



**HAL**  
open science

# Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C ?

Caroline Desprès

► **To cite this version:**

Caroline Desprès. Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C ?. Médecine Palliative, 2021, 20 (2), pp.103-112. 10.1016/j.medpal.2020.03.006 . hal-03248394

**HAL Id: hal-03248394**

**<https://u-paris.hal.science/hal-03248394>**

Submitted on 24 Apr 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C?**

**Caroline Desprès, Laboratoire Etres (UMRS 1138, Centre de recherche des Cordeliers)**

**Université René Descartes**

**Caroline.despres@bbox.fr**

**06 59 19 35 25**

## **Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C?**

L'objet de cet article est d'analyser les représentations des bénéficiaires de la CMU complémentaire auprès des professionnels de santé de ville. Les résultats reposent sur une analyse socio-anthropologique de discours d'une cinquantaine de médecins ou dentistes, réalisés entre 2015 et 2016. Le caractère ciblé de la CMUc a contribué à une plus grande visibilité de ces patients et à une catégorisation qui favorise une essentialisation. Les représentations dominantes sont axées sur la dénonciation de conduites telles que l'absentéisme, la surconsommation de soins, la fraude articulées autour d'une rhétorique sur les dangers de la gratuité des soins dans un contexte de sourde remise en cause de la solidarité. En outre, ces patients sont perçus comme un fardeau : la prise en charge de certains de ces patients est plus lourde, ils sont plus malades et présentent des situations complexes, ils sont parfois moins observants ce qui en fait de mauvais patients et bien-sûr moins rentables.

Mots clés : représentations sociales, stigmatisations, CMU, précarité, accès aux soins

## **What social representations of « CMUC » recipients ?**

This article analyses liberal practitioners and their social representations of patients covered by public means-tested complementary health insurance (CMUC). The data came from in-depth face-to-face interviews with physicians and dentists conducted between 2015 and 2016, analyzed from a socio-anthropological approach. CMUc as target law contributes to create visibility and categorization process which facilitate essentialization. Most of these representations are mainly focused on patient behaviours such as insurance fraud, failing to keep appointments and overuse of healthcare services. Interviewed practitioners often attribute those behaviours to free access to healthcare, while at the same time challenging social welfare. Moreover, those patients are perceived as burden : the caretaking process is more heavy, with more critical or complex illnesses - and sometimes they are less compliant – and labelled as "bad patients" and of course less cost effective.

Key words ; social representations, stigmatizations, CMU, Precariousness, health care access

Les deux dernières décennies ont été marquées par des modifications législatives visant à améliorer l'accès aux soins des personnes les plus pauvres de la société. La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture médicale universelle (CMU) est une des plus notables. La CMU de base constituait une extension des droits à l'assurance maladie obligatoire, aujourd'hui remplacée par la PUMA (Protection Universelle Maladie). La CMU complémentaire (CMU-C) vise à rendre ces droits effectifs, en offrant sous conditions de ressources une complémentaire santé gratuite aux plus pauvres, assortie de conditions spécifiques, un tiers-payant<sup>1</sup> obligatoire pour les ayants droit, des tarifs opposables<sup>2</sup> et des forfaits plafonnés pour les soins prothétiques. Le rôle protecteur de la CMU-C sur le renoncement financier aux soins a été largement démontré [1] même si des difficultés subsistent, en amont lors de l'accès aux droits puis lors de l'accès aux soins. Cependant, depuis la promulgation de la Loi, des refus de soins sont constatés à l'égard de cette catégorie d'assurés, faisant l'objet de plaintes des victimes, de dénonciations du milieu associatif. Ils ont été confirmés par plusieurs testings. Ils réduisent les effets escomptés de la Loi et constituent une discrimination. Quelques rares travaux en France ont porté directement ou indirectement sur la discrimination dans les soins et ont montré un traitement différencié en fonction du statut socio-économique du patient [2, 3, 4]). De Pauw [5] décrit les modes d'organisation de huit cabinets de Médecine générale et analyse la prise en charge des patients en situation de précarité.

La CMU-C est un dispositif ciblé, octroyé sous conditions de ressources et participe à ce titre à l'institutionnalisation de la pauvreté avec d'autres dispositifs sociaux. La loi a construit une catégorie de patients basée sur un critère administratif [6]. Elle contribue à séparer symboliquement les bénéficiaires du reste de la société dans une approche duelle, construite autour d'un effet seuil arbitraire, alors que les ressources financières sont situées sur un continuum. De plus, les mesures spécifiques instaurées par la Loi, tiers payant et opposabilité des tarifs, ont différencié leur prise en charge financière.

Le propos de cet article est alors de décrire et d'analyser les représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C chez les médecins et dentistes de ville, en partant de l'hypothèse que la CMU-C est un stigmat. En désignant des individus qui vont jouir de droits spécifiques, la CMUc comportait le risque éthique commun à tout dispositif ciblé [7], celui d'une stigmatisation. Ces représentations sont connues, déjà rencontrées dans des enquêtes précédentes. Plusieurs thèses de médecine les documentent [8, 9,10] chez des étudiants en médecine, ou des médecins généralistes [11]. Cependant, elles n'ont jamais fait l'objet d'une analyse compréhensive. Quelques études ont été réalisées en sciences sociales sur le rapport des soignants aux patients en situation de précarité, directement ou indirectement ; elles concernent plus souvent l'hôpital ou la médecine générale, mais ni les médecins spécialistes ni les chirurgiens-dentistes libéraux. Les travaux hospitaliers portent plus fréquemment sur des soignants non médecins [12]. Peu d'entre elles ont pour objet la perception par les praticiens des patients en situation de précarité ou seulement indirectement. Elles ne sont pas ciblées spécifiquement sur les bénéficiaires de la CMU-C, or nous faisons l'hypothèse d'un effet « CMU ».

