

Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : exemple d'une recherche sociologique de terrain menée avec l'URPS Médecins Nord-Pas-de-Calais

Dans leur injonction au corps médical de porter une attention particulière aux personnes précaires, les politiques publiques fixent un objectif général sans avoir défini le périmètre d'action ou le champ d'intervention. En l'absence de référentiel commun explicite, les généralistes se demandent quels publics sont visés et pour quelle prise en charge spécifique.

Convaincue de l'intérêt de réaliser des recherches en lien avec le terrain, l'URPS Médecins Nord – Pas-de-Calais a donc accepté de travailler avec une sociologue afin de réaliser une recherche explorant les conditions de consultation en médecine générale, et particulièrement la prise en charge des personnes précaires, donnant au chercheur une double position : doctorante dans un laboratoire de recherche tout en étant salariée de l'URPS Médecins.

Après avoir, dans un premier temps, présenté la méthodologie utilisée afin de réaliser cette recherche-action et en avoir donné les principaux résultats, il s'agira, dans un second temps, de porter un regard critique sur les difficultés rencontrés, à l'image des questions éthiques ou encore de l'accès au terrain, y compris lorsque l'on se retrouve chercheur dans son propre terrain. Enfin, le dernier temps sera consacré à la réception des résultats et aux suites données à cette recherche collaborative, tant pour les médecins généralistes qui ont participé à cette recherche et qui ont modifié leurs pratiques, que par le monde médical.

1. Un matériau de recherche basé sur l'observation ethnographique ayant permis de mettre en lumière l'hétérogénéité des pratiques

Afin de pouvoir apporter un regard critique sur l'utilité du travail mené, il semble important de revenir sur la méthodologie et les principaux résultats.

Initiée par une recherche exploratoire réalisée dans le cadre d'un master recherche, cette thèse s'est attachée aux pratiques des médecins généralistes afin de savoir s'il existait des différences de prise en charge en fonction de la précarité du patient et quel était leur impact sur la relation de soins, y compris sur les inégalités sociales de santé. Son ambition était de pouvoir montrer que, en renforçant leurs pratiques, ou en permettant à leurs patients d'acquérir de nouvelles compétences les médecins peuvent contribuer à agir contre les inégalités de santé.

A la différence d'autres équipes de recherche, une seule chercheuse a observé un nombre important de consultations et de cabinets, et saisi toute la variabilité des pratiques. Le scepticisme des médecins généralistes vis-à-vis des sciences humaines, et notamment la crainte d'une généralisation de cas particuliers caricaturaux ou de voir juger leurs pratiques a imposé d'innover d'un point de vue méthodologique pour combiner des données qualitatives et quantitatives afin d'asseoir les résultats.

8 médecins installés dans des secteurs diversifiés (favorisé, défavorisé et semi-rural) ont participé à cette recherche sociologique. Une ethnographie des cabinets médicaux a permis l'observation de 879 « attentes » et 698 consultations, a été complétée par les échanges informels et les entretiens semi-directifs avec chaque généraliste, et a été accompagnée de portraits des médecins et d'analyse descriptive des lieux.

L'analyse montre que les médecins sont en situation d'anomie en ce qui concerne la prise en charge des personnes précaires. Incertitude et absence de règles entraînent des pratiques hétérogènes qui ont un impact pour les patients. Ainsi, l'agencement des lieux comme l'organisation de la salle d'attente ou la disposition du cabinet de consultation peut permettre aux patients d'aborder la consultation et l'examen médical dans les meilleures dispositions.

L'analyse des conditions d'accueil et de la salle d'attente permet d'appréhender comment l'aménagement d'un espace et l'accueil par une équipe de professionnels (secrétaires et médecins) influencent les conditions de la consultation à venir et confirme que la cohabitation sereine en salle d'attente de patients de catégories sociales différentes est possible, mais semble associée à une réelle mixité sociale de la patientèle.

Par ailleurs, il apparaît une grande diversité dans les prises en charge médicales, que ce soit en matière de prescriptions, d'orientation vers d'autres professionnels de santé ou de recours à des interlocuteurs sociaux.

