuelle, impliquait une reconnaissance de la signification de la santé et de la maladie pour le malade, alors « en incapacité », pour le médecin, spécialiste porteur de l'autorité dans son domaine et, enfin, pour et au regard de la société. Le second modèle, conflictuel, est essentiellement issu des analyses d'Eliot Freidson, et notamment de son ouvrage célèbre : *La profession médicale*. Pour Freidson, *« un conflit de*

perspective est latent, et présent, à des degrés divers, dans toute relation médecin-malade »[29]. En effet, médecin et malade perçoivent la maladie et les besoins de l'autre selon leurs prismes personnels et de groupe ; il n'y a pas de consensus a priori.

Par la suite, de *« nouveaux paradigmes se sont développés »*[47]. Les situations, les malades et les maladies se complexifiant, à l'image des maladies chroniques nécessitant la « participation active » des patients ou de la médecine de prévention, une pluralité des relations médecin-malades (ou : médecin-non-malade) s'est mise en place. L'exercice à l'ESD, atypique en pratique, en est un exemple, parmi tant d'autres.

En dehors du soin ? « Dedans, dehors ! » Pourrions-nous dire pour paraphraser le psychiatre Guillaume Le Blanc, qui s'attarde lui sur « la condition d'étranger »[49]. Être pleinement dans le soin, sans examiner ni prescrire.

Choix originel, il avait été décidé lors de la création de l'ESD, que le médecin ne prescrirait pas. Il n'examinerait pas et ne « diagnostiquerait » pas. Il ne s'agissait pas d'un lieu de soins au sens d'un centre de santé. Il s'agissait d'essayer quelque chose de nouveau. Mettre à distance un *« cure »* brut, uniquement centré sur une prescription et n'enveloppant pas l'individu, peut-être ; pour essayer de se rapprocher au mieux du *« care ».* Prendre soin de l'autre. D'utiliser les compétences du médecin d'une autre manière : de se concentrer sur un domaine et une population. Prendre soin par-delà les médicaments. Que peut apporter un médecin, en sa qualité de médecin, sans médicament ? L'écoute -et l'accompagnement dans « la globalité » - de l'individu est apparue comme fondamentale pour des patients gravement malades, étrangers, en situation de précarité ; du moins, du point de vue des professionnels. Est-ce ce que les patients perçoivent ? Réaliser une étude qui questionnerait le public reçu à ce sujet pourrait être une perspective .

De plus, coordonner les soins, dans un parcours bien souvent emmêlé est, en soi, un soin. Faire le lien avec des praticiens, hautement spécialisés dans leurs domaines, mais moins

familiers des questions de l'exil, de la précarité, des demandes de titres de séjour pour soins, semble avoir des conséquences tout aussi thérapeutiques pour un patient, qu'un traitement supplémentaire. L'apport du médecin est alors, sa connaissance du système de santé et sa capacité à dialoguer avec ses pairs. « Dedans, dehors », le médecin de l'ESD est au cœur du système de santé, étant médecin de profession et aussi un peu en dehors, effectuant une mise à distance pour constater les obstacles que ce système impose à ses patients.

Si l'on pense à d'autres exercices « hors du cadre thérapeutique », la fonction préventive ou la fonction d'expert peuvent être citées. Dans le cadre de l'expert, *« l'état de santé de la personne ne doit pas déboucher sur une thérapeutique mais doit permettre de trancher sur des problèmes litigieux »*[50]. Le médecin de l'ESD est-il vraiment expert ?

4.3. Paradoxes et limites de certaines fonctions

4.3.1. L'expertise médico-juridique

Il est ressorti de cette étude, que le rôle principal du médecin était un rôle très technique, « d'expertise » et d'accompagnement des patients devant des blocages, lors de leur demande de titre de séjour pour soins. Cela soulève plusieurs questions. Tout d'abord, le médecin de l'ESD est-il réellement « un expert » ? Au sens de la définition précédemment utilisée, dans un sens juridique donc, le médecin de l'ESD paraît être dans le cadre thérapeutique, et non pas, en position de « trancher ». Expert, pourrait alors être entendu, dans un sens plus commun, en tant que : détenteur de compétences hautement spécialisées et d'une expérience

sur un sujet donné, ce qui correspond à son étymologie, *expertus* (éprouvé, qui a fait ses preuves).

Par ailleurs, un des domaines de l'expertise du médecin de l'ESD était l'accompagnement des patients devant des blocages dans leurs accès aux droits ou aux soins. Si blocages il y a, cela signifie alors qu'il existe des problèmes inhérents aux services publics : hôpitaux et administrations préfectorales en l'état. Ne serait-il pas de leur responsabilité d'assurer le suivi des personnes du début à la fin de leur prise en charge ? Comment se positionner dans un système auquel on appartient déjà mais qui nous semble dysfonctionner? À cette interface se situe probablement le lien avec une autre fonction du médecin à l'ESD, celle de formation des pairs. Le médecin a, de ce fait, tout intérêt à transmettre et accompagner ses pairs dans des prises en charges complexes qui sont apparues ne pas être apprises sur les bancs des facultés ni même en formation post-universitaire.

En outre, « l'expertise » peut devenir néfaste dans l'exercice du médecin si elle le résume. Il est ressorti ce risque de ne faire plus que « de la médecine de contrôle ». À savoir, donner un avis technique simplifié, en réponse à des « dossiers ». Cela reviendrait à dire « oui » ou « non » comme le font actuellement les médecins de l'OFII lors des demandes de titres de séjour pour soins. Or, eux, c'est leur mission, leur travail. Trancher. Rendre un avis. Bien que recevant des patients parfois, les médecins de l'OFII sont amenés à se prononcer sur des dossiers, des certificats résumant les pathologies et prises en charge des patients et à répondre par « oui » ou « non »[5]. Mais pour un médecin, généraliste, dans le soin, qui plus est, qui a choisi de travailler dans un dispositif par conviction, cela n'apparaît pas évident. Cela est apparu anxiogène pour les médecins. Avoir l'impression d'occuper la place de ceux avec lesquels ils ne sont pas d'accord. Il est connu que *« l'écartèlement entre ce que les gens sont*

et ce qu'ils doivent faire » est une souffrance pour les individus et qu'au sein du travail, cela renforce les risques de stress chronique, de fatigabilité voire de burn-out[51].