---

<sup>1</sup> Le patient n'avance pas les frais médicaux

<sup>2</sup> le praticien est tenu d'appliquer les tarifs définis par l'Assurance Maladie, même s'il est en secteur 2 (dépassements d'honoraires)

## Méthodes

La recherche avait pour objet central la discrimination dans les soins au prisme de l'appartenance sociale et/ou culturelle en médecine de ville. Nous avons réalisé entre 2015 et 2016 des entretiens semi-directifs longs (de une heure et demie à cinq heures) de plus de cinquante professionnels libéraux, médecins : 17 généralistes (ou « spécialistes en médecine générale » pour les plus jeunes d'entre eux) et 20 spécialistes, 12 dentistes, complété par un focus groupe de cinq médecins généralistes engagés sur des questions d'accès aux soins ). La répartition était de 32 hommes et 22 femmes. Nous disposions d'un échantillon raisonné en termes d'âge, de répartition sur le territoire, zones rurales, urbaines (Paris, banlieue, villes moyennes) ou péri-urbaines, de diversité des spécialités (gynécologie, radiologie, dermatologie, pneumologie, ORL, pédiatrie, psychiatrie). La moitié des spécialistes étaient en secteur 2. Nous avons interrogé un nombre élevé de spécialistes en secteur 2 (concentrés sur les grandes villes) car ils ont une plus forte probabilité de refuser de recevoir des bénéficiaires de la CMUc [14]. Enfin, nous disposions également pour l'analyse d'une dizaine d'entretiens plus anciens, réalisés en 2009.

Le recrutement s'est fait par des moyens variés : réseau personnel et professionnel, et méthode boule de neige à partir de ces premiers interlocuteurs, corpus auquel il faut ajouter des représentants de syndicats. Ceux-ci ont évoqué la position de leurs syndicats respectifs sur divers sujets mais ont également évoqué leurs pratiques individuelles.

Notre corpus visait à être le plus diversifié possible, tout en essayant de rencontrer des médecins susceptibles de refuser des titulaires de la CMU-C. Pour ce faire, nous avons rencontré des praticiens « tout venants » sur des territoires à précarité variable, d'autres engagés sur les questions d'accès aux soins (associations ou syndicats), et six praticiens représentaient les principaux syndicats libéraux (médecins et dentistes).

Cette recherche s'est déroulée dans un cadre universitaire (LEPS : Laboratoire Educations et pratiques de santé EA 3412) que nous avons mentionné à chaque fois que nous étions questionnés à ce sujet (notamment par les syndicats). La mention des financeurs aurait pu faire suspecter un travail sur le refus de soins mais aucune question n'a été posée. Ces institutions ne sont jamais intervenues dans la réflexion, l'analyse et la rédaction du rapport de recherche. Nous nous intéressions particulièrement aux bénéficiaires de la CMUc et de l'AME, dans la mesure où ils font l'objet de discrimination. Celle-ci étant autant illégale (juridiquement) qu'illégitime (acceptation sociale), nous ne pouvions l'annoncer de manière explicite et avons choisi d'élargir la recherche au rapport des médecins et dentistes aux patients en situation de précarité. Ce positionnement plus large nous permettait d'englober des pratiques de différenciation des soins non discriminatoires. Certains objets de recherche nécessitent une adaptation des normes éthiques sinon ils ne pourraient être étudiés [15]. Du côté de quelques syndicats, nous avons bien senti qu'ils se doutaient que le refus de soins était une question sous-jacente. Dans la constitution de notre corpus, l'accès aux praticiens les plus gouvernés par une logique de profit (avec l'hypothèse qu'ils étaient les plus susceptibles de refuser des bénéficiaires de la CMU-C) s'est avéré difficile ; ils n'étaient pas prêts à donner du temps à un chercheur, d'autant qu'il se présentait avec un projet de recherche sur la précarité. Nous avons néanmoins eu accès à une dizaine de praticiens qui pratiquaient des formes variables de refus de soins des bénéficiaires de la CMU-C.

Les résultats présentés découlent d'une analyse de discours, discours énoncé sous le regard d'un chercheur, sans temps d'observation des pratiques. Plus qu'une position de neutralité, nous avons choisi une empathie qui a contribué à une mise en confiance, une écoute également, les invitant à exprimer leurs difficultés. Il ne s'agissait pas de jouer un jeu de dupes mais d'adopter une posture : le chercheur n'est pas là pour porter un jugement sur les

pratiques mais pour comprendre ce qu'ils font et pourquoi ils le font. Quand le temps négocié avec le médecin le permettait, nous avons partagé notre analyse, commenté ce que d'autres nous ont dit (anonymement). Le fait d'être médecin a permis de faciliter l'échange et d'instaurer une forme de confiance. Le temps d'écriture a ensuite permis un recul plus critique, de même que les échanges avec l'équipe du LEPS, ainsi que plusieurs acteurs clés.

Ajoutons que le temps de la recherche a coïncidé avec les mouvements sociaux contre la Loi santé de Marisole Touraine ; le temps d'entretien était un déversoir pour des sentiments de colère, de rancœur à l'égard des institutions pour certains d'entre eux, facilitant peut-être une libération de la parole, et parfois son exaspération.

Concernant l'objet de l'article, les représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C, nous n'avons pas questionné spécifiquement les médecins à ce sujet. Lors de la présentation de la recherche, le seul fait d'évoquer le rapport qu'ils entretenaient avec les patients en situation de précarité a fait surgir un discours spontané sur les patients « bénéficiant de la CMU » (il s'agit le plus souvent de la CMU-C). Ce discours spontané ne concernait pas les titulaires de l'AME. Les représentations décrites dans cet article émanent donc presque toujours de propos libres. Seuls les représentants de syndicats livraient un discours contenu, contrôlé qui contrastait avec celui des autres, très souvent chargés d'émotion. Sur ce point, Laplantine [16] décrivait la représentation comme « une image croyance qui, contrairement au concept et à la théorie qui en est la rationalisation seconde, a toujours une tonalité affective et une charge irrationnelle. » Il s'agissait alors de relever la manière dont les soignants en parlaient, les énoncés utilisés pour les qualifier, leurs significations, les attitudes et les conduites qui y étaient assignés, à quelles expériences elles faisaient référence, et de les interpréter.

L'analyse anthropologique des discours permet de dépasser les expériences individuelles avec certains patients, pour les re-situer dans les conditions sociales de l'interaction, qui vont déterminer en partie la nature des discours, de saisir des enjeux complexes, parfois d'ordre symbolique ou identitaire.

## **Les représentations sociales des bénéficiaires de la CMU complémentaire**

### **1) Une essentialisation des bénéficiaires de la CMUc**

Les personnes bénéficiant de la CMU-C sont très fréquemment dénommées dans les discours « les CMU » rendant compte d'un processus de désignation et de catégorisation.