L'analyse des pratiques en fonction de la trajectoire chronologique du patient, de l'attente à la consultation en elle-même jusqu'à la clôture de cette dernière, montre certes l'impact du secteur d'exercice et de la patientèle qui le constitue, mais également l'influence du médecin lui-même. Des disparités émergent en fonction de la composition et de la nature de la patientèle, mais, bien plus, en fonction des propres représentations du médecin (du système de santé, de son métier, de sa conception de la relation médecin-patient en fonction du degré de confiance octroyé), représentations qui sont souvent bien loin de la rationalité thérapeutique... L'analyse des interactions médecin-patient dans le cadre de la consultation montre qu'il n'y a pas une attitude spécifique du médecin envers ses patients les plus précaires. Si le médecin a bien un modèle de relation spécifique avec ses patients en fonction de sa personnalité, il est le même pour l'ensemble de ses patients, quelle que soit sa position sociale.

Ce travail de recherche a permis d'identifier des façons de s'organiser, savoir-faire et savoir-être bénéfiques pour les personnes précaires en ce sens qu'elles permettent non seulement de diminuer leur stigmatisation, d'améliorer les conditions de consultation mais également au patient d'être en capacité de mieux suivre le traitement proposé.

Contrairement aux postulats implicites retenus lors de l'élaboration de la recherche, les différences d'accueil et pratiques ne semblent pas imputables au secteur d'exercice (défavorisé, favorisé ou semi-rural) mais bien aux représentations que le médecin a de son métier, du système de santé et de la manière dont il envisage la relation médecin-patient. Ces représentations influencent ainsi les pratiques du généraliste, de l'écoute à l'examen médical, en passant par les décisions médicales et le recours aux partenaires extérieurs.

Cette recherche collaborative a permis de montrer le rôle que le médecin peut jouer dans le système de reproduction des inégalités sociales de santé et comment ses pratiques peuvent être contributives du système ou, au contraire être un levier pour lutter contre ces inégalités, pratiques qui ne font pas appel aux savoirs dispensés pendant les études de médecine

2. Un exemple de collaboration médecine – sociologie ?

S'agissant d'une recherche sociologique sur la médecine générale et non pas « en médecine générale », il s'agit bien « d'aller à la rencontre de médecins généralistes pour accéder à leurs pratiques et représentations, avant de les réfléchir à la lumière des productions de la sociologie. Ce va-et-vient est constitutif de la manière de travailler dans cette discipline, la phase de fréquentation assidue et humble du « terrain » étant particulièrement importante pour les sociologues qui ont recours à des méthodes qualitatives » (Bloy et Schweyer, 2010) : présence au long cours ; parti pris d'observer les manifestations de la précarité tant dans les cabinets situés dans différents secteurs mais également tous patients confondus, sans utiliser des catégories préétablies que ce soit en consultations ou en salles d'attente.

L'observation sociologique en médecine générale repose sur une observation directe d'un espace de cohabitation clos, une unité sociale de dimension restreinte et habituellement peu perméable aux regards, « le colloque singulier ». Sa mise en œuvre a présenté des difficultés d'ordre éthiques ou méthodologiques qui sont autant de données informatives essentielles pour mieux cerner l'objet de cette recherche-action collaborative.

2.1. Ethique et déontologie

Lors du recrutement des médecins pour participer à cette recherche, certains ont demandé si l'aval de l'Ordre des Médecins avait été obtenu, si une demande avait été faite auprès de la CNIL, certains allant même jusqu'à dire que la démarche proposée était « anti-éthique »... J'ai donc réalisé un point sur la réglementation existante.

S'agissant d'une recherche scientifique, il n'est pas dans les missions de l'Ordre de Médecins de donner un avis sur la pertinence ou non du travail envisagé. Il existe cependant une instance chargée d'encadrer la recherche portant sur l'être humain : le CPP

(Comité de Protection des Personnes). Après vérification, il s'est avéré que cette recherche sociologique, observationnelle et non interventionnelle, n'était pas effectuée dans le cadre d'une recherche biomédicale et ne relevait donc pas de la loi Huriez-Seruschat.

Etant amenée à créer un fichier de données pour chaque patient vu en consultation, je me suis interrogée sur la nécessité de faire une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le matériau ne prévoyant aucune collecte ni aucun traitement de données à caractère personnel, telles que définies par la CNIL, il n'a pas été nécessaire de leur déclarer le fichier.