D'autant que le risque de ne faire que de « l'expertise » est apparu lors de la surcharge de travail, notamment. Trop de demandes, pas le temps de voir tout le monde, des avis rendus uniquement sur « dossiers ». Ce qu'il ressort, in fine, c'est que la satisfaction du médecin dans sa pratique et sa légitimité, vient des consultations avec les patients. S'il a trop de sollicitations, il ne peut être disponible pour recevoir les gens. Voir et suivre les gens, par-delà la licité des prises en charge, est peut-être ce qui contribue à rester dans le soin, dans une médecine soignante, dans ce dispositif. La posture du médecin clinicien, est recherchée, une posture qui respecte l'absence de jugement : « je crois ce que me dit ce patient ». Il n'y a pas d'intention autre que le soin, que l'objectif santé ; à l'inverse d'une pratique qui remettrait en doute les dires du patient ou qui contrôlerait s'il est effectivement malade.

De plus et pour finir, ce qui permet de distinguer l'exercice du médecin à l'ESD d'une pratique « de contrôle », reste encore et avant tout, le cadre de l'exercice : les buts et les enjeux sont ceux d'un soutien et d'un accompagnement, sans velléité de contrôle.

4.3.2. Complexité et imbrication des pratiques

La complexité de l'exercice du médecin à l'ESD a été soulignée. Une des raisons avancées était que le médecin s'y trouvait sollicité, voire sur-sollicité parfois, par des bénévoles socio-juristes, comme détaillé précédemment. Il faut noter que les bénévoles sont essentiellement recrutés par la Cimade, l'association partenaire du Comede à l'ESD. Les cultures associatives des deux associations, bien que s'étant accordées sur le projet ESD, sont différentes. On soulignera notamment une divergence de fond en termes de vision et d'objectifs : la Cimade ayant plutôt un objectif de régularisation, comme moyen d'aide, avant un objectif d'amélioration de la santé, là où l'objectif fondamental du Comede est l'amélioration

de la santé. En sus de cette différence de conception et de principes de base, le médecin intervenait en 2ème recours, comme cela a été détaillé plus haut. La place du médecin au sein du dispositif est apparue complexe et l'on peut se demander quel était son intérêt et ce qui permettait sa viabilité ?

Pour réfléchir à cela, on peut utiliser la « pensée complexe » d'Edgar Morin. Loin d'avoir cherché à théoriser spécifiquement sur les professions, il propose un cadre de réflexion général autour de la complexité. Nous pouvons utiliser ce qu'il appelle « l'émergence organisationnelle »[52,53], c'est-à-dire lorsqu'apparaît une entité nouvelle de par l'imbrication de deux entités, qui n'existerait pas dans les deux entités isolées. « L'expertise » du médecin généraliste devient hyper technique lorsqu'elle est faite conjointement avec les « expertises sociales et juridiques » ; dès lors, elle apparaît bénéfique pour le patient et supportable ainsi qu'intéressante pour le médecin. L'intérêt de l'ESD résiderait alors dans les consultations à trois, où il y a un transfert de savoir et une possibilité de réflexion entre le patient, le médecin et le socio-juriste ; ou du moins dans les échanges poussés médico-socio-juridiques. À noter que le transfert des savoirs n'est pas égal. Chacun apporte et prend à une hauteur différente. Il est ressorti notamment des verbatims, que les médecins prenaient et apprenaient beaucoup des socio-juristes ; l'inverse étant moins vrai. Une piste d'explication pourrait être que la part technique « d'expertise », de savoirs théoriques en droit est plus importante que la part jurisprudentielle ; rendant ainsi plus facilement transmissible le « juridique », là où l'incertitude inhérente à l'art médical rend la pratique médicale prudentielle et bien moins accessible de l'extérieur.

4.3.3. Le concept de médiation

Le concept de médiation est apparu fréquemment dans les entretiens. Il est apparu très vite, que chacune des personnes interrogées avait une notion différente de l'idée de médiation,

peu précise. La loi du 26 janvier 2016 a introduit un nouvel article au Code de la Santé Publique, inscrivant, pour la première fois, le recours à l'interprétariat et à la médiation en santé : Article L1110-13[54]. En Octobre 2017, la Haute Autorité de santé définit dans un référentiel de compétences et de bonnes pratiques la médiation en santé comme « *la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins*[55]*.* Les compétences des médiateurs en santé y sont détaillées. Le médecin de l'ESD est l'interface en quelque sorte entre les patients et leurs soignants, cela est ressorti. Il est dans une activité de médiation, mais néanmoins, il n'est pas médiateur au sens du métier de « médiateur » tel que défini par la HAS. Être médecin au sein même du système que l'on essaie de déconstruire semble contre-intuitif. Le médecin de l'ESD apparaît plutôt comme « porte-parole » du patient, comme une « clé » pour dénouer des obstacles à un instant « t ».

D'autre part, la notion de « médiation » a été utilisée pour caractériser des fonctions de sensibilisation, d'information et de formation des professionnels de santé sur les différents obstacles autour de l'accès aux soins et aux droits. En amont et en aval. Par-delà la médiation stricto sensu, il s'agirait d'un accompagnement et de la formation des pairs.