*On dit les CMUs comme on dit les obèses, les borgnes et machin, ce qui est pas très joli non plus. (pédiatre parisienne, S1)*

Ces formes de langage sont majoritairement retrouvées chez des praticiens qui véhiculent des stéréotypes sur les bénéficiaires de la CMU-C, sans que cela soit automatique. Quelques-uns l'emploient par facilité, un raccourci de langage, sans pour autant les considérer différemment. En effet, une partie des médecins généralistes de notre corpus les considèrent plutôt comme « des patients comme les autres » alors que nous avons observé que la désignation « les CMUs » était bien plus fréquente chez les spécialistes. Cette mise en forme qui en fait une catégorie à part au sein de leur patientèle a peu de pertinence quand un généraliste est installé sur un territoire où la majorité de ses patients sont affiliés à la CMU-C ou à l'AME, ce qui est notamment le cas de plusieurs généralistes de notre corpus.

L'usage langagier de la CMU pour désigner un certain nombre de patients est la première étape du processus de stigmatisation comme l'a conceptualisé l'école interactionniste. Elle est décrite comme un processus [16] qui commence par l'étiquetage (social labelling), la séparation/catégorisation et l'application de stéréotypes au groupe désigné (différences rattachées à une valeur négative).

Cette désignation favorise une forme d'essentialisation. La CMU devient un attribut définissant « la nature » de ces patients. Les praticiens sont rarement conscients de ses effets à quelques exceptions près.

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

Une gynécologue parisienne (S2) dénonce l'absurdité d'une telle approche compte-tenu de l'instabilité des situations des ayants-droit :

*Tu vois les parcours, tu vois des dames : elles ont la sécu mais après elles ont la CMU (rires). Elles sont dans la dèche et après elles ont re-la sécu normale... Tu vois des parcours comme ça...*

Rarement, la catégorie est remise en cause, dans une approche de la précarité graduée et située sur un continuum.

## **2) Les stéréotypes**

*Des patients fraudeurs*

A quelques exceptions près, la fraude est une constante dans les discours. Quand ils disent « ils abusent », les praticiens font généralement référence à l'accès aux droits. Chacun met en avant un ou plusieurs exemples de bénéficiaires de la CMU qui n'auraient pas dû se voir attribuer la CMU.

*En matière de CMU, je peux vous dire que y'a quand même des trous dans le dispositif parce que moi j'ai vu une nana qui revenait des Canaries, avec sa famille toute bronzée. (MG, H, Meudon)<sup>3</sup>*

Les uns dénoncent une fraude fréquente, voire institutionnalisée, un « système », les autres présentent des cas isolés, rencontrés occasionnellement dans leur exercice ; ils dénoncent alors l'insuffisance des mécanismes de contrôle. Au-delà d'un sentiment diffus de triche, parce que la personne est partie en vacances ou possède un bien qu'elle n'est pas censée pouvoir s'offrir, certains décrivent des situations documentées, liées le plus souvent à une sous-déclaration des revenus (travail au noir ou revenus à l'étranger non déclarés).

---

<sup>3</sup> Les exemples de fraude présumée sont nombreux, s'appuyant sur des critères subjectifs ou erronés (partir en vacances, travailler)

*Je connais la famille... bon qui roule pas sur l'or... mais qui n'est pas dans le besoin. Elle a un mec qui bosse et qui gagne très bien sa vie mais qui déclare rien. Donc elle a la CMU, elle passe à travers les gouttes (MG, H, Meudon).*

En contrepoint, quelques rares praticiens dénoncent les préjugés sur la fraude et relativisent leur importance face au phénomène social du non recours (dont le syndicat MG France et la CSMF qui connaissent les études mieux que leurs confrères), bien plus significatif que les taux estimés de fraudes à la CMU. Notons que le Fonds CMU estimait ce taux à 5,72 en 2012 alors que le taux de non recours à la CMUc se situe entre 23 et 36 % en 2014 [17].

*Un absentéisme plus fréquent chez les CMU ?*

L'absentéisme est un problème général concernant l'ensemble des patients, évoqué par tous les praticiens. Plus de la moitié des praticiens de notre corpus considère qu'il serait sur-représenté chez les bénéficiaires de la CMU alors que jusque-là, aucune étude objective et représentative ne l'a encore confirmé.

*Alors, quand on regarde qui n'honore pas les rendez-vous, il est exact de dire qu'il y a une proportion de CMU ou de précarité non négligeable et probablement plus importante que de populations de classes sociales moins défavorisées. (Mspé, H, CSMF<sup>4</sup>)*

*L'absentéisme dans mon cabinet est généré 6 à 7 fois plus, plutôt 7 fois plus par des patients en CMU complémentaire.... (dentiste, H, syndicat UJCD<sup>5</sup>)*

Des praticiens soulignent les effets perturbateurs sur l'organisation de l'activité médicale, et parfois même, son impact financier quand dans une même journée plusieurs patients ne viennent pas.

*La consommation de soins des bénéficiaires de la CMUc*

Les expressions ambiguës « ils profitent » ou « ils abusent » suggèrent que les titulaires de la CMUc feraient usage de leurs droits de manière abusive et renvoient à un discours sur la « surconsommation » des soins. Celle-ci fait référence à la multiplication des consultations:

*Il y a une observation qu'on a souvent, c'est que les personnes ayant la CMU consultent plus souvent. Ça c'est la constante. Ah bah tiens ils reviennent encore, c'est des CMUs. (pédiatre F, Paris 14, S1)*

Si on se réfère à la littérature, il a été montré que les bénéficiaires de la CMUc sont en plus mauvaise santé que le reste de la population ce qui explique en partie des dépenses plus élevées. « La probabilité de recourir à des soins, toutes choses égales par ailleurs, augmente dans les mêmes proportions, qu'il s'agisse de la CMU-C ou d'une autre complémentaire santé ». Par contre, il est vrai que les dépenses de médecins généralistes sont plus élevées (ainsi que le nombre de consultations) que celles des autres assurés (disposant d'une complémentaire), même quand on tient compte des différences d'état de santé pour ceux qui

---

<sup>4</sup> Confédération des syndicats médicaux français

<sup>5</sup> 2<sup>e</sup> Syndicat de dentistes, appelé Union Dentaire



ont recours [18]. Le recours aux spécialistes est par contre moindre que les autres assurés alors que dans notre corpus ce sont ces derniers qui évoquent des surconsommations.

De plus, ces consultations seraient motivées par des motifs qu'ils jugent inutiles ou futiles :

*Franchement en général, c'est vraiment pour des petits trucs, c'est à dire qu'une maman qui a un enfant qui a un nez qui coule depuis 48h, sans fièvre à l'âge de trois ans, (...), elle va venir consulter et demander un sirop, mais un sirop remboursé.*

Ou encore c'est pour montrer le résultat d'un examen complémentaire alors que le médecin avait précisé qu'il n'était pas utile de revenir si le résultat était normal.