La CNIL mentionne cependant que tout projet nécessitant le traitement de données à caractère personnel à des fins de recherche dans le domaine de la santé, soit soumis pour avis au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS). Même si aucune donnée à caractère personnel selon les critères de la CNIL n'était traitée, par acquis de conscience et pour rassurer les médecins sur le cadre éthique de la démarche, un avis auprès de cette instance a été sollicité. Après avoir reçu deux avis réservés et avoir complété le protocole à chaque fois, un avis favorable avec réserve a finalement été délivré.

Cette expérience avec le CCTIRS a montré combien il est difficile pour des instances, rompues à des recherches biomédicales, de se prononcer sur des recherches à visée compréhensive en sciences humaines. La nécessaire incertitude, notamment concernant le nombre exact de sujets inclus ou le nombre de variables, semble difficile à concilier avec les normes d'autorisation de ce type d'instance. Par ailleurs, l'avis favorable étant sous-tendu à la réserve de conforter les données auprès des médecins, montre que le regard médical semble être le garant scientifique de toute recherche biomédicale. On y retrouve là ce que Péneff appelait le « fait social total », le secret médical, qui lui était opposé lorsqu'il souhaitait faire des observations de consultations : « Ce secret limite toute investigation sociale et démocratique, soumet toute enquête à autorisation, voire à un patronage officiel. Cela ne facilite pas l'observation et l'étude des rencontres entre clients et professionnels. Aucune profession n'a élevé de telles barrières, ne s'est montrée aussi méfiante envers toute intrusion; aucune n'a autant peur du regard des autres, ce qui pourrait être un signe, non pas de confiance en soi, mais bien plutôt de désarroi » (Péneff, 2005). Contrairement à ces propos, ce ne sont pas les médecins, qui ont accepté assez facilement de « partager le secret médical » avec moi, mais bien les autorités, censées représentées l'intérêt des usagers ou de la profession médicale, qui se sont révélées les plus méfiantes à l'égard de ma recherche.

Mon expérience vient ainsi illustrer combien les moyens d'obstruction pour réaliser des recherches de sciences humaines en médecine générale sont encore importants et basés sur des arguments souvent subjectifs comme la mise en cause des compétences scientifiques des chercheurs.

Une fois ce « blanc-seing » obtenu pour rassurer les médecins quant au sérieux de ma recherche, restait encore à s'assurer que ces derniers acceptent de coopérer à cette recherche collaborative...

2.2. *Accès au terrain*

Les médecins de ville ne participant que rarement, voire jamais, à des études sociologiques, il ne leur est pas concevable de laisser une personne assister à leurs consultations, surtout si elle n'est pas médecin. Le fait d'être directrice de l'URPS Médecins a certainement facilité l'accès au terrain, ce qui a été possible du fait de la réalisation d'une recherche-action collaborative.

Pour commencer, j'ai décidé de solliciter des médecins avec lesquels j'avais déjà eu l'occasion de travailler et dont les conditions d'exercice m'intéressaient. Les quatre médecins envisagés ont accepté une collaboration et ce, sans aucune hésitation ni appréhension. L'accord de ces quatre médecins m'a été donné avant même que j'évoque les documents garantissant l'éthique de ma démarche (lettre d'information à destination de(s) confrère(s), de la(des) secrétaire(s) médicale(s); affichage à mettre en salle d'attente; attestation garantissant le respect de l'anonymat des patients et la non diffusion des données

personnelles et médicales), la confiance professionnelle acquise auparavant semblant, pour eux, un gage suffisant. J'ai malgré tout installé l'affiche et signé la charte de confidentialité afin de leur assurer un minimum de garanties, pour eux-mêmes et leurs patients.

La question du partage du secret médical ne s'est pas posée, je n'ai pas eu besoin de justifier d'une appartenance, même ancienne, au corps médical, mon statut de salariée de l'URPS Médecins a sans nul doute permis d'éviter cette question. « L'importance du secret (médical) réside moins dans ce qu'il cache, que dans ce qu'il affirme : l'appartenance à une classe, à un statut » (Jamin cité par Sarradon-Eck, 2006). En partageant avec moi le secret médical, les médecins m'ont affecté un statut suffisamment proche du leur pour ne pas m'opposer le sacro-saint secret médical. « Cette focalisation sur le secret médical est un processus identitaire, à la fois d'identification à un groupe et de séparation, de différenciation par l'affirmation de pratiques sensées être spécifiques » (Sarradon-Eck, 2006). En travaillant dans une structure œuvrant pour améliorer les conditions d'exercice des médecins, concrétisé par des collaborations de plusieurs années, j'ai ainsi gagné leur respect et un statut suffisamment proche à leurs yeux pour pouvoir partager le secret médical. Ce statut intermédiaire de non médecin, coopté malgré tout, semble d'ailleurs transmissible car, à l'issue de ce terrain préliminaire, de nombreux médecins généralistes ont appris l'objet de ma recherche et m'ont proposé de m'ouvrir les portes de leur cabinet.