En conclusion, il ressort de ces analyses, que ni le concept « d'expert », ni celui de « médiation » ne sont sémantiquement justes. L'exercice du médecin à l'ESD étant atypique, il se trouve aux confluents de pratiques préexistantes, utilisées pour décrire, tenter de recouvrir une forme de vérité, qui semble les dépasser. Ne rentrant pas strictement dans un exercice établi, celui-ci semble se créer sur le fil, puisant dans différentes spécialités et fonctions et évoluant consubstantiellement aux évolutions politiques.

5. Penser le médecin de l'ESD dans son contexte

5.1. L'impact défavorable du contexte politique sur l'exercice du médecin à l'ESD

Les étrangers malades cumulent les facteurs de discrimination : étrangers et malades, relevant de l'AME tant qu'en situation irrégulière. Les demandes de régularisation pour soins sont un sujet éminemment politique, rediscuté de gouvernement en gouvernement. Le climat politique actuel est plutôt défavorable pour les étrangers malades. La nouvelle loi relative aux demandes de titres de séjour pour soins, loi du 7 mars 2016, a transféré l'évaluation médicale des médecins des ARS aux médecins de l'OFII ; autrement dit : des mains du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur. Les associations s'alarment, suite à la parution du rapport de l'OFII concernant leur première année d'évaluation, des demandes de titre de séjour pour soins. Une baisse significative des taux d'accord a été constatée : alors que le nombre des demandes reste stable, 4 187 titres de séjour ont été délivrés en 2017 à des personnes gravement malades contre presque 7 000 en 2016. Le taux d'accord de 75% (chiffre ARS 2013) chute à 52% en 2017 (rapport OFII 2017[5]). La logique ne serait plus de soigner et de protéger mais de suspecter, d'enfermer. Choix politiques, loin des prérogatives du corps médical. Ce contexte défavorable joue inévitablement sur l'exercice du médecin généraliste à l'ESD. Comme le rappellent nombre de personnes interrogées, *« au début, ça marchait tout le temps »*. Comprendre, lorsque l'ESD a été créé, le contexte politique était différent et les batailles menées étaient quasiment toujours couronnées de succès. Les patients bénéficiaient de soins et d'un titre de séjour. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Quand bien même les médecins s'investissent immensément, les chances de réussite ne sont pas proportionnelles à cet investissement. Le contexte défavorable pour les patients l'est aussi pour les médecins de l'ESD, et pour l'équipe dans sa globalité ; la pratique et contaminée par les règles dictées par

l'État. Bien que non politique, l'exercice du médecin est pleinement impacté par le contexte politique à l'ESD.

5.2. Les patients sont-ils libres ? Comment penser l'exercice des médecins sinon ?

Pour décrire au mieux l'exercice du médecin à l'ESD, il semble nécessaire de s'attarder sur sa patientèle. Sa singularité a déjà été détaillée au cours de cette étude. En situation de vulnérabilité, il apparaît juste de se demander si les patients de l'ESD « choisissent » de venir à l'ESD ? En effet, lorsqu'Eliot Freidson analyse *« l'influence du client sur l'exercice de la médecine »*[56], il montre l'impact du patient sur le médecin. Dans la médecine générale, le médecin apparaît dépendant et étroitement lié aux patients, *« il dépend du libre choix de client éventuel »*[56].

« Libre choix », cette idée pourrait faire l'objet de débats philosophiques des heures durant, mais nous nous restreindrons. Néanmoins, nous sommes en droit de nous demander si les patients venant à l'ESD effectuent réellement un « libre choix », au sens spinoziste du terme, s'ils ont conscience des causes qui les déterminent à venir à l'ESD.

Selon Spinoza, l'objectif de tout un chacun est de persévérer dans son être : *« la liberté (libertas) est le pouvoir d'être soi-même cause de son être et de ses propres actions, alors que la contrainte consiste à être et agir en étant déterminé par autre chose que soi-même. »*[57] Alors qu'étant étrangers, sans papier, malades et en situation d'obstacle aux soins et qu'il n'existe pas, *a priori,* de structure similaire à l'ESD, les patients ont-ils, philosophiquement parlant, le choix ? De ce fait, comment penser la relation médecin-malade à l'aune de cela ? Comment articuler critique d'une médecine « toute puissante » et prise en charge de patients « contraints », toujours au sens spinoziste du terme.

Ces idées sont à penser pour améliorer la prise en charge. Connaître les causes qui nous déterminent est un pas vers ce qui pourrait être la liberté. Le rôle du médecin et de

l'équipe à l'ESD consisterait alors à permettre au patient d'être pleinement conscient des déterminants médico-socio-juridiques, a minima. Permettre, si ce n'est un « libre choix », un « choix éclairé ».

5.3. Étrangers malades, mais pas seulement

« Étranger malade » est un terme juridique. Derrière ce terme, se cachent des personnes. Malades, étrangères, mais pas seulement.

Juridiquement, le titre de séjour obtenu en cas d'accord de la procédure pour soins est un titre d'un an ; parfois plus, pour les rares cartes pluriannuelles. Il permet de travailler. Le fait d'être malade n'y est pas mentionné : les cartes portent la mention « Vie privée et familiale ». Ces titres de séjour sont donc temporaires, conditionnés par l'état de santé de la personne. Les étrangers doivent être encore malades pour prétendre au renouvellement du titre de séjour. Ce qui est souvent le cas dans les maladies chroniques graves. Ils sont « assignés » à leur statut de malade. La maladie légitimise, elle confère un statut social ; mais elle enferme aussi.

Lorsque Didier Fassin écrit que la santé *« est tout à la fois autre chose et bien plus que l'envers de la maladie »*[58], il entend faire le lien entre l'être physique et psychique d'une part et le monde social et politique de l'autre. Assigner les patients à la qualité de malade pourrait-il permettre d'améliorer leur santé ?