En miroir, les praticiens *engagés* dénoncent les discours de leurs confrères, se référant aux études de l'IRDES et de la DRESS qui ont démontré cet effet rattrapage [19].

*Y a surement des gens qui abusent mais d'une façon générale l'ensemble des études ont bien montré que les gens qui ont droit à la CMU sont un effet rattrapage (représentant SMG<sup>6</sup>)*

D'autres, sans connaître ces études, s'appuient sur leurs propres expériences pour infirmer une éventuelle surconsommation.

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

Et cette autre médecin généraliste (Yvelines), dans une zone sous-dotée :

*Ils viennent pas plus que les autres. (...) J'ai pas senti qu'ils essaient de profiter plus que les autres.*

Plus encore, des médecins généralistes installés dans des lieux où la précarité est importante soulignent que les personnes les plus désaffiliées fréquentent peu les cabinets de ville. Ils évoquent ces patients qu'ils ne voient jamais ou qui disparaissent quelque temps et reviennent avec plusieurs pathologies, parfois avancées.

*« Y a des patients, je sais qu'ils sont très très malades et qui ont besoin de me voir régulièrement, tous les trois mois et que je vois une fois par an. » (MG, F, remplacements en banlieue nord)*

Pour leur part, les dentistes n'évoquent pas de *surconsommation*. Ils évoquent plutôt une culture du non soins en bucco-dentaire :

*Dans un certain milieu... non pas milieu, dans un certain type d'éducation, ils pensent qu'ils peuvent bouffer comme ça. Ils ont toujours vu leur père édenté. Ils sont habitués à voir les gens édentés. (dentiste parisien, 16e).*

---

<sup>6</sup> Syndicat de médecine générale

### *Des patients vindicatifs ?*

L'attitude des patients en consultation est fréquemment critiquée par ceux-là même qui mettaient en avant le triptyque fraude, absentéisme et surconsommation, mais cette représentation est moins récurrente.

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

*La CMU a induit quelque chose de très étonnant, c'est-à-dire que tout leur est dû maintenant. (pédiatre, F, Paris 14, S2)*

Les revendications porteraient plus spécifiquement sur la gratuité. « Avec les CMU, il faudrait que tout soit pris en charge de A à Z » (dentiste, F, Paris). D'autres dénoncent des patients qui *exigeraient* des examens ou des traitements inappropriés. Un médecin généraliste donne l'exemple d'un patient qui refuse une pommade anti-inflammatoire pour une tendinite (F, banlieue Nord) parce qu'elle n'est pas remboursée, réclame alors des antibiotiques qui, eux, le seront. Un autre réclame un scanner du corps entier :

*“Je veux être sûr que j'ai pas de cancer. Je veux un scanner du corps entier.” Après un scanner du corps entier, vous aurez un cancer, je peux vous le garantir. Vous serez tellement irradié que vous aurez un cancer, à la fin de l'année. “Oui mais c'est mon droit, j'ai droit !” (MG, remplaçante, banlieue parisienne)*

A l'opposé de ces discours, une part non négligeable de praticiens décrit les patients en situation de précarité comme des patients plutôt gentils, éprouvant une certaine gratitude à l'égard du médecin, plus respectueux que les autres, les interactions procédant fréquemment sous le mode paternaliste. La reconnaissance des patients peut être source de satisfaction :

*« Quelquefois, ça m'amuse parce que j'ai des collègues qui me disent, y en a marre de ce boulot. C'est fatigant. C'est usant. Et puis le patient qui nous enquiquine parce que sa céramique sur le fond, elle n'est pas tout à fait de la couleur de.... Je dis, c'est ça vos problèmes ! Je leur dis : venez chez moi, ça va être super ! Les gens, ils vont pas vous enquiquiner parce que la céramique du fond, elle est pas tout à fait de la même couleur. Simplement, vous allez leur redonner la possibilité de sourire, de ne pas avoir mal aux dents la nuit ou n'importe quand. Arriver à manger à peu près. Et ils vont être ravis de vous. » (dentiste, F, centre dentaire, Villeneuve La Garenne)*

### **3) D'une prise en charge comme fardeau au sentiment d'utilité**

L'état de santé des personnes en situation de précarité est évoqué par les praticiens qui en reçoivent un nombre conséquent ou de façon régulière (médecins généralistes et dentistes selon les territoires, quelques spécialistes tels que les psychiatres). La fréquence des poly-pathologies est alors notée et l'intrication des problèmes de santé parfois de santé mentale à des problématiques sociales et économiques, ce qui rend la prise en charge plus lourde et plus complexe.

*Les situations dentaires, elles sont très très lourdes, souvent. Ce sont des gens qui sont allés de rupture en rupture au niveau des soins. Quand ils arrivent, ils sont souvent dans des situations catastrophiques, pas tous... (dentiste, F, centre de santé, Villeneuve La Garenne)*

Un état de santé détérioré est plus souvent rattaché à des conduites individuelles qu'à des difficultés structurelles d'accès aux soins, encore moins aux déterminants de santé, hors du système de soins. Les praticiens les plus engagés mettent en avant communément les difficultés de vie qui organisent leurs priorités, les hiérarchisent, qui expliquerait une tendance à repousser les questions de santé loin derrière d'autres problématiques.

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

La prise en charge de ces patients est jugée plus lourde, dénoncée comme chronophage. Trois quarts des médecins généralistes en font le constat dans une étude de la DREES [20]. Ces patients sont réputés peu observants, notamment dans le cadre de la gestion de la maladie chronique et des conduites de prévention [20,21].

Interrogés sur les capacités de compréhension des problèmes médicaux en fonction du statut social, la majorité des praticiens interrogés récuse une différence alors que dans d'autres études, certains praticiens évoquent des patients « moins cortiqués », limités intellectuellement [5, 9], ce que nous avons entendu seulement occasionnellement.

Ces éléments font de la prise en charge de ces patients un « fardeau », terme que nous empruntons au vocabulaire propre au champ de l'accompagnement des personnes dépendantes [22]. Face à des pathologies plus évoluées, parfois plus rares (du fait du parcours migratoire), quelques spécialistes installés dans des quartiers populaires (Bobigny, St Denis) valorisent au contraire leur expérience avec ces malades, se sentent heureux de faire de « la belle médecine », ce qui va à l'encontre du discours sur des demandes illégitimes d'exams.