Cependant, afin d'évaluer dans quelle mesure l'accès au terrain m'était facilité du fait de l'antériorité de ma relation professionnelle avec les médecins, j'ai décliné les propositions des médecins généralistes s'étant portés volontaires pour collaborer avec moi, et contacté des praticiens avec lesquels je n'avais jamais travaillé via l'URPS Médecins. Mon objectif était de réaliser des observations en terrain moins sympathique à mon égard, moins biaisé du fait de ma relation professionnelle.

J'ai donc réalisé un recrutement suivant des profils correspondant aux critères préalablement définis (secteur d'exercice, cabinet de groupe ou individuel, genre). Le premier contact avec ces médecins a été téléphonique afin de présenter mon identité professionnelle et l'objet de mon projet de recherche. Lors de ces contacts téléphoniques, j'ai dû essuyer 50% de refus, huit pour quatre collaborations acceptées. Il s'est avéré plus facile de convaincre les médecins exerçant dans des secteurs défavorisés d'ouvrir les portes de leur cabinet. La plupart étaient motivés et contents de pouvoir montrer la réalité de leur quotidien. Ce sont les médecins des secteurs les plus favorisés qui se sont révélés les plus méfiants, prétextant que ma démarche était nuisible pour leurs patients, qu'ils ne pouvaient pas leur imposer ça, l'argument ultime étant qu'ils n'avaient pas de précaires dans leur patientèle. Ces refus m'ont donc permis de voir que les médecins des secteurs favorisés semblent avoir une définition de la précarité définie géographiquement.

Je n'ai eu à subir qu'une seule fois un refus basé sur l'éthique de la démarche sociologique, pourtant il semblerait que cet argument éthique soit souvent mis en avant par le corps médical, d'autres sociologues (Darmon, Sarradon-Eck, etc.) rapportent des propos comme « ne pas donner les patients en pâture », « obtenir l'accord des patients qui ne sont pas du bétail », « je ne m'imagine pas travailler avec un témoin extérieur à la famille du malade », « la clientèle comprendrait mal la présence d'un intrus ». Ces refus montrent que certains médecins considèrent les sociologues comme susceptibles de perturber le fonctionnement du cabinet par une observation même non participante, « la présence d'un observateur est incompatible avec leur pratique professionnelle, [...] il est question d'un huis clos à préserver, d'une relation duelle qui serait de l'ordre de l'incommunicable entre « le » médecin et « son » malade. [...] condition nécessaire à l'établissement d'une relation thérapeutique » (Sarradon-Eck, 2006). Mais au-delà de la protection affichée de la relation médecin-patient de la part de ces praticiens, il serait légitime de penser qu'il existe également un mécanisme sous-jacent de protection de classe sociale. Ce discours m'a par exemple été tenu par un médecin exerçant en secteur favorisé, avec un fort sentiment d'identification à sa patientèle qu'il appelle « ses compatriotes » et il n'est pas certain qu'il m'aurait tenu le même discours s'il s'était agi d'observer uniquement les bénéficiaires de la CMUc. Darmon précise d'ailleurs que ce n'est pas sur les problèmes d'éthique ou de préservation de la relation médecin-

patient que les refus se basent principalement mais bien « sur une définition de la sphère médicale et donc corrélativement sur une définition de la sociologie et de sa place » (Darmon, 2005). Les motifs invoqués relatifs au secret médical ou à la relation de confiance entre le médecin et son patient sont des arguments érigés pour éviter le fond du problème : la sociologie prétend analyser des pratiques qui jusqu'ici ne faisaient l'objet de consensus qu'entre pairs.

2.3. *Une observation semi-participante : être dedans et dehors*

Du fait de ma double appartenance pour réaliser cette recherche action collaborative, sociologue mais également directrice de l'URPS Médecins, ma relation avec les médecins de cette étude s'est avérée complexe. Afin de limiter le risque d'avoir des points aveugles, des éléments allant de soi (taken for granted), il a fallu prendre le temps de réfléchir, non seulement à la position de chercheur salarié de son propre terrain de recherche, mais également aux motivations qui ont induit l'objet de recherche, afin de voir quels pouvaient être leurs effets sur la qualité de la recherche.