Le risque serait d'inscrire des patients dans la maladie à des fins administratives : pour obtenir des papiers. Ce qui apparaît être en parfaite contradiction avec le rôle du médecin qui, s'il ne guérit, soigne et œuvre pour une amélioration de l'état de santé et l'autonomie du patient d'une part, et ne peut servir un objectif administratif, avant un objectif de santé. La relation médecin-malade à l'ESD est au cœur du monde social et politique ; la santé pieds et poings liés à des contraintes administratives et sociales. Pour un étranger malade, l'amélioration de sa pathologie chronique peut entraîner un non renouvellement de son titre

de séjour avec, alors, une détérioration patente de sa situation administrative et sociale et par conséquent un risque de dégradation de son état de santé. Quel accompagnement proposer alors ?

5.4. L'imbrication de pratiques prudentielles : pour une prise en charge plus singulière et plus complexe ?

L'idée de l'ESD est donc de travailler en pluridisciplinarité. Lorsqu'Hector Falcoff, interrogé par la revue *Le Généraliste,* détaille les mesures nécessaires pour réduire les inégalités sociales de santé, il insiste sur le développement de la collaboration des médecins avec les services sociaux[23]. Pour le médecin, travailler de concert avec le social et le juridique permet de prendre en charge le patient de façon globale. Ceci s'applique au médecin de l'ESD, sans ignorer tout de même que l'ESD ne permet pas de réduire les inégalités sociales de santé, mais œuvre plutôt pour l'accès aux soins et aux droits des personnes les plus vulnérables.

Il est ressorti des entretiens, que l'exercice du médecin est maximal lors de son imbrication avec la prise en charge sociale et juridique, permettant ainsi la prise en charge du patient la plus optimale. L'enjeu du dispositif réside ainsi dans la pluri-professionnalité exacerbée et l'expertise médico-socio-juridique qui en découle. Les professionnels vont travailler réellement ensemble, jusqu'à proposer des consultations à trois, pour une prise en charge plus singulière et encore plus complexe.

Notre travail, en sus de décrire l'exercice du médecin à l'ESD, s'est appuyé sur les pratiques prudentielles pour le caractériser. Nous pouvons alors questionner les enjeux du travail pluri-professionnel sous l'angle de l'envergure de l'incertitude que renvoie la prise en charge des patients reçus dans le dispositif. En effet, si l'exercice du médecin en tant que pratique prudentielle s'appuie sur la pratique du juriste, prudentielle aussi, juriste et médecin font ils face à la même incertitude ? Et alors, comment penser une pratique de plusieurs pratiques prudentielles ? De plus, s'appuyer sur le droit est-il la solution permettant au

médecin de maximiser sa prise en charge et de réduire l'incertitude ? Penser l'équité en droit et dans le droit -et non à la place du droit-, dans ce cas précis de l'ESD, n'est-ce pas un moyen de réduire les inégalités sociales et de santé ? Et si réfléchir en termes de droit, semble permettre au médecin de réduire une part d'incertitude dans la prise en charge des étrangers malades, qu'en est-il pour les juristes ? Introduire les questions de santé ne complexifie-t-il pas leur pratique ? Tout ceci pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs.

En tout état de cause, l'exercice à l'ESD apparaît comme un travail de funambules pluriprofessionnels, sur le même fil d'une prise en charge ; une question d'équilibre en somme.

6. Propositions ou perspectives

Une des premières pistes d'amélioration de l'exercice du médecin qui ressort de cette étude, concerne la formation et l'évaluation des pratiques. Par-delà le savoir théorique hautement spécifique à maîtriser, la part de l'apprentissage par « l'expérience » est fondamentale. Comme durant la formation initiale des médecins, l'apprentissage par les pairs et l'accompagnement régulier sont à favoriser pour l'exercice du médecin à l'ESD.

De ce fait, il serait pertinent d'envisager un exercice plus collectif, pour diminuer l'impression d'isolement et augmenter les échanges sur la pratique. Plusieurs voies peuvent être discutées. D'une part, le médecin généraliste pourrait ne pas être toujours le même, mais successivement un des médecins du centre de santé du Comede. Ou, pour plus de faisabilité, des binômes pourraient être institués : le médecin de l'ESD serait lié à un médecin du centre de santé, le premier pouvant solliciter le second pour échanger sur des cas complexes (et inversement). Il faut noter que cette possibilité existe déjà aujourd'hui mais qu'elle gagnerait à être développée, plus institutionnalisée. D'autre part, on pourrait aussi penser à créer un

binôme entre deux « spécialistes » différents, exerçant en même temps à l'ESD : un médecin généraliste et un médecin de santé publique par exemple. Chacun apporterait de sa « spécialité » et enrichirait la réflexion et ainsi, la prise en charge des patients. La volonté d'ouvrir le dispositif à des médecins bénévoles pourrait permettre de réfléchir à des pistes d'amélioration en ce sens.

Par ailleurs, l'accueil étant le pilier du rôle du médecin, et le lieu étant indéniablement inadapté, il serait cohérent de favoriser un espace confidentiel pour les entretiens médecin-malades.

D'autre part, pour majorer la compréhension du dispositif et de l'exercice du médecin, il semble nécessaire de réfléchir sur et avec la patientèle. Comme souligné dans cette discussion, une ou des études pourraient être réalisées au sujet de la satisfaction des patients, de leur compréhension et de leurs visions et besoins.