*C'est assez agréable de travailler avec ces populations... avec qui on a l'impression d'être efficace au niveau médical. On n'est pas là que pour faire de la bobologie. Y a vraiment beaucoup de pathologies. On est là pour aider les gens. (radiologue, H, S1, St Denis)*

#### **4) Des patients illégitimes au regard de la Loi : précaires ou non précaires ?**

Les patients bénéficiant de la CMU-C sont considérés de manière variable quant à leur situation de précarité, qu'il faut mettre en lien avec une définition non consensuelle de la précarité.

Ils sont régulièrement décrits comme des personnes dans la grande pauvreté ou associés à une situation de chômage.

*A l'origine, moi j'identifie vachement la CMU comme étant destinée vraiment aux personnes qui sont dans la rue, à des gens très seuls, qui sont des chômeurs en fin de droits. (pédiatre parisienne, S1, 14e)*

Ces conceptions de la précarité les amènent à considérer certains patients comme « des faux précaires ». Le faux précaire, c'est celui dont la situation de vie ne requiert pas la mobilisation de la solidarité nationale et des mesures d'assistance. C'est le cas du « fraudeur » qui n'aurait pas dû bénéficier de la CMU-C. Par exemple, celui qui travaille est objet de suspicion alors que certains travailleurs pauvres en bénéficient à juste titre. Le gouvernement est alors jugé responsable dans la mesure où il ne met pas suffisamment en œuvre de mécanismes de contrôle. D'autres, remettent en cause la Loi qui ne ciblerait pas les bonnes personnes.

De nombreux praticiens jugent que les bénéficiaires de la CMU-C ne sont pas « précaires », considérant la précarité dans sa dimension « médicale » d'accès aux soins et donc à ce titre,

ils ne sont pas considérés comme tels, – précaires en santé [5]- notamment comparés à ceux qui sont sans papiers et sans droits, ce qui est une manière de dire l'efficacité du dispositif puisque l'objectif de la CMUC est bien de réduire les difficultés économiques d'accès aux soins, une des dimensions de la précarité. Plus rarement, les propos sont nuancés, ils seraient précaires mais moins que d'autres, notamment ceux qui sont au-dessus des seuils, non protégés par la CMU.

### **La circulation et la diffusion des représentations dominantes**

Les représentations sont variées et portent sur des thématiques diverses : comportements de soins (consommation, observance), comportements de civilité, état de santé, difficultés de prise en charge.

Nous avons constaté l'existence d'un trépied récurrent construit autour de la thématique de la fraude, de la surconsommation de soins et de l'incivilité (retard ou rdv manqués non excusés). Ces stéréotypes ont été croisés dans d'autres recherches, sur d'autres terrains. A ce trépied s'ajoute moins systématiquement celle d'un patient revendicatif. Ces représentations apparaissent fréquentes, mobilisées par d'autres intervenants (agents administratifs, paramédicaux), signalées dans d'autres travaux [11]. D'un interlocuteur à l'autre, strictement les mêmes mots sont utilisés, « ils profitent », « ils abusent », « ils disent qu'ils y ont droit », témoignant d'une circulation de ces représentations. Elles relèvent tant d'une expérience personnelle, que de propos de seconde main qui circulent et renforcent les préjugés.

*Je ne suis pas la seule à le dire, mon gynéco m'a dit qu'il avait pas mal de CMUs, il est dans le 9<sup>e</sup>, il m'a dit qu'il avait pas mal de ce genre de patients qui avaient des hôtels à Marrakech... (dentiste, F, Paris, 18<sup>e</sup>)*

Ces représentations sont suffisamment connues pour que le groupe de médecins engagés (focus groupe) les évoquent avec ironie.

*Med1 (F) : ce qui se dit c'est que ceux qui ont la CMU, c'est ceux qui viennent pas.*

*Med2 (F) : tu entends le contraire, c'est ceux qui viennent trop...*

*M3(H) ; ça dépend des médecins.*

*Med2 : Qui consomment trop... !*

*Med3 : Ils consomment ou ils viennent pas !*

Les études réalisées sur les représentations sociales des bénéficiaires de la CMUC confirment la prégnance de stéréotypes construits autour de l'absentéisme, la surconsommation, la fraude, notamment chez les étudiants (aucune n'est représentative). Ils s'enracinent pendant leurs études, avant même qu'ils aient rencontré un bénéficiaire de la CMU. Les perceptions des jeunes médecins sont fortement influencées par le regard de leurs aînés sur les personnes pauvres. [11] a noté que les représentations disqualifiantes des étudiants augmentent avec l'ancienneté.

Dans notre corpus, les stéréotypes sont bien plus fréquents parmi les médecins spécialistes ou des dentistes, sans que les généralistes ne soient épargnés. Connaissant mal les personnes en situation de précarité, il manque en général à ces praticiens les clés d'interprétation de certaines attitudes. Plus souvent encore, ils ignorent les dimensions non économiques de la pauvreté. Ceux-là mêmes qui véhiculent les représentations les plus stigmatisantes n'ont parfois rencontré qu'une poignée de bénéficiaires de la CMUC dans toute une année. Les

préjugés apparaissent d'autant plus fréquents qu'ils ont rencontré un nombre faible de personnes en situation de précarité (dans leur exercice professionnel ou dans leur existence).

Nous avons pu noter que les représentations se différencient en fonction de la connaissance et de l'expérience de la précarité : en fonction de leur origine sociale – notons que plus de 40 % des médecins et dentistes sont enfants de cadres supérieurs [23] - , leurs parcours de vie qui ont pu (ou non) les confronter concrètement à de telles situations, et partager ou non une certaine proximité avec ces personnes (lors de stages, d'emplois occupés avant ou pendant leurs études) et en fonction de leur patientèle.

Parmi ceux qui reçoivent fréquemment des patients titulaires de la CMUc dans leur patientèle, le triptyque de préjugés est moins systématique et plus nuancé (perception moins homogène). C'est le cas des médecins généralistes par rapport aux spécialistes. Ce qui paraît logique, plus ils ont une patientèle précaire, plus ils ont tendance à les rapprocher des autres patients, alors que les quelques bénéficiaires de la CMUc faisant irruption dans le cabinet d'un médecin spécialiste ou d'un dentiste des beaux quartiers parisiens leur donnent une idée parcellaire, parfois biaisée des titulaires. Ils ne voient que la partie la moins désaffiliée, plus à même de revendiquer un droit, de contredire un médecin, de se déplacer pour faire rembourser un médicament. Goffman [24] a introduit la notion de cercle de normalisation faisant référence au fait que plus on se rapproche et mieux on connaît un individu moins on est sujet à des réactions stéréotypées. En miroir, nous avons pu remarquer que les médecins qui manifestaient le moins de représentations disqualifiantes étaient aussi ceux qui connaissaient un peu l'histoire de leur patient, même de manière fragmentaire, qui appréhendaient leurs difficultés de vie, au-delà de la dimension médicale.