Tout d'abord, il est important de préciser que, n'étant pas médecin, je me sens dénuée de tout sentiment d'appartenance envers ce groupe professionnel même si je travaille pour une structure à leur service.

Que ce soit dans le cadre de cette recherche ou d'autres précédemment menées, notamment l'étude exploratoire, l'URPS Médecins n'a demandé et n'a eu aucun droit de regard sur le travail réalisé. La motivation du Président de l'URPS Médecins, généraliste à l'époque, était d'encourager ce type de démarche, arguant qu'il était important de faire face à certaines réalités et qu'il valait mieux que ce soit fait au travers d'une organisation représentant les médecins que par des personnes qui ne prendraient pas le temps d'entendre les arguments du corps médical.

Au-delà de permettre un accès direct au terrain de recherche, le statut de salarié d'une instance représentative du groupe professionnel observé a permis de réaliser des recherches de meilleure qualité que si elles avaient été réalisées en dehors de cette structure. En effet, cette situation impose d'asseoir les différentes analyses faites suite aux observations, permettant ainsi de ne pas tomber dans la caricature en généralisant des cas particuliers, de ne pas faire de jugements trop hâtifs en essayant de bien cerner la complexité de la situation. S'il est évident que le chercheur doit rester en bon termes avec les médecins de son terrain, l'analyse n'en a pas été expurgée pour autant puisque le but n'était pas de qualifier ou de porter un jugement sur les médecins qui avaient accepté les observations mais d'analyser leurs pratiques (savoir-faire et savoir-être) et étudier si certaines étaient transmissibles. Pour ne pas être remise en cause, tant par les sociologues que par les médecins, le raisonnement a été factuel, circonstancié et la perspective d'une confrontation avec les médecins ayant participé à l'étude a permis d'éviter de dériver dans une critique excessive et de se concentrer sur une logique compréhensive de l'objet.

Par ailleurs, je suis amenée professionnellement à participer aux groupes de travail régionaux élaborant les programmes de santé en direction des personnes les plus défavorisées (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, programme « accès aux soins de premier recours » conduit par l'Agence Régionale de Santé, etc.), ou encore sollicitée, en tant que directrice de l'URPS Médecins, pour concevoir des actions de santé en direction des publics démunis. Cette recherche-action collaborative a donc d'objectiver les discours que je pouvais entendre – dont certains me donnaient l'impression d'être de l'ordre d'une représentation fantasmée – et de produire des données factuelles afin de faire avancer les débats et dépasser les procès d'intention régulièrement entendus afin de mener des politiques puis des actions plus pertinentes sur le terrain, non seulement pour les médecins, mais également pour les principaux concernés, les personnes dites précaires. Avant de commencer, j'avais une définition, préconçue et limitée, de la précarité, l'associant aux personnes identifiées comme des marginaux dont les personnes Sans Domicile Fixe. Après le travail exploratoire, tant par les lectures que par les entretiens avec les médecins,

cette définition est devenue multiple et variable, notamment en fonction du statut de la personne et de son référentiel qui lui est propre.

Les observations in situ, que ce soit en consultation ou dans les salles d'attente, m'ont ensuite permis d'évoluer sur la question. Le terrain a développé ma posture empathique de chercheur. J'ai dû réfléchir à mes propres représentations et aux éléments tangibles qui me permettaient de qualifier, ou non, une personne de précaire, en fonction de leurs signes extérieurs : vêtements, vocabulaire, langage, élocution, odeur corporelle, etc.

Avoir conduit cette recherche action collaborative a fait de moi un meilleur chercheur, y compris par les difficultés éprouvées, en m'imposant une ligne de conduite visant à ne tomber ni dans le populisme qui ferait passer les personnes précaires pour des « martyrs », ni dans un écrit partisan à la gloire du corps médical, de ne pas choisir d'endosser le discours d'une partie plutôt que celui de l'autre mais de les considérer tous deux comme valides, avec leurs raisons et leurs logiques propres. J'ai ainsi observé les médecins comme les personnes précaires, sans hostilité ni admiration particulière, ce qui m'a permis d'être suffisamment détachée et indépendante de pensée pour réaliser cette recherche.