Pour finir, l'exercice du médecin à l'ESD ayant une forte composante d'amélioration des pratiques dans l'objectif de permettre l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes les plus vulnérables ainsi que de réduire les inégalités sociales de santé, il serait logique et pertinent d'organiser des temps de rencontres ou d'échanges avec les acteurs en santé du département de Seine Saint Denis. Cela permettrait donc d'œuvrer à la réduction (voire disparition) d'obstacles à l'accès aux soins et aux droits : par anticipation via la sensibilisation et les formations, par la réflexion sur les préjugés impactant les pratiques professionnelles et au moment d'obstacles, via une meilleure connaissance mutuelle et des possibilités d'échanges favorisées. Des temps d'échanges avec les médecins pourraient être envisagés au sein des hôpitaux, notamment dans les services prenant en charge les pathologies principales des

étrangers malades : psychiatrie, maladies infectieuses, maladies cardiovasculaires et métaboliques, cancérologie. D'autres part, des formations pourraient être proposées aux médecins généralistes, via des formations médicales continues rentrant dans le cadre du Développement Professionnel Continu. Améliorer la formation des médecins généralistes sur les demandes de titres de séjour pour soins : rédaction de certificats, enjeux et orientations possibles, pourrait faire l'objet de temps de formation ou de rédaction d'un document. En sus, il serait pertinent de faire perdurer les liens et les formations pour le personnel du service social de l'APHP déjà entamés, travailler avec les services sociaux est une des clés pour permettre l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes les plus vulnérables et en sus, la réduction des inégalités sociales de santé.

CONCLUSION

À l'ESD, existant depuis 2007, l'activité des médecins généralistes n'avait pas été documentée. Cette étude a permis de décrire leur exercice et de la réfléchir à l'aune de la sociologie des professions, en tant que pratique prudentielle.

L'exercice du médecin à l'ESD est apparu complexe et singulier. Avant tout, « expert » sur des questions techniques médico-juridiques concernant l'accès aux soins, l'accès aux droit et les demandes de titre de séjour pour soin, le médecin est aussi une personne ressource pour l'équipe. Il assure la coordination des soins du patient, sans s'occuper de prescription ou de diagnostic. Engagé, il œuvre dans la résolution des obstacles à l'accès aux soins et réalise des actions de sensibilisation et de formation auprès de ses pairs.

Compte tenu de la propension à l'isolement des médecins ayant exercé à l'ESD, il y serait pertinent de discuter régulièrement de leur position dans le dispositif, de manière institutionnelle, et de les inclure au sein d'un groupe de médecins. De plus, il serait important de laisser plus de place à une prise en charge de la santé, c'est-à-dire aussi bien aux temps de consultations qu'aux projets de santé, pour ne pas tomber dans une pratique d'expertise pure, de « guichet ». Pour finir, le médecin de l'ESD ayant un savoir précieux sur l'accès aux soins et l'accès aux droits, il serait pertinent de favoriser les rencontres avec les soignants exerçant en Seine-Saint-Denis, à l'hôpital ainsi qu'avec les médecins de ville.

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte.

[1] Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Article L313-11. Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

[2] LOI n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France. 2016-274 mars 7, 2016.

[3] LOI no 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. 98-349 mai 11, 1998.

[4] Ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

[5] Rapports d'activité | OFII [Internet]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/qui-sommes-nous/rapports-d-activite

[6] De l'exposition à la blessure du temps : vulnérabilité et présentisme. Dans B. Ravon, rédacteur. A. Brodriez-Dolino et al. Vulnérabilités sociales et sanitaires. Presses universitaires de Rennes (FR) ; 2014. p.236-272

[7] M.H. Soulet. Reconsidérer la vulnérabilité. Empan, 2005(4), n°60, p. 24-29.

[8] Rapports d'activité | OFII [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ofii.fr/qui-sommes-nous/rapports-d-activite

[9] Rapports annuels [Internet]. Comede. 2016 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: http://www.comede.org/rapport-dactivite/

[10] Française LD. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : rapport remis au Premier ministre [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000204/index.shtml

[10] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 90. 2016-41 janv 26, 2016.

[11] Des malades étrangers s'organisent pour se faire soigner gratuitement en France [Internet]. FIGARO. 2014 [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/06/23/01016-20140623ARTFIG00096-des-malades-etrangers-s-organisent-pour-se-faire-soigner-gratuitement-en-france.php

[12] Rapports annuels [Internet]. Comede ; 2017. p87. Disponible sur: http://www.comede.org/rapport-dactivite/

[13] Calvez M. Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH Modalités d'accès et contextes socioculturels. ANRS, Rapport final ; 2006.

[14] Procédure d'admission au séjour pour soins. Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Communiqué de presse, présentation du 09/11/2018. [Internet]. Disponible sur : http://www.ofii.fr/IMG/pdf/communiqu%C3%A9%20presse%20RappParlement%2009112018.pdf

[15] Hahn A, Eirmbter WH, Jacob R. Le sida : savoir ordinaire et insécurité. Actes de la Recherche en Sciences Sociales. 1994 ; 104 : 81-9.

[16] Fassin D. L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. Revue européenne des migrations internationales. Vol 17, n°2, 2001.

[17] De Rudder V, Poiret C, Vourc'h F. L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve. Paris : PUF, 2000.

[18] Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. La Revue du praticien. N°54. 2004 ; p.2221-2227.

[19] Wicky-Thisse M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité [thèse]. Université de Franche-Comté : Faculté de médecine et de pharmacie ; 2017.

[20] Warin P. Renoncement à des soins et précarité. Colloque DRESS-DSS. Paris ; 22/11/2011.

[21] Pian A. De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives. Revue européenne des migrations internationales. 24 oct 2012; Vol. 28(2):101-27.

[22] Lombrail P. Accès aux soins. Dans : Didier Fassin et al., Les inégalités sociales de santé. La Découverte ; « Recherches » . 2000 ; chapitre 26. p. 403 à 418.

[23] Falcoff H. Entretien « être égalitaire ne signifie pas être équitable ». Le Généraliste. 18/12/2015 ; n°2741 : p.33-34.

[24] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. The Marmot Review ; 2010.

[25] La Cimade - Association militante depuis 1939 [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lacimade.org/

[26] Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, préparée par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) ; 2002. p:52.