Certains médecins installés dans des quartiers ou des communes mixtes ou populaires captent l'hétérogénéité des titulaires, ce qui favorisera une position plus nuancée et protège de catégorisations simplistes et de l'application automatique des stéréotypes.

## Les logiques de la disqualification

Les propos parfois virulents émis à l'encontre des bénéficiaires de la CMUc doivent être remis dans leur contexte d'énonciation, celui de luttes syndicales fortes et de mouvements sociaux d'opposition à la Loi santé de Marisol Touraine. Ils étaient particulièrement cristallisés autour de la généralisation du tiers-payant alors que les titulaires de la CMUc en bénéficient depuis 2000.

### **1) De la mise en cause du dispositif à celle du patient « CMU »**

#### *La gratuité des soins et le mauvais pauvre*

Le discours essentialisant se développe dans le cadre d'une mise en cause avant tout du dispositif. Un discours récurrent dans le champ de la protection sociale. Sans être totalement responsables, les « Pauvres » profiteraient d'un *système* généreux, distribué sans contrepartie, welfare versus workfare [25].

En effet, les représentations des bénéficiaires de la CMUc croisent les stéréotypes classiques de la pauvreté dont ils héritent logiquement (puisqu'ils sont effectivement sous le seuil de pauvreté). Deux types de discours prévalent dans la société, ancrés dans deux approches de la pauvreté, l'une qui condamne l'injustice sociale et considère que c'est principalement l'organisation de la société qui produit les situations de pauvreté, l'autre qui considère que les individus sont responsables de leur situation. Selon les pays européens, les causes sociales

plutôt qu'individuelles sont privilégiées, ce qui est le cas de la France, notamment pour des raisons historiques et une tradition de l'Etat-Providence [26]. Néanmoins, le second modèle semble prévaloir chez une part des professionnels libéraux du fait de leur adhésion à une idéologie libérale, plus particulièrement les dentistes : aux dernières élections, le FSDL le syndicat le plus libéral a gagné les élections.

La critique du dispositif de la CMUc dans les discours s'organise autour de la « gratuité des soins », sans garde-fou, laissant libre cours aux abus de tous ordres. La gratuité (pour le patient) devient le filtre interprétatif des attitudes réelles ou supposées des titulaires de la CMU-C, comme par exemple, les comportements de « surconsultation des familles CMU ».

*C'est à dire que comme ils payent pas, on a l'idée qu'ils consultent beaucoup plus facilement, et pour des petites merdes. (...) Alors qu'une maman standard, je sais pas si c'est conscient en fait, mais elle aura pas envie d'aller chez le médecin pour rien. (pédiatre, F, s1, Paris)*

C'est encore la gratuité qui explique l'importance de l'absentéisme en dévalorisant l'acte médical :

*Parce que ça n'a pas d'importance, ça n'a pas de valeur. C'est gratuit ! (spécialiste, H, s2, St Ouen et Neuilly )*

Elle contribuerait à perturber l'échange et pousserait les usagers à « consommer » du soin.

*La gratuité donne l'illusion qu'on est un produit comme un autre et qui du coup fait que les gens consomment sans réfléchir, voilà. L'absence de réflexion. C'est dû. On a le droit, on va chez le médecin, c'est gratuit et donc on peut y aller autant qu'on veut. (gynécologue, F, S2, Asnières)*

Les principaux griefs retenus (en fréquence d'occurrence dans les discours), fraude et surconsommation, renvoient à la question de la maîtrise des dépenses de santé que les praticiens ont en quelque sorte intégrée dans leurs propos, se posant comme gardiens d'un nouvel ordre moral, financier, un changement de paradigme dans le champ de la santé [27].

Ce discours qui dénonce les dérives de la Loi portant création de la CMU est à mettre en miroir avec un autre résultat de terrain qui montre que la majorité des médecins interrogés connaissent mal le dispositif, et parfois sont incapables d'en décrire les critères d'attribution. C'est moins le cas en ce qui concerne les dentistes.

Malgré un discours dénonçant le dispositif, le discours glisse imperturbablement vers la mise en cause de la personne, qui « profite » du système, qui « revendique » un droit ce qui révèle en creux les attentes de certains praticiens. On attend de lui qu'il cherche à sauver les apparences (de l'indignité liée à sa condition) ; il doit montrer de la retenue, voire de la pudeur. Le bon pauvre, c'est celui qui reste digne dans sa situation, en se référant à la dignité dans son sens bourgeois et non dans son sens ontologique qui est rattaché à l'humanité [28].

« ... tout ce qui gît en soi et dont la révélation, la manifestation seraient inconvenantes, ne seraient pas convenables, seraient sujets de honte et de gêne. Et ce, tant dans le registre physique que dans le registre moral. » [28, p. 104]

Le paradoxe est que, s'il agit ainsi, il y a des chances que sa situation passe inaperçue aux yeux des professionnels car les praticiens qui disqualifient le plus les titulaires de la CMU-C ont peu d'informations objectives sur la situation socio-économique de leurs patients, et ont tendance à l'évaluer sur des éléments extérieurs et subjectifs (vêtements, posture).

### *Un changement de paradigme : d'une logique du besoin au droit*

La CMUc a créé un changement de paradigme. Par son caractère ciblé et soumis à conditions de ressources, elle est pensée comme une assistance mais s'en distingue parce qu'elle n'a pas été construite dans une logique de besoins mais bien d'accès aux droits. La CMUc transforme aussi la relation qui passe d'une logique de charité qui créait une forme de dette, humiliante pour celui qui doit se soumettre au bon vouloir charitable du praticien et gratifiante pour celui qui la distribue, à une logique de solidarité inscrite dans le droit. Il s'agit d'assurer une égalité effective des plus pauvres selon le principe de discrimination positive et de les réinsérer dans les dispositifs de droit commun incluant les professionnels libéraux [29], dans le cadre de la lutte contre l'exclusion. Le brouillage des frontières entre assistance et droit pourrait contribuer à expliquer les malentendus entre des patients revendiquant légitimement un droit et des praticiens qui perçoivent la CMU-C comme une assistance, donc rattachée à un besoin [30]. Il en découlerait la dénonciation d'une surconsommation quand ils consultent sans « besoin » médicalement défini, ce que font pourtant aussi les autres patients.

La CMU exonère le patient d'une relation déséquilibrée, ce que certains praticiens finalement déploreraient, les délogeant d'une posture humanitaire qui contribuait à une certaine aura. L'Etat décide qui bénéficiera de soins gratuits et non un pouvoir discrétionnaire [31]. Peu conscients de ces changements de perspectives, quand un patient revendique explicitement un droit plutôt que se résigner à recevoir une assistance, sa conduite est traduite parfois comme de l'arrogance et un manque de respect, renvoyant aux interrogations des médecins sur leur statut et leur place dans la société.

## **2) Le mauvais patient : des patients qui perturbent l'ordre médical**

Ces représentations vont au-delà des préjugés classiques sur les « Pauvres ». Les caractéristiques assignées aux titulaires de la CMUc renvoient largement à des comportements qui posent problèmes aux soignants, dans un contexte de fortes contraintes dans les régions sous-dotées ou dans certaines spécialités, allongements des durées de leurs journées de travail et/ou des temps d'attente pour un rendez-vous.

Ces patients perturberaient l'organisation : par les rendez-vous manqués, par des retards (peu mentionnés, sans doute parce que les médecins sont rarement à l'heure pour leur part), parce qu'ils viennent dans l'urgence (en dentaire), parce qu'ils arriveraient avec plusieurs motifs ou des problèmes complexes, ce qui allongerait le temps de consultation. Le temps passé n'est pas indépendant de logiques économiques, d'autant qu'en ce qui concerne les praticiens en secteur 2 et certains soins dentaires, ce sont des patients qui rapportent moins (tarifs plafonnés), voire dans certains discours qui mettraient en péril leur rentabilité.

En outre, ils sont perçus négativement dès lors qu'ils constituent une entrave à l'intervention médicale. S'ils sont crédités d'une certaine docilité vis-à-vis des prescriptions et paroles médicales, ils sont à l'inverse réputés difficiles quand il s'agit de modifier des comportements considérés comme délétères [21]. Parmi les médecins engagés, ils évoquent ces patients « ingrats » avec lesquels « on n'arrive à rien », plus souvent en situation de précarité, même si cela n'est pas automatique. Ils incarnent la figure du mauvais patient dont l'épidémiologie participe à la construction [8] en identifiant une répartition socialement différenciée de certains risques. Les individus *déviants* qui n'adoptent pas de saines habitudes de vie se voient alors disqualifiés. Des travaux nord-américains pointent de nouvelles formes de discrimination aboutissant au rejet de patients par certains médecins, du fait de leur

orientation sexuelle, leur refus de la vaccination et plus récemment encore du fait de leur poids [32].

### **3) Le patient vulnérable**

Les médecins engagés insistent plutôt sur leur vulnérabilité, même s'ils reconnaissent que ce ne sont pas les plus fragiles parmi leurs patients précaires, car l'accès aux soins est facilité par la CMUc. Pourtant, les études sur le renoncement aux soins montrent un risque plus élevé des bénéficiaires de la CMUc que les autres usagers du système de soins ayant une mutuelle, même si ce risque est réduit par la CMU.

Ceux qui sont engagés auprès de populations socialement défavorisées dénoncent les préjugés mais les représentations ne sont pas toujours exemptes de la notion de fardeau sans véritable *neutralisation* de l'effet catégorie. Les discours sur la surconsommation sont remplacés par celui sur le renoncement à des soins. Certains médecins ont remarqué l'espacement des prises de rendez-vous de certains patients, d'autres ne viennent jamais. Ce renoncement provisoire ou plus radical est logiquement imperceptible pour les praticiens alors qu'une surconsommation de soins est à l'inverse plus visible. Il requiert des praticiens une vigilance, une grande attention aux parcours pour y lire des signes indirects de difficultés.

Plus particulièrement en dentaire, il est intéressant de noter comment une même attitude peut être qualifiée différemment : renoncement aux soins par les uns, absentéisme pour les autres (dans le cas d'un nouveau rdv programmé). Les renoncements les plus fréquents portent sur la santé bucco-dentaire alors qu'en parallèle, des études confirment une mauvaise santé buccodentaire des personnes en situation de précarité, avec notamment un nombre plus important de dents manquantes que la population générale et une sous-estimation de leur nombre par les patients, une moindre demande, un faible recours aux soins dentaires [33]. Quand ils consultent, leur état buccodentaire est fréquemment très dégradé et nécessite des soins plus lourds. Ces résultats sont rarement mentionnés par les dentistes. S'ils n'évoquent pas comme une partie de leurs collègues médecins une surconsommation, ce qui pourrait être énoncé comme un renoncement, est qualifié comme de l'absentéisme, en mettant en avant les répercussions sur leur trésorerie :

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

Pour autant, les dentistes qui ont évoqué ce type de situations (renoncement en fin de parcours) déclarent tout au plus quelques cas par an. La possibilité que le patient ait perdu entre temps le droit à la CMUC n'a jamais été suggérée. Quelques-uns évoquent « une culture du non soins », qui engage la responsabilité du patient sans que le système ne soit mis en cause. Certaines difficultés liées à la grande précarité sont rappelées par les plus engagés, des problèmes d'inscription temporelle en lien avec des trajectoires professionnelles ou de vie instables. Des travaux sur le rapport au temps des personnes vivant dans la grande pauvreté montrent des difficultés à anticiper et à s'organiser quand la gestion des problèmes de quotidien submerge le présent ou que les conditions de vie sont trop instables pour prévoir très en avance un rendez-vous voire à l'honorer. Cela concerne les plus désaffiliés [34]. Ces difficultés deviennent un obstacle réel quand les délais de rendez-vous sont très longs (régions sous-dotées ou spécialités sous tension).



## **Conclusion**

Notre étude dresse un portrait général des représentations de ces patients chez les médecins et les dentistes. Ces premiers résultats devront être nuancées et leur poids respectif établi statistiquement en fonction de catégories plus fines de praticiens libéraux. Cependant, la prégnance des préjugés est forte alors que l'on peut imaginer qu'ont participé à la recherche des praticiens concernés par les questions de précarité et enclins à réfléchir sur leurs propres pratiques, même si nous avons aussi interrogé quelques praticiens refusant les bénéficiaires de la CMU-C.

Les représentations dominantes des bénéficiaires de la CMU-C ne se superposent pas strictement à celles de la pauvreté même si elles sont en continuité ; elles se sont enrichies au passage et épousent une forme particulière parce qu'elles sont véhiculées par des soignants. Elles ont été favorisées par le caractère ciblé de la CMU-C qui a contribué à une plus grande visibilité de ces patients, leur essentialisation, dans un contexte de remise en cause sourde des politiques de solidarité. Celle-ci se ressent notamment autour des discours sur la fraude et la gratuité. Mais la dénonciation de certains comportements des titulaires renvoie aussi au malaise au sein de la profession qui se cristallise autour d'individus considérés comme de mauvais patients, plus difficile à prendre en charge, offrant moins de gratifications, consommateurs de temps, etc. Pourtant, pour une petite minorité, dans notre corpus, face à une technicité croissante, la prise en charge des plus démunis redonne du sens à leur mission de médecins et restituent à la notion de soins toute sa noblesse.

Ces représentations influent sur la relation et les modes de prises en charge. « Simultanément expressive et constructive du social, elle [la représentation] consiste non seulement en un moyen de connaissance, mais en un instrument d'action. » [15, 296] Sachant que la discrimination repose en partie sur une stigmatisation, ces représentations négatives rattachées à ces patients interpellent. Si une partie des refus de soins s'appuient probablement sur ces représentations, ce lien reste à approfondir, de même que d'éventuelles conséquences en termes de différenciation ou discrimination dans les soins prodigués. Les anticipations d'échecs ou de refus du patient liées à leurs difficultés de vie, portent aussi le risque d'une restriction de certaines propositions thérapeutiques ou préventives.

Certes, ces représentations disqualifiantes ne conduisent pas automatiquement à une discrimination, notamment parce que d'autres facteurs entrent en ligne de compte dans les pratiques de soins. En même temps, ces discours ne sont pas neutres ni anodins et participent à la circulation de stéréotypes qui entretiennent certains comportements, venant les légitimer.

## **Références**

1. Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2012, Questions d'Economie de la Santé 2014, 198
2. Dodier N., Camus A. L'hospitalité de l'hôpital, in : Communications 1997 ; 65, pp. 109-119
3. Fainzang S. La Relation médecins/malades : information et mensonge, Paris : PUF, « Ethnologies » ; 2006.
4. Morel S. La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé, Agone 2016 ; 58 : 73-88

5. De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité, Rennes : Presses de l'EHESP ; 2017.
6. Desprès C., Les usages sociaux de la Couverture Médicale Universelle : des modalités d'accès aux soins différenciées pour une population plurielle. Sciences sociales et santé 2005 ; 23, 4 : 79-110
7. Massé R. Ethique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité. Presses de l'Université de Laval ; 2003.
8. Petitcollet. Les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire : représentations des internes en médecine générale d'Île de France et facteurs influençant ces représentations, Thèse de médecine générale, Paris 6 ; 2011.
9. Ernst et Mériaux. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Thèse de médecine générale ; 2013.
10. Etcheberry J. Connaissances et représentations des DCEM4 d'Île- de-France sur la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et les bénéficiaires de ce dispositif, Thèse de doctorat en médecine, dir. T. Cartier ; 2015.
11. Mathieu A. Construction des représentations des généralistes libéraux franciliens envers les patients bénéficiaires de la CMU-c, Thèse de médecine générale, Université de Paris-Est Créteil ; 2016.
12. Véga A. Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, Sciences sociales et santé 1997 ; 15, 3 : 103-132
13. Desprès C. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Rapport pour le Fonds de financement de la protection complémentaire de couverture universelle du risque maladie, Paris : La documentation française ; 2009.
14. Desclaux A., « L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires ». Bulletin de la Société de Pathologie Exotique 2008 ; 101, 2 : 77-84
15. Laplantine F., Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne », in : Denise Jodelet éd., Les représentations sociales. Paris : PUF ; 2003 : 295-318.
16. Link and Phelan. Conceptualizing stigma », Annual review of sociology 2001, 27: 363-385
17. Références. 2016, 62 : 1
18. JESS. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins, Études et Résultats 2015 ; 944
19. Grignon M. et Perronnin M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins », QES 2003 ; 74
20. Pubert et al. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes ». Etudes et statistiques 2018 ; 1089
21. Bloy G. Echec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », Sciences sociales et santé 2015. ; 4, 33 : 41-66
22. Lavoie J.-P. Familles et soutien aux parents âgés dépendants, Paris : L'Harmattan ; 2000

23. Breuil-Genier, Sicart, L'origine sociale des professionnels de santé, Etudes et résultats 2006, 496
24. Goffman E. Stigmates. Les usages sociaux des handicaps, Paris : Les Editions de Minuit ; 1975 (1963).
25. Palier B. Gouverner la Sécurité sociale. Les évolutions du système français de protection sociale depuis 1945, Paris : PUF, coll. Quadrige ; 2005.
26. Paugam Serge, Selz Marion. La perception de la pauvreté en Europe depuis le milieu des années 1970. Analyse des variations structurelles et conjoncturelles. In: Economie et statistique Les approches de la pauvreté à l'épreuve des comparaisons internationales. 2005 ; 383-385 : 283-305.
27. Izambert C. Logiques de tri et discrimination à l'hôpital public, Agone 2016, n°58, 89-104.
28. Fiat E Petit traité de dignité. Grandeur et misère des hommes, Paris : Larousse ; 2012.
29. Elbaum M. Protection sociale et solidarité en France. Évolutions et questions d'avenir, Revue de l'OFCE 2007; 559-622
30. Desprès C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires, Pratiques et Organisation des Soins 2010, 41 ; 1 : 33-43
31. Destremeau B, Messu M. Le droit à l'Assistance sociale à l'épreuve du local, Revue Française de Science Politique 2008 ; 58:713-42.
32. Lynch H. F. "Discrimination at the Doctor's Office". NEJM 2013 ; 368:1668-1670.
33. Azogui-Levy S., Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire », Questions d'Economie de la santé 2005 ; 94
34. Benoist Y et Terrole D. Biomédecine, grande pauvreté et domination sociale. Job et les vétérinaires », Illusio 2012, 8/9

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.

Remerciements :

Cette recherche a été cofinancée par le Défenseur des Droits et Le Fonds de financement de la CMU