Ce travail collaboratif m'aura également été utile dans mon exercice professionnel quotidien en acquérant une connaissance du terrain grâce à l'immersion. Je ne suis plus dans le relais du discours déclaratif mais bien dans la compréhension du phénomène et des conditions de travail. J'ai par ailleurs gagné en crédibilité et en légitimité, tant auprès de mes collègues que de élus de l'URPS Médecins.

3. Effets induits par la recherche-action collaborative

Si les bénéfices de cette recherche-action collaborative ont été indéniables tant dans l'amélioration des compétences de chercheur que dans l'exercice professionnel de salariée de l'URPS Médecins, il est également intéressant de voir les effets induits par cette dernière, tant sur les pratiques des médecins ayant participé qu'auprès des bénéficiaires indirects de cette recherche, le monde médical.

3.1. Attentes et changements de pratiques observés pour les médecins ayant participé

La présence de longue durée sur le terrain a permis d'accéder aux pratiques routinières des médecins généralistes. La présence récurrente du sociologue, les nombreux échanges informels ainsi que mes questions ont imposé un travail réflexif sur leurs pratiques que les médecins n'avaient pas (ou peu) l'habitude de réaliser au quotidien, du fait de l'enchaînement des consultations, des journées et de l'isolement du praticien dans son travail quotidien. Sans avouer avoir modifié leurs pratiques, les médecins de mon étude me dirent demander plus systématiquement la profession, la situation familiale de leurs patients car, avec mon passage, ils se sont aperçus non seulement de l'intérêt que pouvaient avoir ces informations dans le cadre d'une prise en charge globale, mais également qu'ils étaient loin de les posséder pour l'ensemble de leurs patients, comme le dernier métier exercé par un patient retraité, et qu'ils procédaient souvent par suppositions empreintes de leurs propres représentations.

Sans avoir jamais porté de jugement sur leurs pratiques et encore moins les avoir incités à un quelconque changement, ma présence, silencieuse ou lors d'échanges, semble les avoir fait réfléchir et modifier leurs pratiques, notamment en intégrant davantage la « dimension sociale » de leurs patients (profession, situation familiale, droits santé etc.), principalement dans les secteurs favorisés ou mixtes où ces informations semblent moins utiles aux professionnels. Les échanges que j'ai pu avoir avec certains médecins de mon terrain, ont permis d'amener davantage de considération sur la situation sociale des patients, les médecins semblant alors convaincus que cette dernière influence la qualité de la relation médecin-patient et l'observance thérapeutique.

Un effet positif induit de ma présence au long cours aux côtés des médecins, a été de permettre une réflexion quant à leurs pratiques, les amenant le plus souvent à les modifier à leur insu, comme le montrent les entretiens semi-directifs. Mon apport le plus important a sans doute été de leur montrer la pertinence, pour l'efficacité de leurs pratiques, de prendre

davantage en compte leurs patients comme des êtres sociaux, impliqués dans des relations professionnelles, familiales, amicales, et non plus comme des individus avec des symptômes à soigner.

Sans réaliser d'observation participante, ma présence au long cours m'a malgré tout permis de nouer des liens avec les médecins qui ont eu l'occasion de prendre du recul par rapport à leurs pratique. Les médecins semblaient d'ailleurs apprécier cette expérience et, au fil des observations, je me suis aperçu que des médecins tentaient spontanément de me trouver des informations utiles pour ma recherche, certains m'ont ainsi « gardé » des visites à domicile pour me montrer « la vraie précarité ».

Par ailleurs, ayant interrogé les médecins, lors des entretiens finaux, sur leurs motivations pour participer à ce type d'études, ces dernières semblent les mêmes que pour d'autres études sociologiques en médecine générale avec un double intérêt des médecins généralistes : avoir une analyse de leur pratique mais également sur l'organisation du système de soins. Il y a l'idée de « montrer ce qui se passe, ce qui se joue et, en retour, voir comment les autres travaillent » (Sarradon-Eck, 2006), les médecins ont bien compris que l'analyse sociologique leur permet de prendre du recul et les interrogent sur leurs pratiques, ce qu'ils n'ont pas le temps de faire dans la routine de leur cabinet.