[27] Druais P. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé, Rapport officiel remis à Madame Marisol Touraine, le 09 Mars 2015. Disponible sur :
lecmg [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: http://lecmg.fr/internet/index.php?numarticle=1042

[28] Dodier N, Darbon S. Eliot Freidson, La profession médicale [compte-rendu]. Sciences Sociales et Santé. 1985 ; 3-1 p. 129-143.

[29] Freidson E. The medical profession. Paris : Payot; 1984.

[30] Champy F. La sociologie des professions. 2ème éd. Paris : Puf ; 2012.

[31] Hughes E. Le regard sociologique, essais choisis. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociale ; 1996.

[32] Victor P.E. Boréal, une année en pays esquimau. Points, Aventures. Édition Bernard Grasset; 1938.

[33] Peneff J. L'hôpital en urgence. Étude par observation participante. Paris. Métailié (leçons des choses) ; 1992 ; 260 p. 99.

[34] Arborio A.M. Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. Sciences Sociales et Santé. Vol 13, n°3 ; 03/09/1995.

[35] Illich I. Némésis médicale.

[36] Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. 4ème éd. Paris : Armand Colin ; 2016.

[37] Champy F. La Sociologie des professions. 1èreéd. Paris : Puf, coll. « Quadrige – Manuels », 2009

[38] Champy F, Israël L. Professions et engagement public. n° spécial de Sociétés contemporaines. n°73 ; mars 2009.

[39] Champy F. La sociologie des professions. 2èmeéd. Paris : Puf ; 2012. p81.

[40] Champy F. La sociologie des professions. 2èmeéd. Paris : Puf ; 2012. p91.

[41] Aubenque P. La prudence chez Aristote. p152. Dans Champy F, rédacteur. La sociologie des professions. 2èmeéd. Paris : Puf ; 2012. p91.

[42] Champy F. La sociologie des professions. 2èmeéd. Paris : Puf ; 2012. p83-84.

[43] Dubar C, Tripier P, Boussard V. De Weber aux "Nouvelles" théories des professions. Dans Dubar C, Tripier P, Boussard V., rédacteurs. Sociologie des professions. 4ème éd. Paris : Armand Colin ; 2015. p.119-148.

[44] Simonet-Cusset M. Les mondes sociaux du travail citoyen : sociologie comparative de la pratique bénévole en France et aux États-Unis. [Thèse] Faculté de sociologie de l'Université de Nantes ; juin 2000.

[45] Simonet-Cusset M. Penser le bénévolat comme travail pour repenser la sociologie du travail. Revue de l'IRES. N°44/1 ; 2004.

[46] Hughes E-C. Le drame social du travail. Actes de la recherche en sciences sociales. Les nouvelles formes de domination dans le travail (2). Vol 115 ; décembre 1996. p94-99.

[47] Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. 4ème éd. Paris : Armand Colin ; 2016. p.75

[48] Parsons T. Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne. Dans Herzlich, rédacteur. Médecine, maladie et société. Mouton ; 1970 . p169-189.

[49] Le Blanc G. Dedans dehors, la condition d'étranger. Edition du Seuil ; octobre 2010.

[50] Adam P, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. 4ème éd. Paris : Armand Colin ; 2016. p.90

[51] Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco. Jossey-Bass Publishers ; 1997. p200.

[52] Morin E., La méthode 1, La nature de la nature, Paris, Le Seuil ; 1977.

[53] Morin E., Introduction à la pensée complexe, Paris, Points ; 2014.

[54] Code de la santé publique - Article L1110-13. Code de la santé publique.

[55] Haute Autorité de Santé - La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

[56] Freidson E. Influence du client sur l'exercice de la médecine. Dans Herzlich, rédacteur. Médecine, maladie et société. Mouton ; 1970 . p227-238.

[57] Spinoza. Éthique, Œuvres III. GF Flammarion ; 1965.

[58] Fassin D. L'intervention française de la discrimination. Revue française de science politique, 52ème année, n°4 ; 2002. pp. 403-423.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Codes utilisés 12

TABLE DES MATIERES

RESUME **2**

INTRODUCTION **3**

1. Étrangers malades **3**

2. En situation de vulnérabilité **4**

3. État de santé des étrangers malades et inégalités sociales de santé en France 5

4. L'Espace Santé Droit **6**

5. Rôles et missions du médecin généraliste : approche par la sociologie des professions **8**

MÉTHODES **10**

1. Objectif **10**

2. Étude qualitative **10**

3. Choix de la théorie enracinée **10**

4. Critères d'inclusion et d'exclusion **10**

5. Entretiens, recueil des données et respect des personnes participant à l'étude 11

6. Triangulation et analyse par la théorie enracinée **11**

RÉSULTATS **12**

7. Le cadre de l'exercice du médecin : l'ESD **12**

7.1. Le lieu pose question 12

7.2. Les bénévoles socio-juristes 13

7.3. Les salariés socio-juristes 15

7.4. Pour un public très particulier, à la marge 16

8. Qui est le médecin de l'ESD ? **17**

8.1. Avant tout et surtout, un médecin 17

8.2. Généraliste en partie 17

8.3. Qui sait travailler en équipe pluri-professionnelle 18

9. Quelles sont les spécificités de l'exercice ? **19**

9.1. L'atypie de l'exercice 20

9.2. Un exercice complexe 21

10. Quels sont les rôles du médecin à l'ESD ? **24**

10.1. L'expertise médico-juridique des demandes de titre de séjour pour soins 24

10.1.1. Un spécialiste dans un domaine d'expertise 24

10.1.2. La procédure de demande de titre de séjour pour soins 25

10.1.3. Savoir dire « non » 27

10.1.4. Un risque de faire de la médecine de contrôle 27

10.2. C'est une personne ressource 28

10.3. C'est un « médiateur », quelqu'un qui forme et sensibilise 30

10.4. C'est une personne qui assure la coordination des soins du patient 31

10.5. C'est une personne qui lutte contre les obstacles aux soins 31

11. Composantes de l'exercice du médecin **32**

11.1. L'exercice est contextualisé, le médecin engagé 32
11.2. Rejet de la toute-puissance médicale 34
11.3. La question de la légitimité du médecin de l'ESD 34
11.4. Ouverture à la « santé globale » 35
11.5. L'exercice a une composante institutionnelle forte 35
11.6. L'exercice est intrinsèquement juridique 36
11.7. La finalité est l'imbrication médico-juridique 37