Ils attendent un regard critique, comparatif sur leur pratique, appréciant « *qu'il y ait quelqu'un qui a pu comparer plusieurs types de clientèles, [...] parce que nous, chaque professionnel, on est dans notre coin, on a notre vision des choses mais une vision globale c'est vraiment intéressant. [...] On ne sait jamais par rapport aux autres comment on pratique* » (Dr Hervé), mais également le fait que je ne sois pas médecin, « *que quelqu'un vienne au cabinet voir comment je travaille et tout ça, avoir une analyse un regard extérieur. Parce que nous on est [...] toujours de médecin à médecin. [...] En plus [...] vous ne partez pas avec une idée préconçue de la précarité, vous n'allez pas enfermer une catégorie de population, ça, je trouve ça vraiment génial quoi* » (Dr Mehdi).

L'attente semble également importante quant aux résultats de cette recherche, avec cet espoir que ce travail puisse contribuer à améliorer le système de santé actuel : « *si ça peut faire bouger justement, [...] c'est essentiel.* » (Dr Amélie), « *je trouve que c'est génial, sincèrement parce que déjà c'est une évaluation dans le Nord-Pas-de-Calais. [...] pour la région, je trouve que c'est très bien parce que [...] c'est une forme d'action, voir ce qu'on doit faire, ce qui ne va pas, ce qui ne marche pas et puis tout quoi. C'est très très bien* » (Dr Michel).

Les attentes finissent même par dépasser largement les possibilités de mon travail : « *je me disais que malgré tout ce bon travail que vous allez faire on va vous rétorquer que peut être il n'y a pas de sous derrière [...] (et continuer) de stigmatiser une profession en disant « c'est eux qui ne reçoivent pas bien, c'est de leur faute », je pense que trouver un coupable, c'est bien, ça marche à tous les coups depuis la nuit des temps [...] je ne sais pas si ça va amener une réflexion des pouvoirs publics... »* (Dr Véronique), « *je trouve que c'est très bien, c'est très intéressant, je suis impatient de pouvoir le lire. [...] J'espère que [...] ça pourra aller plus loin, [...] aider peut-être certains syndicats, certaines parties à trouver des solutions. C'est vrai que souvent les solutions sont prises d'en haut et avoir un œil extérieur je pense que c'est intéressant* » (Dr Hervé).

C'est là l'autre enjeu de cette recherche-action collaborative, à savoir sa réception et son appropriation par le monde universitaire et professionnel.

3.2. Réception de la recherche-action dans le champ professionnel

Le fait de fréquenter quotidiennement des médecins professionnellement m'a imposé d'asseoir mes conclusions mais me donne une légitimité auprès de ce groupe professionnel qui me considère aujourd'hui comme une experte de la question, notamment parce que j'ai accepté de venir voir leurs conditions réelles d'exercice.

S'il est difficile de pouvoir assister à des consultations dans le cadre d'une recherche en sciences humaines, sans être médecin, il est cependant utile d'y parvenir car la plupart des travaux, notamment en sociologie de la santé, sont réalisés dans les services hospitaliers et ne rendent pas ou peu compte des dynamiques en jeu dans la médecine de ville.

Les sollicitations reçues pour présenter mes travaux de recherche auprès de publics médicaux montrent la volonté des médecins généralistes d'améliorer leurs pratiques et renforcent l'idée d'un lien nécessaire entre les sciences médicales et la sociologie de la santé. Découvrant l'objet de ma thèse, les médecins généralistes que j'ai pu rencontrer dans différents congrès m'ont confirmé la nécessité de faire des études de sciences humaines en médecine de ville. Les sciences humaines sont d'ailleurs à l'image de la formation en médecine générale : il est important de réaliser des études dans le secteur ambulatoire afin que celles réalisées dans le monde hospitalier ne soient pas étendues à l'ensemble de la médecine de ville, notamment la médecine générale.

Ce travail sociologique aura permis de montrer la volonté des médecins généralistes d'améliorer leurs pratiques et de connaître celles de leurs confrères pour contribuer à l'amélioration des leurs.

Conclusion

L'exemple de cette recherche témoigne cependant que le partenariat sciences humaines-médecine générale est non seulement possible mais également nécessaire. L'apport des sciences humaines permet de donner un éclairage différent et, comme c'est le cas ici, de pondérer ou d'expliquer certaines carences dans la prise en charge des personnes précaires en médecine générale, problème au cœur des politiques publiques actuelles.

On voit combien l'attente des professionnels, qui se sont lancés dans cette « aventure » sociologique, est importante, « *il faut que tous les gens qui travaillent dans [...] les sciences [...] il y en ait plus. [...] Parce qu'il va y avoir un tas de choses qui vont sortir hein !* » (Dr Christian). J'ai donc le souci de parvenir à produire des analyses qui feront non seulement avancer les connaissances en sociologie de la santé, mais qui, également, feront émerger des recommandations permettant aux médecins, s'ils le souhaitent, de modifier leurs pratiques individuelles, mais aussi d'adapter l'offre de soins avec une seule et même volonté, améliorer la prise en charge médicale des personnes précaires. Je rejoins ainsi Durkheim qui plaidait pour des recherches sociologiques visant à améliorer les situations observées : « mais de ce que nous nous proposons avant tout d'étudier la réalité, il ne s'ensuit pas que nous renoncions à l'améliorer. [...] Nous estimerions que nos recherches ne méritent pas une heure de peine si elles ne devaient avoir qu'un intérêt spéculatif. Si nous séparons avec soin les problèmes théoriques des problèmes pratiques, ce n'est pas pour négliger ces derniers : c'est, au contraire, pour nous mettre en état de les mieux résoudre. [...] La science peut nous aider à trouver le sens dans lequel nous devons orienter notre conduite, à déterminer l'idéal vers lequel nous tendons confusément. Seulement, nous ne nous élèverons à cet idéal qu'après avoir observé le réel » (Durkheim, 1893). En complément de la dimension universitaire de cette recherche, il y a le souhait de pouvoir extraire de l'analyse des propositions concrètes utilisables par les médecins.

Avoir pu réaliser des observations de consultation en médecine générale et avoir mené cette recherche me renforce dans l'idée d'un lien nécessaire entre les sciences médicales et la sociologie de la santé. En effet, la sociologie permet « la connaissance d'une réalité sociale en cherchant le sens d'une action complexe (ou, ce qui revient au même, d'une action insérée dans un ensemble complexe (et) n'est donc nullement l'enregistrement de ce qu'en savent ou ce qu'en disent les acteurs » (Reynaud, 1997). Cette étude m'a paru d'autant plus intéressante que, sur le thème de la précarité, les médecins ne sont pas, dans la plupart des cas, conscients de leurs pratiques et des représentations qui y sont associées.

Cette expérience montre que les recherches-actions collaboratives sont indispensables pour réaliser des actions pertinentes, accompagné d'un travail d'immersion lorsqu'il s'agit de médecine libérale. Elle semble la seule possibilité de réaliser une recherche avec les médecins, afin de dépasser leur défiance et leur crainte vis-à-vis des sciences humaines.

La recherche action est par ailleurs essentielle si on veut induire des changements durables, si on veut que les acteurs s'en approprient les résultats et réalisent des changements comme la modification de pratiques professionnelles.

La recherche action induit une volonté de faire changer les choses et de ne pas concevoir de rester dans sa tour d'ivoire, elle induit de vouloir mettre les mains dans le cambouis, de ne pas porter de jugement de valeur a priori et d'être dans un esprit de construction.

Cependant, alors que le monde professionnel est prêt à envisager une démarche réflexive sur ses pratiques, le monde de la recherche ne semble pas adapté dans son cadre institutionnel de financement. Souhaitant développer un département recherche au sein de l'URPS Médecins, ma structure ne peut prétendre à des financements de recherche, si ce n'est avec une obligation de s'associer à un laboratoire qui sera le gestionnaire des fonds attribués. Il est donc important que la recherche fasse également un travail réflexif pour faciliter le financement de ces recherches-actions collaboratives dont la plus-value est indéniable mais dont le développement est aujourd'hui contraint.

Références :

BLOY G., SCHWEYER F.X. (dir.), 2010, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, Rennes.

DARMON M., 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005/1 n°58, p98-112.

DURKHEIM E., 1994, *De la division du travail social (1893)*, Vendôme, Quadrige/Presses Universitaires de France.

PENEFF J., 2005, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.

REYNAUD JD., 1997, *Les règles du jeu – L'action collective et la régulation sociale*. Paris, Armand Colin/Masson.

SARRADON-ECK A., 2006, « Une ethnographie de cabinets de médecine générale », in BLOY G., SCHWEYER F.X. (org.), *Approches sociologiques de la médecine générale : état des recherches récentes et perspectives*, Actes du colloque des 8 et 9 juin 2006, Rennes, ENSP, p237-244