DISCUSSION 39

1. Discussion sur la méthode 39

2. Résultats principaux 40

a) Pratique de la médecine 40
b) Caractéristiques de l'exercice du médecin à l'ESD 40
c) Les rôles du médecin à l'ESD 41

3. Discussion sur la « profession » de médecin 41

3.1. Une remise en cause de La « profession » 41
3.2. Être médecin généraliste : une pratique prudentielle 42
3.2.1. Les étrangers malades : des cas singuliers et complexes ? 43
3.2.2. Le besoin des pairs 44
3.2.3. La dimension politique de l'activité 45
a) Le travail à l'ESD : une pratique particulière parmi d'autres 46
b) « Politisation de l'activité » et non pas « activité politique » 46

4. Discussion sur les particularités de certains rôles du médecin à l'ESD 47

4.1. Le travail avec des bénévoles 47
4.2. La place du médecin 49
4.3. Paradoxes et limites de certaines fonctions 51
4.3.1. L'expertise médico-juridique 51
4.3.2. Complexité et imbrication des pratiques 53
4.3.3. Le concept de médiation 54

5. Penser le médecin de l'ESD dans son contexte 56

5.1. L'impact défavorable du contexte politique sur l'exercice du médecin à l'ESD 56
5.2. Les patients sont-ils libres ? Comment penser l'exercice des médecins sinon ? 57
5.3. Étrangers malades, mais pas seulement 58
5.4. L'imbrication de pratiques prudentielles : pour une prise en charge plus singulière et plus complexe ? 59

6. Propositions ou perspectives 60

CONCLUSION 63

BIBLIOGRAPHIE 65

LISTE DES TABLEAUX 71

TABLE DES MATIERES 72

ANNEXES I

1. Annexe 1. L'Espace Santé Droit II

a) L'ESD propose : II
b) Quelques chiffres entre 2007 et 2018 : II
c) Sur les domaines pour lesquels l'ESD en 2016 a été sollicité : III

2. Annexe 2. Canevas du guide d'entretien médecins I

3. Annexe 3 : Canevas du guide d'entretien socio-juristes.....I

ANNEXES

Annexe 1 : L'Espace Santé Droit

Annexe 2 : Canevas du guide d'entretien médecins

Annexe 3 : Canevas du guide d'entretien socio juristes

1. Annexe 1. L'Espace Santé Droit

L'Espace Santé Droit a été créé en Octobre 2007.

Il s'agit d'un partenariat entre le Comede et la Cimade.

« Ce partenariat a pour objectifs la promotion du droit à la santé des personnes étrangères et la lutte contre les discriminations à l'égard des personnes migrantes. Les principes d'action des deux associations sont l'accueil inconditionnel, le soutien juridique individuel, l'accès préférentiel aux dispositifs de droit commun et la promotion du Droit. »[1]

L'ESD est hébergé de manière temporaire dans des locaux à Aulnay-Sous-Bois (93).

a) L'ESD propose :

- une assistance juridique par téléphone, aux personnes, aux familles et aux professionnels confrontés à des difficultés d'accès aux soins et aux droits liés à la santé.
- Pour les dossiers complexes qui requièrent une expertise juridique et médicale, des rendez-vous sur place.

b) Quelques chiffres entre 2007 et 2018 :

- 7 519 consultations et 16 028 appels traités pour plus de 16 300 personnes
- 3 024 personnes soutenues de 113 nationalités
- Principalement Algérie, Mali, Côte d'Ivoire, Maroc, Cameroun et Congo RD
- Femmes 41 %, âge médian 30 ans, 28 mineurs et 231 migrants âgés >= 60 ans
- En France depuis 6 ans (médiane)
- Durée moyenne de suivi de 6 mois

[1] L'Espace Santé Droit en Seine-Saint-Denis [Internet]. Comede. 2016. Disponible sur : http://www.comede.org/lespace-sante-droit-avec-la-cimade-en-seine-saint-denis/

c) Sur les domaines pour lesquels l'ESD en 2016 a été sollicité :

- Majoritairement, droit au séjour (en 2016 : 83 % des PT et 88 % des consultations)
- Secondairement, accès aux soins et à la protection maladie (26 % des PT et 15 % consultations en 2016, davantage les années précédentes)
- Moins souvent, autres droits sociaux liés à l'état de santé (10 % en 2016)
- Les actions de soutien social et de prévention en santé sont essentiellement restées à l'état de projet

En dehors des questions d'accès aux droits, les autres mesures de lutte contre les discriminations liées à l'origine sont essentiellement abordées en matière de refus, restriction de soins

Pathologies principales des patients suivis à l'ESD depuis sa création.

Pathologies	**Nombre de patients depuis 2007**	**%**
HTA	372	17 %
VIH	306	14 %
TROUBLES PSY	269	12 %
DIABETE	251	11 %
HEPATITE B	214	10 %
CANCER	217	10 %
MALADIES CARDIO VASCULAIRES (sans HTA)	133	6 %
HEPATITE C	119	5 %
PNEUMOLOGIE	101	4 %
AUTRES MALADIES INFECTIEUSES	69	3 %
NEUROLOGIE	66	3 %
NEPHROLOGIE	64	3 %
OPHTALMOLOGIE	64	3 %
AUTRE	332	15 %
Total	**2 245**	**100 %**

2. Annexe 2. Canevas du guide d'entretien médecins

1. Pourrais-tu te présenter brièvement ?
2. Pourrais-tu me raconter une prise en charge marquante que tu ais effectuée en tant que médecin de l'ESD ?
3. Pourrais-tu me raconter une journée type ?
4. Qu'est-ce qui t'a amené à travailler à l'ESD ?
5. Selon toi, qu'est-ce qui fait un bon médecin à l'ESD ?
6. Quelles sont les difficultés que tu as pu rencontrer dans ton exercice?
7. As-tu exercé en cabinet de ville ? Quelles différences vois-tu avec l'exercice libéral ?
8. Pour quelles raisons as-tu quitté l'ESD ?

3. Annexe 3 : Canevas du guide d'entretien socio-juristes

1. Pourrais-tu te présenter brièvement ?
2. Pourrais-tu me raconter ta dernière collaboration avec le médecin de l'ESD ? Ou bien une collaboration marquante ?
3. Quelles raisons t'amènent (t'amenaient) à travailler avec le médecin de l'espace santé droit ?
4. Selon toi, qu'est-ce un « bon médecin » à l'ESD ?
5. Selon toi, qu'est-ce un « mauvais médecin » à l'ESD?
6. Quelles difficultés as-tu rencontrées lors de ton exercice à l'ESD ?
7. Si je te dis « rapport droit-médecine », qu'est-ce que cela t'évoque ?

FESSARD C., Directeur: VAN DEN BROUCKE J., Président: LOMBRAIL P.,

La pratique atypique de la médecine à l'Espace Santé Droit. Étude qualitative descriptive de l'exercice du médecin généraliste à l'Espace Santé Droit en Seine saint Denis.

RÉSUMÉ

Introduction : L'Espace Santé Droit (ESD) est un dispositif associatif spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des étrangers malades. Des médecins généralistes y travaillent, dans une activité *a priori* atypique. Au soin des patients, sans les examiner, ni prescrire, ils interviennent en appui d'une équipe sociale et juridique, bénévole, sur des questions d'accès aux droits et d'accès aux soins. Cette étude avait pour objectif de décrire l'exercice du médecin généraliste à l'ESD.

Matériels et Méthodes : Une étude qualitative, descriptive, par entretiens semi dirigés a été réalisée. Toutes les personnes ayant travaillé à l'ESD depuis sa création (2007) étaient susceptibles d'être interrogées. Les entretiens ont été arrêtés lors de la suffisance des données répétée au cours de 3 entretiens consécutifs. L'analyse a été menée par la méthode de la théorie enracinée après triangulation des premiers codages. L'étude était en immersion, le chercheur principal étant un des médecins du dispositif.

Résultats : 15 entretiens ont été réalisés, d'une durée médiane de 44 minutes. L'exercice du médecin généraliste est apparu complexe et atypique. Spécialiste de questions juridiques très techniques autour de l'accès aux droits des étrangers malades, il travaillait en équipe pluri professionnelle, avec des bénévoles. Personne *ressource,* il assurait la coordination des soins. Il luttait contre les obstacles aux soins et s'inscrivait dans une démarche institutionnelle et politique. Plusieurs difficultés ont été mises en évidence. La plus-value de l'exercice du médecin s'est avérée optimale lors d'une imbrication stricte, avec les activités sociales et juridiques de l'équipe.

Conclusion : L'activité du médecin généraliste à l'ESD a été décrite. Au regard de la sociologie des professions, cet exercice a pu être discuté en tant que pratique prudentielle. Pratique pleinement médicale, il s'agissait avant tout d'un exercice atypique et complexe, essentiellement « d'expertise médico-juridique », au sein d'une équipe pluri-professionnelle, à l'écoute d'un public particulier : des étrangers malades en situation de précarité. Des propositions ont été faites pour l'améliorer.

Mots-clés : Étrangers malades, Rôles du médecin généraliste, Exercice de la médecine générale, Vulnérabilités, Pluri-professionnel, Expertise médico-juridique, Sociologie des professions, Pratique prudentielle.

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

FESSARD C., Directeur: VAN DEN BROUCKE J., President: LOMBRAIL P.,

The atypical practice of medicine at the "Espace Santé Droit".

A descriptive qualitative survey of the general practitioner's exercise at the "Espace Santé Droit", in Seine Saint Denis

RÉSUMÉ

Introduction: The "Espace Santé Droit" (ESD) is an associative place dedicated to the reception and support of ill foreigners. Physicians work there in an atypical way of practice. They care patients, but without examining neither prescribing. They support the socio-legal team, regarding access to care and to legal rights issues. So, the aim of this survey was to describe the general practitioner's (GP) activity at the ESD.

Methods: A descriptive, qualitative survey, with semi-conducted interviews was done. Any person who worked at ESD since its beginning was susceptible to be interviewed. Interviews were stopped when the saturation of the data was reached after 3 consecutive interviews. The analysis was carried through the grounded theory after triangulation of the first data encoding.

Results: 15 interviews were done. Main characteristics were the complexity and the singularity of the GP's exercise. He was described as a generalist, working in a multidisciplinary team, specialized in technical legal issues regarding ill foreigners access to legal rights. He appeared to be fighting against barriers to health care in an institutional and political context. Several difficulties were highlighted. The physician's added value was optimized by good interaction with social and legal team.

Conclusion: The GP's activity was described. Using the sociology of professions, this practice could be analyzed as a prudential practice. This is a legitimate medical practice in which the GP is a medical and legal issues expert, working in a multidisciplinary team, caring for specific patients: ill foreigners in insecure situations. Several propositions were made to improve it.

Keywords : ill foreigners ; role of the general practitioner ; general medicine exercise; vulnerability; multidisciplinary team; medico-legal expertise, sociology of professions, prudential practice .

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS