



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par
Xavier DORLEAC
le 25 Juin 2014

Inégalités d'accès aux soins : « *problèmes posés en soins primaires par l'absence de couverture complémentaire santé des personnes en situation de précarité* »

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Serge BRIANÇON

Président

M. le Professeur Pierre KAMINSKY }

M. le Docteur Nicolas JAY }

Juges

M. le Professeur Alain AUBREGE }

Mme. le Docteur Huguette BOISSONNAT PELSY }



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	
□ « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Marc DEBOUVERIE
□ « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
□ « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
-Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -
François CHERRIER

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN

Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN

Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL

Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT

Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER -

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY –

Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX –

Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3ème sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre maître et président,
Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON.
Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et Prévention.

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

A notre maître,

Monsieur le Professeur François KOHLER.

Professeur de Biostatistiques et Informatique Médicale (option biologie).

*Vous nous aviez fait l'honneur d'accepter la présidence initiale de ce jury.
Nous vous remercions pour votre écoute attentive tout au long de ce travail.*

A notre maître et juge,
Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY.
Professeur de Médecine Interne.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et juge,

Monsieur le Docteur Nicolas JAY.

Maître de conférence des universités-Praticien Hospitalier.

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

A notre directeur et juge,
Monsieur le Professeur Alain AUBREGE.
Professeur honoraire de Médecine Générale.

*Vous nous faites l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.
Nous vous remercions pour votre écoute attentive et vos conseils tout
au long de ce travail.
Vous nous faites l'honneur d'accepter également de juger notre travail.
Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

A notre juge,
Madame le Docteur Huguette BOISSONNAT PELSY,
Docteur en Chirurgie-dentaire.

*Nous vous remercions pour votre bienveillance et votre aide précieuse
tout au long de ce travail. Vous nous faites l'honneur d'accepter de
juger notre travail. Soyez assurée de notre sincère reconnaissance.*

A ma femme, Isabel :

Pour ton amour, ta patience et ton soutien de chaque instant.

A mes fils, Pablo et Lisandro :

Vous êtes et serez toujours ma plus belle réussite.

A Mutti :

Pour ton aide précieuse et rigoureuse dans les retranscriptions et la relecture de mon travail, ainsi que pour ta bienveillance.

A ma sœur Mailys :

Pour ton soutien et ta présence.

A Papa :

A toi qui m'a toujours soutenu et conforté dans ma vocation, je te dédie ce travail. Tu seras toujours à mes côtés.

A ma famille, mes amis, mes proches et aux personnes ayant collaboré sur ce travail :

Merci pour votre aide et votre soutien.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

« *Vous voulez les pauvres secourus, moi je veux la misère supprimée* » Victor Hugo
(Quatrevingt-Treize, 1874)

Introduction	1
1ère partie : revue de littérature	4
A)Précarité et santé	4
1- La pauvreté	4
2- La précarité	6
3- Les inégalités sociales de santé	8
4- Les déterminants d'ISS	13
5- Le dépistage de la précarité sur le terrain	18
B) Evolution de la médecine de ville	20
1- Avant la loi du 13 août 2004	20
2- Loi du 13 août 2004	24
3- Volonté de revalorisation des soins primaires	26
4- Aggravation des ISS	28
C) Evolution de la protection sociale	46
1-Historique de la Sécurité Sociale	46
2-L'assistance	47
3-Les organismes complémentaires	50
4-Les dispositifs sociaux de l'assurance maladie	50
5-Evolution	53
D) Revue des travaux sur la problématique	60
1-A propos des patients dits précaires	60
a) Connaissance des ISS et de leurs déterminants	60
b) Accès aux droits et aux soins	69
c) Connaissance des solutions de recours	78
d) Renoncement aux soins	80

2-Rôle du MG	81
a) <i>Obstacles évoqués par les patients en situation de précarité</i>	81
b) <i>Préjugés sur la précarité</i>	83
c) <i>Hypothèses explicatives à ces préjugés</i>	86
d) <i>Préjugés émanant des patients en situation de précarité</i>	87
e) <i>Dépassements d'honoraires</i>	87
f) <i>Refus de soins</i>	88
g) <i>Critique des recommandations scientifiques</i>	91
h) <i>Sur l'exercice face aux patients en situation de précarité</i>	93
i) <i>La formation des MG en question</i>	101
3-Rôle de l'Institution	104
a) <i>Décisions controversées</i>	105
b) <i>Décisions insuffisantes</i>	107
c) <i>Décisions pertinentes</i>	108
d) <i>Démocratie participative</i>	108
4-Décloisonnement des acteurs	109
E) ATD Quart Monde	114
1-Historique	114
2-Actions	115
3-Recherches/actions pour l'accès à la complémentaire santé	119
a) <i>Exemple de la CMU</i>	119
b) <i>Naissance de la Mutuelle Réseau</i>	122
c) <i>Extension nationale</i>	136
2ème partie : études	152
A) Etude des expérimentations nationales de « mutuelles solidaires »	152
1- <i>Justification</i>	152
2- <i>Matériel et méthodes</i>	153
3- <i>Etude nationale (contrat SMI)</i>	153

4- Etude sur la complémentaire ACS-P	158
5- Discussion	164
B) Etude qualitative	172
1- Justification	172
2- Matériel et méthodes	172
3- Résultats	174
4- Discussion	224
3^{ème} partie : discussion	258
A) La lutte contre la stigmatisation	258
B) La lutte pour une couverture sociale efficiente	268
C) Les actions possibles sur les autres déterminants des ISS	279
D) L'apport des études au débat sur l'accès aux soins	284
E) Tableau synthétique des propositions	286
Conclusion	290
Liste des abréviations	292
Bibliographie	293
Annexes	305
Permis d'imprimer	313
Résumé	314

INTRODUCTION

Il existe des inégalités sociales de santé dans notre société. Ce phénomène s'amplifie et même si la population semble y être sensibilisée, les moyens pour y remédier restent méconnus et particulièrement des acteurs de santé.

En tant que jeune médecin généraliste, j'ai pu m'en rendre compte à maintes reprises. J'ai été particulièrement interpellé par l'histoire d'un patient n'ayant qu'une complémentaire santé basique (faute de moyens) et ayant différé des soins vitaux lors d'un accident. En effet lors d'une chute à domicile avec traumatisme crânien, il s'est occasionné un hématome intra-crânien et n'a été hospitalisé que tardivement, grâce à l'intervention de sa famille et devant l'aggravation de son état confusionnel. Il a subi divers examens et thérapeutiques dont il a dû régler le Ticket Modérateur à l'hôpital; un reste à charge démesuré aux yeux de son budget. A l'heure actuelle, alors qu'il va mieux sur un plan sanitaire, il n'a toujours pas pu changer de complémentaire santé et demeure dans la précarité car restant exposé à d'autres situations identiques. Cela pose problème également à son médecin traitant, qui ne peut lui prescrire les examens recommandés dans le cadre de son suivi : consultations mensuelles et examens complémentaires (tels que des actes de biologie et radiologie) en raison notamment de franchises et d'avances de frais incompatibles avec ses moyens financiers.

Cette situation est loin d'être isolée dans le monde médical ; je m'en suis d'autant plus rendu compte en questionnant des confrères et en étudiant la littérature déjà existante sur le sujet. Ceci m'a conduit à m'interroger sur les causes du non recours à une complémentaire santé ainsi que sur la précarité dont c'est souvent le corollaire. Je me suis demandé quel pouvait être le rôle du médecin généraliste face à cette problématique ? Et par là même quels sont ses recours possibles parmi les partenaires sociaux et institutions existantes ?

Parce que l'ensemble des acteurs est concerné, il est nécessaire d'envisager le problème sous l'angle de chacun :

- Tout d'abord celui du **médecin traitant** dont la position de soignant est mise à mal. Devant le renoncement qu'il doit assumer, il ne peut assurer une prise en charge optimale de son patient, dans le système de soins.
Il ne peut suivre les recommandations imposées par la HAS, prévues pour des patients « standards » excluant les patients précaires. Il est également mis en difficulté vis-à-vis de ses confrères auxquels il ne pourra adresser son patient en raison d'autres écueils tels que l'absence du Tiers Payant, les dépassements d'honoraires ou les refus de soins (déguisés ou non).
- Ensuite celui du **patient** qui sera mis à mal dans sa position de soigné.
Il sera touché dans sa dignité devant l'impossibilité de se soigner ou de faire soigner sa famille comme tout un chacun.
Il consultera dans des centres gratuits (PASS, associations, ONG...) s'il en a connaissance, accentuant ce sentiment de stigmatisation.

Ou bien il adoptera un comportement de déni et de négligence vis-à-vis de sa santé entraînant un renoncement aux soins, accentuant alors sa marginalisation et sa précarisation par l'aggravation de son état de santé.

- Celui de l'**Institution** dans laquelle je regroupe l'Etat (Sécurité Sociale et Ministères en lien) et les Organismes Complémentaires, pour laquelle l'aggravation des inégalités sociales de santé va avec le développement d'une médecine à deux vitesses : celle du droit commun et celle de la précarité. Se pose également la problématique nouvelle du renoncement aux soins avec son corollaire économique : le surcoût pour la société en raison des recours médicaux tardifs et secondaires, souvent plus onéreux du fait des traitements entrepris (médicaments, examens complémentaires, hospitalisations, suivi).

Mon objectif, au travers de cette thèse est pluriel. Il s'agit d'exposer la réflexion du médecin généraliste sur la question, légitime puisqu'étant souvent le premier contact du patient avec la santé. Il est nécessaire de transmettre l'avis du patient en situation de précarité pour faire avancer le débat et ne pas prendre aveuglément des décisions sans avoir entendu les constats et les préconisations des usagers face à leurs vrais besoins.

Fort de ce travail, je m'efforcerai d'en détacher les pistes d'amélioration et les confronter aux mesures actuelles prises par l'Institution dans le cadre de la protection sociale ; le but réel étant d'exposer davantage cette problématique et essayer d'apporter une pierre de plus à l'édifice d'une dynamique de santé égalitaire en terme d'accès de prévention et de protection de la santé de tous.

J'exposerai mon travail de la sorte :

La première partie sera dédiée à une revue bibliographique non exhaustive sur la thématique rappelant le contexte économique et social actuel afin de pouvoir remettre en perspective les composantes de cette problématique des inégalités sociales de santé.

Je développerai donc en premier le thème de la précarité en santé en évoquant ces inégalités par ses déterminants et en m'appuyant sur leur réalité numérique.

Je détaillerai ensuite l'évolution de la médecine de ville en me positionnant avant et après la loi de Santé Publique du 13 août 2004, source de controverse et traduisant l'ambivalence de l'Institution dans ce domaine puisque partagée entre la nécessité de limiter la dette publique et la volonté de corriger les inégalités de santé. En ce sens je tâcherai d'en tirer des enseignements tant sur le plan de la consommation que sur celui du renoncement aux soins. Puis je parlerai de l'évolution de la protection sociale en France. Après avoir fait quelques brefs rappels historiques, j'exposerai les dernières évolutions numériques en rapport avec le sujet ainsi que les travaux présentés sur le sujet par mes confrères, traduisant à l'instar du mien, la réflexion de la médecine générale sur ce sujet éminemment déontologique de l'accès aux soins pour tous. Je présenterai également les propositions élaborées par et avec des patients dans la précarité afin que leur voix soit également entendue au sein de cette réflexion commune.

Enfin je présenterai l'association « ATD Quart Monde » qui œuvre depuis plusieurs décennies auprès des plus démunis et particulièrement ces dernières années dans le cadre de son action sur la protection sociale pour tous dans le droit commun.

La seconde partie sera consacrée à une double approche qualitative et quantitative de la problématique.

J'analyserai les premiers résultats concernant les consommations de soins des personnes bénéficiant d'une aide à la complémentaire santé. Cette étude se situera dans le cadre de l'utilisation d'un contrat dédié ACS sur la France et les DOM TOM, action récente d' « ATD Quart Monde » dans le domaine de l'accès à la complémentaire santé au travers de son initiative de mutuelle santé solidaire locale (« Mutuelle Réseau ») puis nationale (« Association ACS-P »).

La partie qualitative se présentera sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes et de patients en situation de précarité sur la thématique de la précarité en santé, sous l'angle de l'accès à la couverture complémentaire santé.

Enfin, à la lumière de ces réflexions, je m'efforcerai d'en faire ressortir les pistes d'amélioration, celles déjà entreprises et celles qui du point de vue de la médecine générale permettraient d'optimiser la couverture des patients.

1^{ère} PARTIE : REVUE DE LITTÉRATURE

A] Précarité et santé

Je n'aborderai pas de manière exhaustive le domaine de la pauvreté, thème très vaste faisant déjà l'objet de nombreuses études. Je me limiterai donc au champ de la précarité. Après avoir rappelé quelques définitions et données numériques inhérentes à la pauvreté, j'envisagerai les ISS par leurs déterminants en précisant leur intérêt en pratique clinique au quotidien.

1) Pauvreté en France

Il convient avant tout de distinguer pauvreté et précarité.

On peut définir la pauvreté, selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) par sa corrélation au revenu, soit actuellement 60% du revenu médian (revenu qui partage en deux la population, autant gagne davantage, autant gagne moins, soit un revenu inférieur à 977^E mensuels pour une personne seule) : 8,8 millions de pauvres (selon les données 2011) soit 14,3 % de la population.

On retrouve en 2010 toujours selon l'INSEE (24) : 4.755 millions de personnes en grande pauvreté soit 7.8% à moins de 803^E mensuels et 2.128 millions de personnes soit 3.8% à moins de 642^E.

Rappelons que le Revenu Solidarité Active socle pour une personne seule est de 475^E mensuels.

Elle s'intensifie depuis 2002 puisque l'on note une augmentation de 16% sur cette frange de la population, probablement sous l'effet de la crise économique et se diversifie quant aux personnes qui en sont victimes : *« la pauvreté s'est déplacée des familles nombreuses vers les familles monoparentales et des campagnes vers les villes. Enfin, les inactifs et les chômeurs formeraient à eux seuls la moitié de la population démunie »* (1).

En témoigne un militant d'ATD Quart Monde dans le Nord (24) : *« il n'y a pas si longtemps avec le RSA, on vivait jusqu'au 20 du mois. Aujourd'hui, on est démunie à partir du 10...Et encore, le régime, c'est pâtes, jambon, œufs et c'est tout. »*

Comme on le verra par la suite, la pauvreté tout comme la précarité ne peut se limiter qu'à un manque de ressources ; d'autres paramètres peuvent lui être attribués, faisant augmenter par là-même le nombre de personnes concernées.

On peut l'envisager sous trois angles : (2)

Tout d'abord celui de la « **privation monétaire** » qui et comme on vient de le voir ne suffit plus à appréhender de manière exhaustive la pauvreté, selon l'Union Européenne.

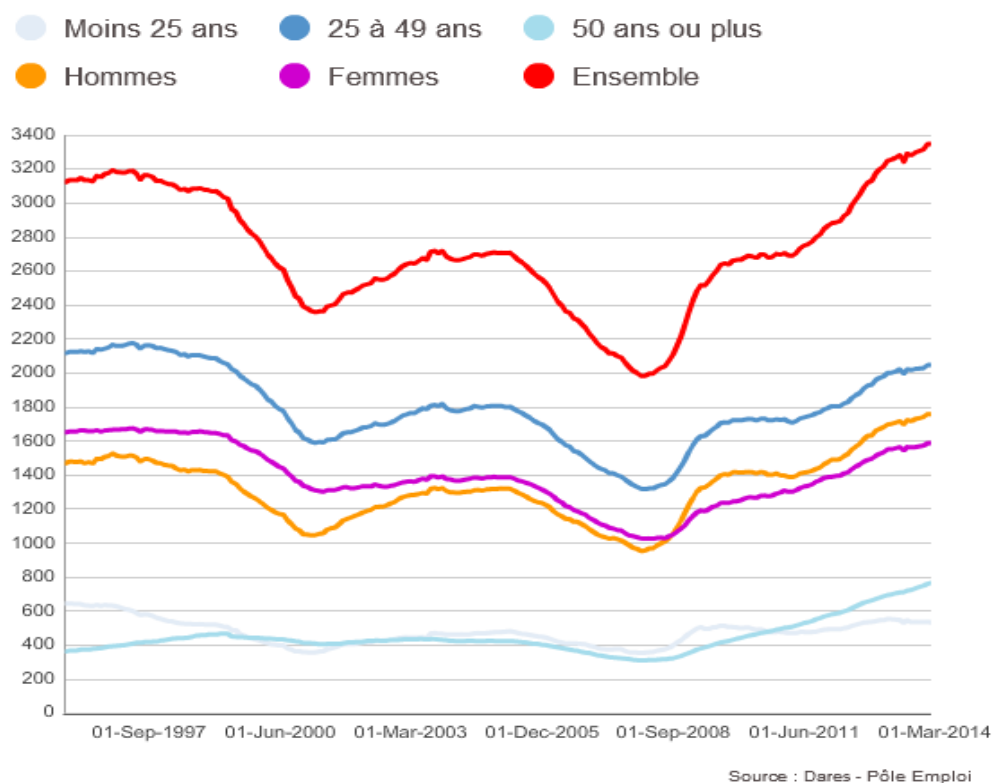
Puis celui de la « **privation matérielle sévère** » : il est mesuré à l'aide d'un questionnaire soumis aux ménages concernant leurs conditions de vie (difficultés à payer le loyer, alimentation ...). En 2010, 5,8% des français sont considérés comme étant en situation de privations matérielles sévères, ils n'étaient que 4,7 % en 2007.

Concernant le logement, l'Insee a recensé 141 500 personnes sans domicile fixe en 2011, soit 11 500 de plus par rapport à l'année précédente. Le nombre de sans-domicile a augmenté de 50% depuis 2001, atteignant le chiffre de 141 500 personnes, dont 30 000 enfants début 2012. (3)

Enfin celui de la « **privation d'emploi** » : le chômage continue de croître en 2014 (10,5 % de la population soit, sur un an, une hausse de 0,6 point). (4)

Toutes catégories confondues (A, B, C, D, E), la France métropolitaine compte 5 621 700 demandeurs d'emploi en mars 2014 (+0,2% sur un mois et +5,2% sur un an). (5)

Les chômeurs en France métropolitaine (milliers)



Fort de ces trois paramètres, on retrouve un « taux de pauvreté élargi » s'élevant à 19,3 % de la population française en 2010 (+ 0,5 % par rapport à 2005). Ces mesures n'ont pas été publiées depuis 2010 mais tous les observateurs s'accordent à penser que la crise va

probablement faire augmenter ce taux de pauvreté comme l'atteste l'augmentation du chômage et du nombre de sans-abris.

Une autre mesure plus subjective réalisée par le baromètre IPSOS-SPF annuel évalue le **sentiment de pauvreté**. Ainsi, une personne sur cinq se considère pauvre en 2012 et 37% des français disent avoir déjà connu une situation de pauvreté au cours de leur vie. *"En 2012, il en ressort (à travers l'évaluation du sentiment de pauvreté) qu'une personne seule est considérée pauvre en France lorsqu'elle gagne moins de 1.062 euros par mois, ce qui dépasse le seuil de pauvreté officiel"*, résume C. Craplet, directrice d'études chez IPSOS. Cette étude permet également d'évaluer ce que représente la pauvreté pour les Français : ne pas manger de façon saine et équilibrée, ne pas pouvoir envoyer ses enfants en vacances, ne pas accéder à des loisirs... *"Ce type de sondage apporte un éclairage complémentaire. Il permet de confronter la réalité des chiffres avec la perception que peuvent en avoir les gens, d'appréhender leur ressenti"*, poursuit-elle. On y retrouve aussi le niveau d'inquiétude des Français pour leurs enfants : plus de 85% des Français pensent que le risque que leurs enfants connaissent un jour une situation de pauvreté est plus élevé que pour leur génération.

Ainsi la pauvreté (tout comme la précarité et les ISS comme nous le verrons) repose sur un ensemble de facteurs qu'il convient d'appréhender en amont pour pouvoir corriger ses conséquences.

2) Précarité

Dans son rapport « Grande Pauvreté et précarité économique et sociale », Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement ATD-Quart Monde, définit la précarité comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. ». (6)

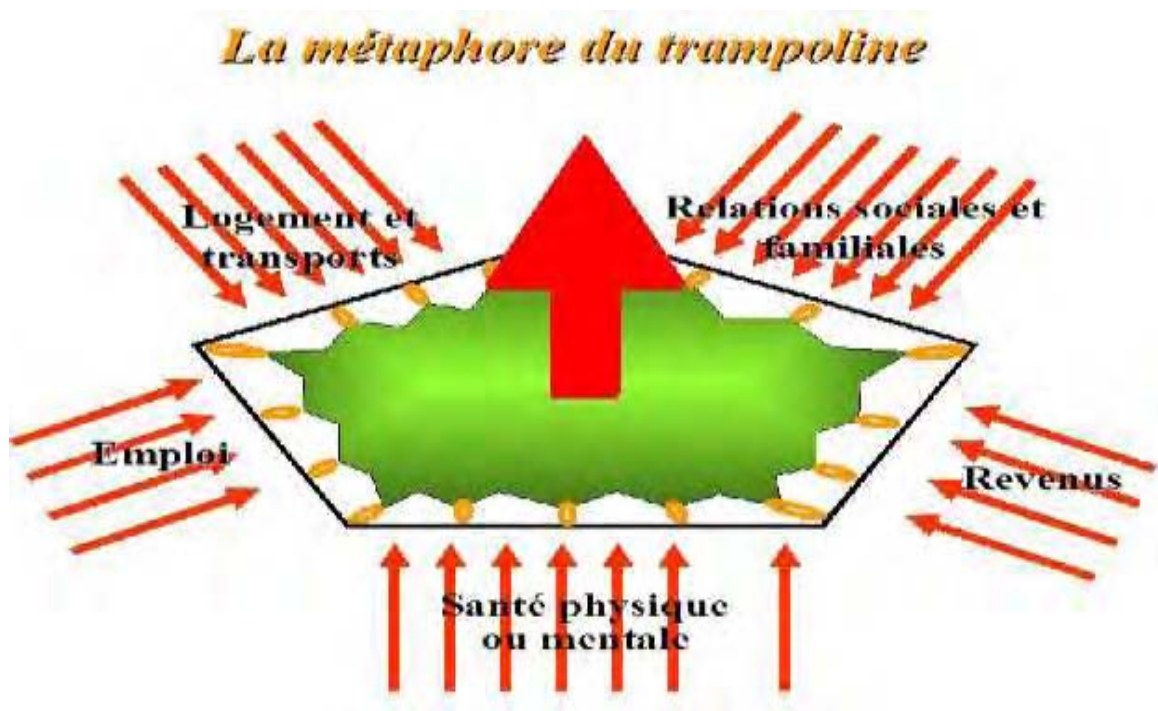
La parabole du trampoline selon P.Larcher est particulièrement pertinente pour l'illustrer.

« L'individu est dorénavant soumis aux sollicitations permanentes de ses interlocuteurs sociaux auxquelles il doit répondre sans délai et de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec un faible élan on ne cesse de rebondir sur un trampoline.

Là, pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques qui relient la toile à son cadre soient en bon état. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence.

Or des élastiques peuvent lâcher, parfois coup sur coup, quand l'ambiance avec les collègues de travail se dégrade ou que les relations avec la hiérarchie se tendent ; quand les acquis professionnels deviennent obsolètes pour une sténodactylo ou un mécanicien du fait des progrès de la bureautique ou de la robotique ; quand ces difficultés provoquent un état de fatigue débouchant sur une dépression ; quand les relations intra-familiales en pâtissent, accentuant le mal-être et pouvant être à l'origine d'une baisse d'attention voire d'un accident du travail. Et quand un ennui financier vient se surajouter, enclenchant un processus d'endettement, le premier secteur sur lequel on tentera de faire des économies sera l'alimentation, dont la qualité et la variété vont diminuer, amenant d'autres problèmes (somnolences, malaises hypoglycémiques, troubles digestifs, déséquilibres en minéraux essentiels ou en vitamines...)

Le trampoline rebondit alors de plus en plus mal, et chaque secousse l'ébranle davantage avec des risques de déchirure. C'est souvent au travail que retentit le coup de grâce, par la sanction d'une faute professionnelle ou un licenciement économique, avec faible espoir de reclassement. D'un coup, ce sont plusieurs élastiques qui sautent (confiance en soi, revenus suffisants, relations sociales...). Risquent de s'ensuivre d'autres déboires qui seront autant de lâchages supplémentaires (éclatement de la cellule familiale, perte du logement...).



Le statut bio-économico-social du patient est symbolisé par ce « trampoline dont les ressorts » sont d'autant plus résistants que chaque paramètre est prégnant. Au fur et à mesure que les accidents de vie s'installent et les fragilisent, le sujet « rebondit » de moins en moins jusqu'à la « rupture » et donc la précarité.

Ces « ressorts » sont des déterminants sociaux de santé qui constituent comme nous allons le voir une partie des ISS.

3) Inégalités Sociales de Santé

- Définition (7)

L'OMS les définit comme « *les différences systématiques et potentiellement évitables concernant un ou plusieurs aspects de la santé à travers des populations ou groupes définis à travers des critères sociaux, économiques, démographiques et géographiques* ».

- Historique (2)

Dans les années 1975, commence à émerger un nouveau courant de pensée selon lequel le système de soins ne peut expliquer à lui seul les conditions d'accès et de santé d'une population. La notion de déterminants de santé reposant notamment sur les facteurs sociaux, commençait à germer. Ainsi les ISS étaient davantage envisagées comme étant le fruit de multiples déterminants interdépendants agissant de concert avec comme résultante un état de santé dégradé au sein des groupes sociaux économiquement défavorisés. L'OMS adhère à ce concept dès 1978 : « *La santé qui est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain* ».

Une étape supplémentaire est franchie lorsque le rapport Black rapporte (étude longitudinale en 1982 en Angleterre faisant encore référence actuellement) que des différences d'espérance de vie et de morbidité entre personnes de différentes classes sociales ne sont pas atténuées par l'instauration d'un régime d'assurance santé universel, alors même que l'espérance de vie et la morbidité ont globalement évolué favorablement suite à cette mesure.

En 1986, l'OMS évoque à nouveau ces ISS dans la charte d'Ottawa : « *Les facteurs économiques, politiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. (...) La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire et exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias* ».

De ces travaux menés et de leurs appuis institutionnels depuis près de 40 ans, découle un certain nombre de modèles conceptuels montrant l'influence de la santé par ses déterminants. Il en est un qui fait consensus actuellement et qui sera détaillé plus loin : le modèle CDSS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé), élaboré en 2008 sous l'égide de l'OMS et la Direction de l'épidémiologiste M. Marmot.

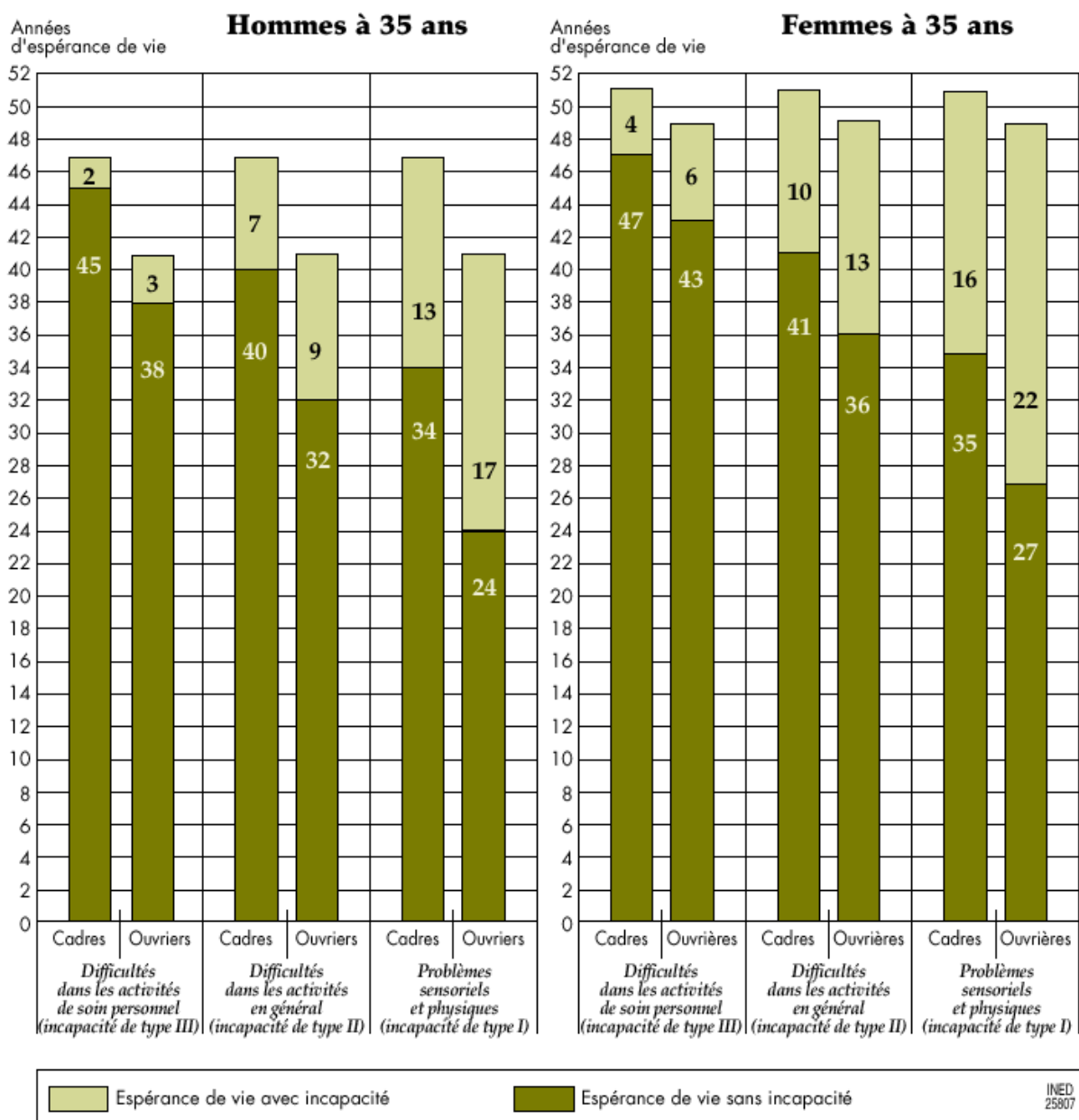
- Indicateurs d'ISS

Selon bon nombre d'observateurs notamment ATD Quart Monde (7), les ISS en France suivent un **gradient social**. Elles ont augmenté au cours des dernières décennies et sont bien réelles en terme d'accès au système de soins, ce qui entraîne des différences dans le recours aux soins préventifs et dans l'accès aux spécialistes.

On note une aggravation de la situation financière depuis 15 ans et l'accroissement des inégalités. L'Observatoire des inégalités (24 p39) montre qu'entre 2000 et 2010, « *le niveau de vie moyen annuel des 10% les plus aisés (56190^E de revenus annuels en 2010) a augmenté de l'équivalent de 9 mois de SMIC, celui des classes moyennes d'environ 2000^E alors que celui des plus démunis seulement de 400^E.* »

On peut distinguer plusieurs indicateurs d'ISS : (7)

- ⇒ **Les ISS d'espérance de vie à la naissance et probabilité de décès:** à 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre encore 39 ans, contre 46 pour un cadre. Une femme ouvrière peut s'attendre à vivre encore 47 ans, contre 50 pour une femme cadre.
- ⇒ **Les ISS d'espérance de vie sans incapacité :** ces différences d'espérance de vie se doublent de différences d'incapacité, donnant lieu à la « double peine » des ouvriers. Non seulement leur vie va être plus courte, mais au sein de cette vie courte ils vont aussi passer plus de temps en mauvaise santé. Ainsi à 35 ans un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 17 années avec au moins une limitation fonctionnelle physique ou sensorielle, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 13 années avec ces problèmes.



Graphique 1 : Différences d'espérance de vie à 35 ans avec incapacité et sans incapacité entre cadres et ouvriers

⇒ Les ISS de recours au système de soins :

En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur d'environ 50% par la Sécurité Sociale. Le reste à charge des patients peut être financé grâce à une assurance complémentaire: (8)

- obtenue gratuitement sous condition de ressources : la CMU-c
- obtenue par le biais de l'employeur (40% des assurés)
- obtenue grâce à une cotisation volontaire.

Près de 6 % de la population (soit près de 4 millions de personnes) n'est pas couverte par une complémentaire santé selon une enquête de l'IRDES de 2008 en France métropolitaine (9). Cette proportion atteint 14 à 19 % de la population parmi les personnes aux revenus les plus modestes (19% chez les étudiants). (10)

46 % des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé. (9)

Parmi les ménages les plus pauvres (moins de 870 euros mensuels par unité de consommation), 12 % des personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, contre seulement 3 % au sein des ménages les plus riches (1 997 euros mensuels et plus par unité de consommation).

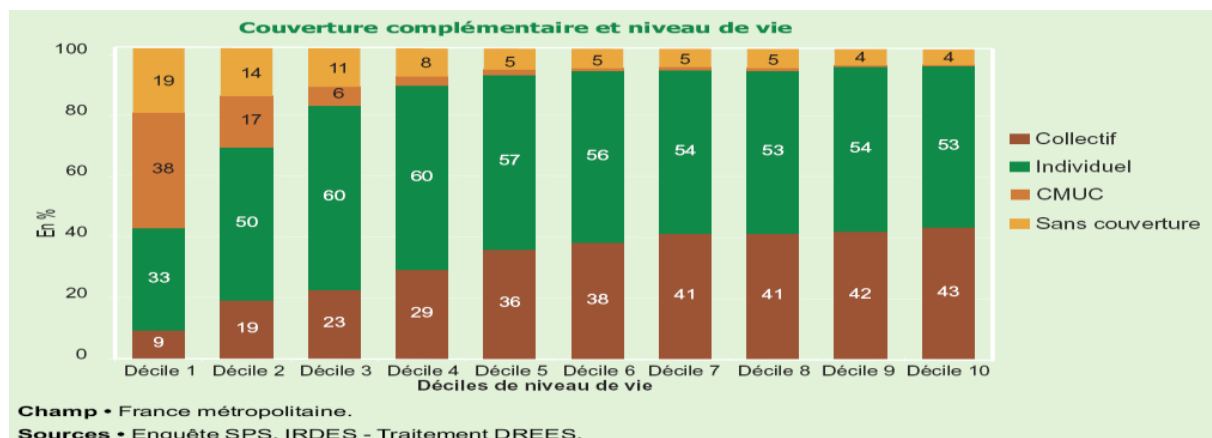


Tableau 2 : Pourcentage des personnes non couvertes par une assurance complémentaire selon le niveau de vie

Comme on le constate, plus le niveau de vie baisse, moins la couverture complémentaire santé est présente.

On retrouve également que les patients bénéficiant de la CMUc sont en moins bonne santé : (11)

En effet d'après une étude de la CNAMTS de 2007, ces patients sont 1,8 fois plus nombreux, à âge et sexe identique, à être en Affection de Longue Durée. Les écarts de prévalence les plus importants s'observent pour la tuberculose, pour les maladies chroniques du foie (cirrhoses) et pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures. Une partie de cette surmorbidity est liée à des facteurs comportementaux (consommation plus importante d'alcool et de tabac, toxicomanie...).

La réciproque est possible ; en effet, la mauvaise santé peut être un facteur de précarité : c'est sans doute le cas pour les maladies psychiatriques graves dont la prévalence est plus que doublée entre bénéficiaires de la CMUc et ceux du régime général.

D'autres affections semblent moins fréquentes, notamment certains cancers (cancer du sein, de la prostate...). Mais cette moindre morbidité doit être opposée à un taux de mortalité paradoxalement plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C, probablement en lien avec un dépistage plus tardif de ces cancers (facteur reconnu aggravant en cancérologie).

Cette surmortalité s'observe pour toutes les pathologies. Le taux de décès annuel est ainsi de 2,5% parmi les bénéficiaires de la CMU-C en ALD, alors qu'à structure d'âge et de sexe identique il est de 1,8% dans le reste de la population en ALD.

⇒ Les ISS de prévalence des maladies : (2) (12)

Un grand nombre de pathologies ont une prévalence plus ou moins importante selon l'origine sociale des personnes, certaines maladies touchant plus souvent les populations issues de catégories sociales basses. Par exemple en France, la prévalence de certaines maladies chroniques dépend du niveau d'instruction des populations. Les maladies les plus socialement différenciées concernent les ulcères gastro-duodénaux, (OR7 de 1,73), le diabète (OR de 1,45), les maladies ostéo-articulaires (OR de 1,43), l'hypertension artérielle (OR de 1,42), les accidents vasculaires cérébraux (OR de 1,3), les maladies hépato-biliaires (OR de 1,20), les céphalées et les maladies chroniques respiratoires (OR de 1,19).

Entre 1982 et 1990, la mortalité par maladies coronariennes a baissé de 47 % chez les cadres et professions libérales contre 14 % chez les employés et ouvriers. La survie à 28 jours après un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle.

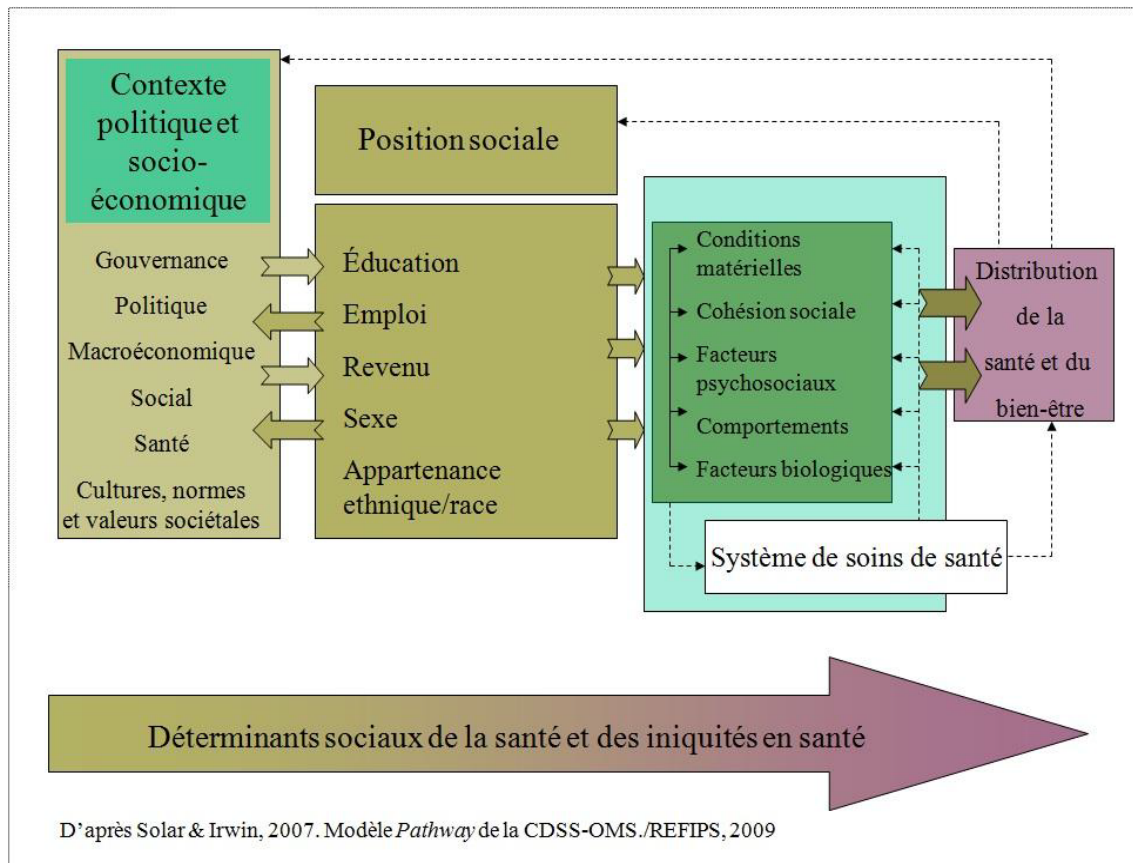
De fortes inégalités sociales de mortalité par cancer sont observées chez les hommes, en particulier pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ainsi entre 1968 et 1996, les hommes sans diplôme ont 30 à 40% de chance de plus de décéder d'un cancer des VADS que les hommes diplômés. Chez les femmes, les ISS sont moins importantes et sont surtout observées pour les cancers de l'utérus (OR : 1,3), l'estomac et le poumon. Les inégalités sociales de mortalité par cancer chez les hommes se sont accrues entre 1968 et

1981, et se sont stabilisées depuis les années 1980. Chez les femmes, la sous-mortalité par cancer du sein observée au début des années 70 chez les moins diplômées (l'âge précoce de la première grossesse et le nombre de grossesses plus important étant considérés comme éléments protecteurs) s'est progressivement atténuée pour disparaître à la fin des années 90 (probablement à cause d'un meilleur dépistage et traitement des femmes les plus diplômées). Notons que la prévalence de cancer du sein reste supérieure chez les femmes issues de milieux plus favorisés (+15% selon une étude réalisée en 2004 au Canada) ; seule la mortalité par cancer du sein a diminué. Les professionnels les plus touchés par les problèmes d'obésité sont les artisans commerçants (16,1%), les agriculteurs (13,2%) et les ouvriers (12,7%), alors que les cadres et les professions libérales sont moins concernés (8,3%).

D.Bricard dans sa thèse sur les ISS à travers les modes de vie rappelle la distinction entre **ISS illégitimes** d'ordre sociale sur lesquelles une action de santé publique est possible, des **ISS légitimes** rapportées au mode de vie (tabagisme, régime alimentaire, habitudes de soins, consommation d'alcool,..) qu'on ne doit pas modifier directement, sous peine d'entraver la liberté de chacun, mais sur lesquelles une action de santé publique indirecte reste possible par l'information et l'éducation à la santé. (13)

4) Déterminants des ISS

Le modèle CDSS les distingue selon 3 agrégats :



Contexte socio-économique / Déterminants structurels / Déterminants intermédiaires

⇒ **Le contexte socio-économique** regroupe la gouvernance, les politiques macro-économiques, sociales et publiques du pays, la culture et les valeurs sociétales, les conditions épidémiologiques. Il ne représenterait que **20% des ISS** (2).

Si la France a le meilleur système de soins au monde et une espérance de vie à la naissance des plus élevée en Europe (selon l'OMS), elle est aussi une des nations les plus inégalitaires en terme de santé.

Par exemple, l'écart de risque de mortalité prématurée chez les hommes entre professions manuelles et non manuelles est deux fois plus élevé en France qu'en Suède ou au Danemark (3).

Ce retard observé par la France (et d'autres pays tels que l'Autriche, l'Allemagne, l'Espagne) pourrait n'être que le reflet d'une priorisation tardive des ISS par l'Institution. Des études sur le sujet abondent depuis plus de 30 ans et d'autres pays ont déjà adapté leur politique sociale en conséquence (Suède, Pologne, Suisse, Pays-Bas, Belgique).

En 1977, **L.Engel** propose un modèle bio-psycho-social de la maladie, concept plus transversal et moins centrée sur les avancées technologiques en santé de cette époque, et auquel certains pays adhèrent plus précocément. Il préconise ainsi : « *d'approcher les aspects personnels, interpersonnels et sociaux de la vie avec la même rigueur et la même acuité critique que celles que l'on applique aux phénomènes biologiques . L'attention à la dimension bio-psycho-sociale devrait faire partie intégrante du raisonnement clinique et, plus largement, du mode de pensée de la médecine* ». (14)

Les théories de l'épidémiologiste **T.McKeown en 1979** relativisaient l'intervention du système de soins : partant du constat historique que les causes de décès ayant le plus diminué au cours des XVIIIème et XIXème siècles étaient des causes pour lesquelles aucun progrès n'avait été enregistré dans les sciences médicales à l'époque (comme la tuberculose), il prônait une meilleure redistribution en amont (richesse, éducation). (15)

Depuis d'autres études sont venues relativiser son propos, affirmant le rôle que peut jouer le système de soins notamment dans la prévention et l'éducation à la santé, passant par un rééquilibrage budgétaire, très nettement favorable à la médecine curative en France.

Ces divergences de points de vue et l'écho qu'ils ont pu recevoir dans chaque pays sont à replacer dans le contexte d'une époque d'expansion scientifique de la médecine avec la prédominance de l'approche bio médicale; à l'instar des plus grandes avancées humaines venant se heurter à chaque époque aux courants de pensée conservatrices. La prise de conscience française et ses premières mesures corollaires sont récentes mais on peut déjà noter que la **loi du 09 août 2004** considérée comme charnière, fait débat et traduit bien les conflits actuels de l'Institution face aux besoins de lutter contre les ISS et de limiter la Dette Publique.

D'autres facteurs sont à considérer pour en terminer avec cette analyse du contexte, il s'agit de facteurs « **épidémiologiques nationaux** ». En effet, les ISS de chaque pays ne sont pas corrélées aux mêmes déterminants :

- Au Danemark, la faiblesse des inégalités de santé n'est pas due au fait que ce pays ait un faible différentiel de revenu mais au fait que la santé soit faiblement reliée au revenu, au sens où l'accès aux droits et aux soins est plus égalitaire. (16)
- Dans le sud de l'Europe, la consommation de légumes frais (liée à des facteurs de protection en santé) est moins socialement différenciée que dans les pays nordiques.
- La consommation d'alcool (liée aux maladies cérébro-vasculaires, maladies du système digestif ou encore aux accidents de la vie courante pour les jeunes de moins de 15 ans) en France, en Irlande et en Finlande serait déterminante alors qu'elle ne contribuerait que faiblement aux ISS au Danemark, aux Pays-Bas et en Espagne.

Ainsi il est possible d'envisager des actions de santé publique dans ces domaines afin de réduire l'impact de la position sociale sur la santé.

⇒ Les **déterminants structurels** sont le revenu, la formation professionnelle et l'emploi, l'origine et l'ethnie.

Le *revenu* représenterait selon les pays et les études **25 à 40% des ISS** (2). Comme nous l'avons vu, il est un marqueur de pauvreté et de précarité. Plus encore que le revenu, c'est surtout au niveau des patrimoines et des héritages que les inégalités se creusent : « *les 10% des ménages les moins aisés détiennent moins de 2700^E de patrimoine brut (avant remboursement des emprunts). Les 10% les mieux dotés disposent d'un patrimoine supérieur à 552 300^E. Soit un rapport de 1 à 205, qui a crû de près d'1/3 depuis 2004, pendant que celui relatif au revenu était de 4.2 en 2009.* (17)

Le *niveau de formation* influe de manière indirecte par le biais de meilleurs postes professionnels en terme de rémunération.

Le *niveau d'instruction* est également en lien direct avec la santé puisque permettant un accès aux démarches de couverture sociale, à la prévention notamment en terme d'alimentation et d'hygiène de vie (lutte contre les addictions et la sédentarité) (13). Il a un lien avec le risque d'accidents de travail et de maladies professionnelles du fait du manque de formation et de compréhension des mesures de sécurité. A noter qu'il existe encore un fort taux d'illettrisme en France (en 2012, 10% des français de 18-65ans sont illettrés et 7% de la population générale soit 2,5 millions de personnes). (18)

Les *origines culturelles, religieuses ou ethniques* ont également une influence sur les ISS par les écueils qui leur sont souvent associés (barrière linguistique, accès aux soins, discrimination, refus de soins, acculturation).

⇒ **Les déterminants intermédiaires :**

Les *circonstances matérielles* (logement, les moyens financiers pour s'habiller ou se nourrir correctement).

Les *circonstances sociales ou socio-environnementales* tels que le stress psychosocial (induit par la précarité), la faiblesse du support social ou familial, l'isolement géographique (personnes âgées peu mobiles, milieu rural ou en zone urbaine sensible, absence de moyens de transports).

Les *facteurs comportementaux de santé* comme les dépendances diverses (alcool, tabac, drogues), le régime alimentaire et la pratique d'activité physique. Dans sa thèse, D.Bricard nous invite à nous pencher sur les habitudes de vie dans l'enfance et leur impact sur les ISS. Ils seraient responsables de **20% des ISS** et leur seraient corrélés de par : (13)

- Une mauvaise situation économique dans l'enfance,
- Des niveaux de vie et d'instruction plus faibles,
- Des épreuves financières avec des difficultés aiguës,
- L'absence du père à la naissance,
- L'obésité au sein de la famille,
- Le tabagisme : avec un risque majoré d'initiation (mais plus tardif que dans des milieux plus aisés) et un risque réduit de cessation,
- Des habitudes de consommation en soins : avec un risque de transmission important des habitudes en vertical (parents/enfants) et en horizontal (selon les normes sociétales du moment ou du lieu de vie comme en témoigne un changement de ces habitudes lors d'un déménagement),
- De l'accès aux informations et de la philosophie familiale (en rapport avec leur culture, leur niveau d'instruction et leur propre « bagage familial »),

Une étude rétrospective comparative en Europe chez les plus de 50 ans (*Sharelife*) (19) retrouvait également ces notions de facteurs familiaux impactant les ISS, mais différemment selon chaque pays :

- L'absence de travail du père,
- Le nombre de livres à la maison,
- Le nombre de chambres et d'installations à disposition à l'âge de 10 ans (eau, chauffage),
- L'existence de difficultés financières et de périodes de famine avant 16 ans,
- La santé des parents et leur éventuel âge de décès,
- L'hygiène de vie (tabagisme, alcoolisme, consommation de soins par l'étude du recours au dentiste pour les enfants),
- L'obésité (moins socialement différenciée au Danemark) et la sédentarité (moins socialement différenciée en Autriche).

Les *facteurs biologiques* innés, liés à la génétique et la distribution en termes d'âge et de sexe.

Le *système de soins* en terme d'accessibilité avec les notions d'accès à une couverture sociale, de refus de soins et de renoncement aux soins, détaillées plus loin.

Le poids de chaque déterminant dans la constitution des ISS pose débat. Plusieurs chercheurs ont tenté de pondérer les déterminants de santé selon l'importance qu'ils avaient dans la formation des ISS afin d'identifier dans quels domaines des actions seraient le plus efficaces.

Selon certaines études, seulement 40% des ISS seraient imputables aux déterminants du modèle CDSS, ainsi d'autres facteurs doivent être recherchés : (2)

⇒ **Nuisances environnementales :**

En effet des études plus récentes ont étudié les *nuisances environnementales*, souvent inégalement distribuées sur le territoire, et en particulier l'exposition à la pollution atmosphérique, en les suspectant de pouvoir contribuer aux ISS. On peut également évoquer *l'insalubrité des logements*.

Il semble exister dans ces populations précaires, un différentiel d'exposition (à ces nuisances) et un différentiel de vulnérabilité (en raison d'une santé plus fragile).

Ainsi on peut dégager d'autres acteurs du champ social pouvant intervenir dans la lutte contre les ISS : les instances préposées à l'environnement, au logement, aux systèmes de transport ou à l'urbanisme.

5) **Dépistage de la précarité sur le terrain**

Voyons maintenant les outils en soins primaires qui peuvent être utiles au dépistage de ces ISS.

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité : (20)

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Si la somme des 11 réponses est supérieure à 30, on considère qu'il y a précarité.

Il est corrélé sur de nombreuses études au risque psycho social, en associant avec le mode de vie, le niveau d'accès aux soins et l'état de santé.

Il est fréquemment utilisé par les partenaires sociaux mais peu pratique en médecine de ville, probablement en raison de l'intrusion dans l'intimité qu'il génère, notamment chez les plus pauvres qui risquent d'inventer des réponses pour se préserver.

D'autres outils méritent d'être développés notamment en médecine de ville. Encore faut-il que les acteurs et notamment les MG y soient sensibilisés dans leur formation, puisqu'en tant que médecin de famille, ils sont les interlocuteurs privilégiés et donc celui à qui l'on cache le moins de choses.

Dans la thèse du Dr Chatelard (21) basée sur une revue de littérature, trois compétences psycho sociales du MG sont mises en avant pour limiter les ISS : le repérage des patients vulnérables, la relation d'empathie sans jugement et la collaboration avec des partenaires sociaux.

Sans évoquer les facultés d'altérité (propres à chacun, à ses valeurs et son vécu), il conviendrait de repenser sa stratégie thérapeutique très « bio-médicalement centrée » en y incluant la dimension psycho sociale et avoir davantage conscience du poids modéré des comportements dans la santé au regard des facteurs structurels (revenu, identité, emploi) et politiques. Le professionnel aura peut-être moins d'influence sur ces facteurs mais son regard n'en sera que moins culpabilisant et l'adhésion de son patient ne pourra être qu'améliorée...

B] Evolution de la médecine de ville

1) Avant la loi du 13 août 2004

En reprenant l'histoire de la médecine depuis la chute de l'Ancien Régime jusqu'à nos jours, on peut mettre en évidence quatre tendances.

Elles méritent d'être développées pour illustrer l'évolution des soins primaires et ses possibles conséquences en terme d'ISS:

- la scission entre médical et social,
- la mutation économique de la profession,
- l'abandon des campagnes par les MG,
- la dépréciation récente de la MG en marge des avancées de la science.

Sans revenir sur le retard de l'Institution à intégrer les facteurs psycho sociaux dans sa réflexion, il convient de s'attarder sur l'évolution de la fonction sociale de l'hôpital notamment dans les **années 70**.

Cette fonction sociale était à l'origine de l'hôpital public depuis les **IV^e et V^e siècles** où ont été créées les premières maisons d'hospitalités par les chrétiens. Elles étaient destinées à accueillir les malheureux, les malades, les trop âgés ou des pèlerins sur le chemin de Compostelle. L'hôpital fut ensuite géré par l'Etat notamment sous **Louis XIV** qui en **1662** demanda la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice pour y recevoir et «*renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées* ». Puis avec l'essor de la science et du bio-médical, l'hôpital prend ses distances du social ; «*de 1970 à 1991, le mouvement législatif marque la volonté des pouvoirs publics de recentrer les hôpitaux sur le plateau technique au détriment de la mission hôtelière* ». (22)

La loi n°75-535 du 30 juin 1975 a ainsi consacré la rupture entre le sanitaire et le social.

En accentuant le développement des soins spécialisés et techniques d'excellence dans les hôpitaux elle déplace vers d'autres la demande médico-sociale des populations les plus vulnérables ; cette mesure a probablement encore un peu plus creusé le fossé des ISS. L'introduction du « médico-social » permet tout de même aux établissements sociaux de proposer des prestations de soins.

À partir de 1995 une réflexion entre les pouvoirs publics et les acteurs du secteur s'amorce quant à la modernisation de cette législation, jusqu'à l'obtention d'un (relatif) consensus autour de la **loi du 2 janvier 2002**, rénovant l'action sociale et médico-sociale. (23)

Le **statut économique de la profession médicale, historiquement libéral**, a dû s'adapter aux évolutions institutionnelles et sociales du pays. En effet les médecins ont composé avec un interventionnisme étatique de plus en plus prégnant, durant ces deux derniers siècles.

Au niveau de l'exercice, la profession s'est progressivement « enrichie » d'une activité salariée, avec plusieurs étapes :

- la formation **d'officiers de santé** en parallèle du cursus médical « classique » est instituée en 1803 après le démantèlement post révolutionnaire des facultés de médecine. Cette mesure annoncée comme temporaire était destinée à pallier aux problèmes de santé croissants de la population et à endiguer les phénomènes de charlatanisme de l'époque. L'officier de santé au terme d'études moins longues et moins onéreuses, était destiné à un exercice rural au sein du département de formation. L'exemple le plus populaire reste le Dr Bovary de Flaubert.
Durant le XIXème siècle, la médecine était donc pratiquée par des docteurs en médecine et des officiers de santé, jusqu'en 1882 où l'effet combiné d'une réduction d'effectifs des officiers de santé et de tensions inter professionnelles scellera le sort de ces derniers ; la médecine ne s'exercera dès lors que par des médecins titulaires d'un **doctorat de l'Etat** (contrairement aux anciens diplômes émanant des différentes écoles de médecine).
- C'est durant cette période que les premiers postes salariés virent le jour avec l'institution des **médecins cantonaux** lors de la Monarchie de Juillet (1830-1848). En effet en réponse à l'essor de l'industrie et de l'urbanisation rapide, apparut un prolétariat industriel. Le travail industriel produisait misère et indigence, fragilisait le corps social et compromettait l'avenir démographique du pays. Afin de venir en aide aux indigents, certains économistes et médecins préconisèrent une fonction médicale assurée par des praticiens salariés : les médecins cantonaux.
Les médecins cantonaux étaient chargés de « *vacciner et soigner les pauvres, visiter les enfants en nourrice et les filles publiques, constater les décès et rédiger les rapports demandés par l'administration et la justice* ». Ils traitaient gratuitement les malades indigents portés sur une liste dressée à cet effet par le Bureau de bienfaisance de la mairie. Par ailleurs, ils étaient tenus de signaler les causes d'insalubrité rencontrées lors de leurs tournées. Ils disposaient en outre d'un certain nombre de médicaments qu'ils pouvaient distribuer gratuitement.
- Le **salariat**, à l'instar des médecins militaires et des médecins conseil ou inspecteurs de l'Assurance Maladie ne se développa que dans la seconde moitié du XXème siècle, avec l'hégémonie grandissante de l'hôpital et des spécialités médicales.
D'une position initialement expectative, le salariat s'est mué en un véritable choix de carrière ; vers une activité mixte (salariée et libérale). Actuellement un médecin sur

cinq exerce plus d'une activité et près d'un médecin sur quatre exerçant deux activités associe activité à l'hôpital public et activité libérale en cabinet. (24)

Concernant la **rémunération du praticien**, historiquement basée sur le modèle libérale, elle a dû s'affranchir de certaines mutations durant ces mêmes périodes :

- Jusqu'à la Première Guerre Mondiale, les honoraires restent libres (en nature ou en espèces, différés ou pas) y sont rajoutées des exonérations sociales à la fin du XIXème siècle (accident de travail, indigents, assistance médicale gratuite...).
- A partir des années 1920, les assurances sociales se développent sous l'impulsion du régime assurantiel bismarckien dont bénéficient l'Alsace et la Lorraine, héritage de leur annexion à l'empire allemand. Malgré les réticences du corps médical à se voir imposer des réglementations (d'ailleurs à l'origine de la création de nombreuses corporations et syndicats de médecins), un compromis est signé sous la forme d'une charte qui scelle les principes libéraux de la profession : « *libre choix, entente directe, liberté thérapeutique et secret professionnel.* »
- C'est dans ce contexte que la Sécurité Sociale voit le jour en 1945 avec l'instauration de « *tarifs opposables* »...bien qu'il fallut attendre 1960 pour une acceptation du conventionnement par les médecins.

Ainsi on peut constater une involution du libéralisme historique de la profession au profit d'un statut mixte, où l'Etat prend de plus en plus de place, que ce soit en terme d'activité ou de rémunération. Cette tendance est d'autant plus marquée à l'heure du Tiers Payant intégral en soins primaires, comme il en est débattu actuellement.

En témoigne ces chiffres : au 1er janvier 2014, la base statistique du RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) recense 219 834 médecins en activité soit **une majoration de 0,7 % en 1 an avec cependant une baisse d'environ 1% chez les libéraux exclusifs** qui étaient 63 595 en activité en 2013 et ne sont plus que 62 986 en 2014 ; ce qui représente un solde négatif de 609 entre les installations et les départs en retraite. (25)

En terme de **démographie sanitaire**, on note historiquement plusieurs étapes de « flux professionnel » :

- Début XIXème, comme nous l'avons vu, le manque de médecins notamment en campagne provoque la formation d'officiers de santé.

- Fin XIXème et jusque 1925, sous l'effet combiné de l'urbanisation et de la suppression de ces officiers de santé, les campagnes sont de nouveau pénalisées : 70% des médecins s'installent en ville contre 24% en campagne.
- Après 1945, et sous l'effet de l'Assurance Maladie et d'une meilleure couverture assurantielle de leur population, les MG réinvestissent les campagnes avec 59% d'installés en ville contre 33% en campagne. (26)
- Ces dernières décennies et devant une nouvelle « désertification » des campagnes au profit de la médecine de ville et du salariat, des mesures de santé publique sont prises pour endiguer cette nouvelle tendance (que je détaillerai plus loin).

Enfin, pour conclure sur cette évolution de la médecine de ville avant 2004, il faut évoquer la question de la **dépréciation de la MG** ; récente au regard de l'histoire de cette dernière et en rapport avec l'expansion de **l'hospitalo-centrisme**.

En effet avec la réforme Debré en 1958 et le développement de l'hôpital, la MG est progressivement laissée pour compte dans une lutte d'excellence que se livrent désormais les CHU et facultés de médecine pour leur suprématie régionale en terme de spécialisation médicale. Ce sentiment est d'autant plus exacerbé, lors des années 1970, lorsque **tous les étudiants doivent passer par le CHU, où la MG est méprisée voire dénigrée**. Sauf exception, ils ne sont pas amenés à rencontrer de modèle de généraliste lors de leur formation hospitalo-universitaire. Cette tendance se confirme avec un taux de spécialisation passant de 32% en 1967 à 50% de nos jours.

Entre 1982 et 1984, puis entre 2002 et 2004 des remaniements législatifs et réglementaires ont modifié les conditions de recrutement des futurs généralistes. La mise en place de l'internat au début des années 1980 permet de doter la médecine générale d'un véritable troisième cycle (stage interne d'un an puis résidanat de 2 ans à partir de 1988). Les autorités parlent de revaloriser la médecine générale et de contenir l'expansion des médecins spécialistes. L'expression « *médecine générale* » figure pour la première fois dans un texte officiel relatif à la formation des futurs médecins en 1984. Dans la pratique, la dévalorisation de la médecine générale se trouve en fait « *soulignée et comme officialisée* » par les procédures de recrutement des étudiants.

En supprimant en 1982 les Certificats d'étude spécialisés qui permettaient des passerelles pour l'accès aux spécialités, la réforme accentue la coupure symbolique entre généralistes et spécialistes. « *Le nouveau concours de l'internat distingue environ la moitié des promotions de futurs médecins et les généralistes apparaissent comme le rebut du concours au sein d'un corps médical plus clairement hiérarchisé* ». Le choix de la médecine générale devient plus improbable pour les étudiants capables de réussir le concours et à l'inverse, alors qu'une partie importante optait par avant pour une spécialité, cette dernière leur est désormais fermée par un concours tandis que la procédure les considère comme « *toujours assez bons* » pour une orientation en médecine générale. (27)

Jusqu'à cette prise de conscience des ISS, la politique de santé était plus axée autour de la médecine curative, en rapport direct avec la prégnance du modèle bio médical, et de l'essor des soins techniques hospitaliers et des spécialités (autres que la médecine générale). En effet en 2002, 10,5 milliard d'euros étaient alloués à la prévention soit seulement 6,4% des dépenses courantes de santé (le reste étant attribué aux soins curatifs). (28)

C'est dans ce contexte que plusieurs réformes virent le jour dans un objectif avoué de « revalorisation des soins primaires ».

2) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (29)

Elle est à l'origine entre autres de plusieurs réformes nous intéressant particulièrement dans le domaine des ISS.

Elle est à l'origine de la création de l'**Aide Complémentaire Santé** appelée initialement **Crédit d'Impôt** (article 56) prévoyant des dispositions relatives à l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire et s'adresse aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la couverture médicale universelle complémentaire (CMUC) et ce plafond majoré de 15 %. Le montant de la déduction s'élève initialement de 75 à 250 euros par an en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Elle crée la **Haute Autorité de Santé** (article 34), autorité scientifique indépendante, dirigée par un collège dont les membres sont désignés par les présidents de la République, de l'Assemblée nationale, du Sénat et du Conseil économique et social. La HAS se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostics et thérapeutiques. Elle reprend les dispositifs d'évaluation existants (la commission de la transparence sur les médicaments et le comité économique des produits de santé pour les dispositifs médicaux). Elle devra développer une démarche similaire dans les autres domaines des soins (notamment pour les actes et les ALD). Elle élaborera les recommandations de bonne pratique et prendra en charge les missions d'évaluation et d'accréditation de l'actuelle ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) qui est supprimée par la loi. Ses compétences relèvent exclusivement du domaine de l'avis et de la recommandation.

S'appuyant sur ces recommandations, l'Institution, dans un souci de les faire respecter, promulguera les **CAPi** (*Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles*) par la **loi HPST en 2008** axée sur la prévention (des risques iatrogéniques des médicaments, dépistage du cancer du sein, vaccination anti grippale > 75% pour les plus de 65 ans), le suivi des maladies chroniques (diabète et hypertension artérielle) et l'optimisation des prescriptions. Cette mesure est suivie de la création des ROSP (**Rémunération sur Objectifs de Santé Publique**) en **2013** par la Convention entre l'Assurance Maladie et les MG ; elle renforce l'orientation

préventive des soins prise par le gouvernement. Les MG sont « récompensés » d'une somme de 3 746 euros annuelle en moyenne si les objectifs suivants sont atteints :

- ⇒ Pour les **pathologies chroniques** (cas du diabète) : HbA1c trimestrielle, statines aux diabétiques, bilan ophtalmologique annuel.
- ⇒ **Pour la prévention** : réduire la part des prescriptions de vasodilatateurs et de benzodiazépines à demi-vie longue chez les plus de 65 ans, d'antibiotiques pour les 16-25 ans sans ALD ; améliorer la vaccination anti-grippale (notamment pour les 16-64 ans en ALD) ; dépister le cancer du col de l'utérus et du sein.
- ⇒ Pour l'**Optimisation des prescriptions** : aspirine et statines chez les personnes à risque cardio vasculaire ; privilégier les génériques ; diminuer les prescriptions de benzodiazépines et d'anti-dépresseurs.

Elle circonscrit la **prise en charge des ALD** (article 6) autour du protocole de soins donnant droit à l'exonération du Ticket Modérateur, en relation avec les données de l'HAS.

Elle instaure le **parcours de soins** (articles 7 et 8) articulé autour du médecin traitant qui devra être déclaré (sous peine de déremboursements).

Le médecin traitant aura pour mission d'orienter le patient dans le système de soins et, bientôt, de gérer son dossier médical. Il prescrira, en tant que de besoin, la consultation d'un autre médecin (généraliste ou spécialiste). Toutefois, l'accès à certains spécialistes ne nécessitera pas de prescription du médecin traitant. Ils seront « d'accès direct spécifique ». Il s'agit des gynécologues, psychiatres et neuropsychiatres. Les patients en affections de longue durée (ALD) pourront accéder directement à leurs spécialistes sans prescription médicale préalable lorsqu'ils s'inscriront dans le cadre de leur protocole de soins. Enfin, certaines situations dispensent d'une consultation du médecin traitant : l'urgence médicale ou le déplacement hors du lieu de résidence.

Elle instaure des **franchises de remboursements** (article 20) sous forme de contribution forfaitaire sur les actes médicaux et les actes de biologie qui est fixée à 1 euro dans la limite d'un plafond annuel de 50 euros (décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004) afin de responsabiliser les patients dans leur recours au système de soins. Seuls les enfants, les bénéficiaires de la CMU et les femmes enceintes sont exonérés de cette contribution.

Une des novations de la loi réside dans la volonté affichée que les incitations financières créées pour orienter le parcours dans le système de soins (majoration de ticket modérateur et contribution forfaitaire) ne soient **pas neutralisées par les couvertures complémentaires**. La loi n'interdit pas l'intervention des assureurs complémentaires. Cependant seuls les contrats qui ne prévoient pas cette couverture pourront bénéficier des avantages sociaux et fiscaux accordés aux contrats d'assurance maladie complémentaire (article 57).

Cette participation de l'assuré, initialement à hauteur de 1^E par acte médical, a par la suite été suivie d'autres mesures du même ordre :

- Janvier 2005 : Franchise de 1 € sur les consultations et les actes médicaux
- Septembre 2006 : Participation forfaitaire de 18 € sur les actes de plus de 91€
- Janvier 2008 : Franchise de 0,50 € sur chaque boîte de médicaments, actes paramédicaux et de 2 euros par acte de transport
- Janvier 2006 : Création d'une vignette de remboursement à 15% sur certains médicaments et déremboursements successifs de médicaments
- Janvier 2010 : Augmentation du forfait hospitalier à 18€ par jour et 13,50 € en psychiatrie
- Mars 2011 : restriction des conditions de prise en charge à 100% des frais de transport des personnes en affection longue durée (ALD) et dispositif de régulation des prescriptions hospitalières de transport
- Juin 2011 : Exclusion de l'hypertension artérielle sévère de la liste des ALD (2)

Ainsi les dépenses de soins sont progressivement transférées de l'assurance maladie vers les complémentaires et les patients.

Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la part des dépenses totales des soins et biens médicaux prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est passée de 80% en 1980 à 75,5 % en 2009. (30)

3) Volonté de revalorisation des soins primaires

La volonté de réorientation politique du Législateur en faveur des soins primaires fut soulignée par ses réformes entreprises depuis 2004.

Les réformes visant **la formation en médecine générale et l'Examen Classant National** en sont un exemple (nouveau tronc commun à l'accession au 3^{ème} cycle des études médicales).

Mais il existe depuis 2004 une inadéquation entre le nombre de postes d'internes proposés aux ECN et le nombre de candidats choisissant une affectation à l'issue des ECN. Cela s'est traduit année après année par un important nombre de postes non choisis en médecine générale. Ainsi 668 postes d'internes en médecine générale n'ont pas été choisis en 2010, soit 2341 en 4 ans.

Avec la création du **DES de médecine générale**, la construction de la filière universitaire de médecine générale avance difficilement, à très petits pas. Une commission nationale d'intégration a été mise en place pour la titularisation des Professeurs Associés en MG.

La Loi HPST en 2009 prévoyait la création et la pérennisation de la filière universitaire de MG. En pratique et au 1^{er} janvier 2014, les chiffres demeurent insuffisants avec 33 Professeurs titulaires des universités, 9 Maîtres de conférences titulaires des universités, 68 Professeurs associés mi-temps et 127 Maîtres de conférences associés mi-temps, soit au total 139 postes équivalents temps plein universitaires pour la filière médecine générale dans les 35 facultés françaises. En face, il y avait 14376 internes inscrits dans le cursus du Diplôme d'études spécialisées de MG dont 3609 se situant au-delà des 3 ans du D.E.S sans avoir achevé leur cursus. Ce qui indignait récemment le CNGE : « *Le ratio enseignants temps plein/internes s'établit donc à 1/103, alors que le ratio souhaitable serait au moins de 1/20 (...)* » qui pointait « *un nombre croissant d'internes en attente de pouvoir passer leur thèse* ». (31)

« Il existe de fait un important décalage entre annonce de réhabilitation et de revalorisation de la médecine générale et mise en place et valorisation de la Filière Universitaire de Médecine Générale. « Depuis bientôt vingt ans, tous les gouvernements proclament la centralité de la médecine générale dans le système de santé et l'urgence de sa réhabilitation » écrivait M. Arliaud en 1987. « A l'évidence, les discours et autres proclamations d'intentions des pouvoirs publics pour élever la médecine générale ne constituent pas un indicateur fiable d'un projet politique qui romprait réellement avec l'histoire du déficit de légitimité des généralistes par rapport à l'hôpital et aux spécialités, pour aboutir à une véritable valorisation des soins primaires ». (27)

Concernant la problématique de la **dévalorisation de la MG**, une thèse de 2008 s'y intéresse en s'attachant à comprendre les raisons de la dévalorisation du choix de la filière de MG aux ECN. Contrairement au postulat de recherche selon lequel la MG pouvait être dénigrée par les enseignants lors de la formation de leurs étudiants, les résultats demeurent plus nuancés et retrouvent : (32)

- une absence de dépréciation de la MG pendant les 2 premiers cycles de formation,
- une évolution des aspirations des étudiants durant leur cursus ; où des choix plus matériels (« *rémunération, qualité de vie et pouvoir/prestige des spécialités médicales* ») se substituaient à l'idéalisme de leurs débuts. A noter que pour les internes en MG, seule la « *qualité de vie* » ressortait comme principale aspiration,
- un intérêt marqué de la pratique de la MG lors des 2 premiers cycles (stages chez le praticien).

La loi de Santé Publique du 9 Août 2004 est aussi un exemple de cette volonté étatique de revalorisation du secteur préventif dans le sens où elle s'appuie sur l'intervention **d'Agences Régionales de Santé**, lui permettant une action en soins primaires plus ciblée notamment sur les populations défavorisées.

D'autres projets, expérimentations ou mesures plus récentes entrant dans cette volonté de revalorisation des soins primaires sont à souligner, bien qu'engagées dans un souci d'économie de la santé :

- l'expérimentation **PAERPA** (Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie) renforce la prise en charge transversale et ambulatoire du patient afin de lui éviter des hospitalisations itératives. Le réseau ville/hôpital/EHPAD/social se trouve renforcé et balisé, l'activité administrative et de liaison du MG revalorisée (100^E/an /patient). Cette approche par le Parcours Personnalisé de Santé de la personne âgée, bien qu'au stade d'expérimentation dans neuf régions (notamment dans le Grand Nancy), pourrait être étendue à d'autres domaines, comme le laisse entendre Dr H.Deballon (MG engagé dans l'un de ces parcours) :
« *Le PAERPA concrétise en effet la fameuse « révolution du premier recours » prônée par la ministre de la Santé. « Ce système expérimental va au-delà des personnes âgées. C'est un laboratoire de tout ce qui va se passer pour les maladies chroniques, les cancers, les ALD... »*, (33)
- la hausse de la rémunération des praticiens par le biais des **ROSP** (détaillées par la suite) ou de la **revalorisation des cotations CCAM** (C à 23^E, MPA à 5^E ...) est à souligner,
- encourager la coordination inter professionnelle par les **maisons et pôles de santé** primaires grâce à des « NMR » (Nouveaux Modes de Rémunération) : il s'agit d'une rémunération forfaitaire sur leur temps de coordination, d'éducation thérapeutique, de formation...
- les débats actuels concernant le **Tiers-Payant généralisé** (couplé à une couverture mutuelle totale à l'horizon 2017) pour les soins primaires afin de favoriser l'accès pour tous au droit commun.

4) Aggravation des ISS

Néanmoins et malgré ces ambitions affichées, les mesures de 2004 auront paradoxalement aggravées les ISS, à plusieurs niveaux (économique, éthique, recours aux aides et aux soins...) comme nous allons le voir :

- **Economique**

Une étude récente montre que la probabilité de modifier la demande de médicaments suite à la mise en place de franchise est influencée par le niveau de revenu et l'état de santé. Ainsi, ces franchises touchent majoritairement les individus mauvais états de santé et ayant de bas revenus. (34)

Entre 1980 et 2008, le reste à charge est passé de 217 à 547 € par personne et par an.

Les 10% des patients (bénéficiaires de la CMUC) exposés au reste à charge le plus élevé font face à un RAC composé à 90% de soins de ville : 51% pour les lunettes, 17% pour les soins dentaires, et 7.5% pour les honoraires médicaux. (30)

Ce RAC est évalué par l'IRDES en 2008 à un taux d'effort de 3% (pour les plus gros revenus) à 10% (pour les plus faibles). (35)

- *Négation de l'aspect socio-éthique*

En plus d'aggraver ces ISS par un RAC défavorable aux plus petits budgets, ces **franchises** étaient initialement justifiées pour financer la recherche pour la maladie d'Alzheimer et le Cancer. Ce concept est éthiquement discutable puisqu'il sous-entend que les usagers consomment des biens de santé parce qu'ils possèdent une couverture sociale. Il sous-entend également que des malades doivent cotiser pour d'autres malades, ce qui est en contradiction avec le principe fondateur de l'assurance maladie où ce sont les individus (malades et non malades) qui cotisent pour eux-mêmes et leurs concitoyens, face à des risques financiers de soins ou de rupture de salaire en cas d'affection privant la personne de travail. (35)

En mettant l'accent sur les soins primaires, le schéma reste encore trop centré sur le bio-médical puisque ce sont les déterminants intermédiaires qui ont été ciblés (cf. schéma CDSS) au détriment des déterminants sociaux (structurels) ; contrairement à ce qui a pu être fait dans d'autres pays où les ISS sont moins importantes (Royaume Uni).

De plus en manquant de pertinence vis-à-vis des patients les plus démunis, les recommandations de l'HAS peuvent avoir un effet stigmatisant sur ces populations. Le parcours de soins en est un exemple ; le terme « parcours » est un mot linéaire qui ne va pas avec précarité qui est par essence une suite de ruptures. (36)

Selon P.Lombrail, il existe aussi des **inégalités d'accès secondaire aux soins**, plus méconnus, qu'il distingue de la sorte : (30)

⇒ **Les inégalités par omission** ne sont pas intentionnelles et peuvent résulter du fait que le besoin de soins n'est pas identifié ou que son identification ne donne pas lieu à une action. Elles sont conditionnées par la relation soignant/soigné (non prise en compte des facteurs psycho sociaux du patient) mais aussi par les contraintes logistiques (absence de réseau, de partenaires à qui adresser le patient).

Pour exemple, citons l'audit réalisé en 1995 auprès des 41 MG d'Ile de France concernant leur propension à prescrire les examens de dépistage du cancer du sein ; il était montré que 50% d'entre eux ne pensaient pas à proposer de mammographies, particulièrement aux femmes plus âgées, migrantes ou moins instruites. Ceci représente une double source d'inégalités de soins préventifs par omission du fait que certains besoins préventifs sont

plus fréquents chez les patients d'origine modeste. Le dépistage de masse s'est depuis généralisé mais cet exemple illustre bien le rôle du MG en terme d'ISS. (37)

⇒ **Les inégalités par construction** sont le fruit d'une omission de ces déterminants par l'Institution comme dans le cadre des **recommandations de l'HAS**. Prenons par exemple le cadre de l'hypertension artérielle : alors que les études démontrent que le risque causé par certaines caractéristiques psychosociales est aussi important que les facteurs de risques habituels (tabagisme, sédentarité, diabète, dyslipidémie ...), ceux-ci ne sont absolument pas intégrés dans l'équation qui évalue le risque cardio-vasculaire. En corollaire, ce risque est sous-évalué chez les plus précaires et les ISS en sont aggravées.

Certaines institutions étrangères ont choisi d'identifier ces écueils pour mieux les combattre en nuancant ces recommandations auprès de leurs professionnels de santé ; c'est le cas du National Health and Medical Research Council australien dans son guide « *Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines* » adopté en 2002. Il détaille les points suivants : (38)

- 1) Les recommandations ciblent des problèmes de santé dont le niveau de priorité épidémiologique est variable selon les groupes sociaux.
- 2) Les effets des interventions peuvent différer du fait de l'appartenance sociale qui est reconnue pour moduler le niveau de risque et l'observance aux consignes préventives.
- 3) Il est rare que les interventions se préoccupent de minimiser les barrières d'accessibilité et elles ne se donnent que rarement les moyens d'identifier des effets différentiels en population (s'ils étaient avérés).

Enfin évoquons un thème devenu récurrent au sein de l'Institution : celui de « **la chasse aux fraudeurs** ». Il serait une des sources de redressement des comptes de la sécurité sociale. La stigmatisation produite par ce discours sur la fraude contribue à réguler la demande de prestations sociales ; en ce sens où il culpabilise les demandeurs, les jugeant insuffisamment autonomes et capables, mais aussi éventuellement profiteurs.

Cette situation est d'autant plus absurde que les fraudes à l'obtention des droits commises par les assurés ont représenté en 2011 un montant **de 3,7 millions d'euros**, soit 0,021% du déficit du régime général. Celles portant sur la CMU-c ou l'AME étaient au nombre de 827 pour un montant de 0,9 millions d'euros (780 fraudes en 2010 pour 0,8 millions d'euros) et reposaient sur de fausses déclarations en matière de conditions de ressources pour l'essentiel. (39)

De plus il convient de resituer ce phénomène dans le contexte actuel du non recours aux aides sociales diverses, permettant à l'Institution « d'économiser » près de **11 milliards d'Euros** chaque année dont **6.4 milliards d'Euros pour le RSA, la CMU et l'ACS**, ramenés à 7

milliards d'Euros si l'on tient compte de la fraude aux aides sociales dans leur globalité (RSA, allocations familiales, aides au logement...). (40)

Le climat de suspicion généralisée qui en résulte est désastreux : le système semble tourné, et toutes les énergies mobilisées, vers la « chasse aux fraudeurs » plutôt que vers l'optimisation des aides et de leurs efficience.

- ***Le non recours à l'ACS***

Depuis sa création, l'ACS tarde à être reconnue et utilisée. En effet on estime de **30 à 43% le taux de recours** en 2012 soit à 1.12 millions sur les 2.7 à 3.9 millions de bénéficiaires potentiels (en extrapolant les résultats 2013 avec la prise en compte du relèvement des plafonds d'obtention de l'ACS en juillet 2013 et en lissant le nombre de personne bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire). Le **taux d'utilisation** lui par contre est de **80%**, lorsqu'enfin les personnes ont pu bénéficier de ce droit (octobre 2013). (41)

Cette ACS ou crédit d'impôt a été mal perçue par le public cible depuis le début ; on peut noter que le taux de recours à l'ACS était déjà de **9% seulement fin 2005**, un an après sa création.

Mais devant l'ampleur de ce non-recours, il convient de s'intéresser à ses causes. Une étude de 2009 dans le Nord, par enquête téléphonique d'assurés, a permis de dégager certains points; le **non recours à l'ACS** était expliqué par : (42)

- *penser **ne pas être éligible** (40,1 %) : en effet l'anticipation d'une évolution des ressources semble être un frein au recours à l'ACS et peut s'expliquer notamment par la durée d'éligibilité au programme ACS ; de peur de ne plus avoir des ressources dans la cible, ces derniers engageront moins souvent de démarche (seuls 55 % des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées).*
- *le **manque d'information** (39,9 %) : il ressort d'ailleurs qu'une frange de la population se dégage comme ayant moins de chance de recourir à l'ACS faute d'information : les femmes, les jeunes (21-30 ans) et les plus de 60ans.*
- *la **complexité des démarches** (18,1 %) : avoir des difficultés administratives dans les démarches en général est un facteur significatif de non-recours à l'ACS. De même, les individus ne recourant pas à l'ACS ont plus de chances de déclarer avoir renoncé à des aides ou à des prestations parce que la démarche était trop compliquée. 75,6 % des enquêtés déclarent rencontrer des difficultés dans leurs démarches pour obtenir des aides en général, induites manifestement par un manque d'information : c'est le*

cas pour 42,1 % de l'échantillon. 67,9 % déclarent rencontrer des difficultés logistiques (entre difficultés d'accès, horaires et renvoi d'un organisme à l'autre ajoutés à la complexité des documents).

- *le **prix de la complémentaire santé** (5,6 %) est un motif faiblement invoqué par l'ensemble des répondants mais c'est assez logique dans la mesure où une grande majorité des personnes possèdent déjà une mutuelle (pour 16,3 % parmi ceux ayant déjà une mutuelle).*
- *Etre déjà **couvert par une complémentaire santé collective** : car une partie du prix de leur contrat est généralement pris en charge par l'employeur. Certains d'entre eux sont aussi certainement mieux informés sur les critères d'éligibilité à l'ACS et savent qu'ils ne peuvent pas en bénéficier.*

Il faut souligner que pour certains assurés (*retraités, chômeurs, fonctionnaires*), leur contrat collectif ne permet pas d'obtenir l'ACS.

A contrario, les **facteurs associés à un plus grand recours** sont le fait d'avoir bénéficié antérieurement de la CMUc (en raison d'une meilleure connaissance des démarches) et d'être en moins bonne santé (ceux qui craignent de faire face à des dépenses de santé importantes dans l'année à venir et les personnes qui ont dû faire face à des restes à charge importants).

Le **non renouvellement de l'ACS** est aussi un problème, faisant l'objet de cette étude en 2012 par l'EN3S où est mesuré le taux de renouvellement en rapport avec la présence ou non d'une aide et d'une information aux démarches : (43)

- La difficulté à choisir une **couverture adaptée aux besoins des patients dans la précarité** est un frein au renouvellement de l'ACS (reste à charge, multiplication de l'offre et difficulté à s'y retrouver, problème des soins non remboursés par la mutuelle choisie).
- **La complexité des démarches** de renouvellement en est aussi un frein. Il est souligné l'apport d'une aide extérieure pour aider au renouvellement, d'autant plus influente qu'il s'agit d'une aide de leur CPAM.
- **Le manque d'information** est aussi pointé dans la mesure où davantage de renouvellement d'ACS ont été demandé parmi les personnes bénéficiant d'informations émanant de leur OC (en premier) puis de leur CPAM ; et surtout lors d'une information directe (en rendez-vous).

Ces études suggèrent les recommandations suivantes :

- ⇒ **Informier** : en ciblant mieux les assurés en situation de renouvellement, en optimisant les canaux de contacts, permettant de faire passer les informations au public, en renforçant l'information sur le bénéfice du tiers-payant social. En effet selon l'étude de 2009 (42) , 92.6% auraient souhaité être informés par leur caisse d'assurance maladie, 63% par les médias, 50.6% par les médecins et services de santé...loin devant les services sociaux (31,9 %), la mutuelle (3,1%) ou les institutions et administrations diverses (2,0%).
- ⇒ **Simplifier** : en réduisant le nombre de pièces justificatives nécessaires au dossier et en réduisant les démarches de renouvellement.
- ⇒ **Faciliter** : en simplifiant les choix d'une complémentaire tout en améliorant les contrats de couverture (panier de soins) pour les publics ACS.

- ***Renoncement aux droits***

Aux causes précédemment évoquées concernant le non recours à l'ACS, P.Warin (chercheur CNRS en sciences politiques) déclare « à ces raisons s'ajoute aussi le constat très préoccupant de personnes qui, désabusées, perdent même l'idée qu'elles ont des droits. » (44)

Le taux de recours à l'ACS se situe actuellement entre 30 et 43%.

Le taux de recours à la CMU-C se situe entre 66 % et 79 % (41).

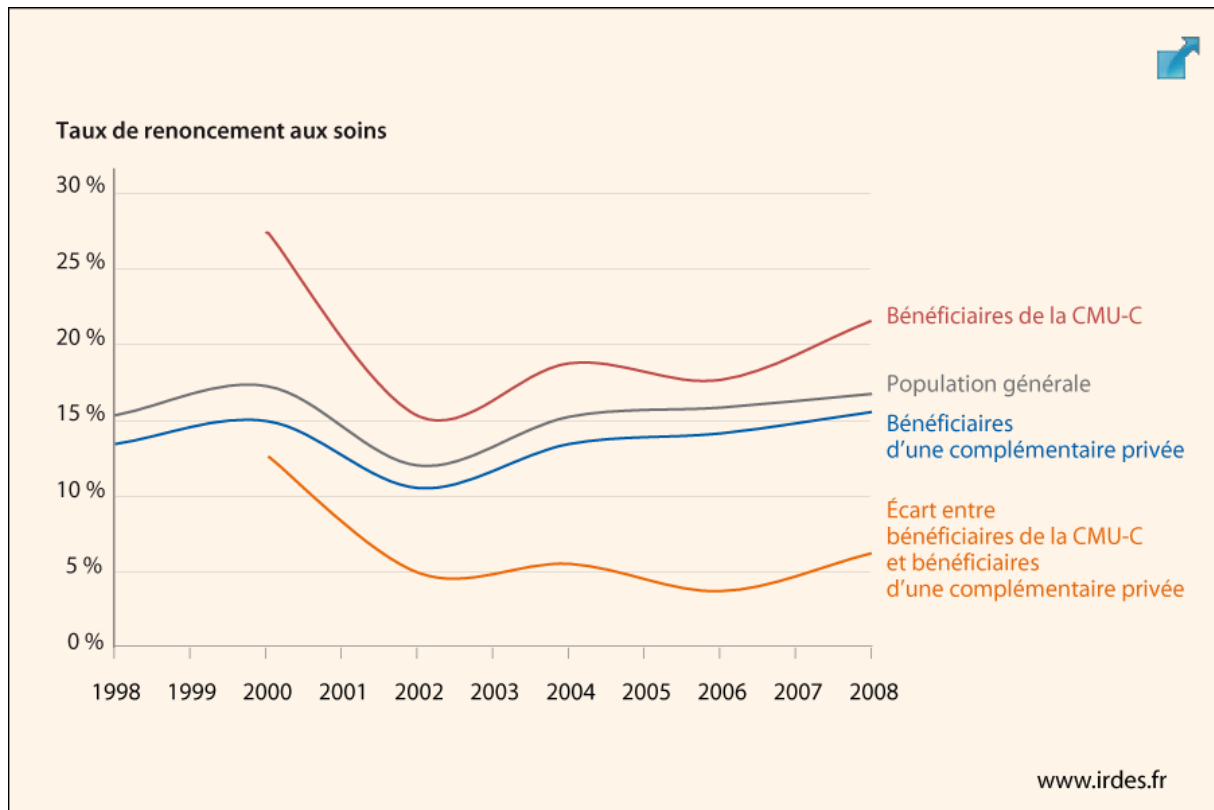
Selon l'IRDES, 7% des Français déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire santé ; soit 4 millions de personnes. Mais ce taux augmente à 15% pour les ménages gagnant moins de 840 Euros par mois, 13% chez les ouvriers et 18% chez les chômeurs. Les étudiants sont plus de 19% à déclarer ne pas avoir de mutuelle. (2)

- ***Renoncement aux soins***

Ce phénomène, en diminution de 2000 à 2002 (effet de l'instauration de la CMUc) n'a cessé de s'amplifier jusqu'à retrouver en 2008 des valeurs constatées en 2000.

On retrouve la même tendance auprès des bénéficiaires de la CMUc entre 2005 et 2010 avec un taux de renoncement passant de 19.7% à 30% (situation réelle et perçue). (2)

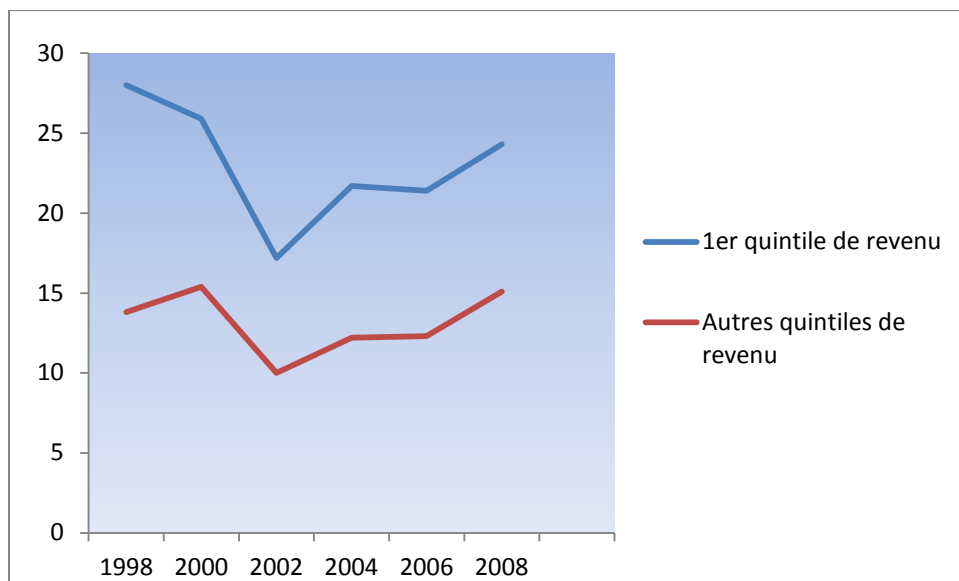
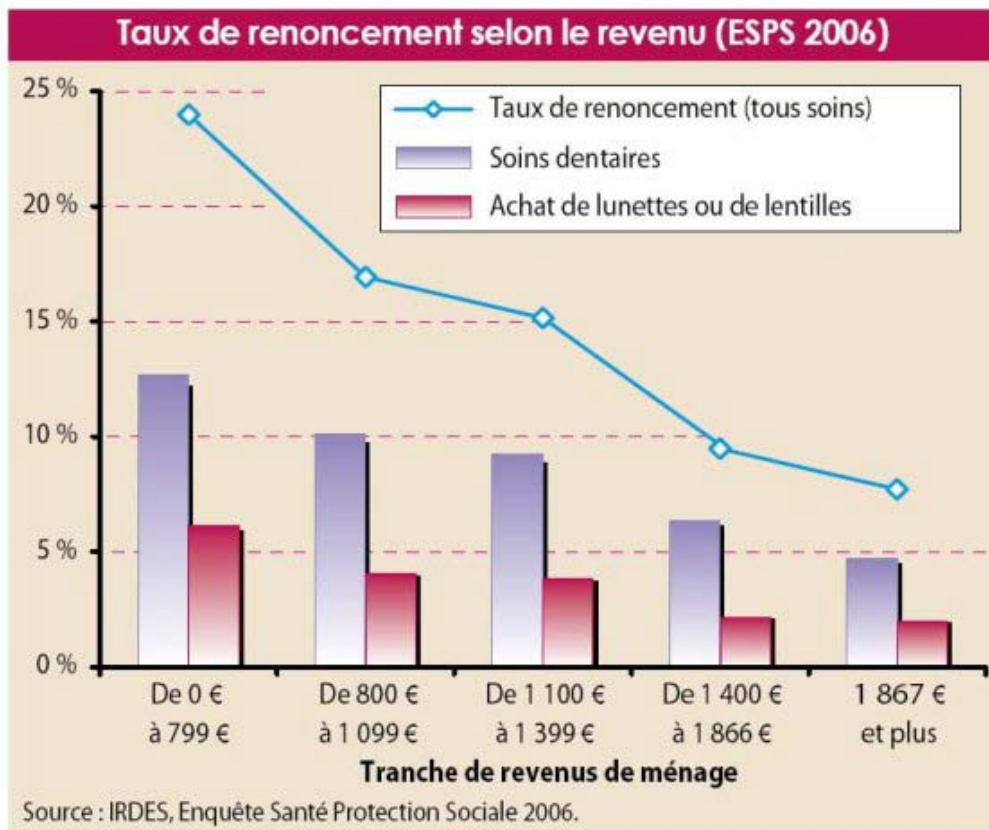
Depuis, la politique de santé sociale entreprise par l'Institution (avec les mesures successives détaillées dans le prochain chapitre) a probablement permis de corriger la tendance mais sous réserve d'études plus récentes.



C.Desprès dans son étude socio anthropologique, différencie les « renoncements barrière » et les « renoncements refus ». Elle met en avant l'influence d'un faible revenu et de la précarité dans le non recours aux soins. (45)

Le renoncement barrière « rend compte des difficultés à accéder aux soins, des obstacles rencontrés, des contraintes budgétaires mais aussi de la position du sujet à l'égard de cette situation et de ses capacités à y réagir, ses ressources (psychiques, sociales, culturelles) lui permettant d'affronter la situation ».

Il est d'abord influencé par le **niveau de revenu**, comme l'attestent les graphiques suivants :



Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu

Le reste à charge de l'usager indirectement lié au budget est également un écueil. En effet les revenus les plus faibles ont été davantage fragilisés par la création des franchises. Elles ont majoré le risque de renoncement aux soins comme le confirme une étude du Haut Conseil réalisée en 2011. Elle montre que les principales causes de renoncement aux soins pour raison financière chez les bénéficiaires de la CMUC (à 47%) sont « *les soins, traitements ou médicaments envisagés n'étant pas ou mal remboursés* ». (30). Il est également lié à l'inflation des dépenses de santé qui ont augmenté deux fois plus rapidement que les revenus. (46)

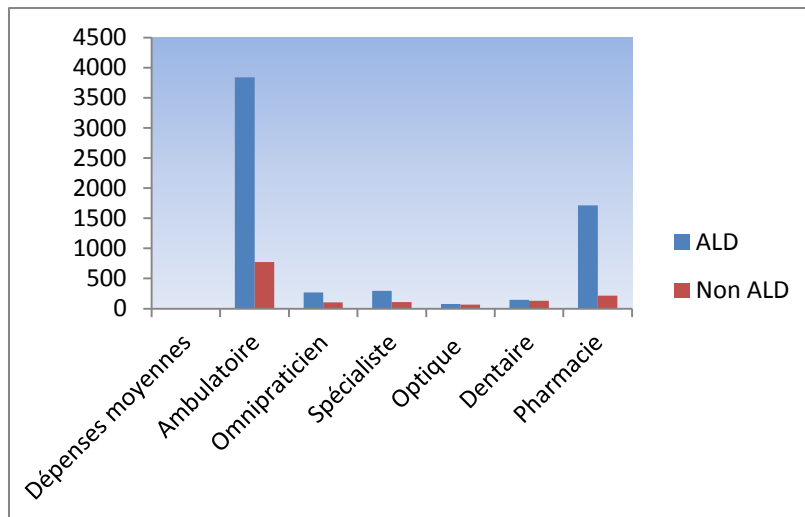
De plus les remboursements sont parfois beaucoup plus opaques lorsque le TP intégral est appliqué pour des soins ou des médicaments partiellement remboursés ; en effet les franchises sont accumulées et l'Assurance Maladie les régularise sur des soins ultérieurs, parfois coûteux (soins dentaires) et de manière inopinée.

L'accès à une couverture complémentaire est aussi source de renoncement aux soins : de 1.7 à 2 fois plus de risque de ne pas consulter en l'absence de mutuelle (selon l'étude sociologique du Dr Rode en 2010) ; le risque est augmenté pour un homme et s'il a peu de relation sociale, entraînant un risque de désaffiliation.

Les facteurs de non couverture sont en lien avec : (45)

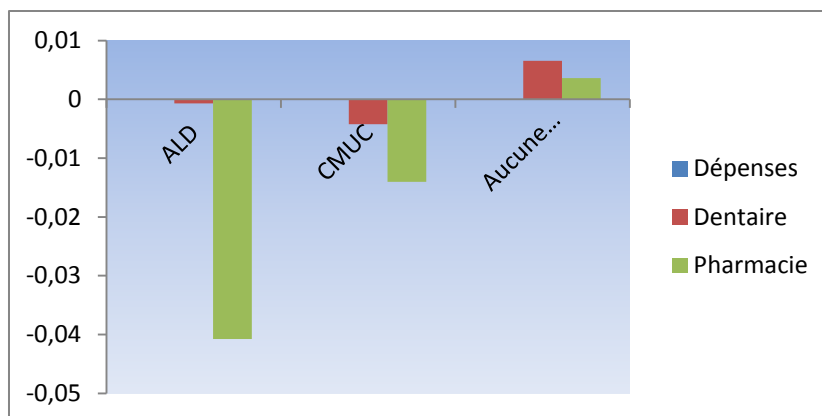
- *les écueils* vus précédemment concernant l'acquisition de l'**ACS**,
- *Le coût croissant des cotisations aux organismes complémentaires.*
- *les critères d'éligibilité* à la **CMUc** (revenus des 12 derniers mois demandés alors que parfois une situation aigue fait basculer un usager dans la précarité).
- *les mesures restrictives de l'HAS* pour l'obtention du statut d'**ALD**. De plus une fois ce statut obtenu, on retrouve dans cette frange de la population une moins bonne couverture par une complémentaire santé : en 2004, 11,2% des patients en ALD (versus 8,1% pour les patients non-ALD). Il s'agit surtout d'assurés modestes, âgés et inactifs. Parmi les patients en ALD, certains ont pu penser que le dispositif ALD leur assurerait une prise en charge intégrale de leurs frais de soins, et par méconnaissance ou souci d'économie, ont renoncé à souscrire une assurance complémentaire. Ainsi, les patients ne pouvant prétendre à la CMU-c et pris en charge pour une ALD y voient une façon de limiter leurs frais de santé, sans se rendre compte qu'ils prennent un risque en cas de pathologie autre que celle pour laquelle ils sont remboursés à 100%. (43)

Leurs dépenses de soins sont aussi plus importantes qu'en population générale, en rapport avec un état de santé plus dégradé : (47)



Dépenses moyennes pour l'année 2008 des populations en ALD et sans ALD

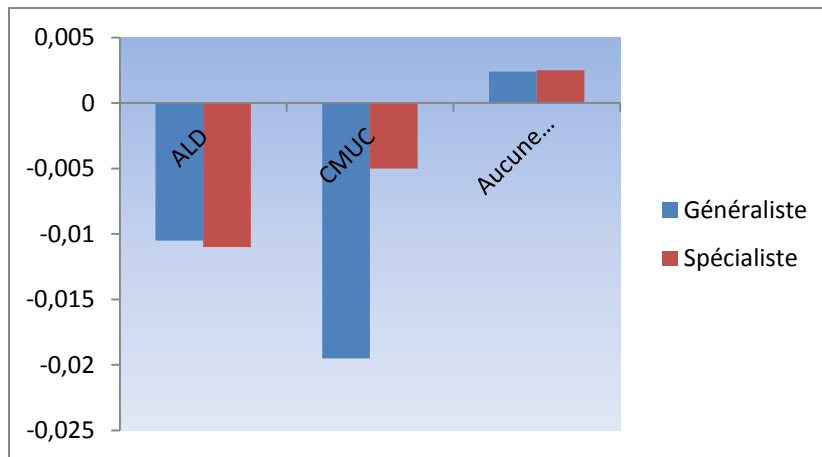
Extrait de Questions d'économie de la santé n° 183 intitulé : "L'impact du dispositif des affectations de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008", Irdes, janvier 2013.



Contribution des dispositifs de couverture santé aux inégalités de dépenses de pharmacie et de dentaire en 2008

Extrait de Questions d'économie de la santé n° 183 intitulé : "L'impact du dispositif des affectations de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008", Irdes, janvier 2013.

Lecture : La contribution de chaque dispositif est favorable aux plus pauvres lorsqu'elle est négative et, inversement, favorise les plus riches lorsqu'elle est positive. Ainsi, en contrôlant du statut assurantiel, le dispositif des ALD a fortement contribué à réduire les inégalités de dépenses de pharmacie en faveur des plus pauvres.



Contribution en 2008 de l'ALD, de la CMU-C et de la complémentaire santé à la réduction des inégalités de recours aux spécialistes et généralistes

Extrait de Questions d'économie de la santé n° 183 intitulé : "L'impact du dispositif des affectations de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008", Irdes, janvier 2013.

Lecture : Les dispositifs ALD et CMU-C contribuent à réduire les inégalités de recours aux spécialistes et aux généralistes. L'ampleur de la contribution est cependant plus forte pour l'ALD en matière de recours aux spécialistes et plus forte pour la CMU-C en matière de recours aux généralistes.

Mais globalement la couverture ALD permet une réduction des inégalités de recours aux soins en population générale, sans pour autant les réduire au sein des populations les plus précaires.

Les dépassements d'honoraires sont également un frein puisqu'à l'instar des franchises, ils fragilisent les personnes vivant en précarité, dans la mesure où une participation non ou peu remboursée est demandée à l'utilisateur.

Ce concept, initié en 1980 avec la création du secteur II est nécessaire pour certaines spécialités à plateaux techniques coûteux (dentistes, spécialistes...) dont la rémunération basée sur le tarif conventionné de l'Assurance Maladie ne suffit plus à rentabiliser les actes. Ces dépassements sont « couverts » par la plupart des OC dans une certaine limite selon le type de contrat, lesquels ne sont en général pas accessibles aux plus petits budgets (les contrats de base type D ou E n'offrant que le remboursement du Ticket Modérateur, soit la part entre le remboursement de l'AM et le tarif conventionné).

La DGAS note que depuis 35 ans, et malgré quelques tentatives de régulation (loi de 1990 sur le conventionnement et de 1999 sur la CMU), **la situation s'est aggravée** passant de 900 millions d'Euros en 1990 à 2,5 milliards d'Euros de dépassements en 2010 (sur les 19 milliards d'Euros d'honoraires générés) dont **2/3 pèsent sur les ménages** (n'étant pas remboursés). (48)

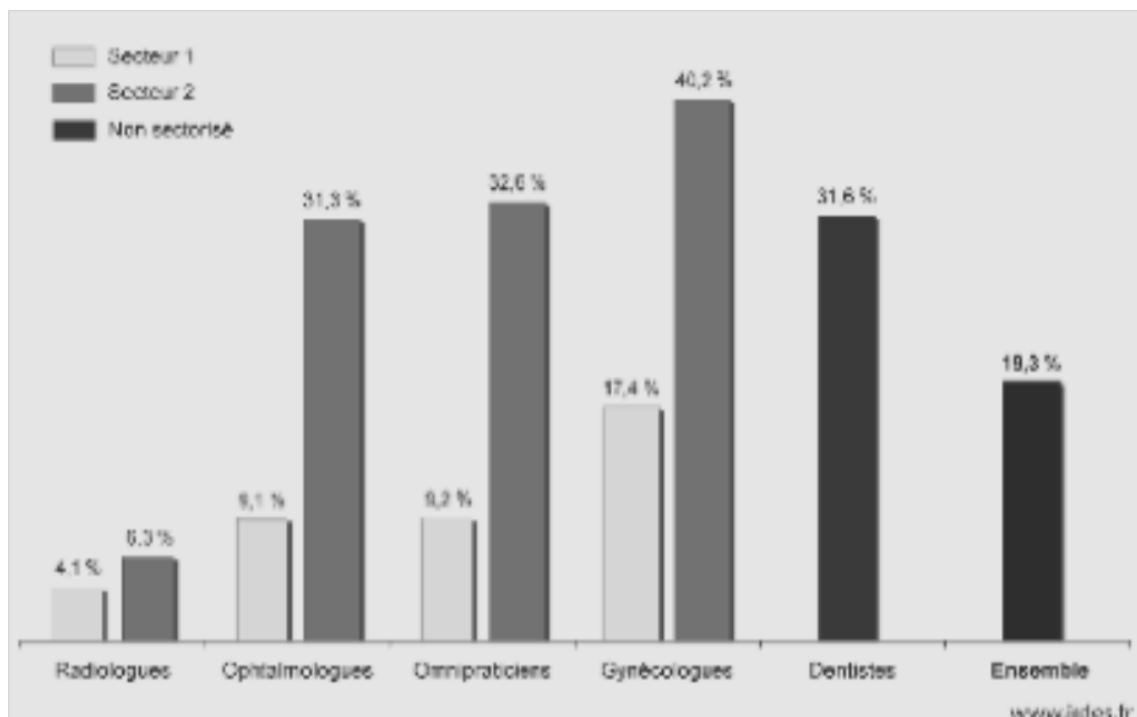
En France, **25 % des médecins, dont 40 % des médecins spécialistes, sont inscrits en secteur 2**. Ces derniers peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui, en moyenne, s'élèvent à **54 % du tarif conventionné** de l'Assurance Maladie.

D'autre part, en 2011, **22% des patients bénéficiaires de la CMUC** ayant renoncé aux soins pour raison financière l'ont fait parce que « *le professionnel de santé a demandé une participation financière en plus du montant pris en charge par la CMUC* ». (2)

Les causes sont plurielles :

- **L'acceptation et la banalisation** du phénomène par les décideurs institutionnels, délaissant ce marché aux OC libres de faire fluctuer leurs offres de prise en charge,
- **L'acceptation** par les différents **Ordres professionnels**,
- **L'acceptation** par la **population globalement** puisque pour la plupart ceci est remboursé par leur OC tandis que les plus démunis en sont victimes sans que leur parole ne puisse être entendue,
- **L'installation** des professionnels en **zone sur médicalisée**, les « obligeant » à hausser leurs tarifs afin de rentabiliser leur exercice.

On retrouve également un **taux de refus de soins** plus important parmi les professionnels pratiquant des dépassements d'honoraires notamment les **médecins de secteur II** :



Taux de refus de soins imputables à la CMUC à partir d'un testing réalisé à Paris, en 2008-09

Les solutions envisageables sont : (48)

- Mieux informer sur la précarité (via les ISS) que ces dépassements génèrent et sanctionner les fraudes (refus de soins et dépassements abusifs),
- Moduler ces dépassements selon la zone d'exercice et l'offre de soins,
- Plafonner ces dépassements à 15% pour tous et en compensant avec une exonération de cotisation des charges sociales,

- Plus radicalement, supprimer tous les dépassements en jouant sur des primes (les 2.5 milliards d'Euros) à l'instar de ce qui se fait en Grande Bretagne,

Des mesures incitatives ont été prises au 1^{er} décembre 2013 avec la création du **Contrat d'Accès Aux soins** : les médecins (MG ou autres spécialistes) de secteur II y souscrivant s'engagent à limiter leurs dépassements en contrepartie du paiement d'une partie de leurs cotisations maladie et retraite par l'Institution (jusqu'à 4 300 euros). Dans le même temps, leurs patients seront mieux remboursés sur la base de 28 euros au lieu de 23 euros. Les premiers résultats relèvent près de 10 000 adhésions de médecins à ce contrat en mars 2014 (sur 200 000 praticiens installés). (49)

Des mesures coercitives ont également été prises avec la sanction récente (mars 2014) de trois médecins franciliens facturant 300% à 450% le tarif opposable ; ils se sont vu suspendre leur droit à pratiquer des dépassements pendant deux mois, par leur CPAM de rattachement. Ainsi on constate un ralentissement de la progression des dépassements d'honoraires avec un taux de dépassement moyen de 56,3% du tarif de la Sécurité sociale en 2013, contre 56,7% en 2012 et 56,9% en 2011. (50)

L'aspect **démographique** a aussi un rôle dans le renoncement ; en effet le Ministère de la Santé a calculé que **95% de la population française se trouve à moins de 15 minutes** d'un médecin généraliste. *«Il n'en demeure pas moins un réel problème d'accessibilité aux soins pour les 5 % restants, qui représentent quand même plus de trois millions d'habitants »*. Le problème est particulièrement vrai en Zone d'Urbanisation Sensible et en milieu rural. (51).

En ZUS (rapport de l'ONZUS), le **renoncement** aux soins pour raison financière est plus **élevé** que dans d'autres quartiers (23% vs 14%). Les habitants de ZUS sont **moins souvent couverts par une complémentaire santé** (11,5% des habitants de ZUS n'ont pas de complémentaire contre 4,7% hors ZUS) malgré une proportion plus importante de bénéficiaires de la CMUC. (52)

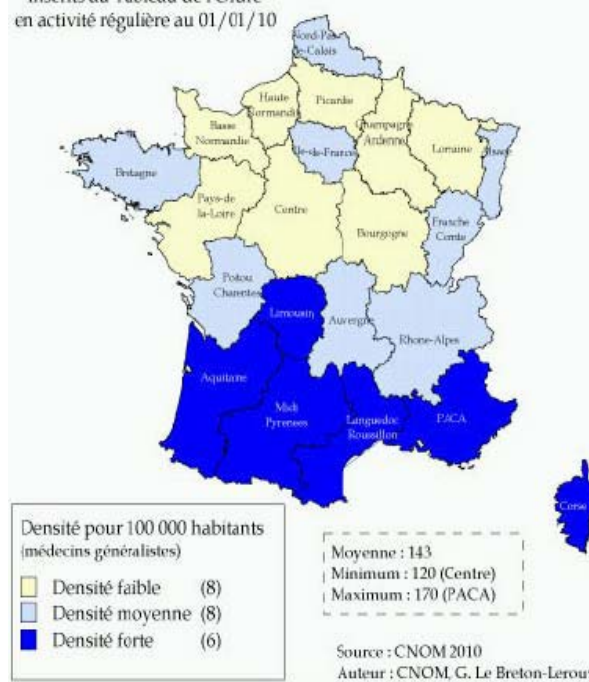
Les déserts médicaux sont aussi exprimés à travers le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le spécialiste : **58 % des Français ont renoncé à consulter un spécialiste** faute d'avoir pu obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide. (53)

Une étude récente auprès de 2 643 ophtalmologistes présente *« un temps d'attente de 77 jours en moyenne pour obtenir un rendez-vous avec ce spécialiste. Ce chiffre cache cependant de grandes disparités : 100 jours en secteur 1 et 60 en secteur 2. Dans certaines régions, les délais peuvent même être supérieurs à 6 mois....Rappelons également que, selon le dernier rapport de la Commission démographique et santé publique du Snof (Syndicat national des ophtalmologistes de France), dirigé par le Dr. Thierry Bour, l'attente maximale est de 385 jours actuellement alors que l'ophtalmologie verrait ses effectifs décroître de 35% à l'horizon 2030. »* (54)

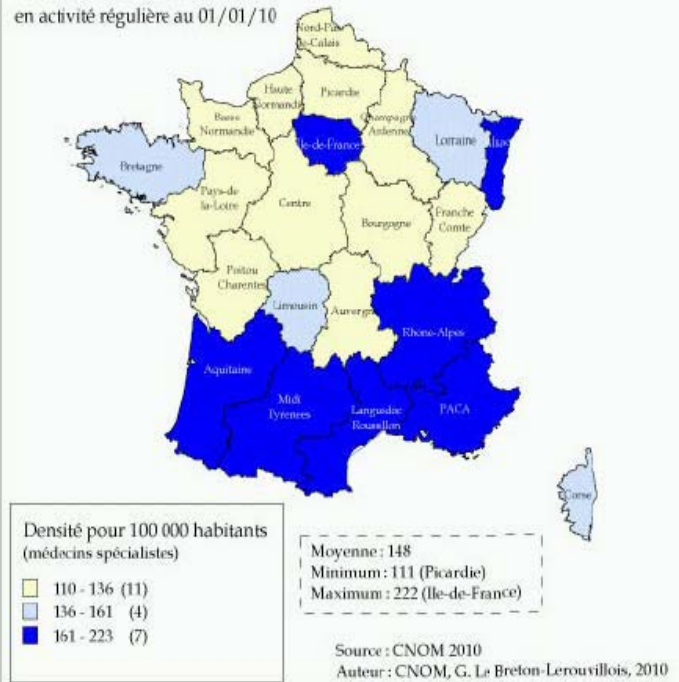
Cette problématique d'inégalité d'accès aux soins pour raisons géographiques est à mettre en parallèle avec le vieillissement de la population, l'urbanisation et l'attrait des médecins à vivre (et donc exercer) en ville, ainsi que les départs en retraite non compensés des médecins.

En témoignent la répartition des professionnels de santé :

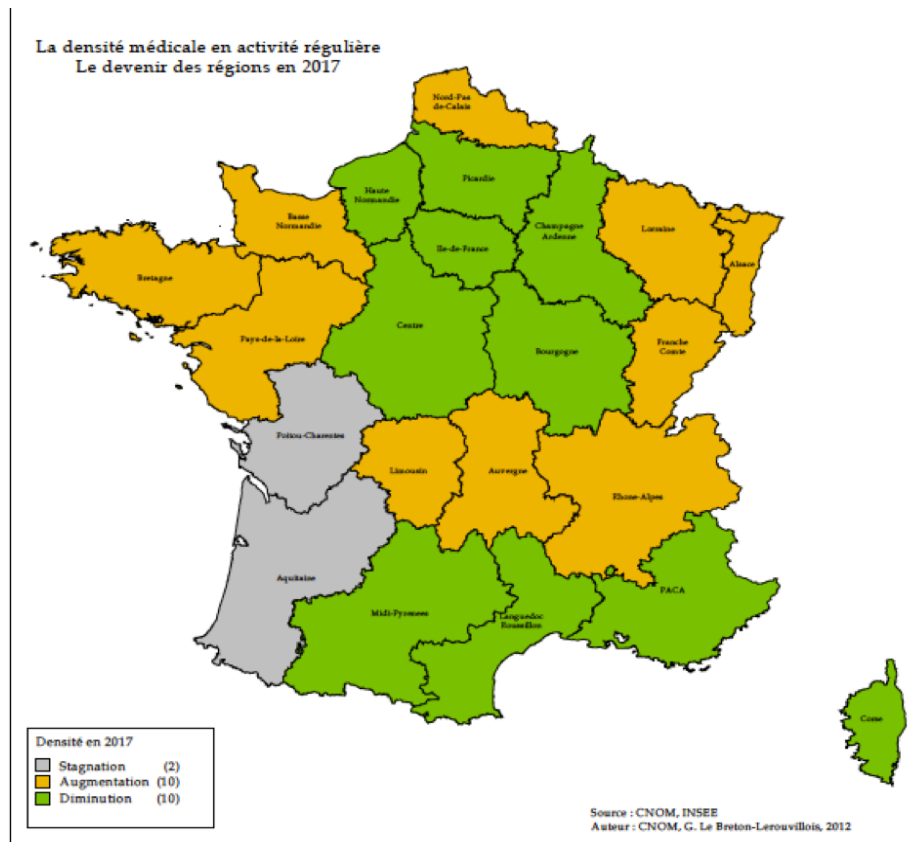
Densité des médecins généralistes
inscrits au Tableau de l'Ordre
en activité régulière au 01/01/10



Densité des médecins spécialistes
inscrits au Tableau de l'Ordre
en activité régulière au 01/01/10



On note des inégalités d'évolution médicale selon les régions (les régions risquant de s'appauvrir en médecins sont composées de zones rurales et de ZUS) :



Des mesures ont commencé à voir le jour d'ordre incitatif pour palier à ces inégalités :

- En 2006, est instauré un bonus de rémunération en zone déficitaire (*plan Bertrand*) mais jugée trop coûteuse,
- Proposition aux MG des zones « bien pourvues » à faire des vacations en zone déficitaire (« *contrat santé solidarité* »)
- La *loi HPST* à l'origine des premiers « *contrats d'engagements de service public* » (bourses aux étudiants s'installant en zone déficitaire), avec un certain succès et permettant l'extension du système avec la création des praticiens territoriaux de médecine générale (« *pacte territoire santé* »).

Enfin pour en terminer avec cette notion de « renoncement barrière » d'autres contraintes logistiques sont évoquées tel que la **non pratique du TP** par le praticien même lorsqu'il est légalement prévu (entre 94.5% de TP chez les CMUc hors ALD en secteur 2 et 98.5% en secteur 1 au lieu des 100% légaux), **l'absence de moyen de transport** personnel et le recours aux transports en commun et les **horaires de consultation** parfois jugés non conciliables avec le mode de vie (transport, enfants). (55)

Le renoncement refus « *est l'expression d'un refus des soins par rapport aux normes sociétales, donc des soins biomédicaux. Il constitue à cet égard un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. Il est expliqué par des interprétations de la maladie et de la santé en décalage avec les explications médicales ; il résulte aussi des attentes singulières à l'égard des professionnels de santé (notamment dans le cadre de la relation de soins) et des modalités de prise en charge. Il témoigne indirectement de la qualité des soins (telle qu'elle est perçue par les usagers) mais aussi des limites de la médecine.* »

Selon C.Desprès, l'Institution (et par là-même tout le système de soins) responsabilise davantage le patient le positionnant comme acteur de sa prise en charge et non comme objet. Cette approche s'inscrit dans la continuité de la loi de 2002 qui indirectement le reconnaît comme expert singulier, détenant des compétences sur sa maladie et plus globalement sur sa situation. (56)

Ce type de renoncement peut être la résultante d'une opposition morale au « pouvoir » exercé par le corps médical, que ce soit par choix philosophique (pour les plus aisés) ou par contraintes (pour les plus modestes).

En effet dans les milieux populaires, le rapport à la médecine est plus de l'ordre d'une défiance que d'une critique explicite. Elle s'explique en partie par les difficultés de communication entre le médecin et son patient compte tenu de leur plus grande distance sociale, une moindre connaissance des processus biologiques, une moindre information délivrée aux patients les plus défavorisés, une plus grande difficulté aussi pour le médecin d'apprécier leur gravité quand les symptômes ont tendance à être minimisés.

On note également une forte imbrication avec les facteurs du « renoncement barrière » puisque des expériences négatives itératives avec le monde médical (reste à charge conséquent et dépassements, refus de soins et attitude discriminante ou stigmatisante...) finissent par éteindre certains usagers et les influencer négativement.

On note parmi eux deux types de comportement :

- La **défiance** qui est plus une attitude de refus de soin et qui peut être confortée par de nombreuses craintes (peur des résultats et d'une éventuelle prise en charge onéreuse par la suite, de l'hospitalisation, du placement des enfants, du refus de soins, de la douleur...),
- La **négligence** résultant d'un déni de la santé et de la pathologie, favorisée par les échecs successifs des relations au corps médical.

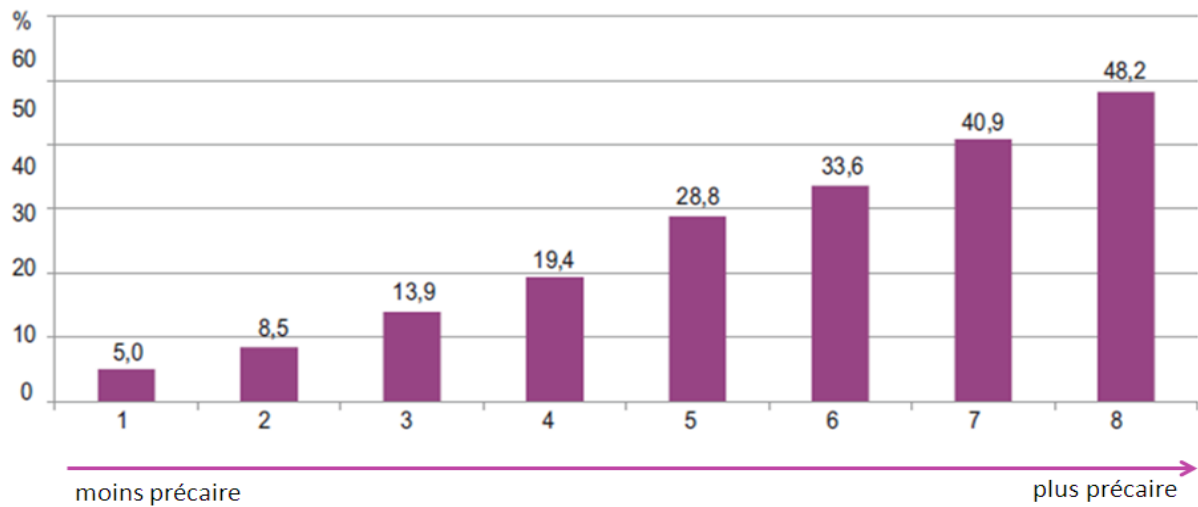
Ces comportements peuvent se pérenniser au fil des générations, comme le montre Dr D.Bricard (13).

On retrouve également des refus de soins d'ordre éthique, notamment parmi les classes les plus aisées, relevant à la fois d'une **volonté citoyenne** (d'économie de la santé) et d'une volonté de « **rester acteur de sa santé** ». Ils seront davantage dans une optique curative « au jour le jour », privilégiant l'auto-médication, négligeant la prévention (comme les dépistages) et ne consulteront que tardivement, engendrant un surcoût à la Société, contraire à leur volonté citoyenne. (57)

Ils auront davantage recours aux **médecines non conventionnelles**, consistant en la mise en oeuvre de moyens pour renforcer les défenses corporelles, pour se maintenir en bonne santé, la mobilisation des ressources internes, de l'énergie vitale, le ré-équilibre des désordres métaboliques ou énergétiques... Ces soins viennent compléter les soins médicaux conventionnels ou s'y substituer quand les ressources biomédicales ont été épuisées (comme dans les maladies rhumatismales par exemple).

L'accès aux médecines non conventionnelles est plus difficile et donc socialement différencié, car non pris en charge par la sécurité sociale dans la majorité des cas, à l'exception de l'ostéopathie, l'homéopathie et l'acupuncture, encore que partiellement (selon le type de contrat complémentaire). (56)

Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité en 2008



Les effets socio-économiques de long terme observés à travers les dimensions de précarité jouent particulièrement, c'est-à-dire même après avoir pris en compte le revenu et les autres variables socio-économiques, sur le renoncement aux soins. Au total, neuf dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore conjuguées.

On peut les caractériser comme suit :

- les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe ;
- la situation présente ou récente, au cours des douze derniers mois : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances ;
- la perception du futur proche : crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l'année qui vient.

En additionnant ces dimensions, nous construisons un score de précarité (ce qui revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels), de façon à identifier un effet de cumul de ces dimensions de précarité sur l'accès financier aux soins

- Médecine à deux vitesses

Pour franchir ces obstacles et éviter le renoncement, les plus démunis ont dû s'adapter à ce nouveau contexte en développant certaines stratégies : (58)

- ⇒ L'accès aux lieux de **consultations gratuits** (urgences hospitalières, PASS, ONG),
- ⇒ Le recours au **pharmacien**, véritable pivot de proximité dans les quartiers,

- ⇒ Le développement officieux de **réseaux de santé précarité** entre professionnels sensibilisés à la précarité (MG, infirmières, spécialistes pratiquant le TP, pharmaciens),
- ⇒ L'**automédication** avec ses risques,
- ⇒ Le **report des soins** : on y voit ici l'effet d'une politique « répressive » vis-à-vis des soins primaires car dans cette volonté d'économie sous couvert de responsabilisation des patients par le biais de **franchises**, ces derniers consultent moins en préventif et dans la phase aiguë de certaines pathologies (les traitements symptomatiques étant de moins en moins remboursés). Ils privilégient l'**auto-médication** et ne consultent que secondairement si leur état s'aggrave, ce qui engendre un surcoût en terme de santé (avec les examens complémentaires, les traitements et les hospitalisations et transports éventuels). (59)
- ⇒ L'**endettement** afin de garder le même niveau de protection et de soins,
- ⇒ Le **renoncement**.

En aggravant les ISS et en favorisant ces stratégies de recours à la santé, cette loi ainsi que les mesures concrètes (HAS, franchises) et implicites (responsabilisation du patient et économie de la santé) qu'elle a générées, ont contribué à la pérennisation de cette médecine inégalitaire.

Pour lutter contre ces écueils, nous verrons dans le prochain chapitre quels moyens ont été mis en place depuis et avec quels résultats sur l'accès aux droits et aux soins ainsi que sur la consommation de santé parmi les plus précaires.

C] Evolution de la protection sociale

1) Historique de la Sécurité Sociale (35)

La protection sociale a toujours existé et se manifestait autrefois par la famille et les corporations de métier; jusqu'à la **Révolution** et les premières mesures de l'Etat en accord avec le courant égalitaire et humaniste de l'époque comme la déclaration du **24 juin 1793** assurant « *subsistance aux citoyens malheureux* ».

En **1835** on vit s'organiser une première ébauche de protection sociale au travers des « *sociétés de secours mutuels* ».

Ensuite et probablement du fait de l'instabilité politique de l'époque, il fallut attendre la **fin du XIXème siècle et la période d'Industrialisation** pour voir se développer ce concept. La loi du 15 juillet 1893 crée l'Assistance Médicale Gratuite pour les plus démunis ; d'autres aides et fonds de solidarité sont développés et étendus entre 1920 et 1940 (maternité, maladie, invalidité, vieillesse et décès); avec toujours en toile de fond, les événements politiques (après-guerre), sanitaires (pandémie de grippe espagnole) et économiques de l'époque (crise financière de 1929).

Le retour de l'Alsace-Lorraine en France en 1918 a relancé, dans ce contexte nouveau le projet de création d'assurances sociales avec intervention étatique car le corps médical ne suffisait plus. Dans un pays soucieux d'égalité, la singularité d'une partie du territoire soumise au régime issu des lois bismarckiennes et très attaché à son maintien, s'imposait la création d'une protection analogue pour le reste du pays.

La **Sécurité Sociale voit le jour le 04 octobre 1945**, et Pierre Laroque, alors ministre en charge la résume ainsi : « *la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain [...]* ».

Elle est initialement fondée sur un **modèle économique de type Bismarckien** (où ce sont les travailleurs qui cotisent pour eux-mêmes et leurs ayant-droit), efficace et égalitaire dans la période de prospérité économique des trente glorieuses. En effet la Sécurité Sociale couvre 98.7% de la population au début des années 80 et assure 80% des remboursements de santé. Entre 1975 et 1980, la crise économique (chocs pétroliers) remet en question son fonctionnement :

- Son mode de financement évolue vers un **modèle économique de type Beveridgien** (où le financement est assuré par l'impôt) du fait de la montée du chômage. La CSG est instituée par le « plan Juppé » en 1996,
- La volonté politique de **restriction budgétaire**, secondaire à ce déficit naissant et dans le cadre nouveau de limitation de la dette sociale publique (traité de Maastricht en 1993).
- La **progression du reste à charge** des assurés est secondaire à l'extension des dépassements d'honoraires combinée aux premiers effets de la crise, ainsi qu'aux mesures de limitation de la Dette Publique (augmentation du ticket modérateur et création du forfait hospitalier en 1983, franchises et RCP par l'AHS en 2004)

Ainsi le système de couverture sociale gérée par l'Etat commence à voir ses limites, dans un contexte de crise économique qui voit se développer le système assurantiel privé parallèle et le report progressif de la part de la Sécurité Sociale sur celui-ci.

Néanmoins et, comme nous l'avons vu avec du retard, les ISS (secondaires à ces événements) ont commencé à être prises en compte et légiférées :

- La première expérimentation du « médecin référent » en **1998** avec pour points positifs la possibilité de tiers-payant et une majoration corollaire de la consommation de soins (les personnes en moins bonne santé étant aussi celles qui souscrivent le plus à cette ébauche de parcours de soins).
- La loi du **27 juillet 1999** instaure la CMU et l'AME.
- **La loi de Santé Publique du 9 Août 2004** est instituée pour réduire les ISS en promulguant la prévention au sein de la population jugée précaire par des actions régionales mieux ciblées.
- La loi du **13 août 2004** (plan Douste Blazy) instaure l'ACS par le crédit d'impôt.
- La loi **HPST de 2009** permet à chaque région de se doter d'Agence Régionale pour la Santé toujours dans ce souci de mieux cibler la précarité et les besoins de l'utilisateur afin de corriger les ISS. Elle renforce également les mesures incitatives déjà mises en place pour lutter contre les déserts médicaux avec la mise en place de *praticiens territoriaux de médecine générale* aidés financièrement à exercer en zone déficitaire.
- Les relèvements progressifs des plafonds d'attribution de la CMU et de l'ACS avec optimisation des paniers de soins proposés, notamment par le « **plan pauvreté** » de **juillet 2013**.

2) L'Assistance

L'ONPES en 2013 envisage la protection sociale comme « *un ensemble complexe d'institutions, de règles et de modes de financement, au sein duquel il est de tradition de distinguer deux grands volets : un volet renvoyant à l'assurance, dans lequel les prestations sont fonction des contributions versées par chacun ; un volet renvoyant à l'assistance, dans lequel les prestations versées ne sont pas soumises à contribution préalable.* » (60)

Les aides sociales les plus représentatives (90% des bénéficiaires d'AS) sont :

- L'**ASS** (Assistance Solidarité Spécifique) pour les chômeurs ayant épuisé leurs droits au régime d'assurance chômage,
- L'**AAH** (Aide Adulte Handicapée) où le handicap médico-social est évalué par commission,
- Le **RSA** (Revenu de Solidarité Active) remplaçant le RMI,
- L'**ASPA** (Aide Solidaire aux Personnes Agées) pour les plus de 65 ans ne bénéficiant que d'une « petite retraite ».

Puis viennent d'autres aides couvrant une population plus réduite (6%) comme l'allocation veuvage, l'allocation supplémentaire d'invalidité, l'allocation temporaire d'attente, l'allocation équivalent retraite de remplacement, le revenu de solidarité...

L'Assistance sociale est en réalité plus ancienne que l'Assurance sociale; elle s'est construite au fil du temps, de manière un peu disparate, mais avec des spécificités qu'il est aisé de mettre en évidence. D'une part, s'il n'existe pas de droits sans devoirs, l'accent a été mis, selon les époques, sur l'une ou l'autre de ces dimensions, tantôt en privilégiant l'angle individuel, tantôt l'angle collectif. D'autre part, les logiques respectives de l'assurance et de l'assistance ont empiété l'une sur l'autre.

Au Moyen-Age, c'est à l'Eglise qu'incombait d'abord ce devoir. Mais il s'agissait d'un devoir conditionnel et ne concernait que les inaptes au travail : vieillards, enfants, femmes en couches ou allaitantes, handicapés. L'Eglise appliquait alors à la lettre la fameuse apostrophe de saint Paul dans son Epître aux Thessaloniciens : « *Si quelqu'un ne veut pas travailler, qu'il ne mange pas non plus* ».

En 1793, le Texte de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen signifiait : « *Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux soit en leur assurant un travail, soit en assurant des moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler* ».

A la fin du XIX^{ème} siècle, le problème n'est plus de reconnaître des droits aux individus, mais de reconnaître un double devoir : celui de solidarité de la collectivité vis-à-vis de l'ensemble des citoyens et celui de l'individu vis-à-vis de la société, qui est de participer activement à sa construction. Puisque les hommes sont égaux en droit, ils sont aussi responsables de leur destinée, sauf lorsqu'il s'agit d'enfants, de personnes âgées ou d'invalides, que l'on ne peut accuser d'être responsables de leur situation. **(textes de Bourgeois).**

Dans les années 1930, la politique d'Assistance, dont le rôle est de compenser les inégalités et les problèmes non imputables à la responsabilité individuelle, n'est pas exempte de critiques. Elle est accusée d'être socialement inefficace par les socialistes, économiquement stérile par les libéraux, politiquement dangereuse par les conservateurs. Un triptyque que l'on retrouvera bien souvent par la suite.

Après 1945, l'objectif n'est pas d'écarter l'Assistance, mais de la fondre en partie dans la Sécurité sociale, de manière à diminuer le risque de stigmatisation ou d'inégalités.

Durant les « **Trente Glorieuses** », le système rend en quelque sorte invisible l'Assistance, désormais appelée aide sociale, et intégrée largement au sein de l'assurance sociale. En s'étendant, l'Assurance sociale contribue à créer une norme sociale plus exigeante qui contraint l'Assistance à s'adapter, comme l'illustre l'exemple du *minimum vieillesse*.

D'autre part, cet essor de l'Assurance et de l'Assistance résulte des changements au sein même du dispositif d'assurance sociale. Soit que des manques apparaissent, comme par exemple, en matière d'indemnisation du chômage, lorsque, du fait de son niveau et de sa durée, il s'avère nécessaire de mettre en place l'allocation de solidarité spécifique (**ASS**). Soit,

à l'inverse, lorsqu'il a été jugé souhaitable de sortir de l'assistance des populations particulières afin de leur assurer un revenu minimum stable et un statut moins stigmatisant. L'allocation aux adultes handicapés (**AAH**), créée en 1975 et l'allocation de parent isolé (**API**), créée en 1977, ont ainsi été au départ intégrées dans la Sécurité sociale et financées par elle.

Par ailleurs, est créée *l'Insertion par l'Activité Economique (IAE)* **au début des années 80**, qui se veut être un « sas » entre chômage et emploi pour ceux que le marché du travail rejette, faute d'expérience, de qualification ou de formation. La mise en situation de travail est complétée par un accompagnement social et professionnel personnalisé de façon à lever les principaux freins d'accès à l'emploi. L'IAE prendra des formes diversifiées et se structurera peu à peu, avec l'aide de la collectivité. Comme pour les personnes handicapées, le travail n'est pas la contrepartie demandée pour une aide, mais un levier pour trouver une place dans la société.

En 1988, est créé le *Revenu Minimum d'Insertion (RMI)* s'adressant aux personnes valides âgées d'au moins 25 ans et résidant en France depuis au moins cinq ans et dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil. Il innove dans le domaine de l'aide sociale puisqu'il est constitué à la fois d'une prestation sociale différentielle (lorsque la personne perçoit des revenus inférieurs au seuil fixe, le RMI couvre la différence) et d'un contrat d'insertion passé entre le bénéficiaire et l'Etat.

Puis le RMI a été remplacé par le *Revenu de Solidarité Active (RSA)* **en juin 2009**.

Ce dernier associe au minimum social (*RSA socle*), un complément social pour tout ménage ayant des revenus d'activité inférieurs à un certain seuil (*RSA activité*), ce complément étant dégressif en fonction du revenu d'activité. En outre, parmi les devoirs incombant aux bénéficiaires figurent des engagements professionnels ou sociaux selon que les personnes concernées sont estimées proches ou non de l'emploi. L'évolution qui va du RMI au RSA renforce l'aspect « droits » des allocataires, puisque le RSA constitue un complément social permanent aux faibles revenus d'activité perçus par un ménage, mais elle renforce aussi l'aspect « devoirs » puisque le non-respect des engagements sociaux ou professionnels est susceptible de sanctions.

A la fin des années 1970, on constate un **essoufflement de cet élan intégrateur**, sans doute provoqué par l'accroissement du chômage et le constat d'une pauvreté qui dure, malgré l'importance grandissante de l'aide sociale. A partir des années 1980, le devoir d'Assistance de la collectivité s'étend aux personnes d'âge actif, valides, mais sans travail et aux ressources insuffisantes, et à partir de 2009, aux travailleurs pauvres.

Une **frontière symbolique de l'Assistance est franchie**, empiétant désormais sur le monde du travail. Mais avec le franchissement de cette frontière, reviennent les soupçons, comme en témoigne la multiplication des devoirs qui incombent désormais aux individus dès lors qu'ils relèvent de l'aide sociale. L'Assistance est devenue, pour certains, « *un assistanat, à rebours de la tradition républicaine* ».

Ainsi on peut voir que, de longue date on s'est interrogé sur les conséquences réelles ou supposées de l'Assistance, surtout lorsque celle-ci s'adresse aux personnes « valides ». Longtemps, la réponse publique à leur égard a été la prison ou l'obligation de travailler.

Dans sa *Fable des abeilles*, écrite **au début du XVIIIème siècle**, Bernard de Mandeville (cité par Geremek) écrit que « *Personne ne se fatigeroit pour gagner la vie, s'il pouvoit faire*

autrement. Le besoin qui force les Hommes à se résoudre à tout souffrir, c'est celui qui consiste dans le manger et le boire. (...) sans ces besoins on ne trouveroit qui que ce soit qui voulut se donner la peine de travailler. » (61)

Geremek mentionne aussi que, à la même époque, on relève de nombreux cas où les « gens du peuple (...) provoquent des bagarres et des émeutes pour défendre les pauvres menacés de réclusion ». Une réaction qu'il explique par « la menace de se retrouver sans travail [qui] pèse constamment sur les masses de travailleurs salariés (...), d'où le sentiment de solidarité » qui lie la population ouvrière aux mendiants ». Trois siècles plus tard, les pauvres valides ne sont plus enfermés, les classes populaires n'ont plus le même rapport aux « miséreux ». Le droit à l'Assistance est désormais inscrit dans nos lois qui reflètent un acquis plus que séculaire de la conscience nationale. (61)

3) Organismes complémentaires

En parallèle, s'est développé le marché des assurances complémentaires santé dont le rôle est de rembourser les frais non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), relatifs aux actes et consultations externes et sur les frais de séjour (AMC). Elles prennent également en charge des prestations d'invalidité, assurances obsèques, aides à domiciles...

Les OC regroupent à ce jour plus de 600 organismes différents dont 80% de mutuelles, 4.5% d'instituts de prévoyances et 15.5% de sociétés d'assurances. Un peu plus de la moitié sont gestionnaires de la CMUc. (62)

4) Dispositifs sociaux actuels pour l'Assurance Maladie

Ainsi et après plus de 200 ans d'évolution dans les domaines sanitaire et social, les patients les plus démunis possèdent un certain nombre de recours matériels ou humains pour faire valoir leur droits à une protection sociale égalitaire, du moins d'un point de vue théorique :

Couverture Maladie Universelle de base :

Elle permet une affiliation automatique au régime général d'assurance maladie, sous la condition de résider en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, pour toutes les personnes n'ayant pas droit à l'assurance maladie à un autre titre. Elle donne accès au même panier de soins couverts que pour les autres assurés sociaux. Par ailleurs, les

professionnels de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie, du « secteur 2 », ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires à l'égard des bénéficiaires de la CMU de base.

Une cotisation est due pour les personnes dont les revenus annuels dépassent 9534^E (du 1er octobre 2013 au 30 septembre 2013 et égale à 8 % du montant des revenus dépassant ce plafond). Ce seuil est identique quelle que soit la composition du foyer. Les personnes dont le revenu est inférieur à ce montant bénéficient gratuitement de la CMU de base.

Au 31 Décembre 2013, on comptait 2 250 200 bénéficiaires de la CMU de base (assurés et ayants-droits). (63)

Couverture Maladie Universelle complémentaire :

La CMU-c assure la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et des frais supplémentaires sur une base opposable concernant les soins dentaires, les soins en lunetterie et les prothèses.

Elle donne droit, par ailleurs, à une dispense d'avance des frais, ou « tiers payant ».

Outre la condition de résidence, la CMU-c est attribuée en fonction de conditions de ressources. Il faut noter que l'ensemble des ressources du foyer est pris en compte, notamment des aides comme l'aide au logement. Au 1er Juillet 2013, le plafond pour une personne seule était fixé à 8593^E par an, soit 716^E par mois. Le plafond est majoré de 11.3% dans les DOM. (62)

Au 31 octobre 2013, on dénombre 4 819 716 bénéficiaires CMU-c, tous régimes confondus soit 6% de la population en métropole et 30% dans le DOM. (41)

Aide Médicale d'Etat :

Il s'agit de l'aide à laquelle ont droit les personnes n'ayant pas accès à la CMU, c'est-à-dire essentiellement les étrangers en situation irrégulière. Le panier de soins est sensiblement inférieur à celui prévu dans le cadre de la CMU. On distingue :

- **L'AME** qui est destinée aux migrants en situation irrégulière, sur le sol Français depuis au moins 3 mois et dont les revenus n'excèdent pas 717^E mensuels sur les 12 derniers mois pour une personne seule en métropole et 797^E mensuels dans les DOM (revenus en France et à l'Etranger). Elle est renouvelable tous les ans.
- **L'AME à titre humanitaire** pour des soins urgents ne pouvant attendre les 3 mois légaux, sur justification médicale et demande au directeur de l'ARS.

- **L'AME à titre d'urgence** est quant à elle réservée aux patients souffrant de pathologies aiguës et/ou létales à court terme, en situation irrégulière, pour des soins en milieu hospitalier.

Les chiffres sont plus difficiles à estimer pour l'AME du fait d'un nombre plus restreint, du manque d'études et de la difficulté de recensement. Néanmoins le gouvernement estimait leur nombre de bénéficiaires à 264 000 personnes au 31 mars 2013.

Le profil des bénéficiaires de l'AME se composait ainsi : plus de 80 % de personnes seules, majoritairement des hommes, généralement jeunes (en 2012, 18 % d'entre eux étaient mineurs et 23 % avaient entre 18 et 30 ans). Plus de la moitié des bénéficiaires étaient concentrés en Ile-de-France, principalement à Paris et en Seine-Saint-Denis. (64)

Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé :

Il s'agit d'une aide financière concrète pour les personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU-c et ce même plafond majoré de 35%, c'est-à-dire au 1er Juillet 2013, pour une personne seule, entre 8594^E et 11600^E par an, soit entre 717^E et 967^E par mois.

Fin décembre 2013, l'ACS comptabilise 1 157 178 bénéficiaires dont 885 312 personnes ayant effectivement utilisé leur attestation auprès d'un OC (fin novembre 2013).

Le taux d'utilisation oscille autour de 80 % et le montant annuel moyen de la déduction est d'environ 282 euros pour 2013. (63)

Complément à l'ACS :

Délivré par certaines CPAM pour limiter l'effet de seuil de l'ACS, cette participation supplémentaire de la Caisse est versée à l'affilié pour chacun des membres du foyer à réception des adhésions à une mutuelle ; plusieurs versements dans l'année sont possibles, en cas d'adhésions distinctes des membres du foyer.

Elle est dégressive, en fonction de la tranche de revenus à laquelle se rapporte le foyer, plafonnée au montant de la cotisation ou de la prime due, et varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat.

Lieux de consultations gratuits :

Pour venir compléter cette « offre » de soins, on dénombre également plusieurs centres de soins gratuits cités de manière non exhaustive :

- **PASS** : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont des cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics, destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire, au système hospitalier, aux réseaux de soins et à l'accompagnement social.
- Autres structures médico-sociales prévues par l'ARS : **EMPP** (Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité), **LHSS** (Lits Halte Soins Santé), **ACT** (Appartements de Coordination Thérapeutique), **FAM** (Foyer d'Accueil Médicalisé), **LAM** (Lits d'Accueil Médicalisé), les structures médico-sociales en **addictologie**.
- **CLAT**(Comité de Lutte anti Tuberculeuse), -
CMP (Centre Médico Psychologique),
Centres de Vaccination,
CES (Centre d'Examens de Santé),
Planning,
PMI (Protection Materno Infantile),
CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit pour le HIV),
ONG (tel que Médecins du Monde, COMEDE),
CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation).

5) Evolution

Pour détailler ce chapitre, il convient de distinguer chaque acteur de cette problématique afin de présenter les écueils propres à chacun et ainsi faire ressortir l'importance de l'inter-relation des uns avec les autres. Nous verrons tour à tour les points de vue de l'Institution (au travers de son système de soins), des OC puis de la société (donc les usagers).

Le système de soins :

Avant tout, il convient de faire une digression sur les évolutions idéologiques en matière de santé qui ont accompagné tout au long de l'histoire récente les différentes mesures de l'Institution.

En effet ces dernières sont, comme nous l'avons vu, intimement liées aux événements politiques et courants de pensée contemporains.

En effet à cette période des « *Trente Glorieuses* » où la croissance économique côtoyait un système de soins presque égalitaire et centré sur les progrès scientifiques de la médecine, a succédé une période de crise (celle des « *chocs pétroliers* » dans les années 1975) venant réformer la vision idyllique entrevue auparavant.

Les grandes mesures entreprises par la suite sont la résultante des nouveaux courants de pensée :

- Une vision économiste avec le besoin de limiter la dette sociale devant l'explosion de la consommation des soins et l'aggravation de la Dette Publique.
- Une vision moins paternaliste de la santé avec la reconnaissance des Droits du Patient (*loi du 04 mars 2002*), et la volonté d'autonomisation (*c'est le patient qui doit démarcher pour faire valoir ses droits à la CMU ou à l'ACS...*) et de responsabilisation de ce dernier (*loi du 13 août 2004 sur l' HAS et les franchises*).
- Le déclin très progressif du modèle bio médical comme étant à la base de toute prise en charge, au profit d'une meilleure prévention (*loi du 09 août 2004 avec la création des PRAPS ouvrant la voie aux ARS lors de la loi HPST de 2009*) et par la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.
- Des avancées plus ou moins marquées selon la gouvernance. On remarque ainsi que sous des régimes dits socialistes, (lors de la cohabitation en 1999 et depuis 2012) des décisions importantes contre les ISS ont été prises comme la CMU et le « Plan Pauvreté » de 2013 (*avec rehaussement du RSA et tarifs sociaux de l'électricité et du gaz applicables aux détenteurs de l'ACS*).

Avant chaque mesure, des études sont réalisées auprès des acteurs de terrain : médecins, patients et associations ; puis des rapports sont rédigés au Ministère de la Santé qui propose des lois en conséquences à l'Assemblée.

C'est ainsi que la voix de chacun peut être entendue.

Pour exemple, les études suivantes ont été menées pour déterminer les résultats et les pistes d'amélioration concernant la CMUc et l'ACS :

- Une enquête auprès des bénéficiaires de la CMUc menée par le Fonds CMU et l'EN3S retrouve, malgré de bons résultats en terme de satisfaction administrative et sanitaire, qu'il persiste des sentiments de stigmatisation (14%), de discrimination (45%) associés à des problèmes de renouvellement de leurs droits (55%) voir même de rupture (13%). (65)
- Une autre étude en 2012 menée dans les Alpes de Haute-Provence mesurait les effets de l'acquisition d'une assurance complémentaire gratuite ou aidée sur la consommation médicale. Elle montrait que celle-ci augmentait sous l'effet de cette couverture, pendant que le renoncement diminuait, notamment pour les soins primaires (MG, dentistes, pharmacie). Elle note cependant que cette consommation reste inférieure à celle de la population générale, alors que leur état de santé est plus précaire, soulignant les efforts qu'il reste à accomplir pour davantage d'équité (paniers de soins, habitus, autres déterminants sociaux...). (66)
- L'étude de 2009 dans le Nord concernant le non recours à l'ACS soulève le manque d'information des usagers sur la prestation et ses critères d'obtention, sur la complexité des démarches et le reste à charge. (42)

- D'autres études évaluent que les principaux RAC portaient sur l'optique, les prothèses dentaires et les audio-prothèses). (67)

Fort de ces éléments, un rapport a été rédigé au Ministère de la Santé (32) stipulant de **limiter les RAC** (en limitant les dépassements d'honoraires et en révisant les paniers de soins des OC), de **généraliser l'accès aux complémentaires pour tous** (en augmentant les plafonds d'attribution) afin de limiter les dépenses de soins secondaires (puisque'il est montré qu'une meilleure couverture assure un meilleur accès aux soins primaires) et **d'homogénéiser** les modalités d'obtention pour éviter les renoncements.

Le Plan Pauvreté au travers du Plan de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 reprend ces points par : (41)

- « *L'extension de la CMUc aux étudiants précaires,*
- *L'augmentation du montant de l'ACS pour les personnes âgées de 60 ans et plus (passage de 500 à 550 €),*
- *La sélection par le biais d'une procédure de mise en concurrence de contrats de complémentaire santé réservés aux bénéficiaires de l'ACS,*
- *L'obligation incombant aux organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS de la date d'échéance du contrat ainsi que de la possibilité de renouveler ou non ce contrat avec le bénéfice de l'ACS, au minimum deux mois avant l'échéance de ce contrat.*
- *La création d'un contrat de sortie aux bénéficiaires de l'ACS,*
- *Le renforcement des critères de caractérisation des contrats solidaires et responsables,*
- *L'encadrement des tarifs de vente des dispositifs médicaux aux bénéficiaires de l'ACS,*
- *Le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées) ou autre aide prévue au code... ».*

Les chiffres viennent conforter ces mesures et études, puisqu'au gré des remontées successives du plafond de la CMUc et de l'ACS (au 1^{er} juillet 2013 +8.3% dont 7% de revalorisation exceptionnelle dans le cadre du *Plan Pauvreté*), le nombre de personnes couvertes n'a cessé d'augmenter, tout comme les chiffres de consommation de santé : (41)

- **CMUc** : au 31 octobre 2013, on dénombre **4 819 716 adhérents** dont 19600 nouveaux ce qui représente 4% des attributions de la CMU-C (bénéficiaires entrants et renouvelés). Parmi eux, plus d'un tiers ne bénéficiaient antérieurement ni de la CMU-C, ni de l'ACS, 40 % bénéficiaient de la CMU-C et 20 % de l'ACS. La **dépense annuelle par bénéficiaire** augmente et s'élève à **442.10^E** (448.37^E en Métropole) au 31/08/2013. Le **taux de recours** à la CMUc se situe entre **66% et 79%**.
- **ACS** : au 31 octobre 2013, **1 119 703 bénéficiaires** sont identifiés dont 12 073 nouveaux bénéficiaires supplémentaires de l'ACS qui sont liés à la mesure (du 1^{er} juillet 2013), soit 14,1 % des attributions de l'ACS (bénéficiaires entrants et renouvelés). Plus des deux tiers ne bénéficiaient antérieurement ni de la CMU-C, ni de l'ACS, 18 % bénéficiaient de la CMU-C et 15 % bénéficiaient de l'ACS.

Le **taux de recours** à l'ACS se situe entre **30% et 43%**.

Le nombre d'usagers ayant utilisé leur ACS auprès d'un OC est en hausse (+19%) pour un **taux d'utilisation de 80.4%** fin août 2013 (76.5% en février 2013). Le montant annuel moyen de **déduction** (à un OC) s'élève à **277^E**.

Les Organismes complémentaires :

Tout comme le système de soins, les orientations des OC ont dû s'adapter aux différentes étapes de l'évolution socio sanitaire du pays. S'étant développés depuis 1945 et la création de la Sécurité Sociale, elles se sont aussi diversifiées dans leurs actions s'étendant aux domaines de la protection familiale, de la prévoyance et de la gestion des biens aux personnes. Plusieurs mesures sont venues jaloner son évolution :

- Le report continue des charges de l'Assurance Maladie sur l'usager depuis les années 1975, par le biais du **Ticket Modérateur** (tout comme sa création l'avait été en 1929 dans un autre contexte de crise),
- la loi du 13 août 2004 et la création des **contrats responsables** ne devant pas prendre en charge les franchises instituées, sanctionnant le non-respect du parcours de soins par un déremboursement et devant prendre en charge à hauteur de 30 à 35% les prescriptions du MG et selon le vignettage des médicaments, (68)
- l'évolution du Fonds CMU essentiellement financé par les cotisations des OC.

Le parallèle ne s'arrête pas là puisque ces dix dernières années, les OC sont soumises aux mêmes contraintes que l'Institution, divisée entre les contraintes économiques (inflation des dépenses de santé et poids de la fiscalité) et l'élan social actuel de la Société.

En effet selon les chiffres de la DREES, entre 2005 et 2010 : ces **dépenses ont augmenté de 16.6%** (passant de 571^E à 665^E par an et par assuré) pendant que les **revenus n'augmentaient que 8.95%**. Après avoir fortement augmenté, les dépenses directes (franchises, dépassements, auto-médication...) se stabilisent et mettent en avant la responsabilité des OC dans la poursuite de l'aggravation du RAC. En effet leurs cotisations représentent 60% des dépenses de santé et elles allouent 22% de leurs ressources à leur **fonctionnement soit 7 milliards d'euros** par an pour une cotisation globale des usagers de **31.5 milliards d'euros en 2009** (ce chiffre d'affaire ayant presque doublé en 10 ans). Cette tendance qui est également liée au poids des mesures de l'Institution (taxation croissante...) ne fait pas oublier la composante libérale de ces OC et son importance dans le marché ultra concurrentiel de l'assurance santé (frais de publicité et de communication). (46)

Plusieurs raisons peuvent être invoquées: (46)

- La **fiscalité** croissante des OC, **multipliée par 7** en 10 ans, entre taxe CMU, Taxe sur les conventions d'assurance et plus récemment la suppression de l'exonération partielle de la TSCA concernant les « contrats solidaires et responsables », se répercutant sur les consommateurs,
- L'augmentation de la **consommation de santé** et des **dépassements d'honoraires**,
- La part allouée aux **frais de gestion** selon le type d'OC et de contrat souscrit. En contrat individuel (essentiellement assuré par les mutuelles), les frais de gestion sont

plus importants notamment pour les assurances (en lien avec le budget réservé à la communication et à la publicité). En contrat collectif, ce sont les IP (représentant la majeure partie de leur activité) qui semblent plus avantageuses du fait de moindres frais de gestion.

Ces éléments sont à prendre en compte et méritent plus de transparence aux yeux du public notamment pour les plus petits budgets.

En contrepartie, les OC doivent s'impliquer dans les chantiers sociaux actuels.

On peut prendre l'exemple des ANI de 2013 (Accords Nationaux Interprofessionnels), stipulant que les entreprises doivent permettre une couverture complémentaire collective (santé et prévoyance avec accès à un panier de soins minimal) à tous leurs employés (et leurs ayant-droits) d'ici janvier 2016; ainsi qu'une portabilité de ce contrat à ceux qui auront quitté l'entreprise et restant au chômage pour une durée de 12 mois. Ce contrat est financé à parts égales par la société et le salarié.

Elles participent aux débats et aux études sur les usagers, comme l'atteste le récent congrès de Nice sur la Mutualité en 2012 où sont présentées les données suivantes : (69)

- Le reste à charge reste trop élevé pour une frange de la population : « **70 % des assurés ont un reste à charge**, après remboursement par l'assurance-maladie et avant intervention des complémentaires, de l'ordre de **500 € maximum par an**, celui-ci est beaucoup plus important pour un nombre significatif d'assurés : **20 % ont un reste à charge compris entre 500 et 1000 €, 5 % entre 1000 € et 1500 €, 5 % de plus de 1500€.** ».
- Les patients ayant actuellement le plus de difficulté à souscrire un contrat sont les **étudiants** (« 19 % des étudiants n'ont pas de complémentaire santé et 34% ont renoncé à consulter ces 12 derniers mois »), les **retraités** (« perte du bénéfice des contrats collectifs au moment de la cessation d'activité »), les **ALD** (« Remboursement moyen des soins non ALD chez les patients ALD de 55% contre 66% en population générale »), les **licenciés** (« perte de couverture complémentaire et accroissement du coût des contrats individuels »).
- Les **prescriptions de médicaments restent les plus chères** (« 276 € par an et par habitant de plus que la Norvège ou les Pays-Bas ») et aussi **plus fréquentes** : selon le HCAAM, « 90 % des consultations se concluent, en France, par une ordonnance, contre seulement 72 % en Allemagne ou 40 % aux Pays-Bas. »

Ainsi elles viennent contribuer au débat public et peser sur les décisions institutionnelles car comme nous l'avons vu, le **PFSS 2014** prévoit une meilleure couverture aux étudiants, un meilleur accès aux complémentaires pour diminuer le RAC et le renoncement, la révision des droits aux personnes âgées et l'accès à des contrats plus équitables. (41)

Elles participent également au débat sur le **Tiers-Payant Social** instauré par la Convention du **26 juillet 2011** et permettant sur appréciation du MG la pratique du TP sur des actes jugés coûteux pour son patient et en-dehors du cadre prévu par la Convention médicale de 2004 limitant ce TP à certaines situations (CMUc, AME, ALD, accident de travail ou maladie professionnelle, soins hospitaliers conventionnés, dépistages organisés, médicaments remboursés). (70)

Depuis plusieurs études ayant prouvé l'impact positif du TP social sur le renoncement et la consommation de soins, beaucoup d'OC le pratiquent déjà pour leur adhérents les plus précaires.

Enfin les OC s'impliquent dans des **projets de contrats santé solidaires** pour les budgets les plus modestes, comme nous le verrons plus loin avec l'intervention d'ATD Quart Monde. L'objectif ici, compte tenu de l'augmentation des coûts, est d'établir un panier de soins plus équitable et plus ciblé, faisant la distinction entre assurances complémentaire et supplémentaire, et comprenant les soins jugés indispensables.

La Société :

L'usager est le troisième acteur de cette problématique de l'accès à la protection social. Cet élan social se manifeste également au sein de la société, probablement dû à l'extension de la pauvreté et de sa médiatisation mais aussi par la solidarité qu'elle suscite.

En effet les ISS sont maintenant classées comme étant « **les inégalités les plus inacceptables devant les inégalités au logement, de revenu ou lié à l'origine ethnique** ». (71)

Une très large majorité (88 %) estime en effet que les inégalités sociales progressent en France et que « les plus favorisés sont de plus en plus favorisés », alors qu'inversement « les plus défavorisés sont de plus en plus défavorisés ». Moins nombreux sont ceux qui pensent qu'il est plus avantageux de percevoir les minima sociaux que de vivre avec un bas salaire (67 % en 2012, contre 79 % en 2004); de même, la proportion de ceux qui estiment que beaucoup de chômeurs pourraient retrouver un emploi s'ils le voulaient vraiment a décliné entre 2002 et 2012, passant de 71 % à 58 % . De fait la critique des effets déresponsabilisant des minima sociaux s'est atténuée progressivement tout au long de la dernière décennie. (60)

Cet élan civique peut être conforté par les publications des acteurs de terrain, comme le livre d'ATD Quart-Monde « *en finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté* ».

Cet ouvrage permet de « démystifier » le vécu des personnes vivant dans la précarité, de « briser les murs de l'apartheid social » car « *les seules personnes avec qui nous dépassons les stéréotypes sont celles avec qui nous entrons en relation personnelle...* ». (17)

Selon la Drees, le pourcentage de **Français satisfaits de l'accès aux soins a chuté de plus de dix points** entre 2007 et 2013. Passant de 82% à 68% pour les médecins et de 81% à 70% pour les dentistes. (71)

Des études viennent appuyer cette tendance comme ce débat public en décembre 2013 réunissant des jeunes de 18-25 ans à l'initiative du premier ministre en lien avec la CNS (Conférence Nationale de Santé) sur le thème « *Les jeunes et la santé, comment être plus solidaire ?* ». (72)

Ils étaient invités à débattre sur les thèmes actuels dans le domaine de la santé. La synthèse de cette réunion a été transmise à la Ministre de la Santé afin de peser dans les décisions futures (notamment celles du PFSS 2014). Il en ressortait les points suivants, en accord avec les conceptions actuelles :

- Il est nécessaire de mieux informer les jeunes quant à leur santé (pour éviter les recours secondaires plus coûteux, pour eux-mêmes et la société) et sur le système de santé avec l'importance d'avoir une complémentaire santé lorsqu'on est jeune.
- Il est nécessaire d'améliorer la couverture santé (notamment celle des jeunes) par une meilleure transparence de l'Institution et par une réduction des coûts et des ISS (complémentaire, reste à charge)... « *il faut pouvoir donner selon ses moyens et recevoir selon ses besoins* ».

L'opinion publique reste néanmoins partagée entre bienveillance et défiance à l'égard des usagers de ces aides sociales, c'est probablement le fruit de la dialectique entre droits et devoirs qui incombent à ces derniers. Nombreuses sont en effet les personnes interrogées qui craignent que les politiques d'assistance se traduisent par des effets pervers en particulier en matière d'emploi. Le RSA illustre ces deux mouvements contraires de l'opinion : 54 % des personnes interrogées déclarent que ce revenu minimum social donne « un coup de pouce pour s'en sortir », mais ils sont près de la moitié (43 %) à penser qu'il risque également d'inciter leurs bénéficiaires à se contenter de ce dispositif sans chercher d'autres sources de revenu. Aujourd'hui, 54 % de la population estime même qu'il y a trop de prestations familiales accordées aux plus défavorisés, contre 25 % en 1992, et ce sentiment est en forte augmentation depuis 2008. (60)

Ainsi on constate une concordance globale des opinions et des politiques actuellement menées pour réduire ces ISS même si l'évolution a été lente et reste parsemée d'écueils économiques liés au contexte actuel.

Nous verrons ensuite quelle est la position des MG et des usagers sur ces thèmes et mesures, au travers de leurs récits que ce soit par leurs publications (pour les premiers) ou la retranscription de leur discours (pour les seconds).

D] revue des travaux sur la problématique

Dans ce chapitre, je me propose d'exposer tantôt l'opinion du corps médical (internes, médecins généralistes ou d'autres spécialités), tantôt celle des usagers représentés ici par les patients dits « précarisés », sur chaque problématique en dissociant la position des patients, du MG, de l'Etat et des structures sociales.

1) A propos des « patients précarisés »

a-Connaissance des ISS et de leurs déterminants de santé

Plusieurs travaux récents se sont intéressés aux connaissances et à l'intérêt que portent les professionnels de santé aux ISS. Sans prétendre à une exhaustivité des thèmes, ils regroupent l'ensemble des déterminants de santé identifiés et viennent recouper le schéma CDSS vus au 1^{er} chapitre.

Les ISS débutent tôt :

En 2013, dans le rapport de l'ONPES (60) où plusieurs médecins ont collaboré, est soulignée l'importance de dépister les **ISS dans l'enfance** afin de ne pas les pérenniser dans la suite du parcours de vie.

En effet **pendant la grossesse**, les femmes les moins diplômées, comme celles n'ayant aucune ressource ou percevant une allocation chômage ou le RSA, effectuent moins de consultations prénatales que les autres femmes. Ainsi, **20 % des femmes ayant un niveau d'étude s'arrêtant au primaire effectuent moins de sept visites prénatales** (nombre d'examens fixés par la réglementation) **contre 5 %** de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Elles ont également un **moins bon suivi échographique**. Les femmes les plus défavorisées sont aussi plus nombreuses à être hospitalisées pendant la grossesse, signe de problèmes de santé plus fréquents. Les femmes qui renoncent pour des raisons financières à des consultations ou des examens pendant leur grossesse vivent plus fréquemment dans un **contexte social difficile** : outre un plus **bas niveau d'études**, elles **habitent plus souvent seules** et sont plus souvent de **nationalité étrangère**. On rappelle que les femmes ne sont couvertes qu'à partir du 6^{ème} mois de grossesse (en terme de remboursement par l'AMO) et donc pour les plus défavorisées, ne se font suivre qu'à partir de ce moment-là.

A l'**accouchement**, le taux de **prématurité** (moins de 37SA) des femmes n'ayant aucune ressource, ou ayant des ressources provenant d'aides publiques, est plus élevé que celui des femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle (**9% contre 6 %**). Le

faible poids à la naissance, indicateur important de la santé du nourrisson - en raison de sa corrélation avec la mortalité et la morbidité infantiles - varie de la même manière : la proportion d'enfants de poids inférieur à 2,5 kg est de **10 % chez les femmes n'ayant aucune ressource**, ou ayant des ressources provenant d'aides publiques, **contre 6 %** chez les femmes avec une activité professionnelle. Elle semble ainsi plus forte pour les **mères de moins de 20 ans**, celles de **nationalité d'Afrique Noire**, ou encore lorsque le **père est ouvrier**.

On note également que dans les DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte), les **taux de prématurité sont deux fois plus élevés qu'en métropole** (16% contre 7%). C'est aussi le cas des **naissances d'enfants de faible poids** (13% contre 7 %). Ces résultats sont à mettre en relation avec une situation économique et sociale plus défavorable dans ces régions. Sur la période 2000-2008, le **taux de mortalité infantile** – décès avant l'âge d'un an d'enfants nés vivants – **reste deux fois plus élevé dans les départements d'outre-mer** (7,8 décès pour mille) qu'en France métropolitaine (3,8 pour mille), et notamment en Guyane (11,8 décès pour mille naissances vivantes).

Pendant l'**enfance**, plusieurs problèmes socialement différenciés sont soulignés :

- **difficultés de lecture** : les **enfants d'ouvriers en CM2 ont quatre fois plus de** risque de rencontrer des difficultés de lecture.
- **obésité** : à l'âge de 6 ans, les **enfants ayant un père ouvrier sont 14 % à présenter une surcharge pondérale** (4 % de l'obésité), **contre 9 %** (1 % de l'obésité) pour ceux ayant un père cadre. Comme pour les adultes, on observe un fort gradient social pour le surpoids et l'obésité, qui se retrouve selon le secteur de l'école fréquenté, lui-même segmenté socialement. Les enfants de 6 ans scolarisés dans une école publique située en zone d'éducation prioritaire (**ZEP**) **sont 16 % à être en surpoids, contre 12 %** dans une école publique hors ZEP et **9 % dans le privé**. Selon une étude de la Drees, publiée le 4 octobre 2013, sur la santé des élèves en CM2, l'obésité touche 7 % des enfants d'ouvriers contre moins de 1 % des enfants de cadres.
- **hygiène de vie** : les jours avec école, la **moitié des enfants d'ouvriers** en grande section de maternelle **passent au moins une heure devant un écran de télévision contre un quart** des enfants de cadres. Ils sont également **deux fois plus nombreux à consommer des boissons sucrées** au moins quatre fois par semaine (42 contre 20 %). On observe les mêmes différences, défavorables aux enfants des milieux les moins aisés, pour la **consommation de fruits et légumes** (Seuls **23 % des enfants d'ouvriers** mangent tous les jours des fruits et légumes, **contre 45 %** des enfants de cadres), la **prise d'un petit-déjeuner tous les jours** ou encore le **temps de sommeil**.
- **caries** : **30 % des enfants d'ouvriers ont déjà eu au moins une carie à l'âge de 6 ans contre seulement 8 %** des enfants de cadres. Ils consultent également moins, ce qui se traduit par un repérage plus tardif des caries. Lors de l'examen de santé obligatoire avant l'entrée en

primaire, 23 % des enfants d'ouvriers ont au moins une carie non soignée contre 4 % des enfants de cadres. De même, les enfants de grande section de maternelle qui ont au moins un parent au chômage sont plus nombreux à avoir des caries (soignées ou non soignées) : c'est le cas de plus d'un quart d'entre eux. On retrouve ces écarts entre secteurs d'école : 17 % des élèves scolarisés en ZEP présentent au moins deux dents cariées non soignées contre 6 % de ceux scolarisés hors ZEP. Ces différences peuvent s'expliquer par le coût de ces soins, mais aussi les habitudes (hygiène buccodentaire, alimentation, etc.) et les représentations (crainte du dentiste, intérêt de soigner des dents non définitives, etc.) liées au milieu socioculturel.

- **troubles de la vision** : ils sont repérés à l'occasion de l'examen scolaire et se révèlent **plus fréquents parmi les élèves scolarisés en ZEP**, toutefois ils ont été plus rarement dépistés avant. Et ces troubles sont moins souvent corrigés. En effet, ces enfants sont **moins nombreux à porter des lunettes que ceux qui fréquentent une école privée** (13% contre 17%).

- **vaccinations** (rougeole et VHB) : elles sont à l'inverse **plus importantes en ZEP qu'en privé** pouvant traduire une moindre méfiance de cette frange de la population et l'efficacité des PMI très investis dans ces campagnes de vaccination.

- **psychologie de l'enfant** : une étude européenne de l'OCDE de 2009 a identifié des indicateurs de bien-être des enfants ainsi que des leviers d'action pour les rectifier. Les périodes cruciales en terme d'inégalités se situeraient à l'âge pré-scolaire et l'adolescence. (73).

Pour les enfants d'âge pré-scolaire, les facteurs de risques identifiés seraient le niveau d'études des parents, la faiblesse des revenus, l'absence parentale, la jeunesse de la mère, une famille nombreuse, des parents souffrant de troubles mentaux et/ou de dépendance à l'égard de la drogue ou de l'alcool, l'isolement social, des frères ou sœurs plus âgés ayant des problèmes, et la dépendance des parents vis-à-vis des allocations. Ces risques élevés peuvent également se définir en termes de résultats précoces de l'enfant, en particulier d'externalisation de problèmes comportementaux ou de difficultés cognitives et liées à l'apprentissage. Toutefois, la pondération de ces risques se fera inévitablement beaucoup plus en fonction des facteurs de risques familiaux, puisqu'on ne peut vraiment diagnostiquer les problèmes cognitifs ou comportementaux qu'à partir de trois ans.

⇒ Il a été retrouvé un lien de causalité entre revenus et résultats au plan éducatif et cognitif. En conséquence « *il est probable que **l'augmentation du revenu des familles**, en particulier de celles ayant de jeunes enfants défavorisés, s'inscrira dans un portefeuille de solutions mises en œuvre par les pouvoirs publics.* » et ces aides seront d'autant plus efficaces qu'elles **seront versées à la mère**.

- ⇒ Les aides en nature (Aide Sociale à l'Enfance, puéricultrices, PMI...) ont également leur place dans cette stratégie. En effet il est rapporté que « *Plus le risque lié à la situation familiale est élevé, plus l'offre de services en nature sera efficace.* »

L'étude s'est intéressée aux **enfants d'âge scolaire** en collectant des données qualitatives quant à six paramètres censés couvrir les principaux aspects de la vie des enfants : le bien-être matériel, le logement et l'environnement, l'éducation, la santé, les comportements à risque et la qualité de la vie scolaire. Plusieurs éléments ressortent pour illustrer noter problématique :

- ⇒ **Il existe des inégalités en terme d'éducation entre autochtones et immigrés** : les critères retenus étaient le bien-être matériel, les scores d'acquis scolaires et le nombre de jeunes de 15-19 ans ni scolarisés ni employé.

Les données montrent que les enfants **non autochtones sont davantage en état de dénuement éducatif** que les enfants autochtones dans 17 des 26 pays de l'OCDE. Le dénuement éducatif des migrants est particulièrement net dans les pays nordiques et les pays d'Europe continentale membres de l'OCDE (à l'exception des Pays-Bas et de la Suède) ; il est moindre dans les pays anglophones (États-Unis, Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et Canada). C'est également pour les enfants non autochtones que les inégalités de score en termes d'acquis scolaires sont les plus marquées dans pratiquement tous les pays.

- ⇒ **En terme de qualité de vie scolaire** : cette dimension comprend deux indicateurs. Le premier rend compte des conflits dont l'enfant fait l'expérience à l'école, notamment des **brimades**. Le second rend compte de la **satisfaction globale à l'égard de la vie scolaire**.

Ces deux indicateurs sont fortement centrés sur les enfants et sont directement tirés de questions posées aux enfants eux-mêmes ; en tant que tels, ils satisfont aux critères d'une approche centrée sur l'enfant. Ils sont également **récents** (les données ont été collectées en 2005-06) ; ils sont tirés de l'enquête internationale sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en termes de santé (HBSC) et sont donc hautement normalisés. Les indicateurs couvrent une tranche d'âge étroite allant de 11 à 15 ans. Au cours de la période intermédiaire de l'enfance et pendant la grande enfance, les enfants passent une grande partie de leur temps éveillé à interagir avec d'autres enfants en allant à l'école ou en revenant chez eux. **La qualité de l'expérience scolaire et des interactions qui lui sont associées est essentielle pour les compétences sociales de l'enfant mais aussi pour sa capacité d'apprentissage.** Étant donné que l'environnement scolaire est dans une large mesure régi par les **pouvoirs publics, les possibilités d'intervention de ceux-ci sont considérables.** Cependant, si les pouvoirs publics peuvent grandement influencer sur les dimensions objectives de l'expérience scolaire, une grande partie des brimades échappe au contrôle de l'école, et la perception subjective qu'ont les enfants de leur vécu scolaire peut être directement liée à des aspects extérieurs qui échappent au contrôle de

l'institution. Les indicateurs retenus se complètent. Le premier interroge les enfants sur leurs expériences effectives à l'école tandis que le second les interroge sur leur perception subjective globale. Les brimades sont définies du point de vue de la victime. Elles ont des retombées négatives et il est pratiquement certain qu'elles touchent davantage les enfants défavorisés et permettent donc de saisir une composante de l'expérience scolaire qui a à voir avec l'équité. En revanche, le goût pour l'école est une mesure plus positive qui permet d'obtenir des informations plus équilibrées sur l'expérience globale de l'enfant à l'école.

- ⇒ Cette étude comparative permet d'identifier pour chaque pays les inégalités et carences dans les différentes dimensions du bien-être de l'enfant et de s'appuyer éventuellement sur les politiques voisines pour les corriger. La France est par exemple au 6^e rang (sur les 30 pays OCDE de l'étude) en terme de pauvreté matérielle mais 20^e pour l'aspect « santé et sécurité » (prévention et accès aux soins entre autre), 22^e pour la qualité de vie scolaire et 23^e concernant le « bien-être éducationnel » global.

Une étude canadienne de 2009-2010 dans le cadre de l'enquête internationale « Health Behaviour in School-aged children » s'est intéressée à **la santé mentale des adolescents en lien avec les différentes composantes de leur quotidien** (conditions de vie, scolarité, santé...). (74)

Il était notamment rapporté que les quartiers peuvent avoir une incidence importante sur la santé des populations, notamment celle des jeunes. C'est pourquoi les chercheurs ont jugé utile d'explorer les caractéristiques physiques, sociales et économiques des quartiers où se trouvent les écoles canadiennes, pour ensuite tenter d'établir des corrélations entre ces caractéristiques et les indicateurs de la santé mentale des jeunes.

Les résultats retrouvaient :

- Que la région dans laquelle une école est située a son importance. **L'influence** qu'exerce le quartier scolaire varie selon que les écoles se trouvent dans des régions fortement urbanisées (ou dans des régions rurales et éloignées du Canada.) ; ceci est particulièrement vrai dans le cas des indicateurs du climat social prévalant dans les quartiers, tels que les **tensions entre des personnes de races, d'origines ethniques et de religions différentes, la présence de gangs ou les problèmes liés à la criminalité.**
- Qu'il n'y avait **aucune relation, causale ou autre, entre les caractéristiques physiques et économiques des quartiers scolaires et les perceptions des élèves quant à leur santé mentale.** Le pourcentage d'élèves ayant déclaré avoir des problèmes affectifs et des problèmes de comportement ne variait pas de façon significative selon les perceptions concernant la qualité des logements. Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre la présence d'installations récréatives à proximité des écoles et l'équilibre affectif, et il semble même que la santé affective des élèves soit moindre dans les quartiers où il est plus facile d'avoir accès à un parc. Ces

constatations ont été confirmées par les élèves ayant participé à l'atelier de discussion, qui ont dit estimer que d'autres facteurs tels que le milieu familial étaient des déterminants plus importants de la santé mentale.

L'étude concluait sur la **complexité du « jeu des déterminants »** et au risque de réduire le rapport « santé mentale/caractéristiques des quartiers », à un simple modèle de causalité.

Une autre enquête parue en mars 2014 a porté sur la santé mentale d'adolescents américains dans des quartiers défavorisés. (75)

Selon le Pr Kessler, les jeunes issus des quartiers défavorisés présentent des taux élevés de troubles psychologiques. Il est donc essentiel de comprendre les influences de l'environnement sur la santé mentale afin d'élaborer des interventions pertinentes et efficaces, à mettre en œuvre au niveau local.

Le but est de réaliser une analyse exploratoire des associations entre les interventions favorisant la mobilité dans les parcs de logement et affectant les enfants de quartiers défavorisés et l'apparition de troubles mentaux à l'adolescence. De 1994 à 1998, 4 604 familles volontaires vivant dans des logements sociaux ont été étudiées et ont reçu de façon aléatoire différentes aides pour déménager (un groupe bénéficiant de bons facilitant un déménagement dans un meilleur quartier *versus* un groupe bénéficiant de bons classiques vs un groupe témoin sans aucune intervention). Il était mesuré 10 ans plus tard l'apparition de troubles mentaux chez des adolescents de 13 à 19 ans issus de ces familles, incluant le trouble dépressif majeur, le trouble panique, l'état de stress post-traumatique (ESPT), le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble explosif intermittent et le trouble des conduites. Il a donc été retrouvé que les interventions visant à faciliter le déménagement de familles hors des quartiers défavorisés ont été associées à des taux accrus de dépression, d'ESPT et de trouble des conduites chez les garçons et à des taux réduits de dépression et de trouble des conduites chez les filles.

L'étude permettait de conclure, à l'instar de l'étude canadienne (76) qu'une meilleure compréhension des interactions entre les facteurs de risques individuels, familiaux et environnementaux était nécessaire afin de définir les modifications à apporter à la politique du logement social ; confirmant par là-même la complexité des interactions entre les déterminants des ISS.

La question du logement :

Le rapport 2013 de l'ONPES (60) fait état de **l'influence de l'insalubrité de l'habitat sur la santé et les ISS** dans le sens où le dépistage systématique (organisé dans certaines régions) des mauvaises conditions de logement permet de détecter d'autres écueils dans la vie des patients précarisés.

C'est le cas du **dépistage du saturnisme infantile** dans des îlots d'habitat dégradé (dans les Bouches du Rhône fin des années 1990) où un programme expérimental de **consultation**

pédiatrique médicosociale et de **soutien infirmier à domicile** a permis d'élargir la problématique au-delà du saturnisme, pour rechercher d'autres **problèmes liés à l'environnement de l'enfant**, tenant compte des conditions de vie des familles, et s'intégrant dans une prise en charge sanitaire globale (tuberculose, carences diverses, vaccinations et accès aux mesures sociales de droit commun). Bien qu'ayant eu des résultats prometteurs, cette initiative s'est montrée malgré tout insuffisante car elle s'est heurtée à la complexité des voies de recours pour l'amélioration de l'habitat, au manque d'implication des praticiens assurant le suivi (du saturnisme et des pathologies environnementales) et aux problèmes de coordination inter disciplinaire (au croisement du médical, du social, du juridique, de l'environnemental et de l'anthropologique).

Dans le même temps à Aubervilliers, des mesures similaires ont été développées à partir d'un programme de **dépistage du saturnisme infantile chez des occupants de logements jugés insalubres ou sur-occupés**. Les services de la commune permettaient le dépistage du saturnisme en s'intéressant aux risques de contamination (peintures industrielles datant d'avant 1949, cuisine dans des plats à tajine (à cause de leur vernis), maquillage au khôl...) et proposaient aux familles un accompagnement, un logement temporaire ou un relogement, l'invitation du propriétaire à s'occuper des travaux (éventuellement de façon coercitive) ainsi qu'un suivi médical le cas échéant. Par extension, d'autres interventions ont vu le jour comme le dépistage d'autres pathologies en lien avec les conditions de vie, le recours aux ateliers socio-linguistiques et un programme de « **bien-être psychique du jeune enfant** » (partant du suivi des grossesses à 20SA jusqu'à l'âge de 3 ans).

Gradient de santé selon les origines :

Des entretiens auprès de MG en Meurthe et Moselle ont montré que 1/3 de leurs patients précarisés seraient des migrants ; mais moins par des obstacles économiques que par des barrières linguistique et culturelle, qu'il s'agisse de primo-arrivants ou de migrants de 2^{ème} voire de 3^{ème} génération.

Une autre enquête de 2012 (donnant lieu à une thèse de MG) auprès de patients consultant à l'hôpital Bichât de Paris montre que les migrants affichent un moindre recours au MG et qu'ils présentent divers facteurs de vulnérabilité : psychologiques, socio-professionnels et sanitaires. Les contraintes évoquées sont : les difficultés de communication, la prise de rendez-vous, les problèmes financiers et administratifs. (77)

Autant de points sur lesquels chaque acteur peut avoir une action, comme nous le verrons par la suite.

Disparités régionales :

L'ensemble de la population est sensibilisée à la problématique de la démographie médicale, qu'il s'agisse des acteurs de santé ou des autres concitoyens, ne serait-ce que par l'ampleur de sa médiatisation. Il n'en reste pas moins un sujet qui divise.

En effet, une enquête auprès d'usagers en 2012 retrouvait que 58% des sondés étaient plutôt favorables à des mesures coercitives à l'installation des médecins en zone sinistrée (78) ; *a contrario* de la profession, favorable à des mesures incitatives comme celle de la création de PTMG (Praticiens Territoriaux de Médecine Générale). Cette mesure reste néanmoins controversée chez les médecins mais il est salué la volonté institutionnelle de privilégier l'attitude incitative ainsi que la relative sécurisation (financière) de leurs souscripteurs. (79)

Influence de l'instruction :

Dans la revue « Prescrire » en 2007, des ISS territoriales sont notées dans le cadre du cancer : sa prévalence plus importante dans le Nord serait non seulement due aux facteurs de risque connus (consommation d'alcool et de tabac plus importante) mais aussi à une sous scolarisation des femmes dans cette région. (76)

En effet l'illettrisme est de plus en plus considéré comme un déterminant de santé responsable d'ISS ; comme l'atteste cet article de Prescrire en 2010 : « *savoir repérer ce handicap chez le patient peut permettre d'adapter la communication (ordonnance écrite expliquée, pictogrammes, démonstrations)* » (80)

Connaissances des Internes de Médecine Générale sur les ISS :

Une thèse croisée entre données quantitatives et qualitatives de 2013 a permis de déceler que les IMG manquaient de connaissances théoriques sur ces ISS et sur l'organisation du système de santé. En effet les résultats suivants viennent le confirmer : (2)

- ils sont 75% à **sous-estimer le seuil de pauvreté** (fixé à 950^E) et donc à faire un amalgame entre précarité et grande pauvreté,
- ils sont **83% à être conscient d'un gradient social** de santé **mais sous estiment majoritairement** cette différence (2,5 années dans leurs réponses alors qu'un ouvrier vit en moyenne 7.5 années de moins qu'un cadre),
- concernant les **pathologies socialement différenciées : entre 41 et 67% des IMG ne sont pas conscients** que les catégories socioprofessionnelles basses sont plus touchées par certaines maladies comme le diabète, le cancer du col de l'utérus, ou les maladies cardio-vasculaires,
- au score ISS (réponses sur le seuil de pauvreté + mortalité différenciée + morbidité différenciée), la note médiane des IMG se situe à 8/18. Bien que 47,6% aient une note au-dessus de la moyenne du score ISS, on note un très faible effectif d'internes au-dessus de 12 points (12%), alors que **40% des IMG ont une note inférieure à 6/18,**

- **sur le gradient de consommation de soins médicaux** (CMUC/population générale), ils sont 34% à penser que leurs conditions de vie (donc en tant que déterminant de santé) l'impactent négativement : « *il s'agit de personnes plus défavorisées, en moins bonnes conditions de vie, avec des professions plus difficiles physiquement* ». Ils sont cependant **16% à être plus nuancés** : « *il n'y a pas d'avance des frais donc pas de notion du coût...il y a de la précarité donc plus de morbidité et plus d'attente avant les consultations donc plus de soins car l'état de santé se dégrade* »,
- **sur le schéma CDSS des déterminants de santé**, les IMG éludent la position socio-économique des individus et le contexte socio-économique et politique et accentuent l'importance du système de soins et des facteurs comportementaux et/ou de l'environnement physique.

Alors quelles sont les hypothèses à l'origine de ces résultats ? En croisant ces données aux réponses données lors des entretiens, il ressort :

- un **manque de formation théorique sur le sujet** ? Bien que les médecins aient peu de moyens d'agir sur les déterminants sociaux de santé prégnants en terme d'ISS, une connaissance plus exhaustive de ceux-ci aurait l'avantage de leur permettre de mieux comprendre les causes profondes des différences de santé entre groupes sociaux. Et ainsi de leur permettre d'être plus sensibles aux réalités vécues par leurs patients. De plus les IMG qui portent un intérêt sur ce sujet ont de meilleures connaissances au score ISS (49% des internes qui iraient à un cours ont un score ISS au-dessus de la moyenne, versus 35% pour ceux qui n'iraient pas). On peut donc se poser la question de l'intérêt éventuel d'un cours optionnel sur le sujet, si seules les personnes les plus informées s'y rendent.
- un **manque de sensibilisation au sujet** ? On peut y voir une possible relation avec l'histoire personnelle de l'IMG. Le fait de connaître des bénéficiaires de la CMUC paraît être un facteur améliorant les connaissances sur les ISS (plus de 10). Par contre dans cette étude, le sexe de l'interne, la taille de sa ville d'origine, son origine socio-économique ne paraît pas discriminant dans le niveau de connaissances de l'interne sur les ISS.
- Une **formation trop centrée sur le bio-médical** ?

Une autre thèse de MG (de 2011 en Meurthe et Moselle) s'est intéressée aux connaissances et à l'opinion de MG sur la question : (59)

- ⇒ la **pauvreté est ici aussi sous-estimée** (5.5% de leur patientèle est considérée comme précaire versus 13% de la population générale recensée). Les médecins ont tendance à sous-estimer le nombre de leurs patients en difficulté, ou alors ces patients sont en réalité moins consommateurs de soins, ou bien les populations précaires ne fréquentent pas leurs cabinets,
- ⇒ il est impératif de **prendre en compte ces déterminants de santé** dans le suivi de populations précarisées,
- ⇒ une **formation** sur le sujet est nécessaire.

Importance d'une prise en charge transversale :

Plusieurs articles de Prescrire viennent souligner cette importance :

- « *Les **conditions de vie** dans l'enfance, la situation sociale et professionnelle des parents, un faible niveau scolaire et d'éducation ont une incidence sur la santé à l'âge adulte* ». (81)
- En s'appuyant sur une enquête épidémiologique, il est souligné l'importance d'une « **approche transversale** pour appréhender différemment la prise en charge des patients en s'intéressant à leurs conditions de vie ». (82)
- En s'appuyant sur le rapport OMS (« combler le fossé en une génération » en 2008), il est stigmatisé le **retard de cet intérêt pour les ISS** et déterminants de santé : « *l'OMS semble redécouvrir ces données en 2008 après les avoir négligées depuis les années 1990 se basant sur une théorie selon laquelle le développement économique serait automatiquement bon pour la santé et suffirait donc comme politique sociale* ». (83)
- « *les patients examinés dans les CES ont des **indicateurs de santé dégradés quand ils sont en situation de précarité*** » et « *de fortes **différences de mortalité** qui s'accroissent encore* ». (84)

b-Accès aux droits et soins :

Les difficultés d'accès aux droits

Les MG sont sensibilisés à la question ; en témoigne cet article de Prescrire en 2010 où une enquête auprès de patients précarisés révèle que « beaucoup ne connaissent pas leurs droits en matière d'accès aux soins. Quand elles les connaissent et ont essayé de les faire valoir, elles ont été confrontées à de nombreux obstacles (70% des personnes interrogées): langue, problèmes administratifs, peur des arrestations, coût des soins, refus de soins ». (85)
De même un article d'avril 2014 du quotidien numérique « Le Généraliste » souligne l'importance du non recours à l'ACS et l'importance de sensibiliser les médecins à la question (notamment par ce type de publication) pour y surseoir. (86)

Une thèse de 2011 auprès des MG (59) relève que **66% d'entre eux dénoncent ces difficultés**. Pourtant **aucun de 28 MG interrogés ne cite un dispositif comme l'ACS**, alors que certains sont considérés comme « expert de la précarité » (en raison de leur expérience, de leur lieu d'exercice ou de leur réseau socio médical).

Une thèse de 2013 auprès d'IMG (2) montre qu'ils ont bien conscience de cette problématique (**86% le savent et 76% l'attribuent à une non-couverture mutuelle**) mais *a contrario*, ils sont 23% à penser qu'il serait licite de supprimer la prise en charge à 100% des bénéficiaires de la CMUc et **aucun ne connaît ni l'ACS ni les PASS** (qu'il s'agisse de leur mission ou de leur emplacement).

De même, lors de groupe de parole, les patients précarisés soulignent l'importance d'agir sur certains points pour améliorer cet accès aux droits et donc aux soins : « **agir sur le RSA, la retraite, la CMU** ». (87)

Connaissance des médecins à propos des droits et des structures sociales :

Toujours selon la thèse de 2013 auprès d'IMG, ils sont majoritaires à ignorer les recours existant pour ces patients précarisés : (59)

- **CMUc** : un score CMUc (plafond d'attribution, droits ouverts, panier de soins) est calculé sur leurs connaissances et révèle que 41,2 % des internes ont une note inférieure à la moyenne et 58,8% supérieure à la moyenne. Les deux facteurs discriminants sont **l'ancienneté et le fait d'avoir fait sa maîtrise de stage ou son stage aux urgences**. Les internes plus avancés dans le cursus ont de meilleures connaissances en matière de dispositif CMUc que les autres (65% contre 49%). Le stage aux urgences et la maîtrise de stage améliorent significativement les connaissances en matière de dispositif CMUC. On note que 25% des IMG ont placé le seuil CMUC au-dessus du seuil de pauvreté considérant donc une partie des bénéficiaires de la CMUC comme « non pauvres ».
- **ACS** : Aucun interne ne connaît ce dispositif.
- **PASS** : là encore il existe une grande méconnaissance de la structure car les IMG pensent majoritairement qu'ils sont réservés aux CMU et une minorité l'associe aux sans-papiers et migrants. Ils ne savent pas non plus les situer géographiquement (dans les Bouches du Rhône pour cette étude).
- à la question « **que peut-on faire avec un PP sans droit ouvert ?** », les IMG répondent : « une consultation gratuite » (sans autre proposition associée), « un renvoi vers une assistante sociale » (mais sans préciser sa réalisation pratique en ambulatoire)...aucun ne l'adresse à une PASS versus 10% des MG dans la thèse auprès des MG. (59)

Représentations sur le Tiers-Payant :

Les avis sont plus disparates selon les personnes interrogées :

Pour les IMG, la dichotomie des opinions est franche (50/50) entre « **réelle avancée sociale** » et « **risque d'inflation sur le coût de la santé** ». Grâce au croisement des données, on note qu'un **faible niveau de connaissances** sur les ISS associé à une **mauvaise représentation des bénéficiaires de la CMUc** influence négativement l'avis des IMG sur le Tiers-Payant. Ainsi ils sont 23% à souhaiter la disparition de la prise en charge à 100% de ces derniers. Parmi les 50% réfractaires au TP, il est avancé que « *l'accès aux soins gratuits augmente la "consommation" (consultation+médicament)* ». Dans une proportion moindre, le fait de connaître un bénéficiaire de la CMUc dans son entourage influe positivement sur la pratique du TP. (2)

C'est donc bien un problème de méconnaissance de l'ensemble du sujet dans sa globalité qui conduit les IMG à avoir des positions aussi catégoriques sur le Tiers-Payant.

Pour le Dr E.Arié (Cardiologue et enseignant associé à la chaire d'économie et gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers) : « *tous les spécialistes de santé publique savent qu'il faut faciliter financièrement le plus possible l'accès au médecin de premier recours (...) car les diagnostics et traitements précoces, susceptibles d'éviter qu'une maladie ne devienne grave, donc chère, constituent le premier facteur d'économies des dépenses de santé. C'est pourquoi, dans la plupart des pays développés, l'accès au médecin généraliste est dispensé de toute avance de frais et de franchise ; il est absurde de dissuader financièrement ce que des considérations de santé publique et d'économies de santé devraient inciter à encourager* ». (2)

Les MG quant à eux, analysent plus finement la problématique, fort de leur expérience pratique.

Dans une autre thèse de MG de 2013 où ils sont interrogés quant à leur pratique dans les maladies chroniques, ils **louent l'apport du Tiers-Payant aux ALD** mais ils énoncent plusieurs réserves sur son utilisation :

- ils stigmatisent les **obstacles administratifs responsables de reste à charge** conséquents pour leurs patients (exemple « *du RAC pour des frais d'hospitalisations, consultations ou soins onéreux lors d'un retard de déclaration/prolongation d'ALD alors que la Loi prévoit une dérogation de 6 mois mais qui n'est pas toujours appliquée* »).
- Ils rapportent également que « *ce TP peut être considéré comme « la tirelire de la sécu », dès lors qu'un acte est considéré comme indu au titre d'une ALD, le compte professionnel du praticien est directement débité de l'indu, sans procédure comptable lisible.* » (36)

Lorsque les MG sont directement interrogés sur la précarité (59), la principale difficulté perçue par **2/3 des MG** concerne **l'avance de frais** pour les médicaments et les examens complémentaires. Les entretiens confirment que les difficultés d'accès aux soins sont liées aux **franchises médicales, aux médicaments déremboursés, aux dépassements d'honoraires des consultations spécialisées et aux transports**. C'est l'obstacle financier

que les médecins incriminent pour expliquer les retards de prise en charge responsables d'une aggravation de l'état de santé des patients.

Ils rapportent l'intérêt de la **Dispense d'Avance de Frais chez des patients en difficulté financière transitoire ne bénéficiant pas de la CMUc**. « *En effet ces derniers sont souvent réticents à multiplier les consultations. La DAF permet alors de les faire adhérer à un bilan diagnostic ou à un suivi pour surveillance de pathologie aiguë ou de pathologie chronique non stabilisée, pour lesquels des consultations rapprochées sont nécessaires.* »

Ils s'interrogent sur une possible extension de cette DAF à tous les soins et spécialités...

Cette réflexion est d'actualité comme nous l'avons vu puisqu'après la loi de 2004 où le TP était borné au parcours de soins, les mesures se sont assouplies avec celle de juillet 2011 :

« *lorsqu'ils sont confrontés à des patients en difficulté financière, puissent accorder ponctuellement le tiers-payant à d'autres patients qui le nécessiteraient* ».

La notion de **TP social** prend de l'ampleur mais reste floue et subjective à l'heure actuelle, laissée au libre arbitre du praticien et aux contraintes exercées par leur CPAM de rattachement.

Dr S.Boukris MG libéral parisien, souligne bien cet aspect, constatant l'évolution des règlements de ses patients précaires : « *avant ils réglaient par chèque les 23^E avec consigne de l'encaisser après remboursements, puis il y a eu le Tiers-Payant sur l'AMO, puis les chèques concernant l'AMC soit 6.90 avec consignes de l'encaisser après remboursement...et après ?* ». (88)

La tendance actuelle est à l'obtention d'un **TP intégral** (AMO et AMC) et étendu à tous en médecine de ville, à l'horizon 2017 (MG et spécialistes). (89)

Mais la question divise, comme l'atteste cette enquête auprès de 4000 praticiens en octobre 2013 où **86% d'entre eux** restaient opposés à la mesure et 57% parmi eux favorables "à condition que les problèmes techniques soient réglés". (90)

Pour être complet, il est nécessaire de citer l'initiative de certaines banques (Crédit Mutuel, CIC) sur la question de l'avance des frais, qui peut être rédhibitoire pour des budgets modestes. Il s'agit de la « *carte avance santé* » : sous condition d'adhésion à un de leurs contrats d'assurance complémentaire santé, elle évite à l'assuré d'avancer ses frais médicaux et son compte n'est débité qu'après le remboursement de la caisse d'assurance maladie et de la complémentaire santé. Ainsi la banque se substitue au Tiers-Payant (tout en prélevant des frais de virements).

Disparités dans la prévention :

Sur ce point l'avis des patients en situation de précarité est présenté dans un colloque en 2011 (87) et dans une thèse de MG sur le suivi de maladies chroniques en situation de précarité (36).

« Il y a des préventions qui sont faites, souvent les gens n'y vont pas parce qu'ils disent : on va me trouver quelque chose et je ne pourrai pas me soigner alors ce n'est pas la peine, pour l'instant je me sens bien c'est l'essentiel. » (87)

Un certain nombre **d'écueils sont avancés** lorsqu'ils sont interrogés sur le sujet : (36)

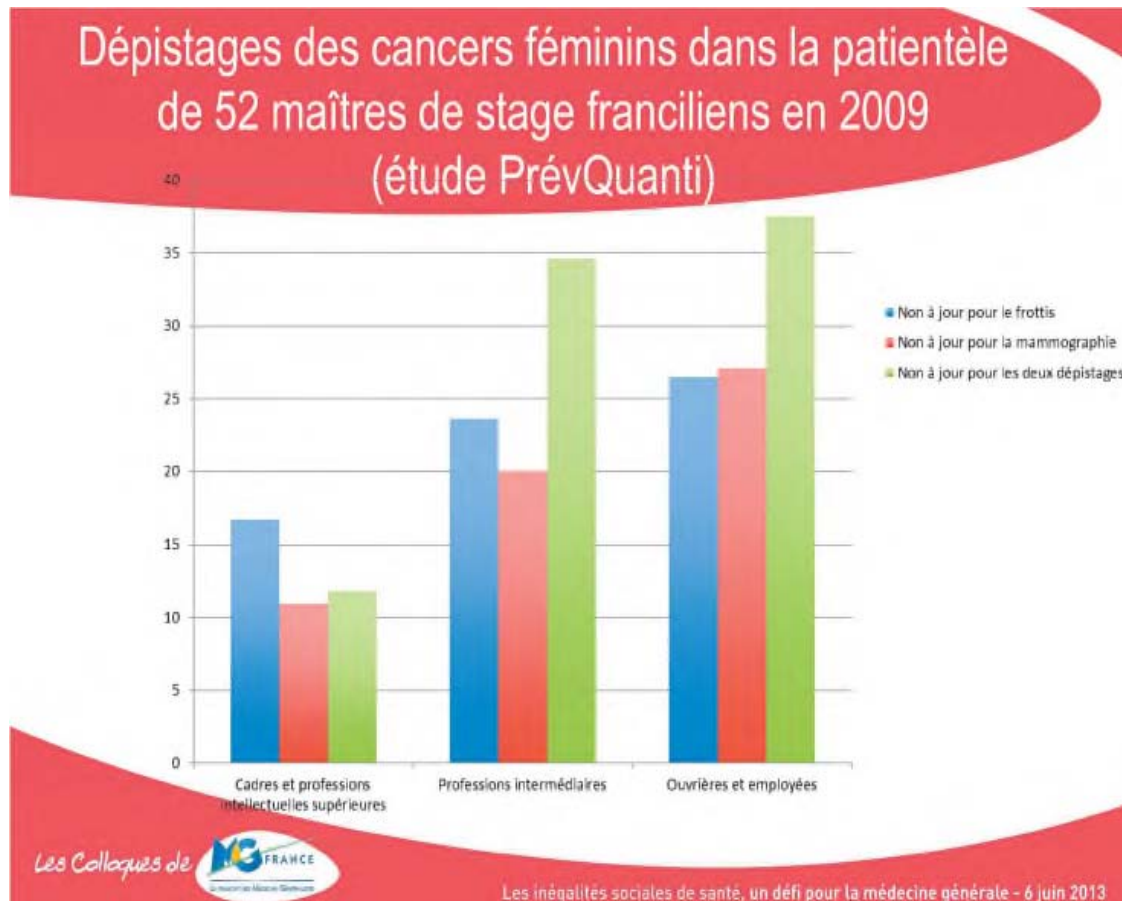
- à l'instar de l'exemple précédent, la question du **dépistage chez des patients SDF** ou en marge du système : le bilan est réalisé en général à l'hôpital mais faute de moyens et de suivi, ils sont livrés à eux-mêmes pour les suites éventuelles...
- la **question du dépistage en terme d'économie de santé** confrontée à la temporalité des patients ; ce dépistage ne peut être optimal chez ces patients devant le risque de se voir imposer une nouvelle épreuve, alors qu'ils *« vivent davantage au jour le jour »*,
- la problématique de **l'inobservance thérapeutique** : les traitements les mieux suivis sont ceux qui ont un bénéfice direct sur les symptômes (comme les aérosols ou les sirops dans la BPCO), faisant également référence à la notion de temporalité (une fois les symptômes soulagés, on peut reprendre son activité sans se soucier de la maladie responsable) et à la confrontation entre culture médicale et représentations de la maladie (où le patient n'est pas toujours très au fait quant à la prise en charge de sa maladie comme l'atteste cet exemple : *« on est dimanche t'as pas besoin de médicaments. »*)
- les obstacles à une relation soignant/soigné de bonne qualité avec le sentiment **d'humiliation** né de **recommandations scientifiques parfois inappropriées** et irréalisables, confortées par des attitudes de mépris et de **culpabilisation** du praticien,
- un moindre accès à ces soins lorsque l'on est **isolé** (*« célibataires modestes plus en péril que des personnes défavorisés mais disposant d'un réseau social : famille, amis, communauté... »*),
- le problème de la **santé bucco-dentaire**, non évoquée par les patients, alors qu'il demeure un des principaux secteurs de soins socialement différenciés.

Lors d'une réunion inter disciplinaire en 2011, l'avis sur la question de 300 professionnels de la santé (notamment des MG) a été recueilli : (7)

- **La conception très descendante** des campagnes de prévention peu ancrées dans le quotidien et les préoccupations des personnes.
- **Le manque de clarté des messages** de prévention et la multitude d'informations fournies.
- **L'inadaptation des supports** pour des personnes peu sensibles à l'écrit ou souffrant d'illettrisme.
- **L'absence d'implication et de participation** active du public-cible à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des actions menées.
- **Pratique des professionnels de soins** libéraux selon leur niveau d'implication en terme de soins préventifs.

Lors du colloque de MG en 2013, Dr H.Falcoff est intervenu sur ce sujet : (91)

Il souligne le **gradient social de prévention** en prenant l'exemple des dépistages organisés du cancer du col de l'utérus (frottis tous les 2 ans) et du cancer mammaire (mammographie tous les 2 ans à partir de 50 ans) :



Il est également évoqué lors de cette réunion **les actions de prévention permettant de réduire les ISS** (puisque gratuites, ciblées et encadrées) comme cette initiative strasbourgeoise de « sport santé sur ordonnance » permettant aux patients souffrant de pathologies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires équilibrées, obésité modérée) de bénéficier d'heures de vélo gratuites financées par la ville et d'un accompagnement personnalisé pour pratiquer sans frais d'autres activités sportives.

La proportion d'obèses est passée de 73,5% à 62,5% en 1 an d'expérimentation sur la région.

(92)

Une étude de 2007 auprès de 600 MG en région PACA quant à **leur rôle dans la prévention** rapporte les éléments suivants : (93)

- Les actes de prévention les plus souvent réalisés sont le dépistage du cancer du sein, le repérage des éventuels effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées, le repérage des problèmes de poids chez l'enfant, l'interpellation des patients sur le tabagisme et l'offre d'un sevrage tabagique aux fumeurs.
- **Plus de 80 % des médecins généralistes** déclarent majoritairement se **sentir efficaces** pour le **dépistage des cancers** et **l'éducation thérapeutique** des malades chroniques, hypertendus, diabétiques ou asthmatiques.
- Ils ne **sont déjà plus que la moitié** environ à se sentir efficaces vis-à-vis des **comportements préventifs** comme l'usage du préservatif, l'alimentation, l'exercice physique ou le tabagisme.
- Ils sont **moins du quart** à se sentir efficaces vis-à-vis de l'utilisation de **drogues et de l'alcoolisme**.

Ceci fait dire aux auteurs que les MG ont un **plus faible sentiment d'efficacité** dans les domaines présentant une forte **dimension éducative et requérant un investissement ou une adhésion plus** difficiles à soutenir comme c'est le cas pour l'alimentation, l'exercice physique, les addictions et la prévention des accidents de la vie courante .

Mais l'étude montre aussi que *« les médecins qui avaient les scores de prévention les plus élevés étaient aussi ceux réalisant fréquemment des actes gratuits »*. Les variables relatives à la patientèle, comme la proportion de patients bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU), *« ne sont pas apparues comme significatives dans l'explication du score de pratique préventive »*.

Ce travail confirme, après d'autres, que les MG ne sont pas à l'aise par rapport à des besoins de soins préventifs d'ordre comportemental, mais souligne également que leurs attitudes préventives ne semblent pas influencées par les caractéristiques sociales de leur patientèle.

L'étude a permis en outre d'établir, chez les MG, les **déterminants d'une réalisation fréquente d'actions de prévention** :

- l'intérêt pour la formation, l'information, et la diversité des sources d'information,
- le fait d'être soi-même personnellement concerné par la démarche préventive,
- un certain rapport au temps (non rémunéré),
- le sentiment d'efficacité que le médecin généraliste crédite à ce champ de pratique.

L'étude a aussi montré qu'il semble important de **sensibiliser davantage les médecins** à certains actes de prévention rarement mis en oeuvre dans leurs pratiques quotidiennes, en leur **proposant par exemple des outils** les préparant mieux ou les aidant dans ces démarches (formations, outils d'aide au dépistage, support d'information pour les patients, etc.). Il s'agit de faciliter le passage à l'acte d'un ensemble de pratiques pour lesquelles, d'après leurs propres déclarations, les MG se sentent majoritairement concernés : 83,3% répondent que la prévention fait bien partie de leur rôle de médecin libéral.

La question de la **prévention confrontée au temps de consultation** est évoquée par le Dr Falcoff dans son rapport à l'INPES en 2010 (118) : « *il est illusoire de vouloir transformer durablement les pratiques des médecins sans changer en profondeur leurs conditions d'exercice et les modalités de régulation de la profession* ». Il souligne qu'il est difficile en quinze minutes, qui représentent le temps moyen d'une consultation, de laisser une place suffisante, d'une part, à la réalisation d'actes de prévention et, d'autre part, à la délivrance d'information et de conseils, notamment vis-à-vis des comportements à risque, en prenant le temps de l'éducation, quand la demande exprimée est habituellement d'ordre curatif.

Il a été estimé que cela prendrait en moyenne **7,4 heures par jour à un médecin** s'il voulait réaliser l'ensemble des soins de prévention recommandés auprès de sa clientèle. (94)

Même avec une gestion rigoureuse de l'échelonnement des objectifs de prise en charge dans le temps, ces derniers restent difficiles à satisfaire dans leur globalité. « *Il semble que de tels objectifs ne peuvent être satisfaits que dans le cadre d'un **exercice pluriprofessionnel coordonné avec une définition claire des compétences et des tâches de chacun.*** »

Les IMG semblent également conscients de ces inégalités en terme de prévention comme l'attestent les notions suivantes issues de leurs entretiens : (2)

- Notion de gradient social de prévention : « *Les bénéficiaires de la CMUC, de par leur situation sociale ont **moins accès à la prévention** et ont plus de problèmes de santé* ».
- Notion de **recours aux soins plus tardif**, tourné davantage vers l'**hôpital** et en particulier par les urgences et d'un gradient social de consommation (« les cadres consommant plus de consultations de spécialistes et les ouvriers se tournant plus vers l'hôpital »).
- Notion d'« **hédonisme populaire** » qui, « *lié à la dureté des conditions d'existence et à la perception d'un avenir fermé et incertain, consiste à profiter de la vie chaque fois que c'est possible sans attendre* ». *Soumis à la pression des menaces dont leur présent est gros, souvent inscrits dans un rapport « désillusionné » à l'avenir, les membres des fractions inférieures des milieux populaires engagent un rapport peu préventif à la santé et aux soins.* (95)
- L'épreuve de la précarité induit une **temporalité de l'urgence**, du coup par coup et de l'inattendu qui empêche les familles de se projeter vers l'avenir, à la fois parce que la vie au jour le jour empêche cette projection et parce que l'avenir, à la lumière du passé et du présent, est inquiétant (risque de chute sociale, crainte de nouveaux problèmes, peur de ne pas s'en sortir).

Il est donc d'autant plus important d'appréhender ces aspects car le manque de cohérence apparent de leur comportement aux yeux des IMG (et de la population en général) peut accentuer les préjugés.

Lors d'un groupe de travail entre médecins et juristes en avril 2014 à Nancy sur le thème de la prévention notamment chez l'enfant en milieu précaire, il a été fait mention des écueils suivants : (96)

- le manque de **culture sur la prévention** des praticiens et de la population,
- le manque d'information sur l'organisation et le remboursement : par exemple l'Assurance Maladie prévoit 20 consultations de suivi et de prévention pour l'enfant de 0 à 6 ans, donc prise en charge à 100% par l'AMO. Mais très peu le savent et le TP pourrait être pratiqué à chaque fois.
- les avances de frais lors des premiers soins au nourrisson (examens et vaccins) alors que la carte vitale est en cours de constitution,
- la rémunération du praticien actuellement sous cotée quant aux actes de prévention, malgré leurs applications au sein des ROSP,
- le risque de stigmatisation à faire pratiquer ces examens dans des centres « spécialisés » comme la PMI ou le planning familial, avec le risque surajouté de pérenniser une médecine à deux vitesses.

Les patients évoquent quant à eux deux notions importantes en terme d'obstacles à la prévention : (97)

- ⇒ la question des **dépistages et de leur Reste A Charge** : *« Mais l'ennui dans les dépistages, ils nous ont expliqués... c'est que le dépistage ils disent que c'est « gratuit pour la mammo mais quand il faut passer à l'échographie, ce n'est plus gratuit... »*
Il conviendrait selon eux d'améliorer cette prise en charge à l'échelon national à l'instar de mesures déjà entreprises localement (exemple du conseil général de l'Aisne qui rembourse 40^E de frais de transport pour les femmes à + de 15km d'un radiologue). Nous remarquerons aussi qu'en Lorraine, l'échographie est maintenant prise en charge sans avance de frais, ce qui permet à de nombreuses femmes d'aller au bout du dépistage.
- ⇒ Le **manque de pertinence des messages de prévention** au regard de certaines prises en charge, comme celle de l'obésité morbide : *« Il y a une petite jeune, une connaissance de l'âge de ma fille, qui fait 130-140 kg. Elle est obèse, c'est un fait. On l'a opéré, pas un anneau gastrique mais on a shunté l'estomac, ce qui part de l'œsophage part directement dans l'intestin. Ce qui fait que cela ne produit pas d'énergie : ce qu'elle mange est immédiatement évacué par les voies naturelles. C'est comme si elle ne mangeait rien donc elle maigrit. Mais elle se dit : Je maigris et elle mange des Nuts, des Mars et des sodas, cocos etc. Mais qu'est-ce qu'elle aura après ? Parce qu'on dit : il faut maigrir, on fait n'importe quoi. Elle n'aura rien appris. Elle ne fait pas attention parce qu'elle maigrit sans rien faire. »*

Enfin une étude récente portant sur la contraception et la controverse récente sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération confirme, s'il en est encore besoin, ce gradient social en terme de prévention.

L'étude « Fecond 2013 » a analysé les pratiques contraceptives des françaises en 2013 grâce un questionnaire soumis à 4 453 femmes et 1 587 hommes puis comparé les données obtenues à la situation qui prévalait avant la polémique (Etude fécond 2010). Elle relève que les pratiques ont évolué significativement, puisque près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis la controverse. Le recours à la pilule a nettement diminué (passant de 50 % en 2010 à 41% en 2013), au profit d'autres méthodes comme le stérilet (+1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) ou les méthodes naturelles (+3,4 points).

Il est souligné par les auteurs le gradient social lié à ces résultats : *«tandis que les femmes qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif et les plus diplômées (Bac + 4) pour le DIU, celles sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait) »*. Les données de la DRESS en terme de grossesses non désirées et d'IVG sont rassurantes, mais sont plus nuancées de la part de « l'étude Fecond » soulignant une évolution socialement différenciée de ces résultats. (98)

c-Connaissance des solutions de recours en cas de précarité :

L'importance du réseau personnel est soulignée par les patients en cas de **situation économique difficile**. Toute technique consistant à s'affranchir du système leur est bénéfique : débrouille, acceptation du travail *« quel qu'il soit là où il est »*, activités associatives donnant *« l'impression de ne pas usurper le RSA... »*. (60)

Concernant les soins, les stratégies de recours à la médecine de proximité des populations démunies sont connues et publiées par les Dr Boissonnat-Pelsy et Mme Sibue de Caigny en 2009.

Comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit essentiellement des consultations hospitalières (SAU, 15, SOS médecin ou maison médicale de garde si elle est à proximité) et du recours au pharmacien *« véritable pivot de proximité dans les quartiers »*. (58)

Une autre problématique est soulevée dans une thèse de MG de 2008 sur la PASS de l'Hôtel-Dieu à Lyon où un tiers des patients prolongent leur prise en charge alors qu'ils pourraient aller dans le système de santé de droit commun. (99)

Pour en rechercher les causes, l'étude a croisé des données quantitatives socio-démographiques et sanitaires à des données qualitatives issues d'entretiens et a permis de retrouver les points suivants :

- ⇒ Les patients **jeunes, d'origine africaine, ayant un domicile stable**, et les **femmes enceintes** allaient plus **facilement** vers le système de santé de **droit commun**.

⇒ En plus de l'importance de la **relation médecin-patient**, **trois types de facteurs** intervenant dans ce processus ont été identifiés:

- *liés aux patients* comme le poids des habitudes culturelles et le manque d'instruction, la vulnérabilité liée à leurs histoires traumatiques les rendant dépendant des autres, l'influence de la pathologie (psychiatrique, sévère ou qu'ils ne comprennent pas), l'absence de maîtrise de la langue française, et la méconnaissance des missions de la PASS, de leurs droits et du fonctionnement du système de santé de droit commun et l'environnement (l'instabilité de leur domicile, l'insuffisance de réseau familial ou social, et la précarité de leur statut administratif),
- *liés à la PASS* comme l'image de la compétence et des facilités d'accès aux différents services de l'hôpital, l'accueil, l'écoute, la communication, la reconnaissance d'une identité, la souplesse et le temps pris à la PASS, ainsi que l'existence d'une prise en charge sociale,
- *liés aux professionnels de la PASS*, avec la peur de nuire, la méconnaissance du système de santé d'aval et l'absence de retours, et l'oubli de réévaluer la situation des patients au fil du temps,
- *liés au système de santé* (sa complexité, le manque de coordination des différents acteurs et les discriminations connues) la complexité de l'organisation spatio-temporelle ; les difficultés administratives (avec l'AME) et sociales (absence d'aide sociale spécifique à la santé) ; les refus et les discriminations à l'encontre de cette population par les professionnels, qui manquent d'informations et de formations ; la mauvaise coordination entre les différents acteurs et l'absence de réseau formalisé autour de la précarité ; et enfin le manque évident d'actions d'éducation pour la santé à destination de ce public.

⇒ Des leviers d'action ont pu être envisagés tant sur la compétence des professionnels de la **PASS** (se devant d'évaluer chaque situation, **d'accompagner individuellement les patients vers le droit commun**, et de promouvoir, auprès des professionnels des deux secteurs sanitaire et social, la prise en charge de la précarité), que sur celle des **pouvoirs publics** (ministère de la Santé et de l'Education nationale) à adapter le système de santé à cette population, en formalisant un **réseau autour de la précarité** et en menant des actions d'**éducation pour la santé ciblée sur cette population**.

d-La problématique du renoncement aux soins :

En corollaire de ces problèmes d'accès aux droits et aux soins, le problème du renoncement est fréquemment pointé du doigt par les professionnels mais aussi par les usagers, permettant ainsi de faire entendre leur voix.

Dans une thèse de MG en 2012 où ils sont invités à s'exprimer sur les **obstacles rencontrés pour l'accès aux soins primaires**, les Patients Précarisés citent les éléments suivants comme prégnants dans leur démarche de renoncement : « *la négligence du corps et de la santé...le faible niveau de connaissances...les nombreuses addictions* ». (100)

Lors du colloque du 05 mars 2011, ils évoquent un certain nombre d'autres obstacles impactant négativement leur renoncement : (87)

- **habitus** de soins, culture et représentations de la santé,
- abandon des dentiers par peur de les casser,
- abandon des semelles orthopédiques quand elles sont usées (au bout de 3mois si elles sont portées quotidiennement tandis qu'elles ne sont remboursées qu'à raison d'1 paire/an),
- les **dépassements** ou les refus de Tiers-Payant (même pour les ALD),
- la **peur du soignant** (MG/dentiste) et de **diagnostics** potentiellement graves,
- les problèmes de **communication** (illettrés, étrangers, malentendants),
- la **peur du retrait des enfants**,
- la **peur de l'hospitalisation** (de par le risque de surcoût et de placement des enfants),
- la **santé considérée comme non prioritaire** (par rapport au logement et à l'alimentation...),
- les **affections psychiatriques** freinant le recours aux droits et soins,
- le problème de la salle d'attente, entre gêne du patient de devoir attendre et gêne du MG quant à la mixité et l'hygiène,
- les retards des personnes en précarité (problème de temporalité) ou du MG (sur ses rendez-vous).

Il était souligné au terme de cette réunion l'importance de corriger ces aspects :

- en démystifiant la relation soignant/soigné par une approche plus partenariale (par rapport à l' ancestrale relation paternaliste),
- en préservant espoir et confiance au sein de cette relation,
- en assurant un meilleur dialogue lorsqu'il faut par exemple expliquer son retard au patient ou argumenter sa prise en charge diagnostique chez un patient ayant peu de moyen pour la suivre),
- en développant l'interprétariat,
- en collaborant davantage entre MG et infirmières (comme en maison de santé).

D'autres obstacles sont identifiés par les usagers interrogés lors du rapport ONPES en 2013 (60). Ils rapportent une « **situation qu'il est préférable de dissimuler** ». En effet dès le milieu

des années 2000 des enquêtes ont été menées sur la perception des dispositifs d'assistance par les allocataires eux-mêmes. Elles montraient que près de la moitié des allocataires du RMI considéraient que percevoir ce dispositif était dévalorisant (un quart pour les allocataires de l'API et un tiers pour les bénéficiaires de l'ASS). Les RMistes étaient 27 % à déclarer avoir préféré ne pas dire à certains membres de leur entourage qu'ils étaient allocataires (17 % pour l'API). (101)

Ils rapportent également **«un sentiment d'humiliation vécu comme une défaillance des droits»** : *«Si je vais à la sécu, il va y avoir un petit sourire : “oh, elle est dans une triste situation...”. Ce n'est pas de la compassion. C'est autre chose. C'est difficile. C'est humiliant»*. (Femme seule élevant trois enfants dont deux lourdement malades).

Ce sentiment de stigmatisation est notamment partagé pour les soins psychiatriques. Une enquête de 2010 (auprès de 250 personnes consultant en PASS à Paris) s'est intéressée aux facteurs associés au renoncement aux soins des personnes précarisées lors d'un Episode Dépressif Majeur. (102)

En effet, en France, la prévalence de la dépression atteint 56.7% chez ces patients. L'étude a permis de distinguer des facteurs concernant les motifs de non recours au médecin traitant lors d'un EDM :

- ⇒ la perception péjorative de la dépression et de ses traitements,
- ⇒ le manque de soutien de l'entourage,
- ⇒ la relation médecin-malade : près de la moitié des personnes interrogées pense que leur médecin ne les connaît pas suffisamment ou qu'il ne serait pas attentif à ce problème ; ceci étant particulièrement vrai pour les hommes, les étrangers et les personnes avec une assurance maladie de mauvaise qualité. Pourtant, plus de 80% des personnes interrogées aimeraient que leur médecin s'inquiète plus souvent de leur bien-être psychologique.

L'étude conclue que certains patients déprimés parmi les plus vulnérables parlent peu de leurs symptômes à leur médecin, notamment parce que cette maladie est ressentie comme stigmatisante.

Ces symptômes devraient être plus activement recherchés chez eux par les professionnels de premier recours.

2) Rôle du MG dans ces ISS :

a-Obstacles évoqués par les patients en situation de précarité :

Lors du colloque du 05/03/11, les usagers ont fait état d'obstacles et de leviers en rapport avec le rôle du médecin. En ce qui concerne les obstacles on peut retenir :

- Le **difficile dialogue** (concernant l'absence d'annonce des diagnostics en relation avec la problématique de dialogue entre hôpital et MG),
- la **communication** en général (représentations de la santé, acculturation) : « *La patiente expliquait qu'elle avait eu beaucoup de soucis et elle avait beaucoup pleuré et que cela lui avait fait perdre la vue. Le professionnel lui a dit qu'il n'est pas possible qu'elle perde la vue à force d'avoir pleuré mais en discutant, le professionnel découvre que c'est plus compliqué que ça et que les soucis l'avait empêché de suivre suffisamment son diabète et ça avait provoqué la cécité.* »,
- les sentiments de **jugement et culpabilisation** : « *Chaque fois que le médecin me voit, il ne parle que de mon poids, il dit que je suis obèse, il ne cherche pas à comprendre comment cela est arrivé, il ne cherche pas à comprendre que si je suis comme ça c'est que je mange plus de pâtes parce que je ne peux pas me nourrir avec 5 fruits et légumes par jour.* »,
- le **manque de temps** en consultation, l'organisation non conciliable avec des RDV, la diminution constante des visites à domicile,
- les **recommandations HAS** non adéquates et **culpabilisantes**,
- le **tri de patientèle** par les praticiens,
- le manque de budgets des associations pour les soins onéreux,
- le problème du secret médical en maison de santé pluridisciplinaire (associée à la peur du placement des enfants).

Les pistes d'amélioration qui ont été évoquées sont :

- les soins en clinique conventionnée (les soins y étant cependant plus chers mais considérés comme moins stigmatisant qu'à l'hôpital public),
- la formation des MG (cours de psychologie et de précarité),
- le recours au médecin de famille et à l'infirmière (souvent plus à l'écoute et connaissant mieux le patient et son contexte de vie),
- les réseaux sociaux, affichage au cabinet des soins remboursés (ou pas), travail pédagogique de prévention et invitations aux soins (comme les soins dentaires gratuits proposés aux enfants dans le Val de Marne).

Les patients interrogés sur la question lors de la thèse sur « les obstacles à l'accès aux soins primaires » en 2012, évoquent le **manque d'intérêt pour le social de la part des MG**. (100)

b-Préjugés quant à la précarité et aux patients en situation de précarité :

*« Les riches ont tiré sur les pauvres un rideau sur lequel ils ont peint des monstres. »
(Charles Booth 1889)*

En effet de nombreux préjugés circulent sur la question et sont par définition infondés. Quelques travaux s'attachent à les présenter (entretiens d'IMG et de MG) et d'autres à les détracter (livre réalisé par ATD Quart-Monde et réalisé par et avec l'aide d'usagers, rapport de groupes de parole *« et si nous vous parlions de notre santé »* par le mouvement ATD Quart Monde en 2009). (97)

En interrogeant le corps médical en s'intéressant à sa base (ici les IMG), on s'aperçoit que plusieurs clichés circulent à tort et sont vraisemblablement le fruit d'une méconnaissance profonde de la problématique : (2)

- Sur la notion de **fraude** : *« absence de stigmat de pauvreté peut être suspect (mercedes, TV, iphone) », « des gens qui ont la CMUC parce qu'ils ont un revenu déclaré...parce qu'à côté ils travaillent au black et qu'ils se font plus d'argent que ce que moi je me ferais jamais »*. Ce sentiment serait davantage renforcé par les premières expériences (dans la mesure où ces notions sont plus présentes chez les IMG en fin de cursus ayant validé leurs stages en SASPAS et chez le praticien). Il faut rappeler que la fraude aux prestations sociales reste dérisoire par rapport aux fraudes fiscales (TVA, travail au noir et impôt sur le revenu) : 4 milliards contre 45 milliards d'Euros en 2013). De plus elle est à mettre en relief avec le montant du « non recours » aux droits sociaux (RSA, CMUC, ACS, APA, CAF...) estimé à 11 milliards d'Euros « économisés » par l'Etat. (17)
Ils sont néanmoins quelques-uns à reconnaître que **la fraude peut concerner leur profession** : *« Les abus existent aussi du côté des médecins!!...c'est pratique la carte vitale, le mec il a rien, tu lui dis bonjour, tu prends la carte vitale, allez si ils sont 10 sur la carte vitale, tu fais passer les 10 tu as fait 10 consultations en une...les médecins ont l'impression de s'y retrouver car il se payent eux-mêmes comme ils le sentent. »* Il faut également évoquer la question des **certificats médicaux de non contre-indication au sport** fréquemment payés au MG au titre du « risque maladie » alors que cette **pratique favorise davantage les plus aisés**. En effet dans les familles où aucun parent n'est diplômé la moitié des enfants font du sport, contre 83 % quand un parent est diplômé du supérieur. (103)
- Sur la notion de **surconsommation de biens médicaux** : 23% des IMG pensent qu'*« Ils abusent puisque c'est gratuit...Tout doit leur être dû. »* et l'expliquent par un plus grand nombre de consultations injustifiées liées à *« la différence culturelle, un besoin de refuge, un manque d'éducation ou de responsabilisation, une plus grande disponibilité... »* et dans une certaine mesure *« une moindre légitimité à consommer car ils cotisent moins... »*.

Il faut donc rappeler les facteurs liés à ce recours plus importants des PP aux soins primaires : un état de santé plus dégradé et un moindre recours aux autres spécialistes (déplacement, dépassements et reste à charge, parcours de soins,...). De plus comme le rappelle ce rapport de l'IRDES de 2002 sur la notion de « risque moral en assurance » : *« le fait que l'assuré consomme plus que le non-assuré est une réaction naturelle et non la conséquence d'un comportement « frauduleux » sur lequel il faille porter un jugement moral »*. (104)

- Sur la notion de **déresponsabilisation** *« des gens qui prennent ça (la CMUc) comme une assistance, qui pense que c'est normal, que c'est un dû. »* traduisant l'interprétation des patients mais aussi le flou concernant le statut assistantiel/assurantiel de la Sécurité Sociale. Comme nous l'avons vu, le patient est historiquement détenteur de droits et de devoirs au regard de l'Assurance Maladie et la nébulosité actuelle du système peut être source d'amalgame quant à ses devoirs. Le Ticket Modérateur ayant été supplanté dans plusieurs situations par le Tiers Payant intégral (CMUc, AME, ALD), la culture du soupçon qui s'est développée en corollaire n'est que le reflet des idées sociétales : *« le patient ne fait pas tout pour s'en sortir malgré les aides perçues »*.

Ces attitudes des médecins induisent fortement des sentiments de **culpabilité des personnes** et ne favorisent pas l'accès aux soins et l'inscription dans un parcours de soins.

A contrario il faut souligner la volonté civique d'autres personnes précarisées malgré les obstacles ressentis, afin d'éviter des hospitalisations répétées : *« Ces derniers 15 jours-ci j'en ai eu pour 120 euros de médecin, que j'ai avancés. J'y vais sans arrêt, pour ainsi dire tous les deux jours. Autrement c'est l'hospitalisation alors ! »*, et des soins infirmiers superflus grâce à l'éducation thérapeutique : *« En plus, après on lui a proposé, ce n'est pas qu'on lui a proposé, c'est qu'on lui a dit, vous allez apprendre à faire les piqûres dans le ventre. »*, ou des délivrances redondantes de médicaments : *« tous les mois, j'ai 542 € pour moi, et 325€ pour O. de médicaments. Par exemple, des boîtes où tu as 28 comprimés et des boîtes où tu en as 35. Donc tous les 28 jours je suis obligée de retourner à la pharmacie. Au bout de trois mois, j'ai pratiquement un mois sur certains médicaments, donc quand je fais renouveler mon ordonnance, je ne renouvelle pas ceux-là »*. (97)

- Sur la notion de **comportements jugés inciviques** de la part des personnes précarisées : *« retard, rendez-vous manqués non annulés, non observance, exigences accrues... »* ou **agressifs** : *« une souffrance psychologique, qui fait que peut être selon les profils ils peuvent être plus agressifs »*, voire **revendicateurs** : *« le médecin doit leur prescrire ce qu'ils veulent »*, et avec un **manque d'éducation**. Il faut rapporter à ça la différence de culture pouvant renvoyer le soignant à ses propres angoisses (quant au risque de précarité) ; et la barrière psycho sociale que doit franchir le praticien en étant à l'écoute des problèmes sociaux de son patient tout en restant dans l'empathie, sans velléité de jugement.

- Sur les « visages de la précarité ».

L'étude révèle qu'ils n'ont pas la notion de **travailleurs pauvres** (probablement lié à leur sous-évaluation des taux de pauvreté, CMUc ...) ni les connaissances démographiques pertinentes (femmes, jeunes, familles mono parentales). Ils distinguent des « **pauvres méritants** » comme les patients ruraux (« *mérite, robustesse, politesse, intelligence dans sa consommation de soins, fierté, reconnaissance envers le médecin, efficacité vis-à-vis du système de soins* ») et les retraités.

Ils font également un amalgame entre **précarité et immigration**. C'est également une représentation collective partagée dans la société, et qui correspond aux données épidémiologiques. En France 26,8 % des immigrés nés hors d'un pays de l'Union européenne sont pauvres (soit sous le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian), contre 10,8 % pour les personnes nées en France. Ces différences s'expliquent par de très nombreux facteurs. Le **chômage** frappe beaucoup plus les étrangers que les Français : 17,3 % sont sans emploi, contre 8,9 % des Français. Le taux atteint 23,1 % pour les actifs non-ressortissants de l'Union européenne. Le **niveau de formation, les démarches administratives et les discriminations** en sont d'autres causes. (2)

En somme il ne se dégage pas de profils-type du PP, résultat plutôt encourageant dans la mesure où il **sous-entend la multifactorialité**.
- Sur de **moindres capacités cognitives** : plusieurs termes dégradants viennent jalonner leur discours (d'ailleurs couramment repris dans le monde médical) comme « *cortiqué* », « *cérébré* » traduisant la différence de communication comme une diminution des capacités de compréhension, voir intellectuelles du patient, n'étant pas conscients que la capacité à exprimer leur besoin de soins fait également partie du capital culturel.

Sans plus les détailler par souci de non redondance, il faut également citer des thèses en MG de 2010 et de 2011 auprès d'IMG en Ile de France venant corroborer ces résultats. (105) (106) Elles soulignent également le manque de formation des IMG sur le sujet avec de nombreux préjugés circulant et sur lesquels peuvent influencer les mauvaises premières expériences que l'interne a pu avoir de la précarité ainsi que les discours ambiants auxquels ils peuvent être perméables.

On peut mentionner qu'à la question « *Les **comportements négatifs des médecins** vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC que vous avez pu observer sont-ils selon vous **inexcusables ou compréhensibles** ?* », seuls 46% des IMG les trouvent inexcusables (8% les trouvent compréhensibles, 27% sans opinion et 18% sans réponse). (106)

Plus nuancés mais néanmoins stigmatisant, sont les propos tenus par certains praticiens interrogés lors de testing en 2010 quant à leur refus de prise en charge de bénéficiaires de la CMUc. Il ressort une image de « *tricheur* » et d' « *assisté* » quelle que soit la pratique (refus/pas des CMUc, MG/dentiste/spécialiste) : (45)

« On peut attacher ça à des cas sociaux, manque de culture, manque d'éducation. Il y a sûrement des éléments qui poussent ces gens-là à être un petit peu moins responsables que les autres. Il y a sûrement d'autres facteurs ; pourquoi sont-ils à la CMU ? Il y a sûrement des cas sociaux, la plupart n'ont pas les moyens, sont au chômage, ainsi de suite. On devient un petit peu... on peut laisser aller ; on a l'impression que tout est dû. » (Chirurgien-dentiste refusant les patients relevant de la CMU).

...voire même de « mauvais-payeurs » eu égard à leur lieu de domiciliation, comme l'évoquent des patients lors de groupes de parole : « J'avais demandé pour le paiement du dentier : est-ce qu'on peut le faire en deux fois ? Il m'a dit : non, Madame... je lui dis : vous regardez le dossier, tous nos dossiers sont chez vous : il y a quand même une question de confiance. Il m'a dit non, je ne peux pas parce que j'ai été trop roulé, surtout avenue M... ». (97)

c-Quelles hypothèses explicatives à ces préjugés ?

Toujours dans cette étude auprès des IMG, les auteurs se sont attachés à chercher l'origine de ces préjugés, pour mieux les défaire : (2)

- plus on a de **connaissances théoriques** et moins les représentations sont négatives,
- plus on s'**intéresse à la question** et plus on juge utile une formation dans le cursus,
- plus on avance dans sa **formation « pratique »** et plus on a de **préjugés** («*confrontés à des situations médicales complexes ?* »),
- **l'histoire personnelle** et/ou professionnelle du praticien en est un facteur,
- le besoin de **reconnaissance sociale**, à l'instar d'autres pays où les soins primaires sont mieux valorisés et soutenus,
- le sentiment **d'échec thérapeutique**,
- la peur de « **perte de pouvoir** » du soignant (de par les « contestations » et « le manque de reconnaissance des patients »),
- le besoin de conserver le pouvoir de prescription : les praticiens **n'aiment pas être influencés**. Cependant les catégories sociales les plus basses exerceraient une plus faible pression sur les professionnels, comme si le professionnel ajustait son « effort » de diagnostic ou de prescription au degré d'exigence de son patient. Ils évoquent aussi **l'impression de rapport de domination en faveur du patient** (« *obligé de me soigner !* »). L'importance que chacun donne au « pouvoir » qu'il croit exercer de par ses soins ou sa situation sociale ; c'est le principe de **l'ethnocentrisme de classe** qui est la tendance à évaluer ce que l'on voit à l'aune de sa propre expérience et de sa propre culture.

d-Les préjugés émanant des patients

Dans l'inconscient populaire, il subsiste un amalgame entre PMI et Aide Sociale à l'Enfance (anciennement DDASS) freinant le recours aux soins de préventions dispensés en PMI.

En effet, selon le Dr Derlon de la PMI de Nancy, les plus pauvres par peur du placement de leurs enfants, ne consultent pas en PMI alors que leur mission est indépendante des instances juridiques. (96)

e-Les dépassements d'honoraires :

De nombreux témoignages d'usagers convergent vers ce problème :

- *« J'ai été voir un cardiologue, celui-là n'a pas voulu prendre ma carte vitale et pourtant les soins il me les fallait, j'ai réglé la totalité de mes soins, la sécurité sociale met six semaines après pour me rembourser, ce qui est désastreux quand on est invalide »*
- *« Les spécialistes, il y a le dépassement d'honoraire, ça coûte cher, et puis il y a les franchises, ça fait pratiquement 150 euros par an ... et on vit à la campagne, il y a les kilomètres, on a un bus le matin, un bus le soir »* (87)

Dans d'autres enquêtes en population générale, il était retrouvé que pour :

- *Les dépassements : (78)*
 - ⇒ 52% des personnes interrogées (en 2012) jugeaient nécessaires de les encadrer,
 - ⇒ 35% de les interdire,
 - ⇒ 12% à laisser les médecins de secteur II fixer leurs honoraires eux-mêmes.
- *Les dessous de table : (107)*
 - ⇒ 5 % des usagers affirment avoir été confrontés à une demande de « dessous-de-table » (en 2014) au cours des trois dernières années. Ils étaient 3 % en 2007,
 - ⇒ 8 % des patients en ALD se sont vu réclamer « une somme en espèce sans facturation » par un professionnel de santé.

Cependant l'opinion des IMG vient contraster ces propos, soulignant encore le décalage entre soignant/soigné : ils sont 35% des internes à penser qu'un médecin en secteur 2 peut demander un dépassement d'honoraires aux patients CMUC, alors même que 85% savent que les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la CMUC. (2)

f-Les refus de soins :

Cette pratique pourtant aberrante en tout point (éthique, légal, ordinaire) n'est pas marginale comme le soulignent plusieurs travaux et parfois même inconsciemment « tolérée ».

Une enquête auprès d'usagers en mars 2014 relève que 4% d'entre eux se disent victimes de « *discrimination* » de la part d'un professionnel ou d'un établissement qui leur a refusé l'accès aux soins. Cette proportion grimpe à 9 % pour les personnes en affection longue durée et à **12 % chez les ouvriers**. Ces résultats déclaratifs qui sont à nuancer au regard des motifs justifiant le refus de soins (dans 40 % des cas, la raison de santé particulière du patient est invoquée), viennent confirmer la difficile distinction entre refus de soins licites et illicites. (107)

En effet il s'agit souvent de « **refus de soins déguisés** » comme le souligne le rapport de la réunion inter disciplinaire de 2011 : par refus de TP, dépassements d'honoraires, délais décourageant des rendez-vous ou devis exorbitants (pour des soins dentaires par exemple), obstacles institutionnels (de par la complexité des démarches). (7)

Le rapport du Défenseur des Droits (D.Baudis) de mars 2014 rapporte que la majorité de ces refus s'opèrent dans les **grandes villes** (où les patients sont plus fréquemment dans la précarité), chez les **médecins de secteur II** (où l'aspect financier est évoqué car ils ne sont pas autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME.), chez certains **spécialistes** et chez les **dentistes**. (108)

La revue Prescrire s'y intéresse aussi :

- Des **refus de soins** sont rapportés en 2010 dans le Tarn concernant la prise en charge **de patients toxicomanes**. Il s'agissait de refus déguisés ou pas (« *refus de nombreuses pharmacies et problème de déplacements de ces patients* », « *flicage des pharmacies collaborant à la prise en charge* », « *ALD très longues à obtenir* », « *raillerie sur la pratique des addictologues lors des procès* »...). (109)
- L'évocation du testing de 2005 auprès des praticiens : **¼ d'entre eux refusaient de soigner des bénéficiaires de la CMUc** (toute spécialité confondue), en toute connaissance de causes se sachant passibles de sanctions. (110)

Dans l'analyse de ce testing de 2005, il a été retrouvé que les **MG refusaient de manière plus contournée** : « *Le Dr P. ne prend pas la CMU. Je vais vous dire simplement pourquoi, c'est que les patients qui ont la CMU ne sont pas suffisamment remboursés. Parce que le docteur a des honoraires avec des dépassements. Je peux vous envoyer vers quelqu'un d'autre qui, lui, risque plus facilement de vous prendre* » (secrétaire d'un psychiatre en secteur 2).

L'analyse statistique a montré que les **médecins en secteur 1 acceptaient plus souvent que leurs confrères du secteur 2 et les médecins généralistes plus souvent que les spécialistes**. Aucune différence statistique en fonction du genre ou de l'âge du praticien n'a été observée.

Les **chirurgiens-dentistes** avaient quant à eux **un discours plus direct** et la plupart d'entre eux (parmi ceux qui refusaient) déclaraient, sans détour, « *qu'ils perdaient de l'argent en recevant des bénéficiaires de la CMU car les bases de remboursement des prothèses dentaires étaient inférieures au prix coûtant de réalisation de la prothèse* ». Quelques-uns ont accepté alors de recevoir mais uniquement dans le cadre de soins classiques. Ils étaient peu nombreux dans ce cas et le plus souvent l'accord n'était pas négocié en fonction du type de soins demandés.

Quelques praticiens ont exprimé explicitement une angoisse largement partagée, même si elle n'était pas formulée par tous, d'être rapidement « *envahis par une demande exponentielle* » : Pour parer à cette éventualité, certains cabinets ont instauré des **quotas** : « Plus qu'un coût dont il considérerait que la société leur reste débiteur, c'est avant tout un éventuel retentissement sur leur chiffre d'affaires qui serait donc en cause : le quota instituerait une limite évitant qu'une masse critique de patients puisse peser sur celui-ci. » (45)

En amont, il est rapporté que les **IMG** sont tout de même **1/3** à accepter l'idée qu'un **médecin de secteur 2** puisse **refuser** de soigner un bénéficiaire de la **CMUc**. (2)

Ce phénomène est d'autant plus ancré qu'il bénéficie de la tolérance voire de la résignation de leurs victimes.

Dans son mémoire d'éthique médicale J. Gueguen rapportant la parole de quatre bénéficiaires de la CMUc et de quatre travailleurs sociaux :

- **les bénéficiaires de la CMUC** pensent que « *les médecins sont libres de les accepter ou de les refuser et de leur demander des dépassements d'honoraires* ». Ces personnes ont eu des expériences de refus de soins fréquentes, qui ont été vécues de diverses manières. Certains patients les banalisent et ne les identifient pas comme telles, d'autres se sentent humiliés et méprisés et enfin certains patients vivent ces expériences avec inquiétude et la crainte de ne pas trouver de médecin qui les accepte. « *Enseigner la loi aux étudiants est un préalable évidemment nécessaire à son application, bien que cela ne soit pas une garantie suffisante. En voulant faire l'impasse sur ces enjeux, qui sont finalement plus sociaux et politique que médicaux, le troisième cycle ne va pas au bout de ses objectifs. Il se limite à la simple transmission de connaissances techniques médicales, sans inscrire leur utilisation dans les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels le futur médecin va évoluer* » (J.Gueguen).
- **les travailleurs sociaux** adoptent une attitude de compréhension des professionnels de santé. Ils ne cherchent pas à les condamner mais plutôt à leur trouver des excuses : ils mettent en avant les causes multiples à l'origine des refus de soins. Certains pensent que « *les médecins libéraux devraient être libres de choisir d'accepter ou de refuser les patients bénéficiaires de la CMUC, et qu'une information claire sur les médecins qui acceptent ou qui refusent devrait être diffusée aux patients* ». Globalement, ils ont une attitude plutôt passive à l'égard des refus de soins (évitement des professionnels qui refusent, pas d'encouragement au signalement).

Quelles sont donc les enseignements à tirer afin de progresser sur la question ?

Lors de la réunion de coformation de 2011 (préparatrice à la réunion inter disciplinaire qui a suivi à laquelle ont participé des politiques), s'est dégagée l'idée que les professionnels (médicaux et élus locaux) se devaient de dénoncer ces comportements « non citoyens » à partir de témoignages de patients (refus, dépassements abusifs). (87)

Le rapport à l'IRDES de 2012 sur le testing s'inscrit dans cette lignée et contribue à souligner l'importance du dialogue et de l'inter relation « tri partite » (entre patients précarisés, acteurs de soins et politiques), en attendant un retour futur plus autoritaire avec de vraies sanctions à l'encontre de leurs auteurs (ordinale, pénale, coercitives) ? (45)

Le Défenseur des Droits a été créé en ce sens. Son rôle premier est d'intercéder en la faveur de victimes de refus de soins afin de faire valoir leurs droits, comme l'attestent ces deux exemples : (108)

- Patiente en situation irrégulière depuis peu et dont les droits étaient ouverts pour 1an donc encore actifs lors du refus de son intervention chirurgicale : le DDD a été saisi et l'opération a pu être réalisée.
- Plusieurs Interruptions Volontaires de Grossesses refusées auprès de patientes clandestines et sans AME (car résidant depuis moins de 3 mois sur le sol français) : le DDD a été saisi et une demande de droits en urgence a été débloquée (AMU) pour la réalisation de ces IVG.

Missionné par le 1^{er} ministre sortant (JM. Ayrault) dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, un acte fort a été posé, l'élaboration de **12 propositions pour endiguer les refus de soins** avec notamment :

- ⇒ Sensibiliser les patients précarisés par une campagne d'information ciblée sur les refus de soins et leurs recours.
- ⇒ Renforcer l'action des associations pour aider les personnes précarisées à faire valoir leurs droits. Et autoriser les victimes à se faire accompagner par un tiers dans les démarches.
- ⇒ Impliquer l'ARS comme guichet unique pour faire remonter les plaintes aux CPAM et ordres divers afin de sanctions. Et organiser des testing pour les détecter.
- ⇒ Simplifier les aides : automatiser la couverture entre RSA socle et CMUc ainsi que ASPA et ACS.
- ⇒ Pour les refus de bénéficiaires de l'AME : difficile à appréhender à cause de la clandestinité et de l'hostilité ressentie (« 40% ne la renouvellerait pas ») mais il faudrait reconsidérer le dualisme CMU/AME pour faciliter les démarches des personnes précarisées et des professionnels.
- ⇒ Former davantage les acteurs de la santé sur les ISS : modules dans la formation initiale et enseignements dans le DPC,

- ⇒ Etendre le cadre juridique du refus de soins au code de la santé publique (comme cela avait été fait avec la loi HPST car il persistait un vide juridique sur la question de la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins fondé sur le type de protection sociale) ...

g-La critique des recommandations scientifiques :

« *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme.* » (Rabelais)

Les MG interrogés sur la question, quant à la prise en charge de pathologies chroniques, soulignent le **décalage entre recommandations et réalité du terrain**. Ils qualifient de « victoire » le fait qu'un patient revienne en consultation. Ils s'attachent donc à hiérarchiser ces recommandations au cas par cas leur permettant d'assurer une prise en charge a minima de ces patients, tout en évitant de les culpabiliser devant des normes qui ont été édités sans prendre en considération leurs contraintes quotidiennes. (36)

Dans son analyse sur la **standardisation des soins par les EBM** (médecine fondée sur les preuves), le Dr E.Azria va plus loin en critiquant ces recommandations, les considérant comme « *dans une certaine négation – ou plutôt dénégation – de l'incertitude attachée à la connaissance* ». Il explique que les EBM ne sont le fruit que d'études scientifiques permettant de **cibler des paramètres biologiques au détriment des aspects psycho sociaux** qui eux ne peuvent être mesurés par ces études : « *...l'approche scientifique n'embrasse à ce jour qu'une petite partie des questions médicales, et que certaines d'entre elles ne peuvent se prêter aux méthodes de recherche actuelles, que des réponses purement rationnelles sont loin d'être toujours disponibles* ».

A partir de là le risque de **déshumanisation du soin** (« *réduire le malade au nom standardisé de sa maladie* ») est majeur et le seul rempart - en la personne du MG (par « *l'expression de son jugement devant la singularité de chaque situation médicale* ») - est également ébranlé par la volonté coercitive de l'Institution, le forçant à se conformer à ces règles (« *emprise croissante des synthèses expertes de la connaissance sur lesquelles les praticiens n'ont que très peu la possibilité d'avoir un regard réellement critique, c'est leur jugement qui se trouve totalement dévalorisé* »).

Il conclue sur l'importance de **ne pas dévaloriser le regard critique du praticien**, objectif avoué lors de l'avènement de ce système EBM : *« Les deux composantes de la médecine que sont l'art et la science, doivent nécessairement trouver un équilibre dans un rapport dialectique. Préserver le savoir artisan et revaloriser le jugement clinique ainsi que l'expérience contre une standardisation qui rappelle étrangement par ses méthodes les principes de la rationalisation industrielle, c'est préserver un soin dont la priorité reste l'individu face à une gestion publique de la santé qui tend à l'oublier ».* (111)

Dans une autre thèse de MG plus récente, on s'attache à comprendre le **refus de certains MG quant aux ROSP** (Rémunération des Objectifs de Santé Publique). (112)

Bien que ces refus soient minoritaires (3% de non signataires), ils n'en restent pas moins intéressants car idéologiquement justifiés ; puisque les MG ayant refusé les ROSP avaient déjà refusé le « paiement à la performance ».

Ils avancent les effets pervers que ces mesures (CAPI, ROSP) peuvent avoir dans la relation médicale :

- le risque de **stigmatisation du patient non observant** : *« Ça va modifier le comportement du médecin dans la mesure où le mauvais malade, celui qui ne fait pas bien son HbA1C, celui qui veut pas arrêter sa benzodiazépine longue durée, celui-là, il va être pris en grippe »*,
- le risque **d'aggraver les ISS** en ne tenant pas compte des personnes précarisées et de leur rapport à la prévention : *« Si on se met à suivre des indicateurs au lieu de suivre des patients, ça va avoir un impact négatif sur une partie des patients, parce qu'il y a une partie des patients (et à mon avis elle est plutôt large) qui ne rentre pas dans les moules déterminés sur des dossiers statistiques. Et du coup, il y a un grand nombre de patients pour qui appliquer la recette, la recommandation, c'est une bêtise »*,
- de **pervertir la relation** soignant/soigné : *« Et puis moi je serais patient, et puis j'irai voir un médecin dont je sais qu'il a touché un petit bakchich, accepté une petite gratification, j'aurai pas une très haute opinion de lui-même. Ce médecin, pour moi, il serait suspect »*,

En marge ils s'interrogent sur la **légitimité de l'Assurance Maladie** à contrôler leur pratique : *« C'est pas à la Sécu de nous évaluer »*.

Une enquête récente auprès des MG sur l'opinion qu'ils ont de ces ROSP, même s'ils sont majoritaires à y souscrire, laisse entendre qu'ils n'en attendent pas de miracle. Pour 83% des praticiens interrogés, le dispositif est d'abord et avant tout une machine à faire des économies pour la Sécu. Les deux tiers (62%) concèdent tout de même que *« les objectifs sont définis pour améliorer la prise en charge des patients »*. Mais pour le reste, seuls 31% pensent que ce dispositif va améliorer leur pratique dans le champ des objectifs de la ROSP. Une proportion qui tombe à 14% pour espérer des retombées positives sur l'ensemble de leur pratique. (113)

Pour être complet, citons l'exemple de ce médecin lorrain exerçant en ZUS auprès de patients en grande pauvreté, ayant de grandes difficultés dans leurs demandes administratives (absence de carte vitale) et pour lesquels elle pratique beaucoup de visite. En raison de ces obstacles, elle ne peut tenir les objectifs des ROSP quant au quota de règlements télétransmis (66% des feuilles de soins, au minimum).

Elle s'est donc vue notifiée d'un avis de sanction de la part de sa CPAM de rattachement, alors que le fondement des ROSP est de nature incitative.

Après en avoir fait part au mouvement ATD, la situation s'est apaisée et elle n'a pas sanctionnée.

Cet exemple, loin d'être isolé, illustre bien la problématique de ces recommandations et le manque d'objectivité des institutions, étrangères aux écueils que peuvent rencontrer les acteurs de terrain.

h-Sur « l'exercice » face au patient précarisé :

Cette notion est ici envisagée sous l'angle idéologique de chaque praticien et celui de son expérience en terme de soins aux populations démunies.

Ethique :

Les usagers se positionnent sur la question, réclamant que les professionnels changent de regard sur la précarité : « *ils doivent mieux la connaître (formations théorique et pratique), simplifier leur langage scientifique jugé inaccessible et être moins culpabilisant (notamment concernant l'alimentation)...* » (87)

Pour les **professionnels**, les opinions divergent :

- « *les limites ne sont pas définies, ce sont les limites qu'on se pose* » (un MG interrogé lors de la thèse sur l'exercice de la précarité). (59)
- « *pas mon travail* » pour certains et orientations aux services sociaux pour d'autres (jeune MG remplaçant). (59)

Le Dr Giannotti (MG en Ile De France) souligne « *l'importance de l'inter-culturalité* » dans la relation de soins particulièrement bien représentée par la « *distance soignant/soigné lorsqu'il s'agit de migrants* ». Elle insiste sur la nécessité d'une éducation thérapeutique dans la réciprocité. (91)

L’ambivalence de ces propos est particulièrement présente chez les IMG, faisant part de leur ressenti lors de cette thèse de 2013 : (2)

« Y a des médecins qui veulent pas la voir, qui la voient pas qui la recherchent pas. Ils n’en parlent pas, ils ne s’intéressent pas. (...) Avec l’entretien qu’on fait d’habitude, on la recherche pas,. (...) De ce que je voyais, les entretiens fait en médecine générale sont très courts, tu vas à l’essentiel, le problème médical, et au final, le problème social c’est très peu pris en compte à moins que la personne vienne pour une demande sociale ... »

Il se dégageait parfois l’impression d’une plus grande **gratification personnelle** à soigner les plus démunis, pourtant on pouvait entendre exprimés:

- **l’inutilité** devant l’impossibilité de pouvoir agir par la suite,
- **l’illégitimité du praticien** en raison du manque de connaissance et de la barrière sociale, renvoyant à des notions culturelles sociétares (tabou),
- le risque de **stigmatisation des patients concernés**,
- le besoin de **consultation plus longue** avec les patients précarisés alors qu’elles le sont paradoxalement moins qu’avec des patients plus aisés, (114)
- l’intérêt paradoxal porté à ces ISS alors qu’elles sont **anxiogènes** dans leur pratique,
- la peur de **devenir soi-même précaire**,
- l’empathie ou la **peur de l’autre**,
- la **distance sociale** avec la peur de la rancœur et de l’agressivité potentiels à l’égard de la position sociale du médecin.

Expérience :

En interrogeant cette fois des MG, on prend davantage la mesure des écueils sur le terrain selon le type d’exercice et les moyens que chacun met en place pour y remédier.

Ainsi lors du colloque de MG en juin 2013, il est souligné qu’il est important que le MG puisse intervenir sur « *les déterminants de santé accessibles : accès aux droits (information et aide aux démarches), comportements à risque et prévention (dialogue et écoute)...* ». (91)

Lorsqu’ils sont interpellés sur leur pratique en situation de précarité, les MG signalent qu’ils sont majoritairement en difficultés (92.5% soit 368 MG sur les 398 MG interrogés) et ce taux varie selon leur type d’exercice. (59)

Les **MG de ville** ont semble-t-il **plus de difficultés**, probablement en lien avec une moindre connaissance des conditions de vie de leur patients, faisant moins de visite à leur domicile.

L'hypothèse de la **concurrence de « SOS médecins »** a été avancée ; tant leur activité s'est diversifiée ces dernières années.

Au début des années 2000, cette organisation de médecins libéraux a intégré le pool d'acteurs de soins en milieu urbain et péri-urbain, de certaines régions sous dotées, pour pallier aux carences dans le cadre de la permanence des soins nocturnes (20h-8h) et dans celui des visites à domicile. Ils maintiennent en cela un lien entre les soins primaires et certaines franges de la population : personnes âgées et/ou handicapées, populations précarisées dont « SOS médecins » consacre en moyenne 20% de son temps (CMUc, AME). Leur activité est conventionnée, leurs tarifs sont donc opposables à ceux de l'AM. Grâce à leur action au lit du malade, ils évitent fréquemment leur passage au SAU voire leur hospitalisation (« *le taux d'hospitalisation des patients par SOS Médecins est de l'ordre de 6 à 8 %* »), sources de complications (perte de repères ou d'autonomie, infections, attente...) et de surcoût pour le système de soins (« *le coût d'un transport vers un service d'urgence décidé d'emblée par la régulation est 5 à 10 fois supérieur au coût engendré par le déplacement d'un médecin au domicile du patient* »). (115)

Selon un sondage réalisé en 2003, les MG assuraient un soutien inconditionnel à leurs confrères de « SOS Médecins ». Mais leur opinion a semble-t-il évolué ces dernières années en raison de la conjoncture (parcours de soins, manque de coordination et de valorisation du MG) et d'une diversification de leur activité. En effet SOS médecins a étendu son action en créant des maisons médicales de garde (ouvertes de jour en semaine et le week-end) et en augmentant leurs visites de jour (40% à 45% de leur activité totale), faisant craindre le développement d'un « autre » réseau de soins parallèles, entravant la volonté actuelle de revalorisation de la MG.

La question doit être légiférée prochainement lors d'un texte de loi à la santé prévu mi-juin 2014. (116)

Au contraire, les **MG de campagne semblent plus à l'aise** du fait d'une meilleure connaissance du quotidien de leurs patients (de par les aides à domicile prescrites et une plus grande propension à visiter les patients) ; un meilleur accompagnement semblant assurer une meilleure observance.

En fait les **MG les plus à l'aise** restent ceux qui ont acquis « **une grande expérience** » au **contact des personnes précarisées**, ayant pu tisser des réseaux de prise en charge médico-sociale.

Le collège de MG abonde en ce sens en soulignant en mars 2014 « *la nécessité pour tout médecin généraliste de bénéficier d'un réseau de professionnels de santé exerçant en secteur 1* ». (12)

Les MG interrogés sur leur pratique dans le cadre de pathologies chroniques citent des solutions qui au cas par cas leur permettent de surseoir aux écueils de la précarité. (36)
Elles sont d'ailleurs reconnues par leurs patients. (97)

- Concernant le **déremboursement de certains médicaments**, il les négocient avec leurs patients (*« sachant qu'ils vont davantage privilégier des traitements ayant un bénéfice direct sur leurs symptômes, comme les sirops pour la toux »*). Ils *« contourneront »* parfois les ordonnances en les *« prescrivant sur l'ordonnance du conjoint à 100% »* ou bien des pansements très chers pour des plaies ne les justifiant pas (les pansements *« basiques »* n'étant plus remboursés) ou en donnant des médicaments rapportés par d'autres patients ou des **échantillons délivrés gracieusement** par les laboratoires, pratique devenue marginale dans le contexte financier actuel, confirmé par des patients lors d'un groupe de parole en 2009 : *« Il le faisait pour les familles qui n'avaient pas de mutuelles (...) C'est un manque à gagner pour le laboratoire. »*. Ils louent également leur bienveillance quant à des **prescriptions adaptées à leur budget** : *« Parce qu'il sait que je n'ai pas trop les moyens alors il s'arrange pour me mettre des traitements qui soient remboursables, que je n'ai pas à sortir d'argent »*.

- En terme de **consultation**, ils ne pratiquent pas de dépassement d'honoraire, tâchent de pratiquer le Tiers-Payant, proposent des ordonnances renouvelables (parfois à l'encontre des recommandations) afin de ne pas multiplier les consultations. Ce fait est confirmé par certains patients lors de groupes de parole prônant une plus grande mesure des MG au regard de consultations raisonnées : *« On accuse les gens d'abuser des médecins, on veut trop de trucs, trop de machins mais eux, c'est des consultations pour rien »*.
 Dans sa thèse de MG en 2012 (sur la santé des migrants), partant du principe que les difficultés de communication sont un écueil majeur à l'accès aux soins, le Dr Fédérici propose de développer les dispositifs publics d'interprétariat. (77)

- Pour le règlement, ils sont nombreux à user du TP (sur la part AMO ou sur les deux), quelques-uns à pratiquer des actes gratuits (ne faisant pas régler la part AMC) et sont en général conciliants quant aux encaissements différés, comme le confirment les patients : *« Je n'ai pas avancé et tu fais simplement un chèque de caution tout le temps que la Sécu n'a pas payé, le médecin garde le chèque. »*

- Pour ce qui est du **problème de temporalité** que nous avons évoqué plus haut, ils les adressent plus facilement en consultation au CHU où leur retard sera moins mal perçu : *« je me dis que si la personne arrive avec 1h de retard ça va être pris dans la masse. Alors qu'en consultation avec un libéral, il va plus se faire embêter... »*. Il est également envisagé le développement de plages libres de rendez-vous. (77)

- Pour les **verres correcteurs**, ils prescrivent des renouvellements sans pouvoir réaliser un examen ophtalmologique digne de ce nom, afin de leur épargner le tarif du spécialiste et le temps d'attente.

- Pour les boîtes de médicaments, ils essaient de les prescrire en mentionnant **« non substituable »** sur l'ordonnance, car les patients en situation de précarité ont fréquemment l'habitude de se repérer au code de couleur (*« Les pharmaciens qui changent les boîtes de médicaments à tout bout de champ, c'est-à-dire qu'un jour c'est*

une boîte verte ensuite c'est une boîte jaune. Pour les gens qui savent pas lire, c'est du n'importe quoi »).

- Parfois même au **détriment de leur carrière** en engageant leur responsabilités sur certaines prescriptions : *« Je suis en train de faire de fausses ordonnances de morphiniques sur le nom d'autres patients pour pouvoir soigner cette dame et le directeur de l'hôpital ne veut pas prendre en charge cette dame (il s'agit d'une patiente dont on ne peut pas confirmer l'identité et qui ne peut donc pas être immatriculée à la Sécurité Sociale et bénéficier d'une couverture sociale...) »*

Les MG de cette étude soulignent eux aussi le **manque de formation** de leur profession sur cette problématique, le **manque de temps** sur des créneaux de consultation sans rendez-vous et les nécessaires **capacités d'altérité du MG** dans ces situations.

Dans sa thèse de sociologie, D.Belloli croise les ressentis des MG et des usagers quant aux **écueils de leur inter-relation** lors du soin. (117)

Elle met notamment en avant l'importance accordée à la **rémunération lors de cette relation**, avec des sentiments de « *suspicion* » naissant à l'encontre des praticiens qui « *multiplient actes et consultations* ». A contrario, cette relation semble « *bonifiée* » lorsque l'argent est occultée comme « *lors du passage à la CMUc* ». Il est souligné qu'on « devrait parler « argent » avec le patient » par souci de transparence, afin de renforcer l'idée de partenariat et d'adhérence au projet de soins.

L'autre point en relation avec cette pratique de la précarité, est la problématique des **dépendances touchant :**

- **le patient** par « *le besoin de confiance en soi et en son médecin* », « *l'absence de liberté de choix du soignant* » et la notion « *d'une relation déséquilibrée par de moindres connaissances médicales (...) et la multiplication des intervenants* »,
- **le MG** par les « *recommandations (génériques et ROSP)* », « *l'obligation d'assistance notamment en cas de danger imminent et sans son avis (réquisitions)* » et « *les contraintes logistiques avec des durées d'hospitalisations économiquement déterminées* » (pour les médecins hospitaliers).

Enfin elle cite les **peurs et appréhensions** dont sont victimes les deux parties :

- patient : « *ne pas trouver sa place...ne pas pouvoir se confier...peur du diagnostic* ».
- MG : « *de ne pas se comprendre...de la médecine à deux vitesses...de la violence...d'être surestimé et ne pas être à la hauteur* ».

Détection des personnes vivant en grande précarité :

« *La moitié du monde ne sait pas comment l'autre vit.* », écrivait Rabelais.

En effet le premier problème dans cet exercice en lien avec des personnes en précarité est d'arriver à la déceler.

Or la recherche de ces déterminants sociaux est encore peu ancrée dans notre société et encore moins dans la pratique médicale.

Les écarts constatés dans **le repérage des populations défavorisées** par les IMG se retrouvent chez les MG : sont surtout cités comme précaires « *les migrants* », « *les personnes âgées* » (de par leur isolement géographique et leur perte d'autonomie), « *les femmes seules avec famille à charge...surtout si elles sont étrangères* » (de par la barrière socio-culturelle et religieuse). Les étudiants ne sont qu'implicitement cités par « *les jeunes de 18-25 ans* » ; les anciens détenus pas du tout. (59)

Le Dr Chatelard, au travers de sa thèse (21) et de son intervention au colloque de MG en 2013 (91), évoque le rôle que doit tenir le MG dans cette première approche de la précarité.

Cet **effort de dépistage** de la part du praticien pourrait lui permettre de mieux appréhender la problématique des ISS et d'être moins stigmatisant en cas d'inobservance thérapeutique. En effet cette démarche pourrait permettre au MG de se remettre en question en cas de mauvaise observance de son patient, l'incitant davantage à s'interroger sur les éléments qu'il a pu omettre dans son suivi plutôt qu'à le considérer comme négligent (comme des examens complémentaires trop chers et non remboursés).

Elle souligne également le nécessaire besoin **d'empathie sans jugement** dans la relation de soins (« *écoute et relation paternaliste abandonnée au profit de la collaboration* »), l'importance de la **collaboration entre professionnels du champ médico-social**, la nécessité de **privilégier les facteurs sociaux** (travail, logement, accès aux droits communs) aux comportements de santé (addictions, alimentation...).

Le repérage des **patients vulnérables** pourrait être significativement amélioré au prix de quelques modestes modifications de pratique comme des **questions socialement ciblées** lors de la phase d'interrogatoire précédant celle de l'examen clinique. Ces questions pourraient néanmoins être mal interprétées et paradoxalement sources de stigmatisation ; je discuterai de ce point dans la 3^{ème} partie.

Elle a d'ailleurs contribué à la rédaction par le collège de MG d'un rapport en mars 2014 intitulé « *Enquête sur l'intérêt de dépister les ISS en soins primaires* » : (12)

Il y est souligné l'importance de colliger les déterminants sociaux du patient dans le dossier médical à l'aide de questions simples et pertinentes, le moins stigmatisant possible et classées en deux catégories :

- **Les informations indispensables** : date de naissance, sexe, adresse, statut vis à vis de l'emploi, profession, type de couverture sociale, capacité de compréhension du langage écrit.

- **Les informations utiles** : être en couple, nombre d'enfants à charge, vivre seul, pays de naissance, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle INSEE, bénéficiaire de minima sociaux, logement, situation financière.

Certains items semblent **plus intrusifs** : niveau d'études, aides sociales, conditions de logement ou situation financière perçues ; ou plus difficiles à cerner lors d'une seule consultation : **littératie en santé** (dont les capacités de compréhension du langage écrit ne sont qu'une partie) correspondant à la capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre les informations de base et les services requis pour prendre des décisions appropriées en terme de santé. Il s'explorerait avec cette question bien que plutôt stigmatisante: « *“Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?”* » Il est donc conseillé de les rechercher de façon plus diffuse.

De plus la structure des informations a été spécifiée (formats et valeurs), pour que les éditeurs de dossiers médicaux informatiques puissent proposer **des outils facilitant la saisie**, améliorant ainsi l'adhésion du praticien.

L'objectif de ces pratiques est à terme de :

- **les généraliser** pour témoigner des ISS sur notre territoire, et pour mettre en place et évaluer des actions concrètes visant à les réduire,
- pour **optimiser la prise en charge du patient précarisé**,
- pour établir un **audit de son activité** et l'adapter en fonction des carences détectées (mettre des plages de consultation libre, TP, personnel, plateforme de prévention adaptée, interprétariat, carnet d'adresse social...),
- faire remonter les données pour des actions de santé publique ciblées (sur des zones précarisées).

A l'instar de ces questions et du score EPICES (cité dans le 1^{er} chapitre) et devant l'absence d'outils consensuels, d'autres échelles sont développées dans différentes régions. Citons en deux :

- La thèse de MG du Dr Robert de Paris en 2013 s'est attachée au développement et à la validation d'un questionnaire (cf. Annexe 6) en **croisant des données socio-démographiques à des critères de moins bonne santé** (état de santé, alimentation, recours aux soins) chez 3006 parisiens. (118)

- Le dépliant destiné aux MG et rédigé par l'ODM de Meurthe et Moselle en avril 2014 sur des outils de **détection directe/indirecte de la précarité en consultation**. Il s'agit de relever des déterminants de précarité, toujours dans le souci de ne pas stigmatiser le patient donc à base d'observations (état de santé dégradé, examens non réalisés, difficultés de règlement...), de données socio-démographiques (étudiants, familles monoparentales, ...) et de questions non moralisatrices quant à la non observance du traitement ou des examens prescrits. A partir de là, il est plus facile d'appréhender le contexte psycho socio affectif du patient et d'adapter sa prise en charge en conséquence. (119)

C'est également l'avis du Dr H.Falcoff, lui aussi invité à s'exprimer sur le sujet lors du colloque de 2013 (91) et dans le rapport de l'INPES en 2010. (120)

Il pense aussi, études à l'appui, que la réduction des ISS passe par une optimisation des soins primaires et notamment les consultations des MG qui devraient être plus longues, plus interactives, moins isolées (dans le sens du travail en réseau MG/IDE/travailleurs sociaux).

- A titre d'exemple, un **programme d'éducation thérapeutique** pour patients insuffisants cardiaques a permis de réduire le nombre de décès et d'hospitalisations et, chose rare, ceux qui en **ont le plus bénéficié sont les patients de faible niveau d'alphabétisation**.
- Le système anglo-saxon « **register, reminder, outreach, recall** » où des « *rappels automatiques* » de patients (par téléphone ou courrier) permettent une intervention plus efficace pour des soins protocolisés (maladies chroniques) et de prévention. Cette technique, qui permet d'assurer la continuité de la prise en charge, a permis d'améliorer la qualité des soins des populations défavorisées, aussi bien dans des interventions ciblées que dans des interventions universelles. (121)
Une revue Cochrane de 2005 a conclu que les dispositifs de type **reminder** (*programme qui déclenche des rappels automatiques destinés au médecin ou à l'infirmière*) et **recall** étaient efficaces pour améliorer la couverture vaccinale de la population des enfants et des adultes, pour diverses vaccinations. La synthèse ne s'intéressait cependant pas à l'efficacité de ces systèmes pour réduire des gradients sociaux. (122)
- Autres techniques scientifiquement validées : **rendre le patient plus actif** pendant la consultation, par des questionnaires en salle d'attente.
- Au Royaume-Uni, le **paiement des médecins à la performance**, liée à l'examen de 150 indicateurs, a permis **de réduire les écarts de soins entre zones riches et pauvres**. En France, cette idée du « *P4P (Pay for Performance)* » a germé et donné naissance aux CAPI puis aux ROSP. De plus, à l'instar du « **chronic care system** » ayant fait ses preuves outre-manche avec des résultats positifs sur la réduction des ISS, se développent en France des programmes de soins similaires, articulés autour de 6

axes : l'Institution (priorité donnée sur les pathologies chroniques), les partenaires associés (sport, centre d'aide, associations...), l'éducation du patient sur sa pathologie, le partage du travail entre infirmières/MG selon les objectifs/résultats des patients, la décision pluridisciplinaire entre acteurs en temps réel et le système informatique (système d'alerte par des logiciels).

i-La formation des médecin en question :

« *Etre conscient de son ignorance, c'est tendre vers la connaissance.* » (Benjamin Disraeli)

Comme nous l'avons vu, la méconnaissance de la problématique et les préjugés qui en découlent sont le fruit d'un manque de connaissances théoriques et de mauvaises premières expériences au contact de la précarité. Il convient donc de s'intéresser à ces aspects en terme de formation. Ce besoin est d'ailleurs souligné par tous les acteurs de la santé (IMG, MG, usagers).

Lors du colloque de 2011, les usagers soulignent le manque de pertinence des cours dispensés aux étudiants : « *dans les facultés de médecine, on constate de plus en plus de formation en psychologie dans la formation initiale du généraliste. En revanche, la précarité n'est quasi-pas abordée. Par contre, les futurs médecins reçoivent une très bonne formation sur la maîtrise des coûts !... Autre avancée : dans plusieurs facultés il existe un DU santé précarité.* » . (87)

Le rapport « *la prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé* », publié le 19 mai 2014 (coproduction FHF et Médecins du monde), souligne l'importance de sensibiliser et de former le personnel soignant aux problématiques de la précarité dans les soins et de l'accès aux droits. Ceci est d'autant plus vrai que les patients en précarité consultent davantage à l'hôpital en première instance. Il est donc primordial de savoir les orienter et leur faciliter l'accès aux soins dans le droit commun. (123)

Optimisation des cours théoriques

Le collège de MG préconise en mars 2014 de sensibiliser davantage les MG sur les ISS pour permettre de les endiguer, en prenant exemple sur des mesures prises en ce sens au Royaume-Uni, il y a 25 ans et où une étude en cabinet de MG rapporte une réduction des ISS (et même des résultats supérieurs à la moyenne nationale) pour 4 soins de prévention (vaccination contre le tétanos, dépistage des cancers du sein, du colon et de l'utérus).

Il recommande ainsi d'intégrer la notion de gradient social de santé de manière transversale dès l'enseignement aux étudiants de 1er et 2ème cycles des études médicales. Une offre de DPC existe concernant les inégalités sociales d'accès aux soins de prévention. Ce type de formations mériterait d'être multiplié afin de sensibiliser les médecins généralistes à la réalité des ISS dans leur pratique. (12)

Actuellement répartis tout au long du cursus, cette formation théorique s'est timidement enrichie de quelques cours en **PACES** (Première Année Commune aux Etudes de Santé) : 1 cours en Santé Publique (UE 7- module 1 : item 42. « *Les inégalités de santé en France : sociales (précarité), géographiques, liées au sexe...* ») et 1 cours en Sciences Humaines et Sociales (UE 7- module 3 : item 42 « *Relation soignant –soigné Point de vue sociologique* »).

Les autres cours sont pour le **second cycle** : items 14 - *Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé* et item 46 - *Sujets en situation de précarité : facteur de risque et évaluation. Mesures de protection*... et pour le **3ème cycle** : « *patients migrants et/ou en situation de précarité* ». A Nancy, les cours se sont notamment enrichis d'un séminaire pour améliorer les connaissances du praticien sur le fonctionnement du système de santé (S-7 - « *Le médecin généraliste dans le système de santé* ») et d'un séminaire sur l'éducation thérapeutique dispensée au patient (S-15 - « *Education du patient – Education pour la santé* »).

Les MG (59) et IMG (2) interrogés évoquent l'intérêt d'une formation post universitaire au travers d'EPU (comme des **groupes de pairs** et des **DU**) validant pour le DPC (Développement Personnel Continu) du praticien, comme l'atteste le développement continu des DU sur la précarité (Nancy-Strasbourg, Bordeaux, Paris Descartes, Marseille...).

La question reste néanmoins posée sur la pertinence à rajouter des cours selon le stade du cursus :

- En première année, ces notions ne risquent-elles pas d'être fondues dans la masse des autres cours théoriques jugés par les étudiants plus discriminants au regard de leur concours ? (2)
- Lors du second cycle, les étudiants préparent l'ECN et sont probablement moins sensibles à des notions jugées peu discriminantes (puisque rarement sanctionnées par les sujets d'examen).
- En post universitaire, en se « sur-spécialisant » sur la précarité avec le risque d'entretenir ce fonctionnement de médecine à deux vitesses dans le cadre de spécialités en « *pauvrologie* » (2), comme le confirme le Pr Aubrège en 2011 : « *La plupart des médecins ont conscience des situations de précarité mais n'accueillent pas des patients en précarité parce que c'est plus compliqué et qu'ils renvoient vers leurs collègues « spécialistes de la précarité »* » (7).

Outre le nombre de cours, il est évoqué par les IMG de modifier le contenu de ceux existant déjà, en y rajoutant une **composante « médico-sociale »**. (2)

Un certain nombre de points méritent formation selon les MG interrogés : (59)

- les structures sociales (45%),
- les droits des patients (29%),
- les migrants (21%),
- d'autres thèmes comme « *repérer la précarité...la relation médecin-patient, les droits des patients et les aides existantes...la prévention et l'éducation hygiéno-diététique...la prise en charge des migrants* ».

Optimisation de la formation pratique

Pour étayer la pertinence du propos, il faut citer les expériences à l'étranger ayant montré le **bénéfice sur la sensibilisation des praticiens de formations** pratiques en situation de précarité :

- Dans le Michigan, en 2009, il est rapporté que l'avis des étudiants en médecine concernant les soins aux patients marginalisés était significativement optimisé après un stage de soins dans un centre de réfugiés. (124)
- En Californie, il est constaté en 2003 que les étudiants ayant bénéficié de stages pratiques lors de leur formation médicale, s'installaient davantage par la suite en zone défavorisée (53% contre 26% n'ayant pas fait ces stages). (125)

Selon les IMG, il faut favoriser les stages pratiques lors du 3^{ème} cycle avec des « *stages spécialisés en milieu précaire (assistance sociale, MG exerçant en milieu défavorisé, ONG...)* » et avec un meilleur encadrement sur ces thèmes que ce soit par le biais du maître de stage (se devant de prendre position sur les ISS), du « *compagnonnage* » lors des stages hospitaliers ou par l'intervention de spécialistes sur la question (militants ATD, assistance sociale, MG). (2)

Ils évoquent des journées de « *sensibilisation* » obligatoires en centres sociaux par exemple (à l'instar du stage auprès d'un médecin conseil de la CPAM) car les stages prévus au titre du SASPAS ou du « *stage professionnalisant* » ne sont pas obligatoires et pas toujours disponibles.

Enfin il est envisagé la méthode de coformation comme un moyen de se former auprès des patients. (117)

Il s'agit de croiser, lors d'une formation transversale commune, le savoir des acteurs de soins et des patients vivant la précarité au quotidien. Plusieurs exemples existent (et seront développés par la suite), citons celui de la réunion du 14 septembre 2011 à l'origine des mesures du futur plan de lutte contre la pauvreté et des contrats « *label ACS* ». (87)

Dans sa thèse sur la santé des migrants, le Dr Fédérici encourage les institutions à promouvoir « *le développement de leurs compétences en médecine transculturelle* » en « *étoffant et en diffusant l'offre de formation (professionnel et étudiants)* ». (77)

Le Pr Aubrège corrobore ces éléments en 2011 lors de son intervention sur le besoin d'une formation théorique et pratique plus efficiente. (7)

Il cite l'exemple du « *bon retour de la formation à la nancéienne avec des stages chez le MG obligatoires* » ainsi que la possibilité « *...de stages en PASS, ONG ou autres centres de santé...* ».

Il cite également le rôle prépondérant des maisons de santé d'action pluridisciplinaire : « *...la maison de santé du Neuhof à Strasbourg, un modèle du genre, où des médecins exercent dans un cadre interdisciplinaire. Ils accueillent des étudiants, des internes et échangent sur leurs pratiques, discutent et se forment. C'est d'ailleurs le meilleur moyen d'attirer l'attention des jeunes sur ces problèmes-là et de les convaincre que ça fait partie de leur mission.* ».

En partant du principe où les connaissances regroupent trois types de savoirs (le savoir universitaire, le savoir professionnel et le savoir d'expérience), il est aisé de comprendre que toute action d'amélioration sur la formation des professionnels doit passer par ces trois entités :

- en optimisant leurs connaissances théoriques par davantage de cours orientés sur les aspects médico-sociaux,
- en favorisant le développement de stages pratiques en milieu défavorisé,
- en tenant compte de l'expérience des usagers (lors de coformations, interventions sur des EPU, écoute lors de stages pratiques).

Cette dynamique est confirmée par l'augmentation du nombre de maîtres de stage : 650 nouveaux ont été formés en 2013, portant leur nombre autour de 7 250, soit une augmentation de 9%. Grâce à ces généralistes, 4 837 étudiants (1 270 supplémentaires) ont pu faire un stage de médecine générale en second cycle, portant la proportion de ces stages à 61% de la cohorte et les stages en situation de responsabilité (SASPAS) ont progressé de 15% en un an. (126)

3) Rôle de l'Institution

« *Quand on arrive dans les aides sociales, on tombe sous des puissances qui nous dépassent. Quand une personne tombe dans la précarité, elle est à la merci des pouvoirs qui distribuent les aides sociales, il devient ainsi très dur de prévoir l'avenir. Plus on vit dans la précarité, plus on dépend des aides et rien ne garantit qu'elles pourront continuer à être attribuées. Si on arrive à monter une ou deux marches et qu'à cause d'une décision prise en haut lieu, on se voit descendre 4 marches en arrière, au bout d'un moment, on abandonne.* » (MF. Zimmer militante ATD Quart-Monde 2011) (87)

Ce propos illustre toute la difficulté d'appliquer une politique de santé publique sans prendre en considération l'avis de sa cible : le public.

« *Comment se faire entendre dans ce contexte ?* » se demandent les usagers. Probablement en prenant appui sur des tierces personnes (représentants de personnes en situation de précarité, professionnels de la santé et du social, politiques) et par la multiplication des supports (réunions, thèses, publications, enquêtes, reportages...). L'objectif étant de pouvoir faire « remonter » au Législateur les constats quant à ses mesures et des propositions nées d'une réelle « démocratie participative ».

a-Des décisions controversées

En effet du fait d'une volonté contradictoire de réduction des coûts de la santé et des ISS, l'Institution se trouve fréquemment critiquée sur ses décisions.

Dans sa volonté de lutte contre la pauvreté, il est annoncé qu'elle permettra de « **réduire la pauvreté d'un tiers** ». Ce constat est encourageant sur sa forme mais sur le fond, le problème reste posé car les mesures entreprises pour y parvenir (relèvement des plafonds d'attribution d'aides sociales, tarifs sociaux sur les énergies...) ne permettront que d'aider la frange de personnes les moins démunies (juste sous le seuil de pauvreté), alors que des mesures fonctionnant sur les plus précaires le seraient aussi pour les autres. (17)

Si on s'intéresse aux chiffres, on peut par exemple remarquer qu'« *amener tous les ménages au seuil de pauvreté coûterait **15 milliards d'Euros à l'Etat*** » ce qui est loin d'être insurmontable quand on se réfère aux « *11 milliards d'Euros économisés sur les non-recours aux droits sociaux + le rendu sur amélioration des budgets en terme de consommation, fiscalité et économie nationale + d'éventuelles mesures sociales en matière fiscale* ». (17)

Les « **distributions d'aides alimentaires** font partie des gestes humains et citoyens d'aide aux personnes, mais ne s'attaquent pas aux causes de l'exclusion, les enfermant au contraire dans la dépendance ». Ainsi lors de la crise de 2008, l'Institution a davantage consolidé les structures permettant la distribution de ces aides alimentaires plutôt que de rehausser les minima sociaux, traduisant là encore une mauvaise utilisation de ses ressources. (17)

Concernant le budget des familles en **terme énergétique**, le taux de non recours aux tarifs sociaux est de 68% pour l'électricité et de 62% pour le gaz de ville en 2011 ; ce qui revient à dire que « *les clients précaires financent des tarifs sociaux dont les ¾ ne bénéficient pas.* »

Le **frein actuel de la politique sociale d'hébergement** (l'aide au prêt locatif ayant ralenti pour les patients les plus démunis) « *est un mauvais calcul car le coût de l'hébergement d'urgence est estimé à 1.5milliards d'Euros par an avec le risque de rupture des familles non hébergées* » (avec en corollaire un risque de surcoût sanitaire à la société). (17)

Sur l'**éloignement des structures médicales et sociales**, les plus pauvres témoignent des difficultés rencontrées pour y accéder en soulignant « leur absence des quartiers » et « l'absence d'équipes de soins mobiles en psychiatrie » (selon les villes) (87)

Sur l'organisation globale du système de soins, usagers et professionnels témoignent d'un **manque de transparence de la part de l'Institution** :

- Les PASS restent mal connus des usagers par manque d'information quant à leur rôle et leurs emplacements, (87)
- La plateforme téléphonique de la CPAM est inadaptée, (87)
- « *Un système jugé opaque et exigeant qui peut engendrer du non-recours* » avec « *l'impression de devoir s'auto-justifier en permanence auprès des institutions* ». Les personnes ont le sentiment de « *dépendre du bon vouloir de celles auxquelles elles s'adressent* ». Cette approche est ressentie comme potentiellement suspicieuse de la part de la société et peut remettre en cause leur bonne volonté de s'en sortir. (60)
- Les périodes de rupture de droits à cause de démarches administratives complexes à satisfaire (lors du renouvellement de la CMUc ou pour son obtention en cas de rupture brutale de salaire). (36)

Sur les **recommandations scientifiques**, les usagers relèvent la difficulté à se conformer au « *parcours de soins et aux recommandations scientifiques* ». (87)

Les MG interrogés sur les recommandations de bonne pratique et la « *carotte* » (CAPI) qui leur est associée, interpellent quant au risque de rupture avec le patient pauvre en raison de l'impossibilité à le faire « *entrer dans ce moule* ». (36)

Sur le **coût des soins**, les principaux problèmes soulevés par les MG et les patients sont : (36)

- des restes à charge de plus en plus conséquents entre dépassements non contrôlés et **franchises médicales** diverses, ainsi que des décomptes différés de façon aléatoire et peu lisible en cas de Tiers-Payant, comme le confirment d'autres patients: « *Mais ce qui n'est pas bien, c'est la feuille de ces soustractions, qui arrive deux mois après ce qu'on a payé, c'est trop long* ». (97)
- le problème du RAC et du suivi en **milieu rural** (avec l'éloignement géographique, les carences de moyen de transport personnel et les franchises sur les transports médicalisés),
- les affections chroniques mais non reconnues en ALD avec un RAC important comme les **maladies psychiatriques**, où le manque de suivi/observance concourt à la précarité (avec le risque de perte d'emploi et d'isolement social),
- le problème du « **nomadisme médical** » avec le risque de redondance et de multiplication des examens (alors qu'ils ont été déjà faits) engendrant un surcoût au patient (RAC) et à la société. Il est à nouveau évoqué la **nécessité d'un dossier médical unique**, et informatisé via la carte Vitale.
- Sur les RAC en **Hospitalisation A Domicile** : « *Il y a des choses qui ne sont pas prises en compte et qui sont à la charge de la famille. Et quand tu sais que la personne est en fin de vie, j'ai du mal à comprendre le ministère de la santé.* » (97)

Les dernières mesures annoncées par le nouveau gouvernement dans le cadre des économies de santé, ne font pas non plus l'unanimité. Les soins primaires et notamment les MG sont appelés à y contribuer activement par :

- Le renforcement des prescriptions de génériques (3.5 milliards d'euros sur les 10 milliards d'économie à réaliser).
- La maîtrise des prescriptions (2.5 milliards d'euros) pour éviter *"les actes inutiles ou redondants et la consommation de médicaments inadaptée (...) il n'est pas rare que des radios ou des analyses médicales soient faites deux fois. Des mesures seront prises pour y remédier"* avec notamment la création de listes de médicaments recommandés pour chaque spécialité, destinées à *"faciliter la qualité de la prescription"*, selon la première ministre. Cette mesure est dénoncée par le CSMF (Confédération des syndicats médicaux français) comme une « *atteinte à la liberté de prescription* » qui est un fondement de l'exercice médical. (127)

b-Des mesures insuffisantes

Les récentes mesures concernant **l'éducation** (« *missions d'intégration et de socialisation et non de sélection* ») sont louables mais restent insuffisantes et viennent à peine masquer les problèmes de fond, selon certain auteurs : (17)

- En matière de **lutte contre l'absentéisme scolaire** par exemple, où les parents auparavant sanctionnés par des ruptures de droits sociaux, ne le sont plus, privilégiant une approche plus psycho sociale de **responsabilisation**,
- En matière de **lutte contre les inégalités sociales** dans la mesure où l'on sait que l'école a tendance à les renforcer (en 2009, plus de 75% des élèves dont les parents sont cadres ou de profession intellectuelle ont eu leur bac...contre 33% chez les ouvriers...et 41% chez les inactifs). En partant de ce constat, il est admis de renforcer la **mixité sociale** au sein des établissements : « les plus forts y perdent mais les plus faibles y gagnent deux fois plus... » (en terme de résultats scolaires).
- En matière d'**orientation** : elle doit « *attendre la fin du collège et être choisie, facilitée par des passerelles en cas de réorientation et ne doit pas être déconsidérée* » au nom d'une subjective survalorisation des savoirs abstraits et déductifs.
- En matière de **démocratisation des études supérieures** comme la volonté des grandes écoles à tisser des liens avec des lycées de ZUS. Mais n'est-ce pas un moyen de contourner de plus grandes réformes égalitaires (en attribuant les mêmes moyens à tout le monde ?

Tous les médecins interrogés sur le thème de la précarité s'accordent à penser que « les mesures politiques de santé actuelles ne sont pas suffisantes pour favoriser l'accès à la santé de tous ».

Les programmes de lutte contre les inégalités de santé proposées par les **PRAPS** et relayés par les ARS dans les Programmes Régionaux de Santé semblent néanmoins correspondre aux besoins identifiés par les médecins.

Par contre les mesures financières, telles que la mise en place de la CMU et les moyens mis en oeuvre à ce jour par les ARS n'ont pas encore permis, selon eux d'améliorer ces inégalités. (59)

c-Des décisions pertinentes :

Des leviers, aux obstacles rencontrés par les usagers, ont été identifiés; ils sont tantôt en développement, tantôt effectifs :

- Le site internet de la CPAM, bien que tous n'aient pas accès à internet.
- Le développement de l'interprétariat, unanimement reconnu.
- Les apports de la CMUc.
- Des enveloppes de soins spécifiques selon les régions (comme dans le Val de Marne où des soins gratuits sont proposés aux bénéficiaires du RSA socle)
- Des PASS dentaires.
- La négociation de complémentaire santé à des tarifs solidaires par le biais d'associations (comme ATD Quart-Monde).
- Une aide à l'ACS selon les CPAM (comme en Meurthe et Moselle est prévue pour les patients au-dessus du seuil de l'ACS à + 10%).
- Un guide d'information aux usagers, réalisé par le Défenseur des Droits en 2014, aborde les grands domaines de la prise en charge sanitaire : l'accès aux soins, le patient acteur de sa santé, l'information sur la qualité des soins, l'information sur la fin de vie, la valorisation des droits...(128)

d-Vers une démocratie participative ?

Les usagers soulignent ce besoin de faire entendre leur voix considérant le slogan « démocratie participative » comme un pléonasme (« *On a une démocratie ou on n'a pas de démocratie* »). Pour être représentés et « *ne pas servir d'alibi* » à l'Institution ils pourraient peut-être « *avoir un droit de veto pour peser sur les décisions* ». (87)

Les pistes d'amélioration ressortant de ces réflexions croisées sont les suivantes :

- Simplifier les démarches administratives en créant un **guichet social unique** tout en **raccourcissant les délais** d'obtention des droits pour ne pas entraîner de rupture dans le parcours des usagers. (36) (91)
- Lutter contre les **problèmes démographiques** médico sociaux (« *faciliter l'installation en zone sinistrée (...) et l'installation des jeunes MG* »). (91)
- Etendre le concept de Tiers-Payant et plus globalement permettre un accès à des soins primaires totalement remboursables. (91)
- Assurer une **politique de développement durable**, profitable à tous et particulièrement aux plus pauvres, premières victimes des nuisances environnementales. (36)
- **Adapter les comportements** vis-à-vis des personnes en situation de précarité, de la part de l'Institution :

« Les traiter non comme des assistés, mais comme des partenaires provisoirement privés des prérogatives de la citoyenneté sociale en se donnant comme objectif prioritaire de leur procurer les moyens de retrouver cette citoyenneté. » L'assistance instaure, au moins potentiellement, une relation mutuelle entre tous les membres de la société, une sorte de devoir institutionnalisé qui crée du lien, ou le renforce. Lorsque ce devoir s'affaiblit, c'est la société tout entière qui s'affaiblit. » (60)

4) Décloisonnement des acteurs :

L'importance d'une collaboration entre acteurs de la santé et acteurs du social est maintenant soulignée par tous (professionnels, usagers, Institution) et nombreux sont les exemples de structures ou de projets concrétisant ce partenariat.

Mais il faut pour cela apprendre à se connaître mutuellement et s'affranchir des éventuels clichés participant au cloisonnement inter-professionnel.

L'image des acteurs sociaux

En effet en interrogeant des MG, on s'aperçoit que certains d'entre eux ont une mauvaise image des assistantes sociales : «... *mauvaise image des assistantes sociales plus absorbées par le problème de jeunes et de familles que des personnes âgées...plus de préjugés sur l'apparence physique* ». (59)

Il faut souligner à leur décharge, la difficulté de leur mission « *coincé entre le manque de solution de réinsertion et le sentiment de suspicion et d'humiliation des patients en situation de précarité qui se réfugient dans le renoncement* ». (60)

Il est donc nécessaire de pouvoir rencontrer les acteurs sociaux, sur des réunions ou mieux en travaillant dans la même structure (maison de santé) car comme le rappelle un MG interrogé lors d'une thèse sur la précarité : « *on adresse mieux si on connaît...* ». (59)

Le besoin de coordination sociale

Les usagers reconnaissent que devant « *un système de soins jugé trop complexe* », il leur est nécessaire de recourir à des tiers et qu'il est d'autant plus facile de le faire s'il existe une collaboration entre eux, afin d'accélérer les demandes. (100)

Les MG les plus expérimentés (ceux qui, par une démarche personnelle, ont acquis une connaissance des dimensions socioculturelles de la précarité, qui participent aux bonnes relations qu'ils décrivent avec leurs patients précaires) ont mis en place des collaborations satisfaisantes avec les autres acteurs de prise en charge et particulièrement les travailleurs sociaux. Tous valorisent l'intérêt d'un bon carnet d'adresses et d'un travail en réseau avec les structures relais. (59)

Il a été également souligné lors du rapport de mars 2014 (sur la réflexion commune entre l'hôpital, les usagers et MDM) la dépendance entre Etat, ARS, hôpital et financements : (123)

- Il doit « *être créé un mode de financement forfaitaire pour l'accueil des patients vulnérables* », pour chaque établissement et sous forme d'une enveloppe régionale proportionnelle aux besoins de la région (sur des critères sanitaires et socio-économiques).
- Les associations à vocation sociale doivent être pérennisées, particulièrement les plus petites qui faute de moyens ne sont pas viables.
- Il faut favoriser les études médico-sociales concernant les actions auprès des patients en situation de précarité.

Les exemples de partenariat

Sans les développer ici (puisque présentées au prochain chapitre), les coformations et universités populaires en sont des exemples et font l'objet de plusieurs travaux :

- Les Actes du 05/03/11 (*les plus pauvres interrogent notre système de santé*) et du 14/09/11 (« *Inégalités de santé, Précarité et Développement Durable : quelles perspectives ? Les plus pauvres, acteurs et partenaires* »). (87) (7)
- La thèse de sociologie du Dr Belloli de 2012 : « *La santé des personnes en situation de précarité : une coformation fournit-elle des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature ?* ». (117)
- La thèse de MG du Dr Galès de 2010 : « *Représentations ayant changé chez les soignants suite à la coformation « santé et gens du voyage* ». (129)

La thèse sur l'exercice des MG de Meurthe et Moselle en situation de précarité rapporte : (59)

- Sur le secteur de Briey, les structures sociales seraient mieux organisées et centralisées avec une meilleure latence de réponse.
- Développement de maison de santé type « *utopia* » avec un acteur social en son sein.
- Publication de plaquettes des partenaires sociaux « en attendant mieux » pour les autres MG.

Dr S.Boukris (MG parisien) évoque également l'importance de la coopération médico-socio-institutionnelle sur la question de la dépendance et du 3^{ème} âge. Il souligne l'expansion de ce secteur notamment par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Cet investissement est selon lui une priorité au vue des bénéfices attendus sur un plan socio-éthique (devant « *la volonté des patients à rester eux* » et la lutte contre la solitude), sur un plan sanitaire (en luttant contre la solitude et ses corollaires comme le renoncement aux soins, les troubles mentaux, les chutes, la grabatisation...), et sur un plan économique (« *en évitant les hospitalisations coûteuses* » et « *en favorisant l'emploi dans ce secteur* » avec ses retombées en terme de consommation). (88)

Lors du colloque de MG en 2013 sont rapportées : (91)

- Une expérience dans les Alpes avec « la création d'une maison médicale pour répondre aux besoins ressortant d'une étude lancée par le Conseil Général (PABA) et réalisée par l'ORS ».
- Une expérience aux Mureaux (dans les Yvelines) où une action médico-sociale-animateur de prévention de quartier (ateliers sur les représentations du corps féminin et sur les dépistages dans des maisons de quartier et des centres sociaux) a permis une amélioration des dépistages par :
 - ⇒ Frottis (+28% contre 2% en Ile de France).
 - ⇒ Mammographies (+ 24% contre 0% dans le 78.)
 - ⇒ Diabétiques (de par le recrutement des MG, les entretiens individuels et le travail collectif...ainsi que le bouche à oreille).

Le rapport de l'INPES en décembre 2013 relève également plusieurs initiatives sociales initialement ciblées, mais qui « victimes de leur succès », se sont étendues à d'autres domaines du social : (130)

Les TIFS (Techniciens de l'intervention sociale et familiale) en font partie. Il s'agit de travailleurs sociaux diplômés, apportant une **aide de proximité aux familles** dans l'organisation de la vie quotidienne, les soins et **l'éducation aux enfants**, le soutien aux démarches et à **l'insertion sociale**. Leurs limites résident en leur relative **méconnaissance**, leur caractère « payant » pour l'utilisateur et leur **manque de reconnaissance** ; victimes de réduction budgétaire, la profession semble menacée. Pourtant une recherche menée par le réseau périnatal des Hauts-de-Seine met en lumière l'impact des TISF durant les grossesses gémellaires, démontrant que leur intervention entraîne un accouchement plus tardif, plus proche du terme, donc des bébés moins prématurés, au poids de naissance plus important. En d'autres termes, en minimisant les risques liés à la prématurité, tant du point de vue médical que social et psychologique, non seulement le coût financier se trouve réduit, mais, plus encore, les aspects humain et affectif sont davantage pris en compte.

La PMI de Vanves (en Ile de France) lutte contre les ISS en se reposant sur un travail en **équipe au sein de la PMI** et en **réseau avec différents partenaires**. La cohésion d'équipe ainsi créée a un impact fort sur les familles qui perçoivent un discours commun, ce qui les rassure et contribue à leur donner confiance. Le fait de disposer d'un réseau de partenaires que l'on peut solliciter permet de faire appel à des compétences spécifiques intervenant dans les **délais courts** (parfois dans les vingt-quatre heures), **qu'exigent les situations de précarité**.

L'accompagnement est ponctué d'opportunités de rencontres régulières et gratuites avec les familles que sont l'accueil-pesée, les consultations médicales, les visites à domicile et le bilan en école maternelle.

Les points importants soulignés lors de cette expérience sont l'importance de **se former ensemble** (« *en équipe* »), de privilégier les **visites au domicile** (rôle de reconnaissance) et de savoir que la fragilité des personnes concernées nécessite de **leur laisser du temps** pour retrouver une autonomie et une capacité à agir.

Le Réseau DAPSA en Ile de France (Dispositif d'Aide à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoire) intervient pendant les périodes pré et post natales, en direction de femmes enceintes, de futurs pères, de parents et de leurs enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. Il se trouve composé d'une psychiatre, une psychologue clinicienne, une sage-femme, deux éducatrices spécialisées et une psychomotricienne.

Le réseau DAPSA apporte un soutien aux **familles en difficulté, souffrant de troubles psychiques et/ou somatiques**, ayant un enfant en bas âge. Il effectue un travail de suivi et

évalue si ce soutien est suffisant ou s'il faut orienter vers des dispositifs soignants plus structurés. Les professionnels du réseau DAPSA travaillent notamment avec les parents, afin qu'ils puissent développer leurs propres compétences parentales.

Signalons également l'initiative nancéienne de collaboration médico-juridique consacrée à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : plusieurs groupes de travail sont prévus courant 2014 (sur l'enfance, les personnes âgées, les migrants...) qui déboucheront sur des Etats généraux en fin d'année, afin de faire remonter des propositions d'amélioration au législateur. (96)

La méthode du « **compagnonnage** » proposée par ATD Quart-Monde, développée au prochain chapitre participe aux nombreuses actions engagées par l'association pour lutter contre les inégalités sociales, combat que mène ATD Quart-Monde depuis près de 60 ans.

E] rôle de l'association ATD Quart-Monde

Pour expliquer son rôle, il est nécessaire de se placer dans le cadre de la santé communautaire, opposée à la santé publique selon les militants de l'association :

« La différence c'est qu'en santé publique on fait un programme de prévention, on le plaque on l'impose. En santé communautaire, normalement, on construit le projet avec le public et on recrée le discours avec le public. Ce sont deux approches fondamentalement différentes. Il y en a une qui est très directive où les gens ont l'impression qu'ils savent et puis que les autres n'ont qu'à suivre, et il y en a une autre qui est celle de partir de la construction du point de vue de la personne à laquelle ils s'adressent ». (87)

La prérogative à toute action de lutte contre les inégalités et en particulier les ISS est de prendre en considération l'avis des plus démunis :

« si la société ne se bâtit pas à partir d'eux, ils resteront toujours à la marge ou n'auront accès qu'à des sous-droits ou des droits particuliers ». (131)

L'association a donc un rôle de clef de voûte à jouer dans ce système, faisant le lien entre usagers, professionnels et les institutions (l'Etat, le système de soin et la mutualité).

1) Historique

« Le Mouvement ATD Quart-Monde est créé en 1957 par Joseph WRESINSKI sous l'impulsion de quelques familles très pauvres et révèle l'existence d'une population qui au plus bas de l'échelle sociale, dans toutes les sociétés, subit la misère depuis plusieurs générations.

Cette couche de population exclue de la vie associative, syndicale, politique, religieuse, à la merci de l'arbitraire des administrations, est dépendante des œuvres d'entraide. Ces personnes appartiennent cependant à un même peuple, avec une histoire commune, des analyses et des espérances communes ; que la misère soit vécue en Afrique, en Europe, aux Etats-Unis ou ailleurs, ce peuple du Quart-Monde ne bénéficie pas des mêmes conditions de droits que les autres citoyens : ils sont écartés de l'accès normal au logement, à la santé, à l'instruction, au métier, ils n'ont pas vraiment droit à la parole.

Ils sont des travailleurs pauvres, auxquels se joignent ceux qu'une paupérisation va jusqu'à les couper de leurs solidarités naturelles, et les victimes les plus vulnérables de crises économiques : migrants, nomades, malades de longue durée, handicapés sans soutien, travailleurs précaires ou réduits au chômage de longue durée. » (87)

L'objectif de Joseph Wresinski est que *« ces familles pauvres et exclues puissent vivre dans la dignité, qu'elles aient les moyens d'élever leurs familles, qu'elles puissent participer par leur expérience et leur travail à l'avenir de leur pays, qu'elles prennent place dans les projets de société, qu'elles acquièrent les moyens d'expression et les moyens de représentation dont disposent tous les autres groupes de citoyens ».*

2) Actions

ATD est impliqué dans divers secteurs du champ social (droits, famille, enfance, parole, santé, logement, emploi, développement durable...).

Ses acteurs (professionnels et militants, bénévoles) s'investissent tant dans des travaux théoriques (réunions, colloques, co-formations, publications, recherches) que dans des actions sur le terrain (aides aux particuliers, formation des professionnels de santé).

J'en détaillerai quelques-unes de façon non exhaustive et ayant trait à notre sujet des ISS.

⇒ *Des paroles...*

Pour illustrer concrètement le cheminement d'une action menée par ATD, partant de la base (les usagers) pour en arriver à des décisions institutionnelles, prenons l'exemple du moindre recours aux soins primaires des patients précarisés.

En colligeant plusieurs rapports et études sur la question, ATD a organisé le 05/03/2011 une première rencontre entre patients et acteurs sociaux. Leurs opinions quant aux causes du non recours, les obstacles et les leviers que ce soit au niveau individuel, professionnel et institutionnel ont été écoutées et retranscrites.

Une deuxième réunion a eu lieu quelques mois après (le 14/09/2011) en présence d'acteurs sociaux, médicaux et institutionnels (politiques et représentant de l'Assurance Maladie, mutualité) ainsi que de représentants des usagers (militants d'ATD). (87)

Cette seconde rencontre, inter-disciplinaire avait pour but d'exposer les problématiques d'actualité, échanger les points de vue et dégager des pistes d'amélioration concrètes. A partir de là et outre les possibles modifications de pratique personnelles (secondaires à ces rencontres), se sont dégagées des propositions qui, par la suite auront une traduction pratique dans le champ des ISS : (7)

- Interpellation du Législateur sur un besoin de réformes sociales, aboutissant aux rehaussements des plafonds CMUc et ACS, aux tarifs sociaux énergétiques (juillet 2013).
- Interpellation de la profession par les publications sur le sujet.
- Développement d'initiatives locales en matière de complémentaire santé solidaire (Mutuelle Réseau à Nancy en 2011) avec une labellisation nationale devant ses résultats positifs et la mise en place de l'association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité (Garantie ACS-P en juillet 2013).

A l'instar de cet exemple, citons celui de la CMUc :

« En 1985, a eu lieu un colloque public à Nancy qui avait pour titre « Promotion de la santé : le Quart Monde, acteur et partenaire ». Suite à ce colloque, le fonds d'action santé 54 réunissait l'État, la caisse primaire d'assurance maladie de Nancy, le Conseil général de Meurthe-et Moselle et ATD Quart Monde, pour expérimenter l'accès aux soins des yeux, des dents et des oreilles d'enfants d'un quartier très défavorisé du département, auprès de 50 familles pauvres. De cette expérience, décrite dans le rapport Wresinski, présenté au Conseil économique et social et intitulé « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », est née la Carte santé 54. Elle inspirera la Couverture Maladie Universelle (CMU), instaurée en 2000. » (132)

D'autres exemples d'interventions abondent comme des publications périodiques sur les sujets sociaux d'actualités, en libre accès sur internet (<http://www.atd-quartmonde.fr/>) (95) ou le livre édité en 2014 par l'association : *« en finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté »* (17).

⇒ ***En passant par les co-formations...***

En 1998, la loi de lutte contre les exclusions engageait professionnels et bénévoles impliqués dans ce combat à se former *« à la connaissance du vécu des personnes et des familles très démunies et à la pratique du partenariat avec elles »*. (133)

C'est dans cet esprit de partenariat et de connaissance mutuelle que le mouvement ATD Quart Monde a développé la méthode de co-formation. Celle-ci part du principe que *« le préalable, dans la lutte contre la misère et l'exclusion, est de reconnaître les personnes en situation de pauvreté comme des acteurs à part entière »*.

Le rôle d'une co-formation est de croiser trois savoirs : celui issu des connaissances scientifiques, celui issu de l'expérience du professionnel (ces deux savoirs étant reconnus et organisés) et celui issu de l'expérience de vie. (134)

Elle réunit sur plusieurs jours **professionnels et usagers dans le cadre d'une formation** mutuelle, en travaillant sur :

- leurs représentations réciproques,
- des situations concrètes (écrites lors de la co-formation) à partir de divers angles d'approche ou différentes logiques (professionnelle, de l'institution, de la personne en situation de précarité),

Une charte a été élaborée à ce sujet afin de préciser les **pré-requis** indispensables au croisement des savoirs :

- avoir conscience d'un changement nécessaire,
- considérer chacun comme un détenteur de savoirs,
- ne pas être seul,
- se placer ensemble dans une position de recherche.

À cela s'associent des **conditions de mise en oeuvre** :

- la présence effective des personnes en situation de pauvreté,
- créer les conditions de l'autonomie des savoirs en vue de leur mise en réciprocité,
- établir un espace de confiance et de sécurité,
- garantir des conditions d'échange et de rigueur,
- mettre en oeuvre une méthodologie du croisement des savoirs et des pratiques. (135)

Citons pour exemple et dans le cadre des ISS, la thèse du Dr Galès sur les bénéfices d'une co-formation partagée avec des gens du voyage à Chambéry (129) :

Les médecins participant connaissaient mal le monde des voyageurs, et pouvaient « à l'occasion » rencontrer des problèmes avec eux.

Cette co-formation a réuni pendant trois jours soignants et gens du voyage afin de se former mutuellement au soin.

La méconnaissance de la part des professionnels sur le monde des voyageurs (avec tous les préjugés inhérents) a pu être corrigée :

- Sur **l'importance culturelle** accordée au groupe, aux enfants, aux femmes (gérantes des questions de santé), au besoin d'un référent (au sein de leur communauté et du système de soin) et à leur rapport au temps et à l'espace.
- Sur **l'anxiété générée auprès du soignant**. En effet avant la formation, l'effet de groupe de la communauté avait tendance à les effrayer (« *on se sent un peu en difficulté...Parce que c'est un contre tous.* »). Ils étaient nombreux à les voir différemment après cette rencontre : « *...je suis contente de les voir parce que voir tous ces gens qui arrivent pour une seule personne je me dis : « mais mon dieu, c'est vraiment très beau !...Je suis contente de les voir parce que ça ne me fait pas peur, parce que je saurai faire, je saurai les rassurer en tous les cas ! ».*
- Sur la **crainte de la violence** qui, même si elle n'a pas été explicitée pendant la formation, peut être partiellement interprétée au regard de facteurs socio-culturels : « *l'anxiété était majeure dans la communauté vis-à-vis de la santé...la crainte de mourir existait quel que soit le symptôme...les voyageurs ne comprenaient souvent pas grand-chose aux explications des soignants. Des éléments ont été apportés concernant leurs conditions de vie, qui même si elles sont choisies (la promiscuité de la caravane par exemple), entraînent des tensions ».*

L'analyse des débats a permis de dégager que cette co-formation a permis aux professionnels de changer de regard sur leur communauté et donc leur pratique, tout en permettant une prise de conscience de certaines notions de santé aux gens du voyage.

Il était souligné en conclusion l'apport de la co-formation en terme de santé, puisque envisagé comme **outil pédagogique** («...une expérience, et des échanges humains riches...ceci semble être une des pierres d'angle des co-formations »), comme un **outil de recherche** et comme **médiateur de l'avis des usagers**.

Cette notion d'outil de recherche a été repris par D.Belloli dans sa thèse en 2012 afin d'envisager son **intérêt scientifique dans la connaissance de la précarité**. (117)

Elle s'est intéressée aux verbatim des réunions de co-formation « *santé et précarité* » à Chambéry initiées par le réseau « VIH toxicomanie hépatites » en mars 2011, en les croisant avec les données de la littérature.

Elle a pu ainsi en conclure que les co-formations, bien qu'étant une méthode de recherche (au sens scientifique du terme), **n'apportaient pas de données nouvelles**.

Elle a suggéré de par ses résultats, l'intérêt d'un futur travail qui étudierait la méthode de co-formation comme outil pédagogique dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé.

Néanmoins et en s'affranchissant de la composante scientifique de ce résultat, il faut souligner l'originalité du concept à aborder les thèmes, à travers les expériences personnelles, les connaissances réciproques, les croisements des savoirs et des pratiques. C'est en cela qu'une co-formation est innovante, et permet des **échanges humains riches**.

⇒ ***Aux actes sur le terrain...***

Leurs interventions dans le cadre de la formation des acteurs du champ médico-social soulignent bien l'inter-relation avec les institutions et l'idée que tous les partenaires sont sensibilisés à la question des ISS.

Par exemple les militants d'ATD Nancy sont « missionnés » auprès d'étudiants en intervenant lors de leurs cours (médecins, infirmières, sages-femmes, orthophonistes...).

La méthode du « **compagnonnage** » proposée par ATD est un autre exemple : (130)

« *Nous devons laisser de côté nos certitudes, et nous placer dans une posture d'écoute réelle, de récepteur, sans penser à leur place.* » (Mariette Legendre, médecin et alliée du Mouvement ATD Quart Monde).

Il consiste en l'existence de sites ou de visites pour aider les parents dans leurs projets **professionnels** (détection de leur potentiel, démarche..), **familial** (ils peuvent parler entre parents, comprendre l'importance du jeu pour le développement de l'enfant, les soins corporels, l'éducation à la santé), **social** (accès aux droits communs) et **ludique** (accès à la culture).

Plusieurs villes sont partenaires comme celle de Noisy le Grand (site historique d'ATD) avec l'apport de la ville, du plan de financement des CHRS de l'Etat et des bailleurs sociaux. Ici aussi le partenariat socio-institutionnel a permis de faire avancer les choses.

En parallèle, ils interviennent auprès des populations précarisées pour les aider et les accompagner dans diverses démarches, notamment celles de l'accès aux soins.

3) Recherches et actions pour l'accès à la complémentaire santé

a-l'exemple de la CMU

Le contexte des années 80 est propice aux initiatives dans le domaine de l'accès aux soins. En effet, les usagers sont confrontés au risque de précarisation et aux difficultés d'accès aux soins. (136)

Depuis 1984, une **nouvelle perception de la pauvreté s'est** imposée avec l'accroissement important de nouveaux chômeurs, favorisée par la médiatisation d'anciens cadres sans ressources, arrivés en épuisement de leurs droits aux allocations chômage. De là naît une distinction entre « *nouveaux et anciens pauvres* », les nouveaux dont on souligne qu'ils n'avaient pas « *l'habitude et ne savaient pas se débrouiller* ». Ce sentiment est d'autant plus prégnant pour les usagers qu'il les renvoie à leur propre peur de devenir précaire.

D'autre part, on assiste à une mutation de l'Assurance Maladie entre souscription onéreuse pour les non affiliés au régime (les personnes non salariées et sans emploi), mutualité (pour couvrir les frais inhérents au TM) et les conditions drastiques pour l'accès à l'AMG. Cette dernière créée en 1896 puis reprise au compte de l'Assurance Maladie, a été ensuite décentralisée pour être confiée aux territoires, avec pour corollaire des conditions d'accès et des prestations proportionnelles à chacun.

En réaction, l'Etat se dit prêt à investir de nouveaux crédits dans le secteur social.

En **1985** a lieu un forum à Nancy sur le thème « Promotion de la santé : le Quart Monde, acteur et partenaire » Il réunit usagers et acteurs médicaux, sociaux, institutionnels et politiques (élus locaux).

Sous l'impulsion du mouvement ATD le « **Fond d'Action Santé** » voit le jour le **27 juin 1986** en collaboration avec la CPAM de Nancy, le Conseil Général de Meurthe et Moselle et l'Etat. Son but est de faire progresser l'exercice pratique du droit de tous aux soins. Le centre département des professions de santé rejoint le mouvement rapidement pour une répartition des tâches :

- Les travailleurs sociaux de proximité ont un rôle d'accueil et de délivrance de la prise en charge, en recueillant les informations sur les ressources familiales.
- La CPAM étudie l'ouverture des prestations sans que l'absence de droits n'empêche les soins ou leurs remboursements (la régulation. s'effectuant ultérieurement)
- Le FAS vérifie la présence des droits *a posteriori* et garantit le paiement direct des professionnels de santé concernés.
- Le représentant de l'Etat contrôle les dépenses.
- Le représentant des professions de santé est en charge des protocoles d'accord nécessaires entre FAS et chaque prestataire de soins (médecins, chirurgiens, dentistes, orthophonistes, orthoptistes, opticiens, pharmaciens).
- Le mouvement ATD a un rôle d'instruction et d'accompagnement des familles.

L'objectif d'« *accès effectif aux soins pour tous* » est envisagé par le recours à la « carte réseau 54 » qui garantit :

- L'accès à la santé par le Tiers-Payant intégral permettant une prise en charge à 100% sans avance de frais.
- L'accompagnement des usagers pour rester à l'écoute sur les retours de l'expérimentation.
- Un travail de prévention auprès des populations précarisées sur différents thèmes (alimentation, activité physique, témoignages entre usagers).
- Une volonté de démocratie participative par le biais de réunions et de groupes de paroles avec les usagers.

Les soins pris en compte dans l'expérimentation concernent **les yeux** (ophtalmologie, orthoptie, optique avec tarifs préférentiels sur les verres et montures), **les dents** (soins, prothèses, orthopédie dento-faciale) et **les oreilles** (ORL, orthophonie, diagnostic, bilan et traitement hors audioprothèse) pour les **enfants d'un quartier très défavorisé** du département et auprès de **50 familles pauvres**.

Les premiers résultats au bout de 2 ans retrouvent, sur 202 familles ayant bénéficié de la carte santé 54 :

- 32% de consommation de soins en optique avec un coût moyen par bénéficiaire de 530 Francs.
- 50% en soins dentaires pour 320 F de CMB
- 11.5% en soins d'ORL pour 450 F de CMB
- 40% des sommes remboursées étaient laissées à la charge du FAS (après remboursements de l'Assurance Maladie et de quelques mutuelles)
- Tous les bénéficiaires du FAS étaient couverts par l'Assurance Maladie.

Une nouvelle dynamique s'est mise en route : des familles ont pu se soigner grâce à la levée des obstacles financiers et administratifs rencontrées auparavant, et grâce à l'accompagnement attentif de professionnels qualifiés. Elles ont aussi pris conscience de l'importance de la santé et de la reconquête d'un certain bien être qui avait été mis de côté jusque-là en privilégiant les questions de revenus, de logement et d'alimentation, tout en rentrant dans le cercle vicieux de la dévalorisation de soi (par la mauvaise perception de son corps).

L'idéologie première du **FAS** était de conserver les patients précarisés au sein d'un parcours de soins dans le droit commun, contrairement à d'autres moyens mis en œuvre par d'autres ONG (Médecins du Monde, Médecins Sans Frontière ou Re.Me.De). Sans leur faire concurrence ou critique (puisque jugées indispensables pour les situations d'urgence ou de grande détresse), il était déjà souligné l'importance de ne pas pérenniser cette médecine à deux vitesses : *« il faut inciter les acteurs de terrain à détecter les difficultés d'accès aux soins pour réinvestir les structures déjà existantes et ne pas en créer d'autres qui mènent à une médecine à deux vitesses »*. (136)

C'est dans ces conditions que le **rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale »** voit le jour **28 février 1987**, commandité par le Conseil Economique et Social et réalisé par le père Joseph Wresinski fondateur d'ATD. (132)

C'est la première fois qu'un organisme comme le CES se prononce sur la pauvreté et la précarité et c'est la première fois qu'un rapport officiel s'appuie sur l'avis des usagers, ce qui renforce *« sa force et sa pertinence dues à la prise en considération du témoignage et de l'expérience de ceux qui connaissent la misère pour l'avoir vécue »*. (136)

- Le RMI y est proposé et institué par la loi du 1^{er} décembre 1988 avec des remboursements de soins assurés à 100% pour ses bénéficiaires ainsi que l'affiliation systématique à l'Assurance Maladie et une amélioration de l'accès à l'AMG (délivrée par les territoires).
- Le modèle nancéen de la carte santé 54 y est cité en tant qu'exemple pour la création de la future CMU.

Cependant il faut encore attendre 11 années pour que « l'essai soit transformé » grâce à la « **loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions** » du 29 juillet 1998. (137)

C'est cette fois dans un contexte :

- D'aggravation sanitaire avec résurgence des pathologies de la grande pauvreté (tuberculose, HIV, alcoolisme, toxicomanie et souffrance psycho sociale non prise en charge par la psychiatrie) associée aux problèmes récurrents (pour les dents, les yeux et les oreilles).
- De dysfonctionnement social entre non couverture sociale (18% de la population) par manque d'information et par complexité des démarches, et par négligence (du corps en situation de pauvreté).
- De difficultés accrues pour obtenir l'AMG qui de plus est fluctuante selon les ressources territoriales.

La loi est promulguée le **27 juillet 1999** et concerne 150 000 personnes sans droit (CMU de base) et 6 millions de personnes sans complémentaire (CMUc). Les bénéficiaires du RMI y sont automatiquement rattachés. (138)

Les autres mesures concernent le développement des PRAPS, des ateliers ville/santé, des PASS.

Le Mouvement ATD Quart Monde continue de participer au Conseil de surveillance du Fond CMU.

b-naissance de la Mutuelle Réseau

- *note d'opportunité locale*

C'est dans le contexte des années postérieures à la loi du 13 août 2004 que se situe le projet, avec nous l'avons vu, de nombreux écueils à la prise en charge des patients en situation de précarité (franchises, remboursements, parcours de soins, augmentation des cotisations mutuelles et des restes à charges...).

L'instauration du RSA en 2008 en lieu et place du RMI fragilise d'autant plus l'accès aux droits, qu'il dissocie dorénavant les aides sociales des droits à la couverture maladie. En effet alors que l'affiliation à l'Assurance Maladie se faisait automatiquement avec le RMI, ce n'est plus le cas pour la CMU, la CMUc et l'ACS (circulaire interministérielle 2009-181 du 30 juin 2009). Sachant que l'affiliation automatique à l'AM était un levier pour l'accès aux soins (grâce aux études et paroles d'usagers sur le sujet), il est aisé de penser que cette mesure puisse être source de renoncement : moins de 20% des usagers bénéficiaient de l'ACS en 2009. (139)

Il s'agissait donc d'un sujet stratégique car dans le cadre des politiques de réduction des inégalités de santé, l'accès à une couverture santé complémentaire des plus fragiles est essentielle pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention, le premier facteur de renoncement aux soins étant financier. La forte proportion de « non recours » à l'adhésion individuelle des plus fragiles à une complémentaire santé a des conséquences aggravées sur leur état de santé et leur accès aux soins et à la prévention lorsqu'elle ne les précipite pas dans le dénuement suite à des dettes contractées lors de soins ou d'hospitalisation. A un moment où les pouvoirs publics incitaient les entreprises à se préoccuper de la protection sociale complémentaire collective, démarche bénéfique pour les salariés, plutôt des grandes entreprises et aux catégories sociales les plus élevées, les personnes n'ayant pas de parcours stable n'ont pas ce bénéfice.

Le Mouvement ATD Quart-Monde, a voulu entendre les usagers de la santé les plus fragiles leur parler de leur recherche de couverture complémentaire dans le cadre de la sortie de la CMU-C, dans le cadre de leur entrée dans le dispositif RSA Activité, de leur entrée dans le dispositif des retraites etc....

Un certain nombre de situations ont été décrites avec des issues plus ou moins favorables en termes d'accès aux soins, de panier de biens, de définition de risque couvert et de durée de protection. Des constats et préconisations ont été recueillis, qui seront le socle de cette recherche action. De ces constats, on retient deux enseignements : **la culture de la mutualisation n'est pas acquise** et demande une sensibilisation et une communication autour de la nécessité d'adhérer à une mutuelle. **L'accompagnement par des associations** ou organismes s'avère un médium intéressant pour faire passer le message.

Cette démarche a été une expérimentation, sur une durée de deux années : s'unir, trouver et tenter de souscrire un contrat « complémentaire santé de groupe » pour les personnes en situation de précarité qui en sont habituellement exclues (en lien avec les associations et les partenaires du « Réseau Santé Précarités de Nancy»). Il s'est agi bien sûr de s'appuyer aussi sur les aides déjà en place comme la CMU, la CMU-C et l'ACS tout en allant plus loin.

Suite à la négociation, par ATD Quart-Monde, auprès d'organismes complémentaires santé, un contrat collectif de groupe ouvert a été mise en place. Peuvent en bénéficier les personnes en situation de précarité en lien avec les associations participantes au Réseau Santé Précarités, animé par la Ville de Nancy. Ce contrat à effet au 1er janvier 2011, a été conclu entre la FNARS Lorraine, porteur du projet pour le compte d'ATD Quart-Monde et la MUCIM (dénommée désormais ACORIS Mutuelles organisme régional). Le 7 novembre 2011, un contrat du même type a été conclu avec la mutuelle SMI (organisme national désormais membre de ADREA).

- *Elaboration du projet*

Trois étapes ont été nécessaires :

⇒ La définition d'un panier de soins :

Deux demandes fortes des personnes précaires étaient à noter : la prise en charge des frais d'obsèques et des frais d'hospitalisation qui constituent deux types de dépenses susceptibles de provoquer le surendettement des ménages.

Les demandes concernant la prise en charge des soins dentaires et des frais d'optiques étaient perçues comme marginales (les populations les plus précaires ayant pour beaucoup pris l'habitude d'y renoncer, faute de moyens).

Les assureurs ne devaient pas proposer autre chose que la santé dans leur proposition, en effet la santé est souvent un produit d'appel pour vendre des assurances (voiture ou domicile), plus onéreuses.

⇒ La fixation du coût d'adhésion :

Il apparaissait que les populations concernées souhaitent participer financièrement à l'acquisition de leur complémentaire santé mais à la hauteur de leurs moyens. Sur cette base, le prix maximum a été fixé à 30€ mensuel.

⇒ La souscription du contrat avec un organisme intéressé par ce projet :

Il a été fait le choix de l'option mutualiste et la souscription d'une convention spécifique. Les assureurs ont vite décliné l'offre de travail ensemble car ils refusaient de ne proposer qu'un contrat santé alors l'option mutualiste s'est imposée avec la souscription d'une convention spécifique réglant les modes de collaboration, tant dans la formation que dans la mise en place d'un fonds d'urgence et son utilisation.

Les personnes concernées par ces contrats sont identifiées par les associations, il n'y a pas de caractérisation à partir des revenus mais bien à partir de la situation sociale estimée par les associations.

- *Fonctionnement*

La cotisation de l'utilisateur est moindre par le jeu de la négociation et par le caractère collectif, les usagers sont accompagnés par leurs structures de références.

Le principe de fonctionnement peut être résumé par les schémas suivants :

Situation 1


La personne a l'Aide à la Complémentaire Santé ou refus d'ACS

Entretien pour évaluation de la situation



Structure signataire

Etudier l'accessibilité au dispositif réseau santé : la personne relève-t-elle de la mutuelle ?

Explication du panier de soins et propositions des deux mutuelles

Choix de mutuelle par la personne

Etablissement du Bulletin d'Adhésion (identifiant l'instructeur)

2 [Fiches annexes](#) à remplir

Envoi de la demande à la mutuelle choisie par courrier ou physiquement par la personne

Situation 2


La personne n'a pas de chèque ACS, ne connaît pas ses droits

Entretien pour évaluation de la situation



Structure signataire

Etudier l'accessibilité au dispositif réseau santé : la personne relève-t-elle de la mutuelle ?

Etude de ses ressources pour voir si droits CMUC ou ACS (dossier)

Structure signataire

CPAM

Dossier déposé à la CPAM

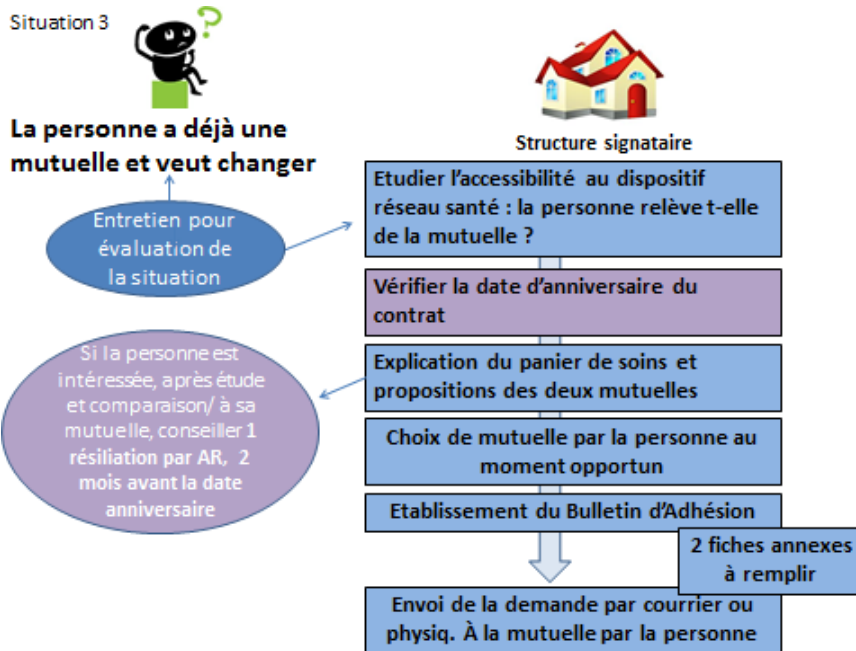
Explication du panier de soins et propositions des deux mutuelles

Choix de mutuelle par la personne

Etablissement du Bulletin d'Adhésion

2 [fiches annexes](#) à remplir

Envoi de la demande à la mutuelle par courrier ou physiq. par la personne



L'association au travers de ses bénévoles, aide l'utilisateur à prendre connaissance de ses droits (CMUC, ACS...) s'il ne les connaît pas et lui permet de souscrire à l'un de ses deux contrats mutuelle, en accord avec les obligations contractuelles en cours de l'utilisateur (attente de la date anniversaire – 2 mois d'un autre contrat complémentaire santé pour lancer la démarche).

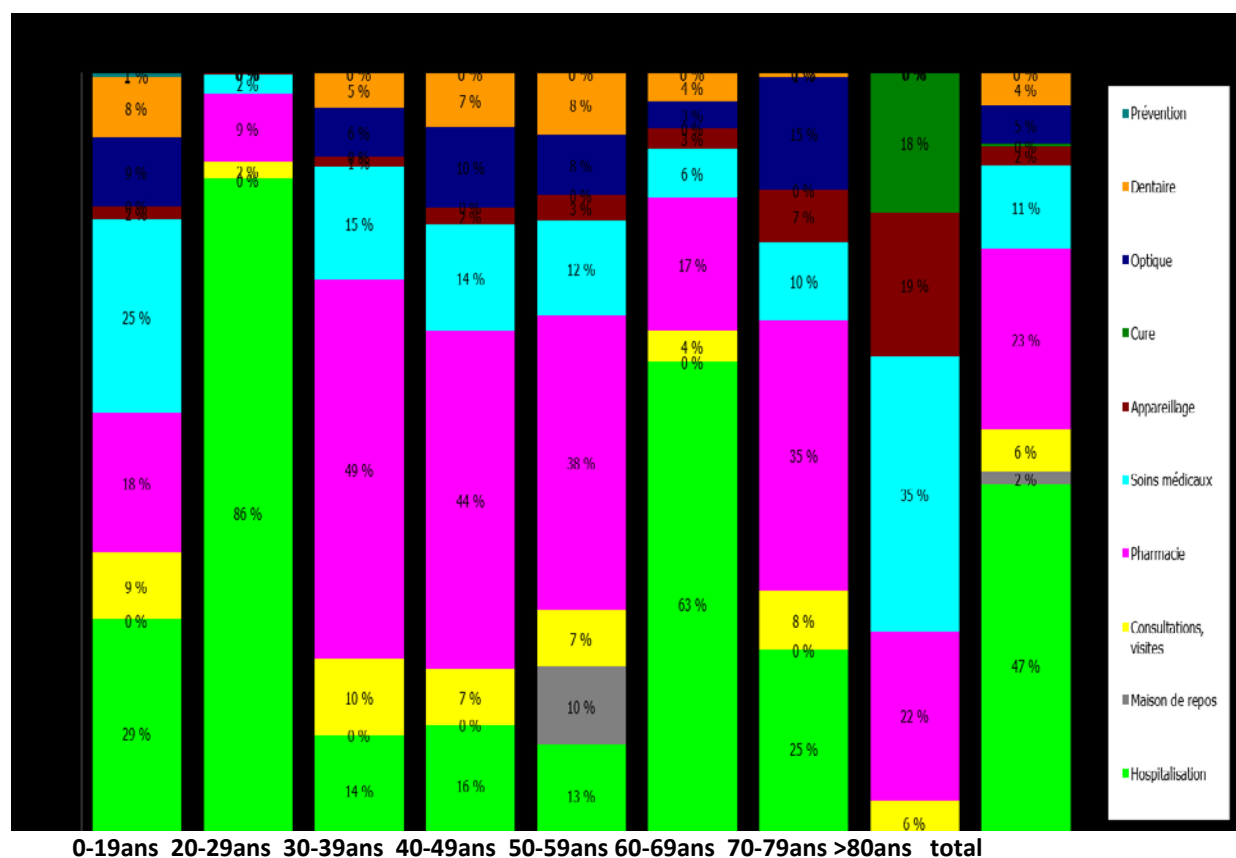
- données quantitatives de l'expérimentation

L'analyse de fiches de renseignements distribuées aux adhérents (sur des données socio-démographiques les concernant) a permis de colliger plusieurs points.

Au **31 juillet 2012** (soit au bout de 18 mois d'expérimentation), la Mutuelle Réseau compte **223 adhérents**. D'après les informations fournies, la population est composée pour un tiers de jeunes de moins de 19 ans et pour un autre tiers de personnes âgées de plus de 50 ans, il y a peu de familles nombreuses, mais 10% vivent dans des habitats précaires. Les adhérents sont pour la plupart des travailleurs et retraités pauvres, l'emploi à temps complet est l'exception. 18 % des personnes ont déclaré avoir l'AAH, un revenu ne permettant pas l'attribution de la CMUC. Il semblerait qu'il n'y ait pas de personnes sans couverture sociale du tout (dans un seul cas, l'affiliation était en cours). Presqu'un quart des personnes rencontrées était déjà affilié à une complémentaire santé et avait du mal à la payer ou allait renoncer à la maintenir. Enfin 30% des personnes viennent parce qu'elles ont besoin de soins et ne peuvent pas payer. Les **remboursements ne cessent d'augmenter** (de par l'augmentation constante des effectifs) et diffèrent selon l'âge (plus de frais et d'hospitalisations chez les 50-69ans). Par contre il est noté relativement **peu de remboursements sur l'optique et les audioprothèses** (« Priorisation des autres soins jugés plus urgents ? Peur du refus de remboursement ? »). Cette évolution qui perdure dans le temps est liée « aux multiples démarches de **communication** entreprises au niveau local par le tissu associatif, les professionnels du secteur, sanitaire, social et médico-social : presse écrite, télévisée, diffusion d'affiches, de

tracts, formations des professionnels concernés. Par ailleurs, la signature d'un contrat avec une **deuxième mutuelle** fin 2011 a aussi permis d'augmenter ce nombre de bénéficiaires ».

Le graphique suivant met en avant la consommation importante en termes d'hospitalisation, en particulier chez les 20-29 ans. Ce « pic s'explique par deux patients en pneumologie au CHU depuis un mois, et un autre cas en médecine. Ces patients jeunes à la rue n'ont pas déclaré de médecin traitant, l'hôpital n'a pas inscrit leur parcours de soins dans le cursus normal, on paie donc les suppléments alors que ces individus relèvent sans doute de l'ALD mais on ne note pas de dossier fait. Les consommations de pharmacie apparaissent aussi assez nettement et représentent entre 40 et 50% des remboursements à effectuer auprès des personnes âgées entre 30 et 59 ans. Autre élément notable, la part des soins médicaux (plus d'un tiers des remboursements) remboursés pour les personnes de 80 ans et plus. Ce chiffre s'explique par le fait que la consommation de soins augmente avec l'âge. Ce chiffre reste toutefois à utiliser avec beaucoup de précaution puisqu'il ne concerne que 2 personnes.



Parmi les personnes ayant souscrit à cette complémentaire, 159 se sont faits rembourser des soins.

Les personnes ayant le plus « consommé » sont celles âgées entre « 50 et 69 ans » avec un montant de 14 556.58 €, et plus spécifiquement celles âgées entre 60 et 69 ans. Ce chiffre semble cohérent puisque, d'une part, la consommation de soins augmente généralement avec l'âge et, d'autre part, cette tranche est la plus représentée dans le projet.

Répartition des dépenses par âge entre le 1er janvier et le 31 juillet 2012 (pour une seule mutuelle)

Tranche d'âge	Nb de personnes ayant consommé des soins	Dépenses	Coût unitaire
moins de 20 ans	45	4 881,35 €	108,47 €
20-29 ans	12	9 360,42 €	780,04 €
30-39 ans	26	2 483,13 €	95,51 €
40-49 ans	23	2 910,40 €	126,54 €
50-59 ans	34	5 722,71 €	168,32 €
60-69 ans	12	8 833,87 €	736,16 €
70-79 ans	5	1 049,44 €	209,89 €
80 ans et plus	2	805,98 €	402,99 €

La balance cotisation-remboursements des OC note une moindre augmentation du résultat négatif. Cette évolution s'explique par l'argument mis en avant précédemment mais aussi par le fait que le nombre d'adhérents a considérablement augmenté depuis le mois d'avril améliorant alors le niveau des produits

Evolution du compte de résultat entre le 30 avril et le 31 juillet 2012 (montants en euros) pour une seule mutuelle :

En Euros	Produits cotisations	Dépenses	Résultat
AU 30 avril 2012	10265	23 560	- 13 295
Au 31 juillet 2012	22 723.05	38 319.61	- 15 596.56

NB : Les dépenses comprennent les prestations et les indemnités de gestion

- données qualitatives

L'analyse des fiches de renseignements (distribuées aux adhérents) a permis de souligner les données suivantes :

- ⇒ **peu de jeunes** adhérents (car malgré l'ACS « *il leur reste 30^E/mois à s'acquitter alors qu'ils sont en bonne santé et ont d'autres priorités financières* »)
- ⇒ **la précarité conduit souvent à ne pas avoir recours à l'affiliation** à une complémentaire santé (et par conséquent à un renoncement aux soins ou à une aggravation de la situation financière) : seulement 5.7% des adhérents ayant un emploi fixe à temps plein.
- ⇒ **30% n'avaient pas de complémentaires** santé tout en reconnaissant son besoin (« *problème du coût* ») et on note que la médiatisation sur l'ACS a aidé aux souscriptions (« *mais l'illettrisme reste un problème pour sa visibilité* »).
- ⇒ **Presqu'un quart des personnes rencontrées était déjà affilié** à une complémentaire santé et avait du mal à la payer ou allait renoncer à la maintenir.

Les besoins soulevés lors de ce rapport étaient :

- ⇒ Le sujet des **pensionnaires en maison de retraite** ne pouvant plus suivre l'augmentation des mutuelles, les **ruptures de contrat**, le **TP obligatoire** à étendre et/ou faire respecter (*y compris pour les frais d'obsèques ?*).
- ⇒ Le problème des **contrats « branche » des entreprises** avec obligation d'y souscrire alors que les bénéficiaires de l'ACS ne pouvaient le faire valoir (sans parler du contrat santé en lui-même avec un panier de soins plus « bas de gamme »).
- ⇒ **Les difficultés à résilier leur ancienne complémentaire santé ou à faire accepter de changer de mutuelle à l'échéance sans perdre l'avantage de l'ACS.**
 « Les assurances qui font cela le justifient en disant aux assurés que le chèque ACS est valable un an, ce qui en soit est vrai sauf que le chèque ACS n'est pas un chèque en numéraire mais un crédit d'impôt ce qu'ils ne disent pas à la personne. Comme la résiliation du contrat se fait à des dates qui ne correspondent pas forcément aux dates de fin d'ACS, les assurances disent ne pas pouvoir résilier puisque l'ACS a déjà payé une partie de l'année suivante*. Pratique peu recommandable ! Nous avons fait appel au Fonds CMU pour nous éclairer et c'est fort des textes de lois (article R863-4 du code de la sécurité sociale) que nous demanderons les résiliations de ces contrats assurantiels en décembre 2012 maintenant, c'est-à-dire à l'échéance suivante, nous avons perdu une année de cotisation pour ces dossiers. Pour d'autres cas nous avons dû invoquer la loi Châtel, les conditions de résiliation sont compliquées lorsqu'on n'est pas accompagné. Pour d'autres encore les complémentaires refusent d'arrêter la mutuelle santé parce que les personnes ont d'autres assurance type prévoyance chez eux avec des dates de renouvellement différentes et assimilent l'ensemble des prestations de la personne, ce qui ne permet pas de sortir facilement. ATD Quart-Monde a dû intervenir plusieurs fois en soutien juridique et administratif ».

*Depuis les récentes mesures sociales du « Plan Pauvreté », la loi autorise des résiliations de contrat complémentaire-santé en cas de situation de rupture pour les bénéficiaires de la CMUc ou de l'ACS.

- Discussion

D'une manière générale, les adhérents **sont satisfaits du panier de biens et de son coût** même si certains mettent en avant qu'il reste relativement élevé par rapport à leur capacité financière s'ils ne bénéficient pas de l'ACS ; le taux d'effort à réaliser est très important et implique, pour ces personnes, de restreindre d'autres parts de leur budget.

Les autres aspects positifs soulignés ont été :

- **L'absence de stigmatisation** : les professionnels de santé ne font pas de différence entre les patients couverts par cette mutuelle et leurs autres patients ; les pharmaciens expliquent d'ailleurs que la distinction n'est pas possible puisque le nom du contrat n'est pas inscrit sur la carte mutuelle. Cet élément est très important car il marque une différence notable avec les patients couverts par la CMU-C.
- **L'importance de l'accompagnement** : certains professionnels du domaine social précisent que sans l'accompagnement proposé, certaines personnes n'auraient pas été capables de s'y retrouver dans les démarches à faire et auraient abandonné (8%). 7% des personnes ont été accompagnées dans leurs recherches d'aide complémentaire ou même ont été secourues afin de pouvoir adhérer ou *a minima* être soignées.
- **la coopération inter sectorielle** : la mobilisation territoriale a permis la mise en place et le développement du projet. Associations, institutionnels, structures gouvernementales, bénéficiaires ont tous un rôle essentiel. Le travail en partenariat est indispensable pour que chacun puisse remplir ses missions propres et faire en sorte que les personnes puissent accéder dans les meilleures conditions et meilleurs délais à des soins adaptés. La forte nécessité pour cette dynamique de mutualisation des publics précaires, d'être portée au niveau territorial pour la déployer, montre toute la nécessité d'avoir et de développer des « réseaux », cet ancrage territorial, cette proximité, sont une force soulevée par les professionnels interviewés. En effet, ils valorisent le fait d'avoir la possibilité d'être en contact direct avec des référents notamment de l'Assurance Maladie ou de la CAF. La nécessité de travailler plus avec la CPAM et d'ouvrir un partenariat sur le terrain avec la CARSAT se fait sentir mais le terrain a besoin d'avoir une vue plus claire des orientations nationales sur ces sujets. Les partenaires se félicitent de voir des CCAS les rejoindre.
- **Les dépassements d'honoraire** n'ont pas posé de problème en terme d'accès aux soins et pour cause aucune personne n'a sollicité ces remboursements, pourtant acquis (200% du RO) et donc n'en a eu besoin en 18 mois de contrat.
- **Les frais d'optique** ont été couverts par le contrat, quelques cas exceptionnels, relevant de la chirurgie et de verres particuliers étaient en cours et des demandes ont été déposées aux Prestations supplémentaires de la Sécurité Sociale
- **Les frais dentaires** : les soins n'ont pas posé de problème ainsi que certaines prothèses, où l'on voit le dentiste ajuster son prix au remboursement. Certains dossiers de prothèses ont aussi été présentés aux prestations supplémentaires.

- La responsabilisation des adhérents comme en témoigne une bénéficiaire : « *attention tu te fais soigner, bien, mais t'abuse pas, tu l'utilises comme si c'était ton porte-monnaie, sinon ... on plonge il faut l'équilibre sinon plus de contrat, il clapote* ».

Par ailleurs, il convient de mettre en avant les données suivantes quant au fonctionnement propre de la mutuelle :

- **L'hospitalisation en secteur public est le premier poste de dépenses** et celui qui **déséquilibre le contrat** et pose la question de la pérennisation. La prise en charge hors parcours de soins des personnes à la rue, la non déclaration des malades en ALD dans la filière hospitalière sont autant de facteurs qui ne permettent pas aux malades hospitalisés d'être pris en charge comme ils le devraient.
- La place de l'**enfant** dans la famille, **ses droits doivent être réétudiés** dans le cadre de leur protection complémentaire, car s'il est vrai qu'à 16 ans ils ont leur propre assurance sociale il y a une nécessité de déterminer dans quels cas on couvre les enfants par le biais de la mutuelle des parents (chômeur, formation, alternance, apprentissage.)
- **L'ACS devrait être opposable aux contrats branches** dans le cas où le contrat est plus favorable à l'adhérent, et les textes de loi devraient être respectés pour les personnes qui sont en insertion ou les personnes qui trouvent des CDD de quelques mois.
- Les **conditions de résiliations doivent être plus transparentes** et doivent respecter la loi. Des efforts d'information et de recommandations doivent être faits en direction des organismes.

Une labellisation des contrats ACS gagnée dans la loi PLFSS, en application de la législation prévoyant une labellisation des contrats d'assurances complémentaires permettant de construire une offre de complémentaires de qualité accessible aux populations à bas revenus. Ce « **label ACS** » repose sur une démarche volontaire des organismes complémentaires pour proposer des contrats labellisables. Dans ce cadre, le Fonds CMU a émis des propositions:

- Les OC resteront libres de soumettre un (ou plusieurs) de leurs contrats à la labellisation, de **déterminer, pour le prix défini, des garanties d'un niveau supérieur** ; les prestations définies par le label ne constitueront ni un « contrat repère », ni un « panier de soins » de type CMUc.
- Le **bénéfice de l'ACS n'est pas réservé aux contrats labellisés** et les OC restent libres de proposer des contrats labellisés aux personnes qui ne sont pas bénéficiaires de l'ACS ;
- Le succès du label ACS repose donc sur l'intérêt que peuvent trouver les OC à proposer de tels contrats afin de figurer sur la liste remise aux bénéficiaires de l'ACS par les caisses d'assurance maladie, et **sur le nouveau public ainsi potentiellement capté** sur le marché saturé de la complémentaire santé.

L'article 34 octies du PFLSS de 2012 propose de **créer un « label ACS »**. Celui-ci aurait pour objectif d'améliorer le contenu des contrats de complémentaires santé, en particulier ceux souscrits par les bénéficiaires de l'ACS. En effet, le Fonds « CMUc » a mis en évidence le fait que les **contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS ne permettaient en général qu'une couverture limitée des dépenses de santé**. Le « label ACS » et ses conditions d'éligibilité seraient définis par une convention entre le Fonds « CMU-c », l'État et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Pour aider aux adhésions de complémentaire santé, la mise en place pour les bénéficiaires de l'ACS d'un contrat labélisé élevant le niveau des garanties est devenu une évidence.

1) **L'article 34 octies (voté par les deux assemblées) qui contient deux dispositions relatives à l'ACS**

2) **Les articles relatifs au contrôle et à la lutte contre la fraude**

➤ **Le relèvement du plafond de ressources**

L'article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale avait prévu deux revalorisations du plafond d'attribution de l'aide complémentaire santé. La première est intervenue au 1er janvier 2011 et a revalorisé le plafond d'attribution ACS à + 26 % au-dessus du plafond CMU-C (contre 20 % auparavant). Une seconde revalorisation devait intervenir au 1er janvier 2012 et porter le plafond d'attribution de l'ACS à + 30 % au-dessus du plafond CMU-C.

A ce jour, l'ACS bénéficie à plus de 600 000 personnes (bénéficiaires ayant utilisé leur attestation). Cependant la tranche de ressources qui permet d'accéder au dispositif demeure étroite, malgré les efforts récents de revalorisation du plafond. En outre, le plafond de ressources actuel reste inférieur au seuil de pauvreté.

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes, le gouvernement a proposé un article visant à revaloriser le plafond d'attribution de l'ACS à + 35 % au-dessus du plafond CMU-C (cf. annexe 1 pour le détail des montants).

Le gouvernement estime le coût de cette mesure à 28 millions d'euros en 2012, puis à 56 millions d'euros en régime de croisière.

➤ **La création d'un label « ACS »**

Dans le souci d'améliorer l'accès aux soins, le deuxième volet de l'article 34 octies propose d'instituer un label « ACS » afin d'améliorer le contenu des contrats de complémentaire santé, en particulier ceux souscrits pour les bénéficiaires de l'ACS qui offrent pour la plupart des garanties modestes, comme l'a montré encore cette année le rapport du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à l'ACS.

Ces contrats labellisés devront notamment s'efforcer d'offrir des prestations adaptées aux populations concernées, c'est-à-dire aux personnes dont les ressources sont modestes. Néanmoins, ils ne seraient ni exclusifs aux bénéficiaires de l'ACS, ni inclusifs, les bénéficiaires de l'ACS restant libres de choisir parmi les contrats non labellisés.

Les critères d'éligibilité du label « ACS » seraient définis par une convention conclue entre le Fonds CMU, l'Etat et l'UNOCAM.

Le Fonds CMU serait chargé d'établir, dans les conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats et les caisses d'assurance maladie communiqueraient cette liste aux bénéficiaires de l'ACS (au moment de la délivrance de l'attestation de droits), mais également aux personnes ne bénéficiant pas de l'ACS.

Cette étude présentée au Conseil de surveillance du Fonds CMU montre la grande disparité et la pauvreté des contrats complémentaires santé en fonction des classes souscrites par les personnes bénéficiant de l'ACS :

Répartition des contrats par classes de garanties*		
<i>(en % des personnes couvertes)</i>		
	Contrats ACS 2010	Contrats individuels (Drees 2008)**
Classe A	0,8	4,3
Classe B	10,1	40,6
Classe C	49,3	45,0
Classe D	39,9	10,1
TOTAL	100	100
* Ordre décroissant selon l'alphabet, la classe A apportant le plus de garanties.		
** La différence de couverture serait logiquement encore bien plus nette si on comparait les contrats ACS aux contrats collectifs (de niveau de couverture supérieure aux contrats individuels).		
<i>Source : fonds CMU</i>		

Les contrats classés C et D, qui couvrent 90 % des bénéficiaires de l'ACS, ne remboursent pratiquement pas les dépassements d'honoraires. La protection offerte par les contrats que choisissent les personnes à l'ACS est donc limitée, ce qui aboutit à **un reste à charge non négligeable sur les soins**, notamment en dentaire et en optique.

Cependant cette labellisation ne verra jamais le jour l'UNOCAM ayant refusé la négociation .

Dans l'impossibilité d'aboutir sur ce projet, il a bien fallu se réinterroger la place des assurances complémentaires dans le système de protection sociale :

- En élaborant et en proposant un contrat complémentaire socle en dessous duquel un niveau de prestations ne serait pas acceptable. Il a été envisagé d'engager avec les organisations de consommateurs une comparaison publique des offres d'assurances complémentaires.
- En permettant une meilleure connaissance du dispositif, en organisant une campagne de publicité pour la promotion de l'ACS.

- *2012-2014 : poursuite par la FNARS et les responsables locaux de l'expérimentation « Mutuelle Réseau » (140)*

Une réunion inter disciplinaire a eu lieu à Nancy en janvier 2014, pour évaluer la poursuite de l'expérimentation locale de la Mutuelle Réseau :

Quatre ans après le début de l'expérience avec ATD et deux ans après la reprise par les autorités locales, les aspects positifs énoncés restent conformes à ceux énoncés deux ans plus tôt, à savoir :

- une amélioration de la communication entre les partenaires sociaux,
- un meilleur encadrement du patient souscripteur,
- un coup de projecteur médiatique sur l'ACS,
- un gain économique pour les centaines de patients y ayant recours

Des **points négatifs** sont soulignés en vue d'améliorations pour la suite du projet:

- un essoufflement des cotisations vers la fin de l'expérimentation (manque de publicité ?),
- des problèmes de fonctionnement entre partenaires (comme le manque d'informations numériques fournies en temps utile par des OC),
- un travail « à perte » de la part des OC avec une **balance dépenses/cotisations en déficit** de 30000^E par an en moyenne,
- un reste à charge encore important pour le particulier, surtout compte tenu de l'inflation et des conséquences de ce déficit dans la balance des OC partenaires,
- la problématique du TP étendu et intégral, faisant débat actuellement, comme nous l'avons vu plus haut.

La population ciblée par cette initiative qui a atteint en deux ans **450 à 500 assurés** sur les 700 bénéficiaires potentiels à l'avoir sollicitée (la différence s'expliquant par les impossibilités de prise en charge pour cause de souscription effective à un autre OC ou à un contrat branche d'entreprise) , se compose essentiellement de **femmes seules** et de **personnes âgées**. Les handicapés, les jeunes et les personnes souffrant d'affections psychiatriques restent sous représentées (le panier de soins étant peu conforme pour ces derniers).

Un parallèle entre Mutuelle Réseau et régime général a été également fourni, afin de comparer les cotisations mensuelles et de souligner le gain économique pour leurs souscripteurs :

régime général	mutuelle réseau	En Euros/mois
19,4	13,45	Enfants
37,24	24,06	Adultes
60,39	36,92	Retraités

Le contexte actuel (inflation et déficit des OC) fait qu'il ne sera pas possible de conserver exactement les mêmes options pour la pérennisation de ce projet. En fait les cotisations vont être prudemment augmentées et certaines options hospitalières retirées du panier de soins (jugées peu utiles car peu utilisées par les patients précarisés) comme le délai de carence de 1 mois*, la chambre seule et la télévision dans la chambre.

Les **préconisations pour l'avenir** du projet sont de :

- former les professionnels de santé,
- informer davantage sur les aides (ACS, ...),
- cibler les populations peu représentées (jeunes, handicapés, patients souffrant de pathologies psychiatriques),
- assurer le suivi (par des outils communs),
- simplifier les démarches administratives,
- améliorer la transparence et la traçabilité (meilleures transmissions des données par les OC).

La Mutuelle Réseau continuera d'être souscrite localement, en concurrence avec les autres contrats ACS qui verront le jour par la suite.

*Le délai de carence ne concerne pas toutes les mutuelles, ni tous les actes de santé, mais c'est une pratique assez répandue. Pourquoi ? Tout simplement pour éviter les abus : une personne qui a besoin d'engager des frais médicaux coûteux, comme une intervention chirurgicale, pourrait prendre une complémentaire et bénéficier immédiatement d'une prise en charge... ce qui serait injuste pour les autres assurés, car elle profiterait de leurs cotisations parfois versées depuis longtemps

c- Action nationale en faveur d'une « mutuelle pour tous » du mouvement ATD Quart-Monde

- *Recherche action nationale*

Suite au refus de labellisation, ATD Quart-Monde a voulu expérimenter le développement de ce type d'accès à la complémentaire santé sur le territoire national en association avec une autre association AGIR ABCD dont une activité est l'accompagnement à l'adhésion à la couverture santé. Un partenariat a été noué, le même type de contrat a été mis en place et cette expérimentation a montré tout son intérêt, le contrat est équilibré, les personnes bénéficiant d'un fort accompagnement par les deux associations. Le coût du contrat est faible : 29,50 euros mensuel, dont il ne reste après l'ACS que 30 à 60 euros annuels à charge pour l'adhérent.

Les résultats de cette étude sont détaillés et critiqués dans la seconde partie de ma thèse.

- *Action lors du congrès de la Mutualité de Nice en octobre 2012 (55)*

Lors de cette réunion nationale de la Mutualité française, ATD Quart-Monde a été invité à prendre une part active, et un stand a été mis gracieusement à sa disposition intitulé « *une mutuelle pour tous* ». Des militants Quart-Monde viennent tenir le stand et expliquer leur démarche et faire de la publicité pour leur contrat. De nombreux liens sont tissés avec des professionnels et des institutionnels et avec la presse.

Par ailleurs ce congrès aborde la question des ISS et des mesures à prendre pour les corriger, que ce soit au niveau des OC ou des autres acteurs (Etat, professionnels, usagers) :

Sur la problématique de **l'accès aux droits**, il a été souligné l'importance de la collaboration des OC aux projets de complémentaire santé collective en cours de labellisation. Il a été rappelé l'implication de la Mutualité ces dernières années avec des initiatives telles que: le **chèque national santé** (chèque de 200^E versée par la LMDE aux étudiants précaires pour réduire le montant de leur cotisation), le **crédit d'impôts** (lancé par la Mutualité Française en 2000 mais qui n'a pas été prolongé)...

Sur la question de **l'accès aux soins primaires**, plusieurs solutions sont évoquées pour revaloriser le secteur (en terme d'exercice pour les professionnels), les offres de soins et l'adhésion des usagers notamment en terme de prévention :

- Concernant les **dépassements d'honoraires et de tarifs**, l'objectif est de garantir aux assurés sociaux et aux mutualistes une réelle opposabilité des tarifs grâce à l'action conjointe coordonnée de l'assurance-maladie obligatoire et des mutuelles.
Pour ce faire, il faudrait **renforcer l'attractivité du secteur 1 (en revalorisant les actes et leurs remboursements)**. Si le droit à l'accès aux soins doit être garanti, le droit des professionnels de santé à une juste rémunération ne peut être ignoré : les disparités de rémunération existantes doivent être réduites afin de retrouver un équilibre satisfaisant pour tous.
La diversification des modes de rémunération, la prise en compte des conditions territoriales d'exercice, (...) peuvent être envisagées et solvabilisées par les OC. Ceci pourrait se faire en contrepartie de la baisse de la taxe sur les conventions d'assurance. Tous les médecins seraient potentiellement concernés, y compris les MG.
Naturellement, ils prendraient pour leur part des engagements sur la qualité des pratiques et des actes.

- **L'offre de santé doit être adaptée aux besoins de la population :**
 - ⇒ Il faudrait agir « *réellement* » contre les déserts médicaux. « *Une nouvelle régulation de l'exercice médical s'impose, les mesures d'incitation ayant fait la preuve de leur insuffisance* ».
 - ⇒ Les paniers de soins doivent être adaptés aux besoins de consommation des usagers (utilité reconnue des laboratoires d'usage). Pour les soins hospitaliers, le ticket modérateur et les forfaits doivent être repensés afin d'introduire plus de transparence et de permettre que ces soins restent accessibles à tous (à l'hôpital et en clinique).

- **La complémentarité et la coordination des professionnels** doivent être valorisées et rémunérées au titre du temps médical et de l'utilité sociale de ces acteurs organisés dans le cadre de leur exercice : la Mutualité Française propose la mise en place d'un forfait pluridisciplinaire de coordination (pour le MG et/ou sa structure) et le développement des maisons de santé sur le modèle des centres de santé mutualistes (où le MG y est salarié). L'amélioration des **transmissions hôpital-ambulatoire** est aussi évoquée (dossier médical, compte-rendus plus rapides et/ou télétransmis...)

- **Les nouveaux modes de financement** permettraient de favoriser cette coordination entre professionnels et la revalorisation du secteur préventif.
A l'instar des ROSP, il est souligné l'apport des nouvelles missions sociales des pharmaciens (redéfinies par la loi HSPT de 2009) ainsi que du forfait ETP (éducation thérapeutique).

- **Les aides aux usagers en terme de littératie** de la santé : en effet 10% des français de 18-65ans sont illettrés ; il est donc suggéré d'encourager leur accompagnement par des associations (pour leurs démarches d'accès aux droits/soins) et d'encourager les programmes d'**éducation thérapeutique**, comme celui du TENSIOFORME. Il s'agit d'un programme expérimental gratuit pour l'utilisateur permettant de prévenir et de réduire l'hypertension artérielle. Personnalisé selon le profil du participant, le

programme s'articule autour de trois modules, à raison d'un ou deux rendez-vous par mois :

- un module d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intitulé « santé cardiovasculaire », dispensé par des infirmières spécialisées au sein des établissements de santé mutualistes partenaires,
 - un module d'« activité physique adaptée », dispensé par des éducateurs médico-sportifs, des animateurs dans les clubs sportifs et des médecins pour la partie motivation,
 - un module de « réduction des facteurs de risque » au choix pour l'adhérent, d'arrêt du tabac ou d'équilibre alimentaire, délivré par un tabacologue ou une diététicienne selon le module choisi, dans le cadre des services de soutien personnalisé de Priorité Santé Mutualiste.
- Le développement de **l'information médicale en terme de prévention** est suggéré, usant tous les supports possibles (téléphone, colloques, sites web...)
 - Le développement et la pérennisation des alternatives à l'hospitalisation (**HAD et chirurgie ambulatoire**).

Autre levier en terme d'équité dans les soins, la Mutualité Française est favorable à la **transparence**, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012 ayant introduit une nouvelle condition au bénéfice des avantages fiscaux et sociaux des contrats responsables : les OC devront communiquer annuellement aux assurés le montant et la composition de leurs frais de gestion et d'acquisition, exprimés en pourcentage des cotisations ou primes.

Enfin il est préconisé de repenser le **financement du Fonds CMU** (financé exclusivement par les mutuelles, à hauteur de 5.9% de leurs bénéfices soit 1.9 milliard d'euros en 2011). En effet devant la nécessité de rehausser les plafonds d'attribution pour la CMUc et l'ACS, le Fonds CMU et donc les cotisations mutuelles ne vont cesser de croître.

Le Président de la république François Hollande s'engage alors devant les participants au congrès à faire en sorte que soit mis en œuvre son slogan « une mutuelle pour tous » en janvier 2015 et que l'inégalité d'accès à la couverture complémentaire santé soit définitivement terminée. Mme le ministre M Tourraine reprend elle aussi cet engagement en s'engageant à tout faire pour que tous soient rapidement égaux face à la protection sociale obligatoire et complémentaire.

- *Action de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté en décembre 2012*

A la suite de ce congrès le Mouvement ATD Quart-Monde est alors sollicité par M Legros (Membre de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Président du groupe de travail santé et accès aux soins pour la préparation de la conférence nationale sur la pauvreté...) pour être auditionné dans le cadre de la préparation de la Conférence nationale de lutte contre la précarité et l'exclusion dans son volet santé.

Une audition est réalisée en Octobre 2011 et un film de présentation de l'action d'ATD Quart-Monde sur l'accès à la complémentaire santé pour tous est tourné avec des personnes pauvres qui parlent de leur engagement et de leur action, il sera présenté lors de la Conférence. (141)

Cette conférence inter disciplinaire servira de base de travail à l'élaboration du plan pluri annuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté en janvier 2013 et au travers duquel des mesures concrètes seront prises pour réduire les ISS.

Le mouvement ATD y est notamment auditionné et participe à toutes les tables de la conférence avec des représentants d'usagers ou des professionnels (revenus, logement, alimentation, écologie, droits sociaux, enfance et éducation, sur-endettement). (142)

Partant des constats énoncés plus haut et tenant compte des expériences récentes en matière de contrat complémentaire santé, plusieurs mesures y seront proposées afin de faciliter l'accès aux droits et aux soins :

⇒ Pour davantage de justice dans le parcours de soins :

- En prenant des dispositions quant aux refus de soins : mission du **Défenseur des droits**.
- En assurant un modèle de **couverture sociale plus égalitaire quant aux jeunes en formation**: *« alors que les jeunes étudiants peuvent être pris en charge sur l'assurance maladie de leurs parents jusqu'à 20 ans puis peuvent bénéficier de la «sécurité sociale étudiante » gratuite lorsqu'ils sont boursiers jusqu'à 28 ans, les apprentis ne peuvent rester ayants-droit de leurs parents que jusqu'à 18 ans. »*
- En encourageant la **prévention en situation de précarité** ou en cas d'isolement géographique : expérimentation de transports sanitaires collectifs, **examen dentaire obligatoire** à 6-7 ans à l'école (avec dispensation de soins gratuits au décours si nécessaire), **prévention en milieu carcéral** (troubles mentaux, maladies infectieuses, toxicomanie).

⇒ Pour limiter l'effet des ressources sur l'accès aux soins:

- En colligeant et en sanctionnant les **dépassements d'honoraires abusifs**.
- En **supprimant les franchises** pour les soins ALD.
- En généralisant le **TP et les tarifs opposables** et en encadrant les tarifs des dispositifs (audioprothèses, dentaires et optiques).
- En révisant les remboursements de **frais hospitaliers** : les dispositifs de l'assurance-maladie parfois anciens comme la prise en charge à 100 % à partir du 30^{ème} jour d'hospitalisation, ne sont sans doute plus adaptés à l'évolution des pratiques médicales qui conduisent parfois à multiplier les hospitalisations courtes, mais qui font qu'une personne peut avoir 35 jours d'hospitalisation sur l'année et ne pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100% : *« passer de 30 jours consécutifs d'hospitalisation à 30 jours au cours des 12 derniers mois pour la prise en charge à 100 % »*.

⇒ Pour assurer une couverture sociale décente aux usagers les plus précaires :

- En **relevant progressivement le plafond de la CMU-C**, d'abord au niveau des minima sociaux (AAH et ASPA : 777€ en 2012) pour atteindre ensuite le seuil de pauvreté (964 € en valeur 2010).
- En indexant le seuil de la CMU et de la CMU-C sur l'évolution du revenu médian.
- En **revalorisant le panier de soins de la CMU** : optique, dentaire, ophtalmologie.
- En complétant la garantie santé de la CMU-C par une **garantie obsèques**.
- En simplifiant l'accès à l'ACS avec deux aides financières, l'une pour les actifs et l'autre pour les inactifs.

⇒ Sur la problématique de l'AME :

La majeure partie des associations propose de **rapprocher l'AME de la CMU de base et de la CMU-C**. Cette position est également celle de la majorité des membres du CNLE ainsi que des auteurs du rapport IGAS-IGF de novembre 2010. Le mouvement ATD n'est pas favorable à cette solution qui reviendrait à modifier le droit social en modifiant les critères d'accès à la sécurité sociale et ceci pourrait donner prise à ceux qui veulent détricoter l'assurance maladie. En effet tous les Français ou personnes ayant le droit du sol bénéficient de la sécurité sociale et doivent cotiser ou bénéficier de cotisations via la CMU de base. Ce sont à la fois des droits et des devoirs, les personnes riches ou pauvres, malades ou bien portants ont l'obligation de cotiser. Si cette règle est détournée pour les personnes en situation illégale, les personnes riches pourront déjouer la règle en se targuant de cette jurisprudence pour ne pas s'acquitter de leurs cotisations obligatoires et souscrire des assurances santé ailleurs dans l'Union Européenne ou dans le monde et la France perdrait ainsi la qualité d'assurance par répartition. Par ailleurs les défenseurs de la fusion AME/CMU affirment que cela reviendrait à retrouver une situation voisine de celle antérieure à la loi du 24 août 1993 (créant l'AME dans le cadre d'une législation sur l'immigration). Cela permettrait-il de mettre fin à ce paradoxe administratif qui permet d'ouvrir des droits à des personnes en situation irrégulière ? Est-ce que cette fusion pourrait permettre de mettre fin à des mesures à la fois discriminatoires et stigmatisantes pour les étrangers en situation irrégulière (en raison des renouvellements itératifs, des problèmes de domiciliation et autres démarches administratives d'autant plus complexes qu'elles se heurtent fréquemment à la barrière linguistique et à la crainte d'être arrêté) ?

Si la motion n'est pas retenue, il faudrait :

- Faciliter la mise en oeuvre de la procédure de domiciliation en utilisant les critères utilisés pour la loi DALO (cette position n'est pas partagée par le Fonds CMU qui estime que cette proposition ne permettrait pas de répondre aux problèmes spécifiques que rencontrent les demandeurs de l'AME).
- Doter la carte AME d'une puce qui permette le télépaiement et la télétransmission.
- Mieux accompagner les bénéficiaires, en généralisant la proposition de visites de prévention.

⇒ Pour réinvestir les soins primaires, il faudrait :

- Revaloriser les structures publiques de santé du secteur primaire : **PASS, ASV, PMI, médecine scolaire.**
- Encourager la **prise en charge à domicile des personnes dépendantes** : aides à domicile, résidence d'accueil/pension de famille, « *housing first* » (à l'instar des mesures adoptées outre atlantique et basées sur la réinsertion par le logement de patients toxicomanes, SDF...).
- Etendre les filières de soins pour ne plus pénaliser les patients avec une déclaration de médecins traitants hospitaliers (parcours de soins) et une déclaration des pathologies ALD plus précoce (franchises et ticket modérateur).
- **Former les acteurs sur les ISS :**
 - Former les agents de guichet à l'accueil des personnes fragiles et réduire la place des accueils téléphoniques.
 - La formation des intervenants auprès des acteurs en charge de la souffrance à la rue reste limitée et surtout devrait être étendue aux acteurs des lieux de privation de liberté.
 - Former les médecins dans le cadre des enseignements initiaux ou post universitaires et reconnaître les compétences acquises en terme de spécialisation, en particulier pour la formation des médecins de PMI et des médecins scolaires.
 - Maintenir et développer les projets d'Education thérapeutique des patients en direction des personnes en situation de précarité ; les nombreux programmes autorisés et financés sont portés par les hôpitaux et les centres de santé et concernent peu les populations précaires.
 - Former les représentants des usagers aux questions d'accès aux soins et d'ISS, dans les différentes instances du système de soins.

- *Une mutuelle pour tous : des décisions politiques énoncées le 21 janvier 2013 dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale* (143)

Comme nous venons de le voir, ce plan est le fruit d'un travail de concertation inédit avec l'ensemble des acteurs des politiques de solidarité : les services de l'État, les collectivités territoriales, les associations, les partenaires sociaux, les chercheurs et experts, ainsi que les personnes en situation de pauvreté elles-mêmes. L'élaboration de ce plan a mobilisé plus de 20 ministères.

Concernant la lutte contre les ISS et particulièrement dans le domaine de l'acquisition de complémentaire santé de qualité, en voici les principaux axes, conformément aux engagements du Président de la République (au congrès de Nice en octobre 2012) :
« *un accès pour tous à une complémentaire santé de qualité à l'horizon 2017* »

« Permettre l'accès à des complémentaires de qualité »

Chef de file : ministère des Affaires sociales et de la Santé

Calendrier : 2013/2014

Modalité : loi et règlement

Pour rattraper le retard pris au cours des années et étendre la population cible, le Gouvernement s'engage à relever le plafond de la couverture maladie universelle - complémentaire (CMU-C). L'objectif est d'offrir à toutes les personnes vivant sous le seuil de pauvreté (964 €) une aide à la complémentaire.

La mesure se traduit par :

- _ Une augmentation du plafond de la CMU-C de 7%, en sus de l'inflation.
- _ Une augmentation identique pour le plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui correspond au plafond CMU-C augmenté de 35%.

Au total, 750 000 personnes supplémentaires seront couvertes par l'un ou l'autre des dispositifs CMU-C ou ACS (à taux de recours inchangés). Le plafond de ressources pour la CMU-C sera revalorisé à la date du 1er septembre 2013, conjointement à l'augmentation de 2% du RSA socle. Le financement de cette mesure est assuré par le fonds CMU. Ses modalités seront concertées dans le cadre de la politique d'accès à une complémentaire de qualité pour tous.

Une révision du panier de soins de la CMU complémentaire

Le panier optique sera revalorisé pour la prise en charge des verres amincis et de façon à prévoir la prise en charge d'un équipement stéréophonique complet tous les deux ans. Un arrêté sera pris au cours du premier trimestre. La revalorisation du panier de soins dentaires est en cours d'étude, sa finalisation permettra de prendre un arrêté de revalorisation à la fin du premier semestre 2013.

Des contrats de complémentaires lisibles et de qualité

Dans la suite de l'engagement présidentiel au congrès de la mutualité 2012 à Nice, une grande concertation sera lancée au début de l'année 2013 avec les organismes complémentaires pour que tous les Français puissent acquérir une couverture complémentaire de qualité. Il s'agira de parvenir, avec les organismes complémentaires, à un accord avant la fin du mois de juin, pour qu'elles proposent des contrats de qualité pour les populations concernées et que les éventuelles dispositions nécessaires soient intégrées dans le PLFSS 2014. Cette concertation devra prendre en compte les avancées définies par les partenaires sociaux dans l'accord du 11 janvier 2013.

Les autres leviers annoncés en terme de lutte contre les ISS sont :

- Evaluer les progrès de cette politique à travers la publication annuelle d'un indicateur d'ISS (espérance de vie à 35 ans, indicateur de renoncement aux soins, espérance de vie sans incapacité par catégories socio-professionnelles, sexe et par déciles de revenu).
- Améliorer les soins auprès de certaines populations en précarité (gens du voyage, milieu carcéral, handicapés, toxicomanes, santé mentale).

- o Améliorer la santé des enfants, particulièrement en ZEP ou dans les DOM (périnatalité, nutrition et lutte contre l'obésité et ses conséquences, soins bucco dentaires).
- o Redynamiser les structures de soins de proximité (10 PASS supplémentaires, encourager les MSP)
- o Prendre en compte la parole des usagers (sièges dans les institutions, universités populaires, associations...).

- *ATD Quart-Monde réunit ses partenaires en février 2013 dans un travail concerté : un laboratoire d'usage et propose des recommandations* (144)

Dans la lignée de ce plan et dans ce but de proposer et de labelliser des complémentaires de qualité, a eu lieu une réunion de travail entre les différents acteurs (mutuelles, institutions, universitaires et chercheurs, associations nationales et usagers dans la précarité adhérents à la Mutuelle Réseau nancéenne.

Les préconisations sont les suivantes :

En terme de financement des soins :

- ⇒ **Mettre en place des procédures comptables pour que les CPAM ne se servent pas dans ces lignes comptables mises à disposition par les professionnels pour gérer le tiers payant en utilisant les accès aux comptes des professionnels comme des tirelires**
- ⇒ **Mettre en place des procédures évitant la lourdeur des dossiers techniques et financiers pour les professionnels de santé** (pour rappel, le coût du TP a été évalué entre 1et 3^E par dossier).
- ⇒ **Mettre en place un FONDS de solvabilisation des impayés irrécouvrables pour l'hôpital comme c'est le cas pour d'autres entreprises en assurantiel.**
- ⇒ **Supprimer les franchises ou instaurer un système de « bouclier sanitaire » car pour de faibles budgets ces franchises sont une « double peine ».**
- ⇒ faire **respecter l'interdiction des dépassements** aux publics précaires, prévue dans l'avenant 8 de la convention, avoir recours au **Défenseur des droits** le cas échéant et informer les patients qu'ils peuvent renvoyer les professionnels aux mutuelles quant aux règlements de ces dépassements.

- ⇒ **Généraliser les demandes de déclaration MT** en l'étendant aux médecins hospitaliers et en favorisant la formation et l'information des MG libéraux.
- ⇒ **Systématiser les demandes de pathologies ALD** à l'entrée dans le parcours de soins notamment par les médecins urgentistes.
- ⇒ **Limitier les RAC**
 - **En Ajustant les coûts des frais de santé dans le cadre du contrat ACS** (Optique et dentaire etc....) en négociant des **baisses de prix sur les montures et les verres et les prothèses éventuellement dans le cadre de réseaux professionnels.**
 - **Rendre plus accessible le matériel et l'appareillage pour les handicapés** : la prise en charge des matériels spécifiques dans le contrat labellisé ACS ne peut être que partielle. Il faut favoriser des lieux concertés MDPH, CPAM, Mutuelles, Conseils généraux, Fonds sociaux qui interviennent chacun pour partie dans la prise en charge.
 - **Mettre les personnes en invalidité précoce** plutôt que d'attendre les derniers jours d'indemnité journalière, ce qui évite les périodes de transition sans aucun revenu entre IJ et pension d'invalidité, et compensation de salaire par les institutions de prévoyance.
- ⇒ **Créer un Fonds d'urgence** sur la base de l'expérimentation à Nancy qui est destiné à payer les cotisations pour ne pas rompre la prise en charge de la santé lors des accidents de la vie.
- ⇒ **Recommander l'accès à un compte bancaire pour tous** dans la mesure où les cotisations donnent souvent lieu à prélèvement.
A court terme inventorier les solutions alternatives telles que le « mandat cash à la Poste » proposé par la SMI.

En terme de Prévoyance et frais d'obsèques :

- ⇒ **Informier** sur l'ensevelissement dans le dossier complémentaire.
- ⇒ **Assurer la prise en charge sur devis des frais** et non sur facture acquittée ; envisager un dispositif de tiers payant.
- ⇒ **Négocier des prix** compte tenu de la grande variabilité des produits et des tarifs.
- ⇒ **Passer des accords avec les autorités religieuses** sur les coûts des cérémonies

En terme de contrats de groupe des entreprises pour les bénéficiaires de la Cmuc et de l'ACS :

- ⇒ Mieux articuler les couvertures CMUC/ACS et les contrats de groupe obligatoires d'entreprise.
- ⇒ **Inscrire dans la loi une dispense d'adhésion de plein droit** (sauf manifestation de volonté contraire) aux contrats de groupe des salariés bénéficiaires de la CMUC ou de

l'ACS, que le bénéfice de la CMUC ou de l'ACS soit antérieur ou non à l'entrée dans l'entreprise.

- ⇒ Et par conséquent mettre en place la **suspension de l'adhésion au contrat de groupe tant que dure le bénéfice de la CMUC ou de l'ACS.**

En terme d'accompagnement :

- ⇒ **Impulser un partenariat avec la CPAM** pour l'ouverture des droits.
- ⇒ **Impliquer les associations** (lieux de rencontre et de parole neutres et ne pas basculer dans des dérives sociales discriminantes, et rester en lien avec les adhérents).
- ⇒ **Impliquer les institutions** (former le personnel : cadres territoriaux, réinvestir les zones où existe un besoin (quartiers), guichet unique CAF/CPAM).
- ⇒ **Impliquer les mutuelles** (formation et plateforme d'accueil unique pour ne pas réitérer les demandes et décourager les PP, formation du personnel, ne pas proposer d'autres garanties que celles du label ACS).

En terme de lisibilité des contrats, expliciter :

- ⇒ **La différence entre une hospitalisation médicale** (non prise en charge à 100% par la Sécurité sociale) et chirurgicale.
- ⇒ **Les franchises** de la Sécurité Sociale.
- ⇒ **Les modalités de déclaration de la maladie de longue durée ALD.**
- ⇒ **Les délais pour refaire la déclaration** ALD suivant la maladie.
- ⇒ **Les parcours de soins** : parcours est un mot linéaire qui ne va pas avec précarité qui est par essence une suite de ruptures.
- ⇒ **La déclaration de médecin traitant en lien avec l'adhésion de la mutuelle** (*Mettre dans le dossier mutuelle une feuille de la sécurité sociale pour déclarer le médecin traitant*).

En terme de Caractéristiques du contrat :

- ⇒ **Assurer la pérennité du contrat** pour que les adhérents ne soient pas victimes de cotisations excessives.
- ⇒ **Mettre en oeuvre** la promesse d'octobre 2012 de M.Hollande au congrès de Nice de **réduction des taxes sur les contrats labélisés.**
- ⇒ **Mutualiser le risque** entre le maximum de mutuelles pour une garantie axée sur les besoins.
- ⇒ **Favoriser un contrat labélisé ouvert à tous.**
- ⇒ Recommander un **contrat accessible pour tous, qui ne soit pas discriminant**, en évitant les solutions trop loin de la logique de marché.
- ⇒ **Anticiper la sortie des contrats labélisés** pour les personnes qui sortent de la précarité afin d'assurer la fluidité de la prise en charge complémentaire.
- ⇒ **Joindre à la demande de CMUC et/ou d'ACS la liste des organismes de couverture complémentaire « avec label ACS ».**
- ⇒ **Faire des aides à la complémentaire santé sur le modèle des contrats groupes, individus actifs et non actifs.**

Parallèlement à la tenue de ce laboratoire d'usage, et à la demande de responsables de Harmonie Mutuelle, le Mouvement ATD Quart-Monde a entamé une négociation pour définir un contrat (panier de bien et conditions spécifiques) **collectif à entrée individuelle**. Cet organisme est important et majeur dans la Mutualité Française. Cette négociation prendra une année et aboutira à un type de contrat dédié ACS avec une allocation obsèques, une prise en charge de l'hospitalisation et de meilleures couvertures dentaires et optiques pour un prix un peu plus élevé que le précédent contrat mais qui reste très modique.

Pour distribuer ce contrat qui va être destiné non plus aux personnes suivies par une association mais à celles qui bénéficient de l'ACS (**le collectif est ici défini par des conditions de droit à une prestation**), ATD et Harmonie vont faire appels à leurs partenaires. Pour rendre viable la proposition au vu des expérimentations précédentes réalisées, le choix est fait d'**asseoir ce contrat sur une plus grande offre, sur un plus grand territoire, pour ainsi répartir le risque**. Des complémentaires partenaires nous rejoignent ; ADREA, OCEANE, EOVI, APREVA. L'ensemble du territoire Français et des DOM TOM est alors couvert.

Pour que le contrat continue à correspondre à la demande des utilisateurs car il est à leur initiative, ATD Quart-Monde sollicite ses partenaires usagers de la santé, institutionnels, universitaires et politiques de la santé. **La nécessité de faire une association est alors évidente**, pour d'abord techniquement faire vivre un contrat commun entre cinq organismes mutualistes puis pour permettre le dialogue et la rencontre et la construction commune entre les différents protagonistes de cette expérience. L'association ACS-P voit alors le jour en juin avec une volonté des participants d'inscrire cette action dans le calendrier du plan, le contrat est disponible en juillet 2013.

L'association ATD Quart-Monde a voulu que ce travail soit inscrit dans le calendrier du plan national de lutte contre les exclusion **pour montrer la réactivité des plus pauvres en lien avec la société civile et la capacité à faire bouger les lignes lorsqu'on fait confiance aux personnes en précarité**.

- Juin 2013 : fondation de l'ACS-P et de sa complémentaire dédiée

Description :

5 grands groupes mutualistes : **Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane**, ont décidé avec l'Association ATD Quart-Monde de promouvoir un type de contrat d'assurance complémentaire santé adapté et pensé avec les utilisateurs.

C'est au travers d'une association regroupant ces six membres fondateurs que l'association «ACS-P» **crée le 12 juin 2013** (« Association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité ») propose ce **contrat « Garantie ACS »**, avec une garantie

spécifique proposée par Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane.

L'association ACS-P regroupe, au-delà des membres co-assureurs, et des membres d'honneur :

- Des membres actifs, des **associations ou institutions**, oeuvrant dans le champ de la solidarité et de la protection de la santé (mutuelles ou unions relevant du code de la Mutualité, ou autres organismes agréés pour effectuer des opérations d'assurance dans le domaine de la complémentaire santé, et relevant du code de la Sécurité sociale (institutions de prévoyance) ou du code des **assurances** (entreprises d'assurances), les **organismes de Sécurité sociale** ainsi que les organismes agréés pour participer à la gestion d'un régime légal ou obligatoire d'assurance maladie et maternité, les **associations et fédérations impliquées** dans des domaines d'activité en relation avec l'objet de l'association et les **associations d'usagers**, des **collectivités territoriales**.
- Des membres de droit, **bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé**, (personnes physiques, adhérant aux contrats collectifs).

Seuls les trois collèges membres co-assureurs, actifs et de droits ont des voix délibératives. Cette gouvernance permettra d'activer une pleine participation des différents acteurs de l'action. C'est l'engagement de leurs président et vice présidente.

Conditions :

GARANTIE SANTÉ ACS, COMMENT ADHÉRER ?	
La personne qui, de par sa situation, peut bénéficier de la Garantie	Dans ce dernier cas, la personne pourra bien évidemment adhérer immédiatement à une garantie santé classique adaptée à ses besoins et basculer, si elle le souhaite, sur la garantie et les tarifs ACS dès réception de son attestation.
Santé ACS, doit être orientée vers une agence d'une mutuelle partenaire : Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle ou Mutuelle Ociane.	Lors de l'adhésion, le bénéficiaire de l'ACS devra remplir et signer un bulletin d'adhésion à la garantie santé et fournir :
Un conseiller spécialisé examinera sa situation. Deux cas de figure peuvent se présenter :	• un relevé d'identité bancaire, • une copie de l'attestation Vitale en cours de validité de chacun
1. Le demandeur a déjà fait la démarche auprès de la Caisse d'Assurance maladie et possède son attestation. Le bénéficiaire de l'ACS pourra directement adhérer à la Garantie Santé ACS au tarif ajusté.	des assurés sociaux, • un certificat de radiation ou d'appartenance à une complémentaire santé pour chacun des adhérents, et ce, afin d'éviter l'application d'un délai d'attente sur certaines prestations. La garantie prend effet à partir de la date prévue par le contrat
2. Le demandeur n'a pas fait les démarches. Le conseiller lui explique les formalités à effectuer auprès de sa Caisse d'Assurance maladie qui vérifiera ses droits.	

données de la mutuelle Ociane (145)

La démarche ici est plus simple que celle utilisée localement dans les précédentes expérimentations car elle ouvre droit au vu de l'attribution de l'ACS et les personnels des mutuelles sont déjà très bien formés sur ce sujet et de plus ils bénéficient d'une sensibilisation particulière dans leur travail à ce nouveau contrat.

La cotisation est réduite. Elle est de (ACS déduite) **9.67 euros par mois pour les plus jeunes à 25.33 euros par mois pour les plus âgés de 60 ans et plus :**

	- De 16 ans	De 16 à 49 ans	De 50 à 59 ans	60 ans et +
Montant annuel de l'ACS	100 ^E	200 ^E	350 ^E	500 ^E
Cotisation annuelle 2013 ACS non déduite	216 ^E	336 ^E	564 ^E	804 ^E
Cotisation annuelle 2013 ACS déduite	116 ^E soit 9.67 ^E /mois	136 ^E soit 11.33 ^E /mois	214 ^E soit 17.83 ^E /mois	304 ^E soit 25.33 ^E /mois

Donnée de la mutuelle Ociane (145)

Le communiqué de presse annonçant la mise en place de ce contrat est alors co-rédigé entre les mutuelles et ATD Quart-Monde, des articles dans la presse paraissent.

Ci-dessous extrait du communiqué de presse du 05 juillet 2013: (146)

Une couverture santé complète adaptée

>>>En optique et audioprothèse

- ✓ Des remboursements optiques adaptés au niveau de correction nécessaire.
- ✓ Un forfait de 350 € par appareil en sus du remboursement du ticket modérateur pour l'achat de prothèses auditives.

>>>En dentaire

- ✓ Des garanties dentaires conçues pour limiter le reste à charge :
 - o jusqu'à 352,50 € pour une couronne.
 - o Jusqu'à 827,25 € pour un appareil complet sur base métal

>>>Pour les soins médicaux et la pharmacie

- ✓ Une prise en charge à 100 % des consultations et de la pharmacie.

>>>Pour la maternité et la prévention

- ✓ Un forfait indemnité de naissance d'un montant de 125 €.
- ✓ Une prise en charge à 100 % des actes de prévention.

>>>Obsèques

Le remboursement des frais d'obsèques à hauteur de 2 777 €

« Simple, accessible et performante, cette offre assure une complémentaire santé de qualité et pour un accompagnement personnalisé pour les 4 millions de personnes susceptibles de bénéficier du dispositif ».

*« Nous partageons la volonté de rendre possible l'accès à des soins de qualité pour tous, Pour cela, nous avons développé une offre alliant des tarifs avantageux et une couverture optimisée. Via nos réseaux de proximité, nous nous engageons à un accompagnement personnalisé, notamment dans la constitution du dossier. », **Daniel Thiriet, Président de l'Association ACS-P.***

*« La force des faibles c'est de renouer avec le collectif, de participer à la société, d'innover. Ce contrat est la preuve de la dynamique du partenariat avec les plus pauvres, et de la formidable réactivité de la société civile. Les mutuelles ACORIS et SMI nous avaient déjà entendu et rejoint. Nous nous félicitons de ce nouveau pas dans l'accès à la « protection de la santé pour tous » **Huguette Boissonnat Pelsy ATD Quart-Monde, Vice Présidente ACS-P.***

*« Une garantie qui permet de ne pas avoir de reste à charge à l'hôpital, d'être enterré dignement et de se soigner » **Gracieuse Souvay militante ATD.** (147)*

A la lumière de cette revue bibliographique et de l'exposé des engagements d'ATD auprès des usagers et des institutions dans la lutte contre les ISS, notamment par le biais de complémentaires santé de qualité à un moindre coût, je me propose dans la seconde partie de présenter les résultats chiffrés des contrats nationaux SMI et ACS-P afin d'en dégager les points positifs et les limites.

Puis j'exposerai l'opinion de patients en précarité et de MG sur la problématique, en m'attachant particulièrement à la question de la mutualisation, les besoins et les carences ainsi que les difficultés alors de soigner sans faire preuve de stigmatisation.

2ème partie : études

A) Etude des expérimentations nationales de « mutuelles solidaires »

1- Justification

Comme nous l'avons vu, les courants de pensée actuels vont vers davantage de solidarité ; ceci s'est traduit par l'ANI en janvier 2013 et des mesures fortes qui doivent être prises dans les entreprises pour que chaque salarié soit couvert par un contrat complémentaire santé de l'entreprise.

La décision politique a été de mettre en place en janvier 2015 des contrats de complémentaire santé pour les personnes en situation de précarité.

C'est dans cette optique que le Mouvement ATD Quart-Monde a renégocié auprès de la SMI, un **contrat collectif de groupe** ouvert dont peuvent bénéficier les personnes en situation de précarité en lien avec les associations ATD et AGIR ABCD sur le modèle de celui qui avait été expérimenté à Nancy (en 2011-2012).

Les étapes importantes ont été :

⇒ La définition d'un panier de soins :

Deux demandes fortes des personnes précaires étaient à noter: la prise en charge des frais d'obsèques et des frais d'hospitalisation qui constituent deux types de dépenses susceptibles de provoquer le surendettement des ménages.

Les demandes concernant la prise en charge des soins dentaires et des frais d'optiques étaient perçues comme marginales (les populations les plus précaires ayant pour beaucoup prit l'habitude d'y renoncer, faute de moyens).

⇒ La fixation du coût d'adhésion :

Il apparaissait que les populations concernées souhaitent participer financièrement à l'acquisition de leur complémentaire santé mais à la hauteur de leurs moyens. Sur cette base, le prix a été fixé à 30€.

Le **contrat national « Garantie ACS »** a également été créé en juillet 2013 dans l'optique de labellisation de contrats de qualité pour tous. Il est réservé aux bénéficiaires de l'ACS afin de leur faire profiter d'un contrat de qualité supérieure (à ceux souscrits auparavant), à un moindre coût et avec un panier de soins élargi, avec ce souci d'être moins stigmatisant par rapport aux mesures apportés jusque-là...

Depuis le relèvement des plafonds CMUc et ACS en juillet 2013, le seuil ACS rejoint quasiment le seuil de pauvreté (calculé sur 60% revenu médian) soit 967^E /mois le seuil de pauvreté étant situé pour rappel entre 814 et 977^E/mois selon la définition adoptée (50% ou 60% du revenu médian).

Le but de cette étude est d'exposer les résultats actuels de ces deux contrats afin d'analyser les paramètres de consommation de soins de ses usagers et d'en tirer quelques enseignements concernant la problématique des ISS.

2- Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale sur recueil de données.

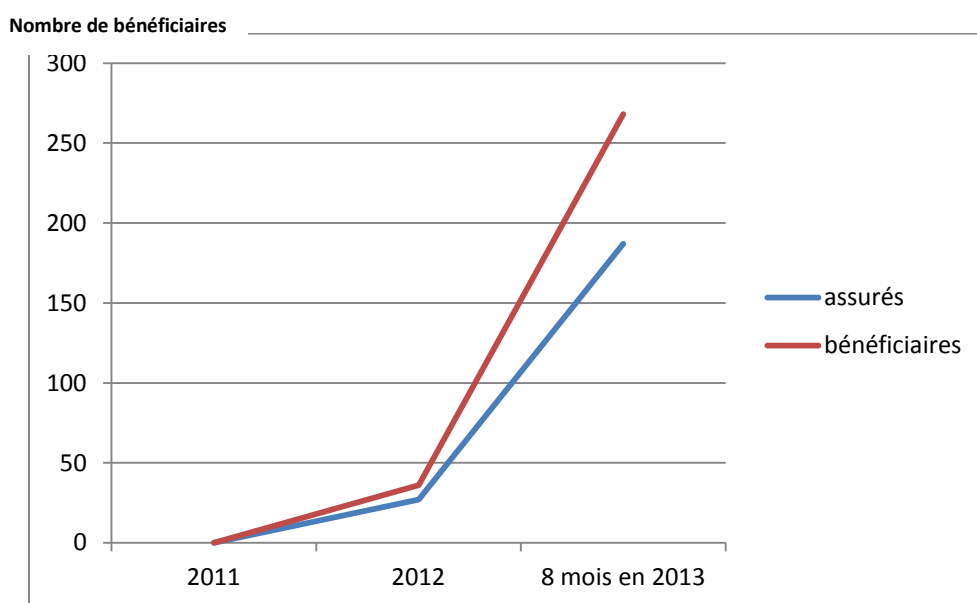
Pour les deux contrats, j'exposerai les données quantitatives dont on dispose à ce jour en terme de démographie, de consommation de soins, de cotisation et d'équilibre financier.

Je les analyserai ensuite et les comparerai ensuite aux données nationales afin d'en dégager des enseignements.

Les populations étudiées sont celles ayant souscrits à ces deux contrats : en majorité des personnes dans la précarité pour le premier (bien qu'il n'y ait pas de restriction à la souscription), et des bénéficiaires de l'ACS pour le second.

3- Etude du contrat SMI (ATD + Agir ABCD) (148)

⇒ Evolution du nombre de bénéficiaires :



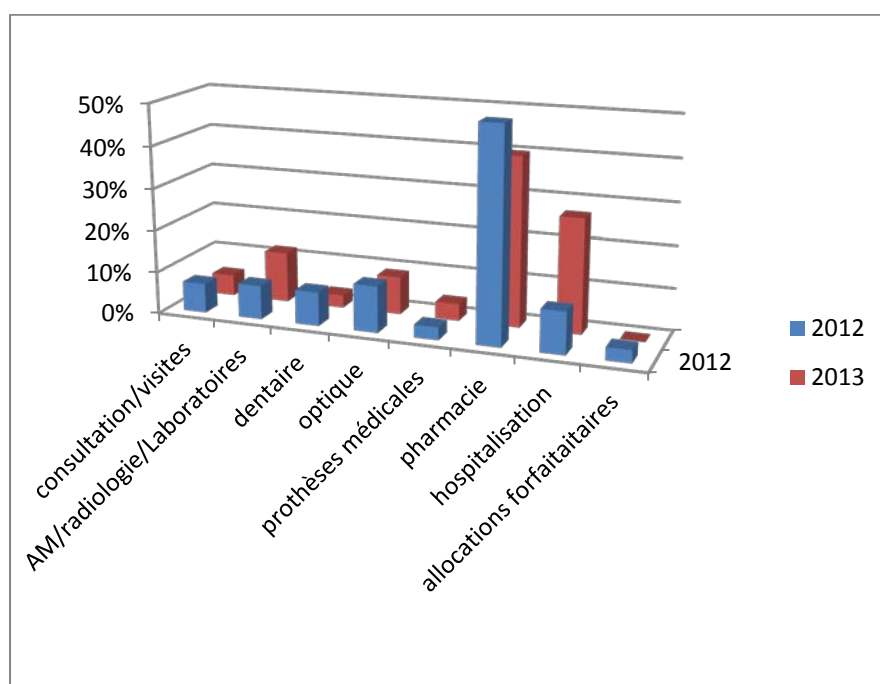
On compte 268 patients en 2013 pour un taux de croissance à 644%. On constate ici que dès que le contrat initial à Nancy a été repris par les associations nationales le nombre d'assurés a explosé ; **l'ouverture de l'expérimentation au territoire national est une bonne voie d'accès** aux publics ainsi que la forte compétence de l'association AGIR dans ce domaine qui la rend extrêmement efficace.

⇒ Evolution en âge des bénéficiaires (moyenne entre adhérents et ayant-droits) :

Age moyen des assurés	2011	2012	2013
Assurés et bénéficiaires		58.4ans	57.4ans

On ne dispose encore que de peu de recul sur les données mais la moyenne d'âge semble baisser sous l'effet de la souscription des enfants.

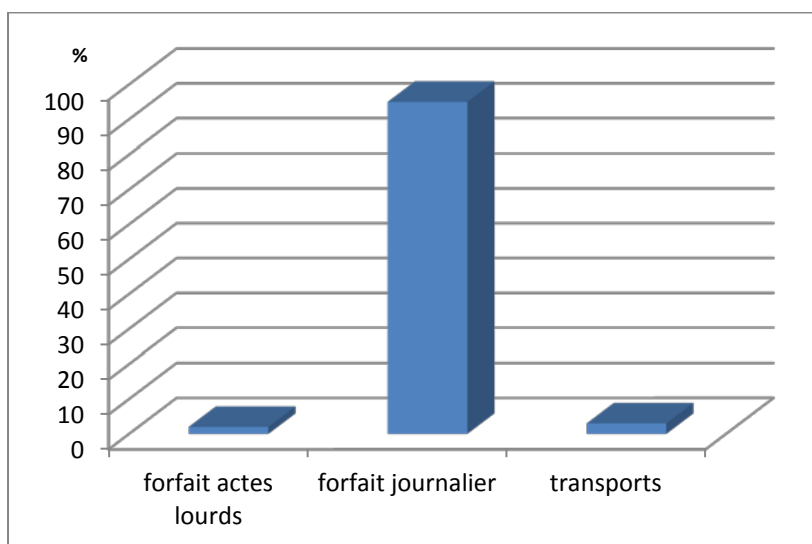
⇒ Evolution de la consommation en soins:



Les plus grands postes de dépenses restent la pharmacie et l'hôpital.

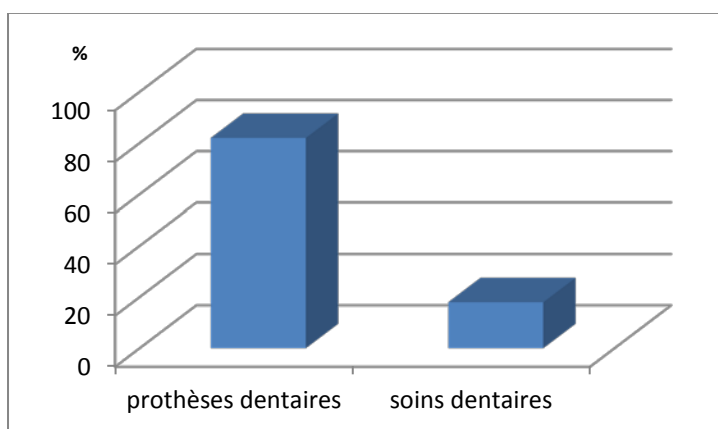
La consommation en optique, soins dentaires et prothèses médicales (notamment auditives) reste marginale. Il semble que le dentaire recule peut-être en lien avec le peu d'utilisation car il y a des restes à charge non négligeables. On note tout de même que les consultations restent non marginales.

⇒ Frais hospitaliers en 2012 :



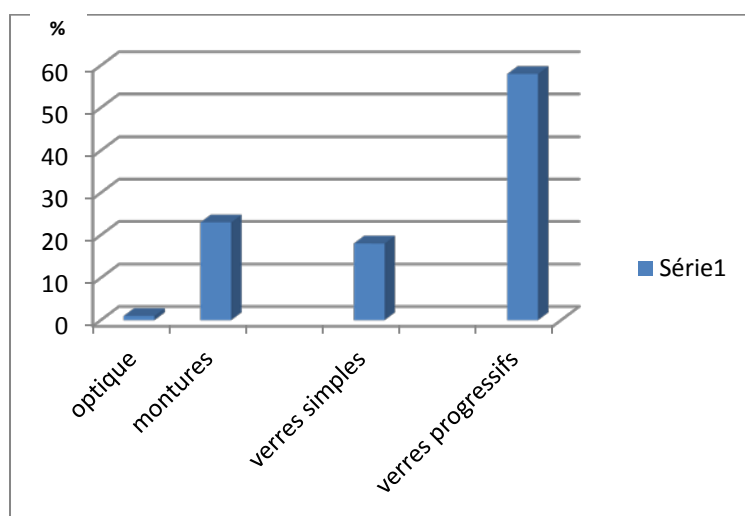
On note que les dépenses hospitalières ne concernent pas les plateaux techniques ou les soins mais le forfait journalier.

⇒ Frais dentaires en 2012 :



Les prothèses dentaires restent des postes lourds pour des contrats de ce type et cependant les demandes ne sont pas nombreuses, les restes à charge le justifiant sans doute.

⇒ Frais d'optique en 2012 :



On remarquera que les verres progressifs qui sont plus particulièrement destinés aux personnes après 40 ans sont la principale dépense, trois fois plus que les montures. Dans la mesure où les adhérents sont dans une tranche d'âge moyenne de plus de 50 ans cela s'explique.

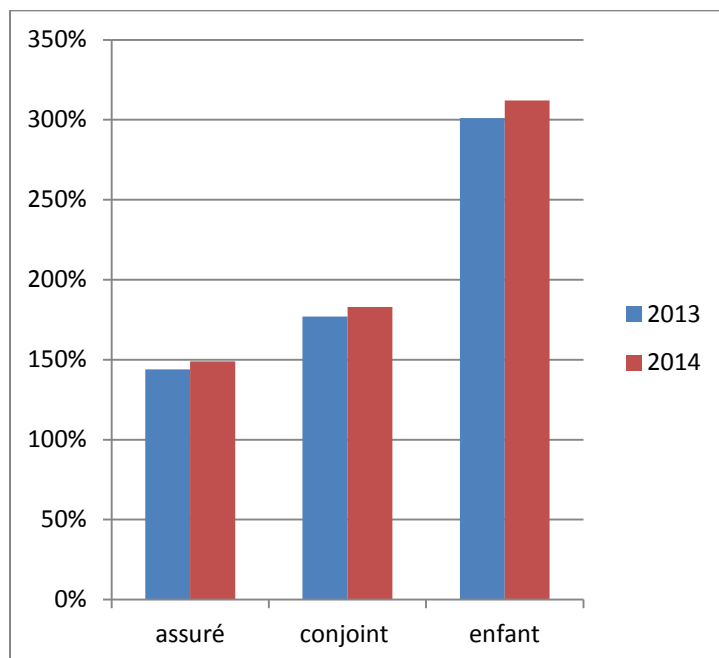
⇒ Reste à charge selon le type de soins consommés : (en Euros)

	2012	2013
consultation/visites	51	368
AM/radiologie/Laboratoires	0	101
Dentaire	0	2141
Optique	18	1746
prothèses médicales	0	106
Pharmacie	3	0
Hospitalisation	0	0
allocations forfaitaires	0	0

Il faut noter que le troisième poste où les restes à charge sont importants est le poste du médecin généraliste et des consultations. Les restes à charge demeurent important en dentaire et en optique ce qui était attendu, les conseils des accompagnants permettent de demander des aides en prestation supplémentaires aux CPAM avec plus ou moins de résultats.

⇒ évolution de la balance P/C entre 2012 et 2013 par bénéficiaire :

La balance P/C permet de mesurer l'équilibre financier du régime entre Prestations remboursées par l'OC et Cotisations des adhérents.



Le régime est déficitaire si le rapport P/C > 100% .

Le régime est équilibré si le rapport P/C est compris entre 97% et 100%.

Le régime est bénéficiaire si le rapport P/C < 97% .

Le régime est ici déficitaire et cet effet semble se majorer dans le temps avec un déficit évalué en 2013 à - 28 742^E.

4- Etude sur la complémentaire ACS-P

- *Décembre 2013* : 10100 contrats sont déjà souscrits (France et DOM TOM)
- *Fin mars 2014* : 10 896 contrats couvrent 21695 personnes. On note la montée en puissance rapide de ce contrat, le vecteur mutualiste et usager semble donc bien fonctionner.

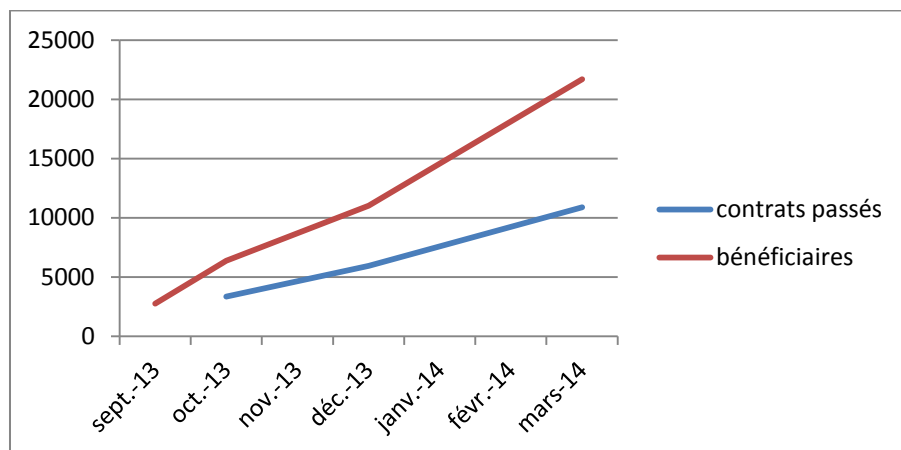
⇒ Evolution démographique : (149)

	Début de commercialisation	Cumul à fin septembre 2013		Cumul à fin octobre 2013		Cumul à fin décembre 2013		Cumul à fin mars 2014	
		CF	PP	CF	PP	CF	PP	CF	PP
		sept-13	sept-13	oct-13	oct-13	déc-13	déc-13	mars-14	mars-14
Adréa	début septembre 2013	-	0	44	79	174	320	341	661
Apréva	juillet 2013	73	150	97	190	179	338	302	592
Eovi	juillet 2013	254	430	488	902	943	1751	2437	4593
Harmonie	8 juillet 2013	??	2063	2556	4873	4208	7753	6939	14091
Ociane	22 août 2013	54	120	165	338	422	853	877	1758
TOTAL		-	2 763	3 350	6 382	5 926	11 015	10 896	21 695

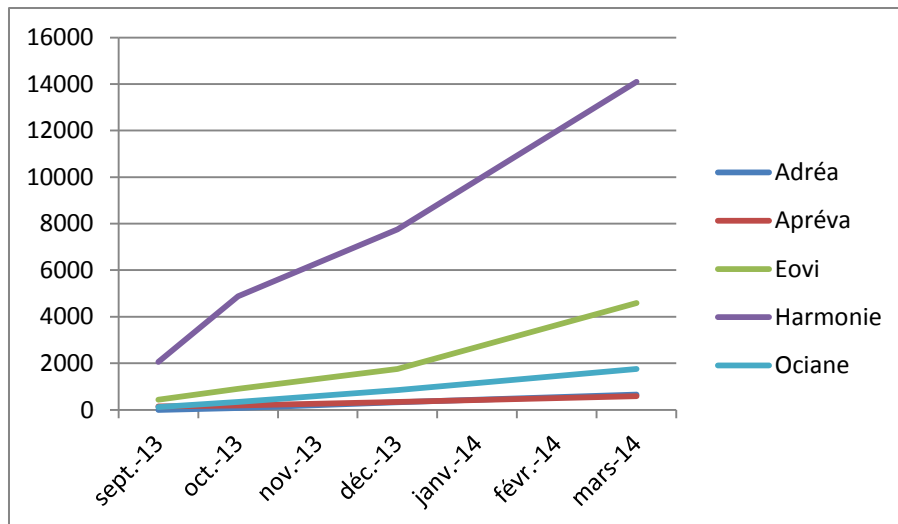
CF : contrat souscrit

PP : personnes couvertes (assuré et ayant droits)

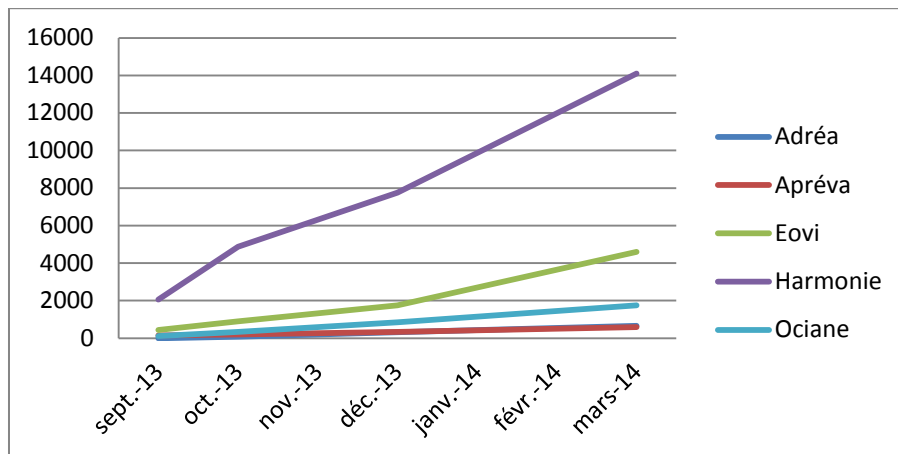
Il y a plus de 20000 personnes couvertes fin mars, l'effectif a doublé en trois mois.



évolution globale des effectifs



évolution des CF par OC



évolution des bénéficiaires par OC

⇒ Evolution de la consommation de santé : (150)

**Compte de coassurance « non-vie » : ACS
(2013)**

Compte de résultat provisoire avant mutualisation

	Apréva	Eovi	Adrée	Ociane	Harmonie	Total
Cotisations HT au 31/10	26 895,73	75 371,19	1 536,15	13 000,00	529 000,00	645 803,07
Solde estimé des cotisations HT	14 060,58			32 000,00		46 060,58
Base provisoire cotisations HT au 31/12/2013	40 956,31	75 371,19	1 536,15	45 000,00	529 000,00	691 863,65
Régul estimation et cotis non appelées sur N	-10 665,91	41 031,62	14 434,69	-9 225,38	321 771,51	357 346,53
Total cotisations HT : Définitif 2013	30 290,40	116 402,81	14 099,80	35 774,62	850 771,51	1 047 339,14
Frais de gestion provisoire 7,00%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Commission apériteur provisoire 0,50%		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frais de gestion définitif 7,00%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Commission apériteur définitif 0,50%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cotis HT nettes de gestion provisoire	40 956,31	75 371,19	1 536,15	45 000,00	529 000,00	691 863,65
Cotis HT nettes de gestion définitif	30 290,40	116 402,81	14 099,80	35 774,62	850 771,51	1 047 339,14
Prestations du 1er/07 au 31/10	7 363,91	15 793,93		2 000,00	71 326,00	96 901,84
Estimation prestations 11 et 12(1)	12 312,42	16 199,42		8 000,00	35 663,00	72 383,84
PSAP d'ouverture	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PSAP de clôture au 31/12/2013 (2)	9 066,26	9 075,71		39 500,00	382 336,00	440 040,67
Charges de prestations	28 742,59	41 069,06		49 500,00	489 325,00	609 326,35
ratio P/C provisoire	70,18%	54,49%	44,90%	110,00%	92,50%	88,07%
Prestations 2013 payées du 01/11 au 31/12/2013	10 581,24	44 807,46	4 667,58	17 107,54	430 880,43	508 044,25
Prestations 2013 entre le 01/01 et 31/03/2014 ou PSAP 31/12	14 098,36	48 690,37	4 615,05	10 338,64	289 011,07	366 753,49
Reprise estimation 11 et 12/2013	12	16	209,00	8	35	72

	312,42	199,42		000,00	663,00	383,84
	9	9		39	382	440
Extourne PSAP du 31/12/2013	066,26	075,71	62,70	500,00	336,00	040,67
Total prestations définitif 2013	32 043,51	109 291,76	9 700,63	29 446,18	791 217,50	971 699,58
ratio P/C définitif	105,79 %	93,89%	68,80 %	82,31%	93,00%	92,78%
Résultat technique avant mutualisation	-1 753,11	7 111,05	4 399,17	6 328,44	59 554,01	75 639,56

			12,50			
<u>Détermination quote part de coassurance</u>	9,00%	23,00%	%	7,50%	48,00%	100,00%

Compte courant de coassurance

Cotisations nettes	30 290,40	116 402,81	14 099,80	35 774,62	850 771,51	1 047 339,14
Prestations mutualisées	62,07	158,63	86,21	51,73	331,06	689,70
Résultat technique après mutualisation	30 228,33	116 244,18	14 013,58	35 722,89	850 440,45	1 046 649,44

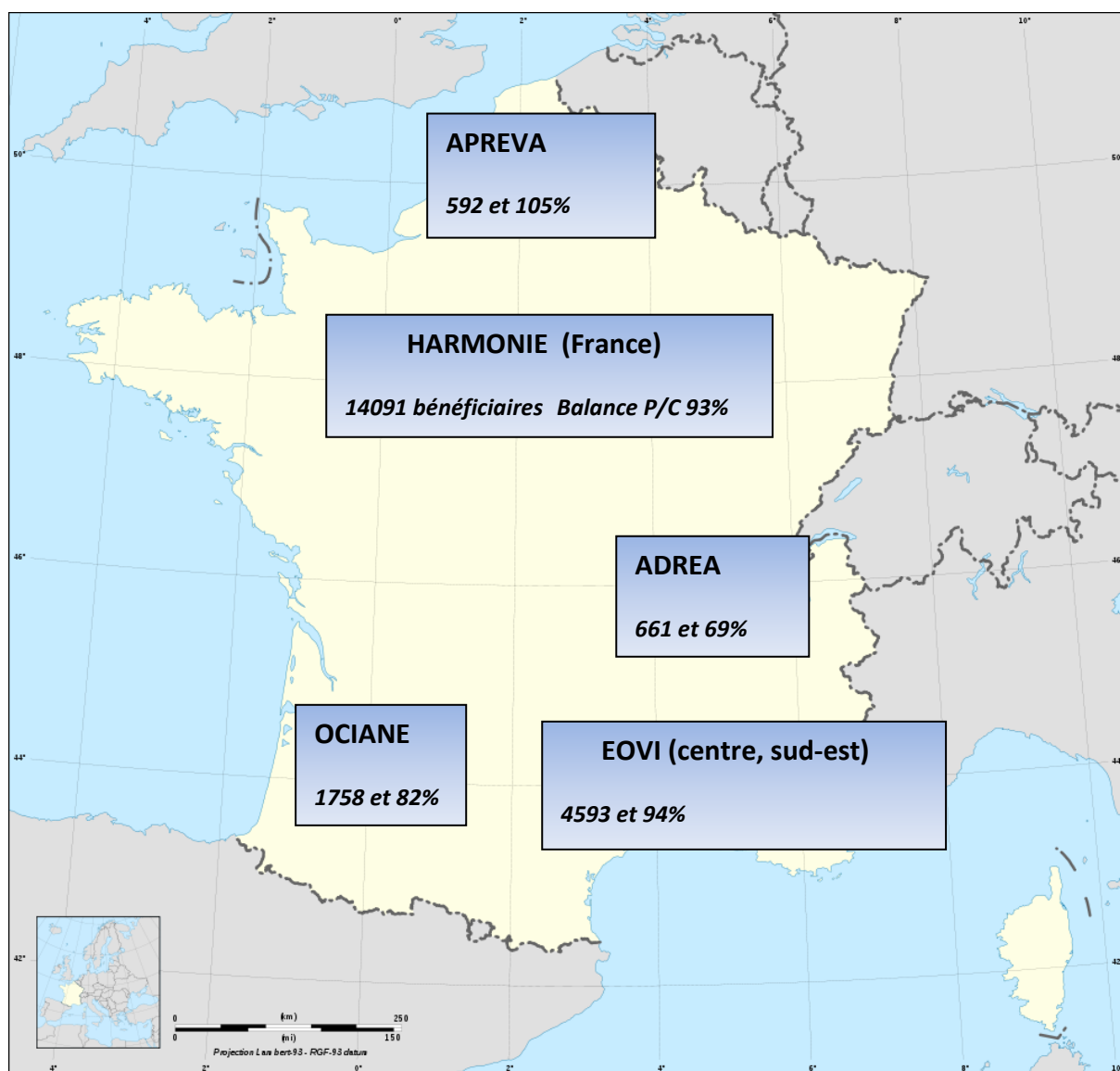
Différentiel sur résultat technique	-31 981,44	-109 133,13	-9 614,42	-29 394,45	-790 886,44	-971 009,88
--	-----------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------

Rémunération Apériteur	0,50%		0,00	0,00	0,00	0,00
-------------------------------	--------------	--	-------------	-------------	-------------	-------------

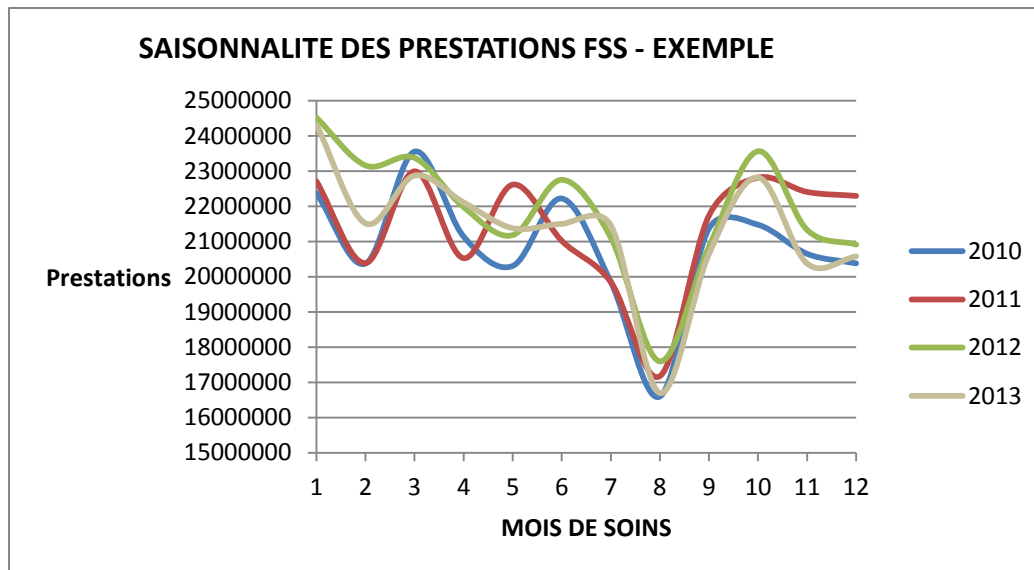
Flux		-109 133,13	-9 614,42	-29 394,45	-790 886,44	-939 028,44
		à recevoir	à recevoir	à recevoir	à reverser	

Le résultat P/C lorsqu'on déduit les frais de gestion et les commissions apériteur est bon : **le contrat est équilibré**, alors qu'on n'a pas augmenté les cotisations en janvier et que l'inflation médicale est à 4%.)

Le plus gros effectif c'est Harmonie mutuelle mais c'est aussi le meilleur résultat technique : **la mutualisation du risque sur un grand nombre est donc un bon choix stratégique, le risque se répartit mieux.**



Répartition « régionale » de la consommation de soins fin mars 2014



La mise en œuvre opérationnelle s'est étalée de juillet à septembre 2013 selon la Mutuelle. Le compte de coassurance reflète essentiellement le dernier trimestre 2013 et n'est pas représentatif d'une année pleine. La saisonnalité des soins agit à la baisse sur le résultat technique, les mois les moins « consommateurs » ne sont pris en compte que partiellement. La pesée tarifaire des garanties est une pesée annuelle. L'équilibre technique s'apprécie donc en année pleine.

Le compte de coassurance conforte les fortes disparités régionales de consommation. Le résultat technique est de -2910.88k€ pour un ratio technique (prestations/cotisations nettes de taxes et de gestion) de 100.3%.

En année pleine on peut raisonnablement penser qu'il sera < 100%.

On note un grand intérêt des décideurs et des partenaires pour la démarche :

- Le CISS (collectif inter-usagers de la santé) a été admis comme membre actif,
- la ville de Bordeaux est membre actif,
- les associations AGIR ABCD et ATD Quart-Monde sont membre actifs,
- le département de Meurthe et Moselle a été admis comme membre actif de l'association,
- IXIA groupement de mutuelles dont la MGEN rejoint le groupe des co-assureurs.

Les usagers seront désignés aux assemblées générales de juin par les mutuelles.

5- Discussion

5.1 biais

Les données recueillies sont difficiles à extrapoler à un ensemble de population du fait de la faiblesse des variables, des effectifs et du recul nécessaire dans ce type d'étude (seulement deux ans pour la première et moins d'un an pour la seconde).

Pour avoir la consommation en terme de soins il faut que les mutuelles se mettent à l'unisson ; cela est devenu obligatoire d'après les nouvelles normes mais ne sera effectif que fin 2014.

5.2 Comparaison nationale en terme de cotisation : (140) (145)

En euros/mois	Régime général	Garantie SMI	Garantie ACS Nationale
Enfant	19.40	13.45	9.67
Adulte entre 16 et 49 ans	37.24	24.06	11.33
Adulte entre 50 et 59 ans	37.24	24.06	17.83
Retraité ou >60ans	60.39	36.92	21.16

Rappelons que la « garantie SMI » est ouverte à tous (sans critère d'aides sociales) alors que la « Garantie ACS » est réservée aux bénéficiaires de l'ACS.

Les chiffres de cotisation au régime général sont des moyennes, annoncées lors de la réunion de synthèse de l'expérimentation nancéienne en janvier 2014 (146). Il s'agit de données issues de la mutualité (UNOCAM) et ne tiennent pas compte des cotisations aux instituts de prévoyance et aux assurances. Néanmoins la moyenne (tout âge confondu) est de 39^E et reste conforme à la moyenne (tout âge et toute complémentaire santé compris) de 40^E publiée par la DREES en 2009 (et sans tenir compte de l'inflation continue sur les cotisations depuis 2009).

Pour les personnes de plus de 60 ans, les cotisations sont plus importantes et méritent d'être exposées, en raison du vieillissement de la population (1/3 de la population a plus de 60 ans en 2013. (151)

	au régime général
60-69 ans	85.06 ^E mensuels
70-79 ans	102.75 ^E mensuels
Plus de 80 ans	103.4 ^E mensuels

(46)

5.3 Comparaison nationale en terme de remboursements par poste de soins :

Bien qu'avec un recul de deux années seulement, on constate une baisse des prestations remboursées par la SMI sur les frais de médication et de soins primaires, ainsi qu'une hausse sur les frais hospitaliers.

Ces chiffres sont conformes aux données nationales comme l'attestent les graphiques suivants, concernant l'évolution de la consommation de soins (CSBM), des remboursements par la SS et les OC et des RAC : (152)

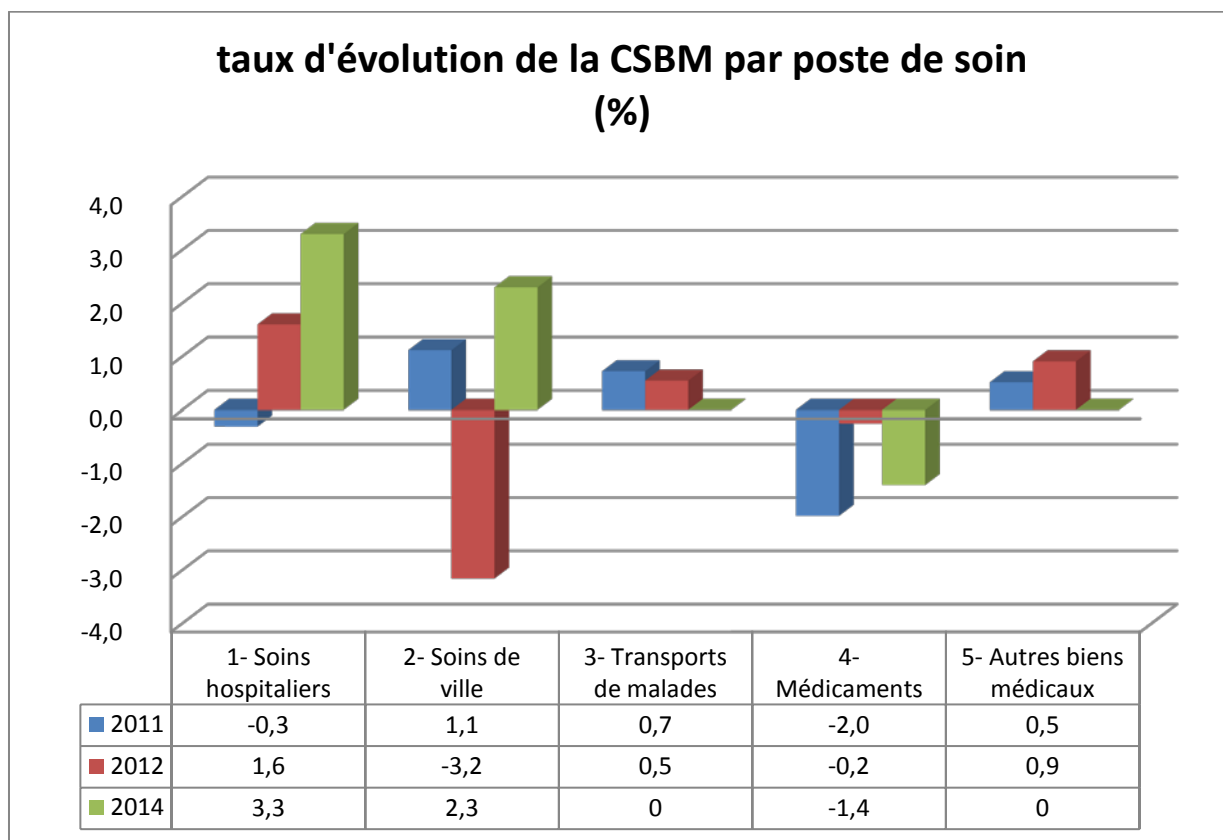
- Evolution de la consommation des usagers par poste de soins (CSBM) :

La consommation de soins ne cesse de croître (CSBM) en raison de plusieurs facteurs (augmentation de la population, vieillissement, extension de la couverture sociale CMUc et ACS...).

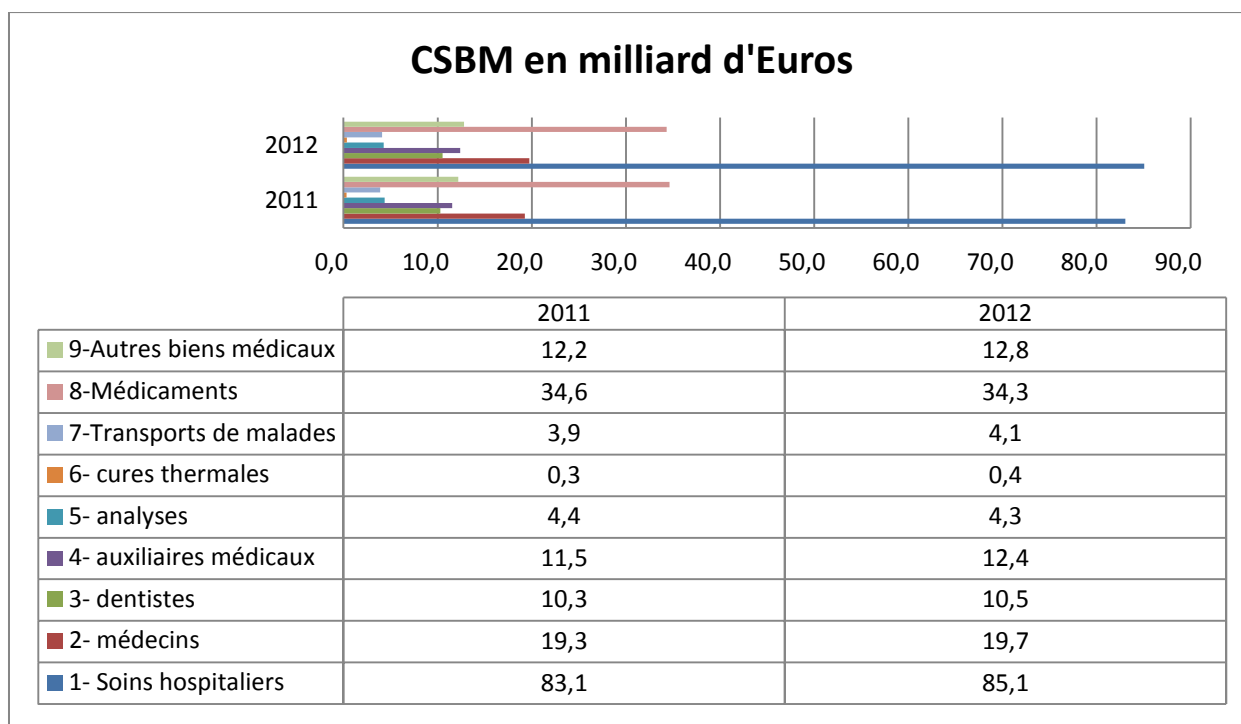
Le taux d'évolution de la consommation de **soins de ville et notamment des MG a baissé** entre 2011 et 2013 **avant de remonter en 2014** ; l'Assurance Maladie l'expliquant par l'effet de la revalorisation du secteur (forfait médecin traitant, majoration de consultations des personnes âgées). (153)

La consommation du **secteur pharmacie** est quant à elle en **constante régression depuis 2004** (en valeur et en taux d'évolution), en raison de la **baisse des prix**, qui a réduit les dépenses de 853 M€, et par la **substitution des génériques** qui contribue à l'inflexion des dépenses à hauteur de 1,6 Md€. Ces deux phénomènes compensent la hausse en volumes des prescriptions (+1,2%) ainsi qu'une «tendance à prescrire des médicaments de plus en plus onéreux» selon la CNAM. (154)

La consommation des soins hospitaliers reste en hausse mais plus modestement dans le contexte politique actuel d'économie à la santé ; la tendance étant au transfert des financements au secteur ambulatoire (soins de ville).



Les données de 2014 ne sont pas connues



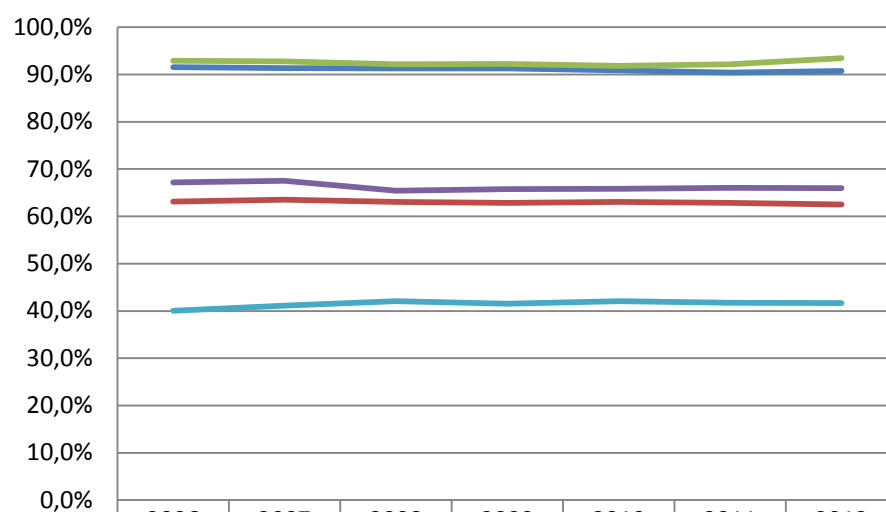
- Evolution des remboursements de l'Assurance Maladie :

Prise en charge par la Sécurité Sociale des différents postes de la CSBM

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hôpital	91,5%	91,4%	91,3%	91,3%	90,9%	90,4%	90,8%
Soins de ville	63,1%	63,6%	63,0%	62,8%	63,0%	62,9%	62,5%
Transports de malades	92,9%	92,7%	92,1%	92,2%	91,8%	92,2%	93,4%
Médicaments	67,2%	67,5%	65,4%	65,7%	65,8%	66,0%	65,9%
Autres biens médicaux	40,0%	41,1%	42,1%	41,5%	42,1%	41,7%	41,7%
Ensemble CSBM	76,3%	76,3%	75,7%	75,8%	75,7%	75,5%	75,5%

Sources : DREES, Comptes de la santé.

prise en charge par la SS selon le poste de CSBM



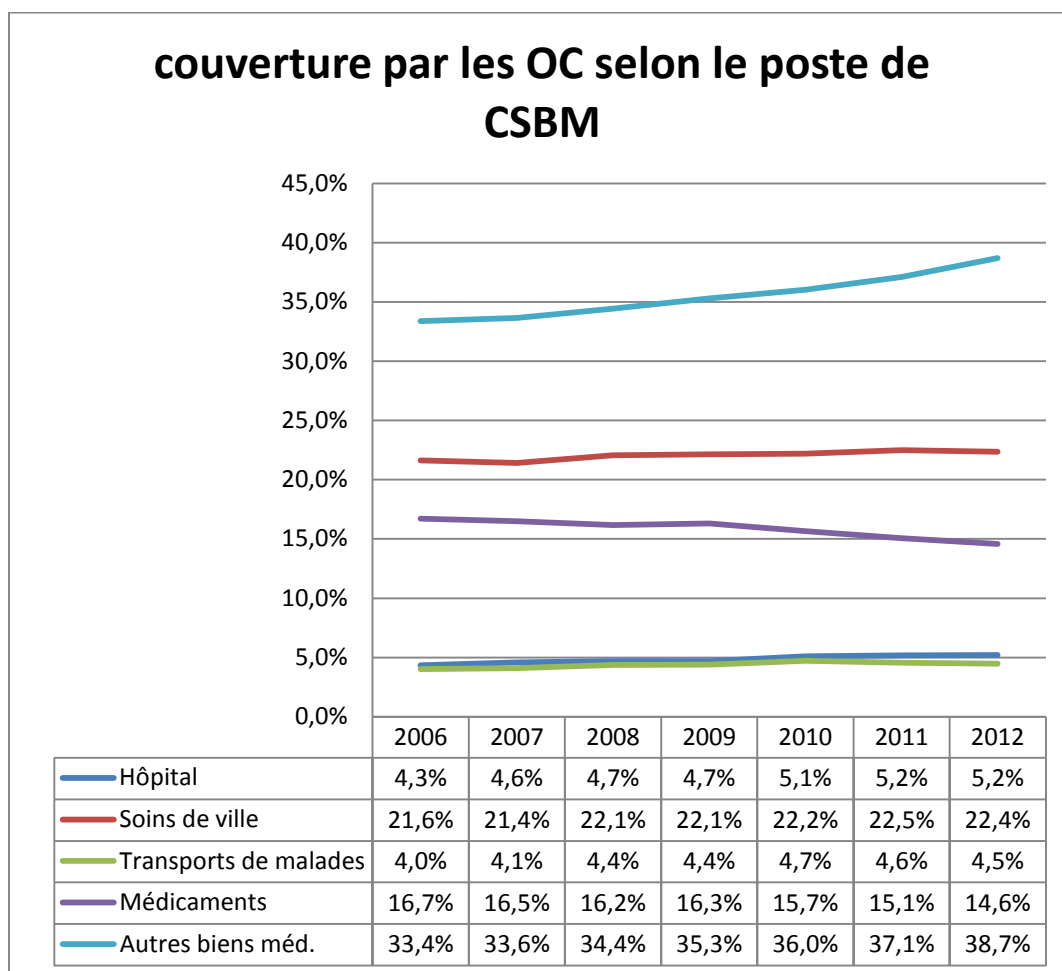
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hôpital	91,5%	91,4%	91,3%	91,3%	90,9%	90,4%	90,8%
Soins de ville	63,1%	63,6%	63,0%	62,8%	63,0%	62,9%	62,5%
Transports de malades	92,9%	92,7%	92,1%	92,2%	91,8%	92,2%	93,4%
Médicaments	67,2%	67,5%	65,4%	65,7%	65,8%	66,0%	65,9%
Autres biens médicaux	40,0%	41,1%	42,1%	41,5%	42,1%	41,7%	41,7%

- Evolution des remboursements par les OC :

Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hôpital	4,3%	4,6%	4,7%	4,7%	5,1%	5,2%	5,2%
Soins de ville	21,6%	21,4%	22,1%	22,1%	22,2%	22,5%	22,4%
Transports de malades	4,0%	4,1%	4,4%	4,4%	4,7%	4,6%	4,5%
Médicaments	16,7%	16,5%	16,2%	16,3%	15,7%	15,1%	14,6%
Autres biens méd.	33,4%	33,6%	34,4%	35,3%	36,0%	37,1%	38,7%
Ensemble CSBM	13,0%	13,1%	13,3%	13,4%	13,5%	13,7%	13,7%

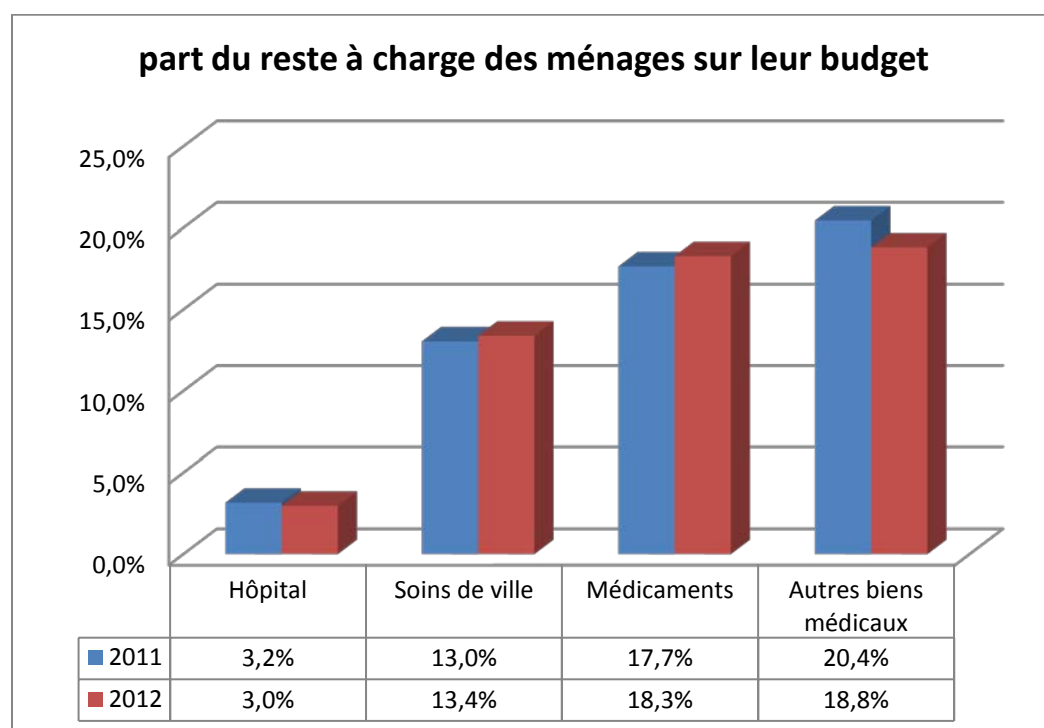
Sources : DREES, Comptes de la santé.



On note un transfert continu et progressif des remboursements de l'Assurance maladie vers les OC notamment pour les frais hospitaliers et les autres biens médicaux (prothèses, optique, soins dentaires).

De même, la part de remboursements des frais de transport par les OC semble augmenter ces dernières années, probablement en réponse au relatif désengagement de l'AM dans ce domaine. En effet depuis 2008 et l'instauration des franchises, on note une diminution du taux de croissance de ce poste. La part de remboursement de l'AM a diminué depuis 2000 avant de remonter à partir de 2008 ; ceci peut être expliqué par une plus forte consommation en transports sanitaires au titre des prises en charge à 100% (ALD, hospitalisations...), associée à un renoncement plus important de la part de patients non pris en charge à ce titre (remboursés à 65% par l'AM en moyenne).

5.4 Comparaison nationale en terme de reste à charge (AMO déduite) :



Conformément aux données de l'étude, les RAC les plus importants concernent les ABM (faible prise en charge par l'AM et franchises prévues par les contrats de complémentaire santé), les médicaments (franchises et déremboursements) et les soins de ville (parcours de soins, franchises et dépassements d'honoraires).

5.5 Enseignements des expérimentations « garantie SMI » et « garantie ACS »

Quelques **enseignements** semblent se dégager et confirmer les résultats d'autres études :

Les effectifs ne cessent de croître (adhérents et ayant-droits), suggérant une bonne acceptation et une médiatisation efficiente des contrats, particulièrement pour le « **contrat national SMI** » avec un **taux de croissance de 700% en 8 mois contre 320% en 7 mois pour le contrat local « Mutuelle Réseau » et 300% en 6 mois pour le contrat « Garantie ACS »**. On peut avancer comme hypothèse la compétence des associations retenues (dans la diffusion de l'information et l'aide aux démarches des usagers) pour expliquer cette différence. En effet le premier contrat reste dans la continuité du contrat MR nancéien avec la même mutuelle, l'association AGIR ayant cette mission « d'aide à la mutualisation » et le mouvement ATD pour qui « l'accès pour tous à une mutuelle » est une recherche-action.

Les coûts en terme de remboursement de l'OC augmentent également (du fait de la majoration des effectifs) avec une croissance rapide de la consommation moyenne par usager : 505^E/an/personne en 2013 (soit 76% de plus qu'en 2012), mais qui reste néanmoins inférieure :

- à celle retrouvée en population générale en 2012 chiffrée à 2698^E/an/personne, (152)
- à celle retrouvée dans une étude de 2012 dans les Alpes de Haute Provence où était évaluée la consommation de soins de patients ayant pu souscrire à une complémentaire santé (gratuite ou aidée) : 2259^E/an/personne soit + 48% entre 2010 et 2011. (155)

Il ne s'agit donc pas de surconsommation de la part de ces usagers mais d'un plus faible renoncement.

Le « rattrapage » de ces soins se manifesterait particulièrement sur la pharmacie et l'hôpital (pour lesquels le RAC est nul), mais beaucoup moins sur les soins d'optique de dentaire ou de prothèses médicales. Ces résultats viennent corroborer les préconisations des usagers lors des « laboratoires d'usage ». En effet le RAC malgré l'amélioration du panier de soins reste conséquent pour ces trois secteurs et rédhibitoire pour beaucoup...

On ne retrouve qu'un **faible RAC pour les soins primaires** (368^E en 2013 soit 1.37^E/usager) pour deux raisons probablement conjointes : une meilleure couverture du panier de soins en terme de dépassements d'honoraires et un recours plus important au secteur 1 de la part des usagers.

Voyons maintenant les **écueils** soulignés par ces études :

L'équilibre financier demeure précaire avec un régime qui reste déficitaire et qui s'aggrave (« garantie SMI »). Que faire pour stabiliser ces contrats sans trop élever les cotisations ? Plusieurs options peuvent être envisagées :

- ⇒ poursuivre la médiatisation de l'offre pour pérenniser la croissance des cotisations ; les résultats de la « garantie ACS » confirment en effet que **la mutualisation du risque sur un grand nombre permet de stabiliser l'équilibre financier de ces contrats**,
- ⇒ en appeler à la participation des usagers en retirant des options jugées facultatives du panier de soins (comme le retrait de la chambre seule lors d'une hospitalisation...),
- ⇒ éviter les dérapages de consommation de certains postes (généralement optique, dentaire, hospitalisations...),
- ⇒ sensibiliser tous les acteurs afin d'éviter les surcoûts pour l'OC, à l'instar des démarches administratives incombant au médecin (déclaration rapide des pathologies ALD notamment aux urgences hospitalières, possibilité étendue aux médecins hospitaliers de déclaration en tant que MT),
- ⇒ pérenniser le risque « prévoyance/obsèques » ?
- ⇒ le contrat ACS-P n'est destiné qu'aux bénéficiaires de l'ACS (contrairement au contrat SMI) mais elle reste pionnière dans le domaine et ouvre la voie à d'autres contrats de ce type avec objectif de « label ACS »...

Enquête qualitative :

1- Justification

Après m'être intéressé aux ISS dans leur ensemble et aux mesures initiées par ATD dans l'accès aux soins pour tous dans le droit commun, je me suis interrogé sur le rôle des soins primaires en terme de réduction des ISS.

En effet les travaux récents sur la question des ISS se sont focalisés sur d'autres déterminants et il me semblait nécessaire d'explorer la question sous l'angle des soins primaires confrontés à la précarité et notamment auprès de patients n'ayant pas de mutuelles ou bien une mutuelle « bas de gamme ».

Mon hypothèse de recherche peut se résumer ainsi : les soins primaires et notamment les MG ont un rôle à jouer en terme de réduction des ISS, que ce soit par la relation soignant/soigné ou bien par leur sensibilisation sur la question de la couverture sociale.

En allant à la rencontre de ces patients et de MG, j'ai essayé de recueillir leur ressenti sur l'exercice médical en situation de précarité, l'importance accordée aux compléments santé et les leviers à actionner pour améliorer les choses.

L'objectif général de cette étude était de recueillir de nouveaux témoignages, afin de les confronter aux données actuelles sur la problématique, et essayer ainsi d'en dégager des pistes de réflexion nouvelles.

J'ai donc réalisé une étude descriptive transversale de type qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de patients et de MG, dont je détaillerai par la suite la réalisation, les résultats et les enseignements.

2- Matériel et méthodes

2.1- Recrutement des patients et des MG :

L'étude étant qualitative et les effectifs relativement faibles, l'objectif n'était pas d'obtenir un échantillon représentatif. Il s'agissait d'avoir un panel hétérogène de patients et de MG, en terme de parcours de vie et d'exercice professionnel varié; partant du principe que toute nouvelle idée est un matériau de travail.

Les 5 entretiens de patients se déclinent ainsi : 7 patients (dont 2 couples) ont été recrutés par le biais des médecins interrogés (2 couples et 1 patiente) et par le biais du mouvement ATD Quart Monde (pour les 2 autres).

Les 5 MG interrogés sont des médecins que je connaissais personnellement (1/5) ou pour les avoir remplacé (4/5).

2.2-Recueil des données :

Afin de recruter patients et MG, j'ai été contraint de dévoiler une partie de la thématique avant même de réaliser mes entretiens. Mais pour ne pas trop déflorer le sujet et ainsi éviter toute préparation consciente ou inconsciente de leur part, je suis resté vague sur les questions et les thèmes abordés.

Les entretiens étaient semi-dirigés sur un mode discussionnel, réalisés avec un guide d'entretien (en annexes) différencié selon qu'il s'agissait de patients ou de MG, mais abordant les mêmes thèmes :

- Description de la personne et parcours de vie (patient) ou d'exercice professionnel (MG).
- Couverture sociale obligatoire et complémentaire (patients et MG)
- Expérience de l'exercice médical en situation de précarité (MG).
- Relation soignant/soigné (patients et MG).
- Propositions d'amélioration (patients et MG).

2.3- Obstacles :

Un certain nombre d'écueils à ces entretiens sont à signaler :

- Le couple dont j'évoquais le parcours en introduction et que je devais interroger s'est désisté, après m'avoir donné leur accord pour l'entretien. Leur MG m'a confirmé leurs difficultés et leur mode de vie « replié sur eux-mêmes » ne facilitant pas leur prise en charge médico-sociale.
- Plusieurs rendez-vous préalables aux entretiens avaient été pris avec d'autres patients, au sein du mouvement ATD, mais n'ont pas été honorés.
- Les problèmes de communication en terme de sémantique sociale avec des termes parfois incompréhensibles pour les profanes (tels que « *tiers-payant, reste à charge, délai de carence, parcours de soins...* »), ne facilitant pas l'adhésion des usagers et pouvant d'ailleurs représenter un autre déterminant d'ISS...
- Enfin il faut noter les aléas des entretiens inhérents à ses acteurs (relative inexpérience de l'enquêteur en terme d'interview, loquacité des personnes, sensibilisation des personnes au sujet...), pouvant expliquer les durées variables des entretiens et cette impression peut-être subjective que les premiers entretiens étaient davantage dirigés, contrairement aux derniers davantage structurés comme un débat.

2.4- Analyse des résultats

Pour la réalisation de cette enquête, étant relativement inexpérimenté dans ce domaine, j'ai eu recours à deux ouvrages :

- « Guide de l'enquête de terrain » de S.beaud et F.Weber (4^{ème} édition de 2010),
- « L'enquête et ses méthodes : l'entretien » de A.Blanchet et A.Gotman (2^{ème} édition de 2010).

J'ai réalisé une analyse qualitative des données issues des entretiens. Dans un premier temps, les entretiens ont tous été retranscrits intégralement par écrit.

J'ai choisi, pour préserver leur anonymat, de ne pas joindre les transcriptions des entretiens faits auprès des professionnels et des patients.

Ensuite, j'ai procédé à une première phase de lecture flottante, qui m'a permis de me familiariser avec mon support.

Puis, j'ai découpé les entretiens en les classant selon différents thèmes que j'ai ensuite mis en perspective, afin de faire une analyse transversale, et de comparer les données des différents entretiens entre elles.

2.5 - éthique

Pour ne pas enfreindre le secret médical, les patients ont été informés au préalable de mon travail et leur accord a été recueilli avant de prendre contact avec eux (par leur MG ou bien par le personnel du mouvement ATD).

L'étude ne portant pas sur l'expérimentation du corps humain et n'entrant pas dans le champ d'application de la loi sur la recherche biomédicale, seul le consentement oral des patients et des professionnels a été demandé. La confidentialité des données a été possible grâce à l'attribution d'un code à chaque entretien réalisé, rendant ainsi les entretiens anonymes.

3- Résultats

3.1- Données générales

Les 10 entretiens se sont déroulés entre mars et avril 2014 en Lorraine (9/10) et en Champagne (1/10).

J'ai rencontré les patients à leur domicile pour 6 d'entre eux (pour des raisons pratiques) et 1 au local du mouvement ATD (accompagnée de son fils).

La durée des enregistrements était de 17 à 32 minutes.

Ma position d'enquêteur s'est parfois déplacée à celle du conseil social et thérapeutique, de par ma fonction de médecin. En effet la plupart des enquêtés me demandaient (explicitement ou non) conseil quant à leurs pathologies, leurs traitements ou leurs droits.

J'ai rencontré les MG à leur cabinet, en fin de consultation pour quatre d'entre eux et 1 à son domicile (étant interne en MG).

La durée des enregistrements était de 16 à 47 minutes.

Bien que connaissant personnellement certains enquêtés, ma position est restée strictement neutre.

3.-2 caractéristiques

Caractéristiques de l'échantillon de patients (tableau I)

<i>identi- fication</i>	<i>Age</i>	<i>sexe</i>	<i>Lieu de vie</i>	<i>Revenu mensuel</i>	<i>Couverture sociale</i>	<i>Emploi</i>	<i>Etat de santé ressenti (1-10)</i>	<i>Durée de l'entretien (min)</i>
A	62ans	F	Appartement (ville)	1100 ^E	ALD, CS (sans aide)	Non	5.5	32
B	54ans	F	appartement social (ville)	1700 ^E à 1900Eà 3	Pas de CS	Oui (pas de RSA)	5	19
C	63 ans	M	appartement social (ville)	1700 ^E à 1900 ^E à 3	Pas de CS	Non (pas d'aide)	3.5	19
D	72 ans	F	Appartement (ville)	1400 ^E à 2	ALD, pas de CS	Pension de retraite et CR	5.5	24
E	70 ans	F	Maison (rural)	1200 ^E à 2	Pas de CS (sans aide)	Pension de retraite	8	29
F	49 ans	M	Maison (rural)	900 ^E à 2	CS(ACS)	IJ et RSA	4	17
G	49 ans	F	Maison (rural)	900 ^E à 2	ALD et CS(ACS)	Pension d'invalidité	3	17

CS : complémentaire santé CR : complémentaire retraite IJ : indemnités journalières RSA : revenu de solidarité
active ALD : affection longue durée

Indices de précarité par région d'exercice des MG (tableau II)

	France métropolitaine	Dr H	Dr I	Dr J	Dr K	Dr L***
Taux de chômeurs parmi les 15-64 ans*	9.6%	13%	8.8%	4.5%	14.4%	23.4% (88) 14.7% (55)
Taux de foyer non imposable sur le revenu*	48%	75%	49.8%	33.6%	48.8%	64.1% (88) 49.6% (55)
Taux de CMUc**	6.1%	6.5% (département 54)	4.9% (57)	4.9% (57)	6.2% (51)	6.1% (88) 6% (88)

*Chiffres INSEE 2009 (156)(157)(158)(159)(160)(161)(162) ** chiffres fond CMU 2012 (51) ***en stage auprès de MG

Caractéristiques de l'échantillon de MG (tableau III)

<i>identification</i>	<i>Age</i>	<i>Sexe</i>	<i>Lieu d'exercice (département)</i>	<i>Durée d'exercice</i>	<i>Volume de patientèle</i>	<i>Durée de l'entretien (min)</i>
H	42 ans	F	Urbain (54)	4.5ans	800 dont 12.5% d'enfant	16
I	52 ans	M	Rural (57)	15 ans	1000 dont 20% d'enfant	34
J	61 ans	M	Semi rural (57)	30 ans (retraité)	1000 dont 35% d'enfant	47
K	49 ans	F	Urbain (51)	16 ans	2000 dont 40% d'enfant	47
L	29 ans	F	Interne de MG (88 et 55)	Stages effectués (rural et urbain)	-	24

Les MG interrogés exercent tous en secteur I excepté un (Dr I) qui pratique un dépassement de 2^E à 5^E sur les rendez-vous (mais reste considéré en secteur I).

3-3 Récits

Entretiens avec des patients en situation de précarité :

- Mme A :

L'entretien de Mme A s'est déroulé à son domicile (appartement en location), après l'avoir rencontré au local du mouvement ATD auquel elle se rendait pour adhérer à la « mutuelle réseau ».

Elle souffre depuis son enfance de l'ostéogenèse imparfaite (« maladie des os de verre ») pour laquelle elle est reconnue en ALD hors liste. Elle a déjà subi 34 fractures dans le cadre de cette pathologie et entre le jour où je l'ai rencontrée et celui de l'entretien, elle s'est de nouveau blessée (entorse du genou possiblement liée à sa maladie par faiblesse musculaires des MI) et porte une attelle.

Elle est en instance divorce, seule et sans enfant, n'a pas de ressources propres en dehors d'une pension que lui verse son mari, a dû déménager récemment pour raisons financières et vient d'être radiée de son assurance automobile suite à un accident (suite auquel des frais importants à sa charge sont engagés).

C'est en arrivant dans son nouveau quartier et en raison de ces difficultés, qu'elle s'est rapprochée de l'assistante sociale du secteur. Elle l'a aidée dans ses démarches, car cette dame se sentait perdue et « *ne comprenait rien aux démarches* ». Elle l'a également orientée vers le mouvement ATD afin qu'elle puisse économiser sur sa complémentaire santé.

Malheureusement, et peu de temps auparavant elle pense avoir été « *arnaquée* » par une autre compagnie d'assurance auprès de laquelle elle s'était renseignée quand son ancienne assurance a mis fin à son contrat d'assurance automobile. Cet OC peu scrupuleux lui a fait signer un contrat global (« santé + automobile + appartement ») sans même se renseigner sur sa couverture antérieure. En effet Mme A était encore sous contrat avec son précédent OC pour les risques « santé et appartement ». Elle s'est donc retrouvée à payer deux OC pendant quelques mois.

De plus étant affiliée à d'autres OC pour la santé, elle n'a pu souscrire au « contrat mutuelle réseau » du Mouvement ATD et doit attendre la fin d'échéance pour ses contrats actuels.

Elle s'occupe bénévolement de personnes âgées à domicile, leur rendant visite régulièrement.

- Mme B et Mr C :

L'entretien de ce couple s'est déroulé à leur domicile, dans un appartement de type logement social, où ils vivent à 3 (le couple et la fille de Mme B âgée de 23 ans absente ce jour-là).

L'environnement est un peu bruyant entre télévision restée allumée et animaux domestiques (chiens et oiseaux).

C'est surtout Mme B qui répond pour des raisons médicales (hypoacousie de Mr C) et « organisationnelles » (c'est Mme B qui s'occupe des démarches).

Ils bénéficient d'aides sociales (logement, tarifs sociaux énergétiques) et semblent relativement au courant des démarches (étant épaulés par fois par l'assistante sociale du secteur), mais ne peuvent bénéficier de l'ACS en raison de revenus légèrement supérieurs au plafond. En effet Mr C n'a aucun revenu ni de pension (étant au chômage et n'ayant travaillé qu'au Luxembourg, il doit attendre 2 ans pour toucher sa pension de retraite), Mme B gagne 600^E mensuels, et sa fille gagne entre 1100 et 1300^E mensuels. Le revenu familial annuel, en raison de ces fluctuations de salaire dépasse juste le plafond ACS et les a contraints à renoncer à une mutuelle santé.

Mme B travaille comme femme de ménage chez 4 employeurs différents afin de cumuler les « 200heures pour avoir les indemnités journalières de la sécu ». Elle souffre d'épigastalgies chroniques qui ont été récemment bilantées (10 jours d'hospitalisation avec TM et FJ à sa charge et sans résultat en terme de diagnostic et de traitement symptomatique) et de rhumatismes chroniques pour lesquelles elle aimerait bénéficier d'infiltrations qu'elle ne peut payer actuellement.

Mr C souffre visiblement d'une cardiopathie ischémique pour laquelle il n'est pas en ALD (ALD n°13) et en raison des franchises et de l'absence de mutuelle, il ne va que deux fois par an chez le médecin, rarement chez le cardiologue, ne fait plus d'examens complémentaires et se sent surtout frustré par l'impossibilité actuelle de bénéficier d'infiltrations pour des douleurs rhumatismales.

La fille de Mme B n'a pas de problème de santé et bénéficie de la mutuelle de son entreprise.

Le profil de cette famille interpelle et reflète bien la problématique actuelle en terme d'ISS au cœur de la crise économique. En effet Mme B et Mr C ont toujours bénéficié d'une complémentaire santé (de groupe puis individuelle pour Mme B et de groupe pour Mr C). Touchés par les problèmes économiques et le chômage de Mr C, ils ont pu bénéficier de la CMUc pendant plusieurs années et se faire soigner normalement. Maintenant que leur fille travaille et apporte un revenu conséquent (mais variable) à la famille, ils ne peuvent plus bénéficier d'aide dans ce domaine et doivent renoncer à leur mutuelle ainsi qu'à une partie de leur soins.

Pourtant et de façon tout à fait compréhensible, elle se refuse à responsabiliser sa fille : « *elle est encore chez moi, je veux pas mettre ma fille dehors pour pouvoir me faire une CMU, ça c'est clair, ça je fais pas...* ».

Ils n'ont pas ailleurs jamais entendu parler des nouveaux contrats de groupe « label ACS ». Je leur en ai fait part en les invitant à contacter leur assistante sociale.

- Mme D :

L'entretien de Mme D s'est déroulé dans les locaux du mouvement ATD lors de leur souscription à la « mutuelle réseau », pour elle et son mari (qui ne s'est pas déplacé en raison de problèmes de santé). Elle était accompagné de son fils (pour la conduire, l'aider dans les démarches et servir d'interprète) étant illettrée et parlant mal le français (portugaise d'origine et vivant en France depuis 40 ans).

Elle a 72 ans, est en retraite depuis 6 ans (femme de ménage), n'a jamais eu de mutuelle santé et est reconnue en ALD pour une cardiopathie post embolique.

Son mari a 88 ans, est en retraite depuis 25 ans (bâtiment) et n'a plus de mutuelle santé depuis (il était couvert par son employeur). Il est reconnu en ALD pour un diabète de type II non insulino requérant.

En raison de leur faible retraite, de leur couverture ALD et de l'absence de problème de santé majeur, ils n'ont jamais pensé à souscrire à une mutuelle santé.

C'est à la suite d'un évènement de santé récent qu'ils ont dû entreprendre les démarches. Le mari de Mme D a été hospitalisé pour une forme neurologique de la maladie de Lyme durant 2 mois entre services de médecine et de rééducation (ayant négligé une morsure de tique 4 ans auparavant). Ils ont réglé le TM et le FJ soit 2000^E et devant une récupération incomplète de son état de santé notamment en terme d'autonomie de la vie journalière, des démarches pour une institutionnalisation ont été lancées. Mme D s'est donc rapprochée du Conseil Général qui lui a également conseillé de joindre le mouvement ATD pour enfin bénéficier d'une mutuelle santé à moindre coût et ne plus avoir à subir ce type de reste à charge.

En recalculant leurs revenus (entre pension de retraite et complémentaire) à la lumière du relèvement du plafond ACS en juillet 2013, je me suis aperçu qu'ils pouvaient prétendre à l'ACS, ce qui leur permettra de ne déboursier que 40^E/mois et pour eux deux.

- Mme E :

L'entretien de Mme E s'est déroulé à son domicile (maison en location) où elle vit avec son mari. Elle se prépare d'ailleurs à déménager dans un appartement plus petit devant le coût du loyer, du chauffage et car son fils a récemment déménagé.

Elle a 70 ans et a travaillé dans la restauration, comme vendeuse puis a dû reprendre vers 55 ans un travail comme femme de ménage. Elle touche maintenant une petite retraite, n'a pas de complémentaire santé et n'a pas de gros problèmes de santé (si ce n'est des douleurs rhumatismales pour lesquelles elle prend des traitements antalgiques avec un RAC évalué à 80^E/mois). Son parcours social, à l'instar de son parcours professionnel, est émaillé de ruptures avec des périodes de couverture complémentaire (par l'employeur ou la CMUc) et de renoncement.

Son mari, âgé de 70ans, touche aussi une pension de retraite mais devant les difficultés actuelle, a repris son activité professionnelle en tant que commercial. Il est reconnu en ALD pour un diabète de type II non insulino-requérant et n'a pas non plus de mutuelle santé. Il souffre de sa prostate mais n'est pas encore aller consulter de spécialiste en raison du coût.

Mme E souligne également l'importance du régime d'assurance maladie de la Moselle lui ayant permis de n'avoir que peu de reste à charge lors de ses hospitalisations.

Elle reconnaît néanmoins qu'elle n'a jamais eu à déplorer de graves pathologies.

En revoyant leurs revenus, il s'avère qu'ils sont éligibles à l'ACS depuis le relèvement du plafond en juillet 2013 ; elle va donc se renseigner et en faire la demande auprès de son assistante sociale.

- Mr F et Mme G :

L'entretien du couple s'est déroulé à leur domicile (en milieu rural et maison privative dont le crédit n'est pas encore remboursé). Ils ont des enfants mais qui ne vivent plus sous leur toit et sont indépendants. L'ambiance est pesante, le manque de luminosité dans la maison accentuant encore cette impression. Les difficultés sanitaires et financières actuelles du couple peuvent se lire sur leurs visages. Mme G reste renfermée et ne parle que très peu avec des réponses courtes à chaque fois.

Mr F a 49 ans mais commence par se tromper sur son âge (*« j'ai 59 ans, non, qu'est-ce que je vous raconte, 49... »*), ce qui peut être interprété dans sa situation comme un lapsus révélateur. En effet il souffre depuis 2009 de nombreuses affections rhumastismales (hernies discales lombaires et cervicales, plastie lombaire plusieurs fois opérée, canal carpien) l'ayant contraint à stopper son activité depuis 5 ans (ouvrier en boulangerie). Il ne touche que des indemnités journalières (500^E mensuels entre IJ et RSA) depuis 5ans et reste en attente de sa demande de pension d'invalidité. Il bénéficie de l'ACS et paye sa mutuelle 45^E/mois. Il s'agit d'une mutuelle intermédiaire qu'il juge adéquate en terme de rapport cotisation/prestation, mais qui ne lui rembourse pas tous ses restes à charge en terme de médication et de frais de déplacements (*« 8000 bornes depuis 2009, rien qu'en visites »* auxquelles il faut rajouter la centaine de séances de kinésithérapie). Il ne bénéficie pas non plus de complément de salaire de la part de son OC, n'ayant pas voulu prendre une mutuelle trop coûteuse.

Mme G souffre d'une dépression sévère et est reconnue en ALD à ce titre (ainsi que pour un diabète de type II non insulino-requérant). Elle est reconnue en invalidité, ne travaille plus et bénéficie d'une pension en conséquence (400^E mensuels). Elle adhère également à la même mutuelle que son mari, grâce à l'ACS.

A noter que durant tout l'entretien, il a persisté un malentendu concernant l'ACS. Leur ayant posé la question en début d'entretien, ils disaient ne pas en bénéficier. Mais en détaillant au fur et à mesure, je me suis rendu compte que ce n'était pas le cas. En tenant compte de sa future obtention de pension d'invalidité (d'ici quelques semaines et envisagée aux alentours de 850^E mensuels), le couple restera éligible à l'ACS donc en-dessous du seuil de pauvreté.

En recalculant leur cotisation mutuelle respective (45^E/mois/personne) et la comparant aux moyennes nationales (cf. tableau IV et liens 146 et 150), je me suis aperçu que leur CS monopolisait encore 10% de leur budget (malgré les aides). En souscrivant un des contrats négociés ACS (Mutuelle réseau ou garantie ACS), ce taux d'effort ne représenterait plus que respectivement 1.7% à 2.5%.

Entretiens avec des professionnels :

- Dr H :

L'entretien s'est déroulé à son cabinet un soir en fin de consultation.

Elle est installée depuis 5 ans et exerce dans une ville anciennement industrielle proche de la frontière luxembourgeoise.

Son activité a augmenté récemment en raison de la défection de plusieurs confrères (décès ou retraite) non compensées.

Sa patientèle est assez cosmopolite en raison des vagues successives d'immigration au cours du siècle dernier (Italie puis Portugal puis pays d'Europe de l'est).

Le niveau de pauvreté y est assez conséquent comme l'atteste les chiffres du tableau II.

Elle se juge mal formée sur la question des ISS mais dit y être régulièrement confrontée de par la relative précarité de sa patientèle.

Elle se sent relativement démunie dans ces situations complexes où elle ne dispose pas d'alternatives, si ce n'est de renvoyer vers l'assistante sociale.

- Dr I :

L'entretien s'est déroulé à son cabinet en fin de matinée et en fin de consultation.

Il est installé depuis près de 15ans en milieu rural en Moselle.

Son activité a également augmenté en raison de départ de confrères non remplacés (exemple de son ancien associé dont il a « récupéré » une grande partie de sa patientèle).

Le niveau de précarité est modeste et semble toucher les personnes retraitées (cf tableau II avec des taux de chômage et de CMUc inférieurs à la moyenne nationale mais un taux de revenus non imposables supérieurs).

Il est également sensibilisé à la question pour avoir dans sa patientèle un certain nombre de patients précaires ne pouvant plus faire face au coût croissant de la santé (entre mutuelles, dépassements, franchise et autres remboursements).

Il souligne l'injustice dans la répartition des aides sociales, plusieurs exemples à l'appui.

Il se dit également très attaché au libéralisme de la pratique médicale, et ne pratique le tiers payant que pour ses patients les plus modestes.

- Dr J :

L'entretien s'est déroulé dans son bureau à la maison de retraite où il travaille dorénavant exclusivement. En effet il vient tout juste de prendre sa retraite en tant que MG libéral, fonction qu'il exerçait depuis 30 ans dans une commune mosellane, dont il a également occupé la fonction de maire.

Le niveau de vie de la population de sa commune est légèrement au-dessus de la moyenne nationale. (tableau II)

Il a été d'autant plus impliqué sur la question sociale qu'en tant que maire, il était en charge du centre social de sa commune.

Il pratiquait de nombreux « actes gratuits » (ne faisant pas régler la part AMC de ses patients sans mutuelle, ce qui en Moselle représente 2.30^E pour un adulte et par consultation).

De part cette fonction de maire qu'il a occupé quelques années, il a également une vision plus politique et plus nuancée de la question. Il évoque notamment les obstacles et les leviers des ISS au niveau politique locale et nationale.

Il n'est pas opposé à des mesures allant à l'encontre du libéralisme de la pratique médicale de ville (TP intégral, salariat,...)

- Dr K :

L'entretien s'est déroulé à son cabinet en début d'après-midi en fin de consultation.

Il est l'instigateur de ma thèse, m'ayant exposé la situation du couple décrit en introduction.

Il est installé en ville dans une zone urbaine sensible, dans la région champenoise, depuis 16 ans, avec une forte activité (en raison de départs de MG non compensés) mais avec une patientèle qui reste hétérogène en terme de ressources et d'origines.

Le niveau de vie de sa commune est en-dessous de la moyenne nationale (cf tableau II).

Il insiste sur le climat de confiance dans la relation soignant/soigné comme atout dans les soins en situation de précarité. Fort de ce levier qu'il a su développer avec ses patients, il se sent relativement armé dans ce domaine. Néanmoins certaines situations lui échappent (c'est le cas du couple précédemment cité).

Il défend le caractère libéral de sa profession sans occulter les pratiques sociales (TP, encaissements différés, « ardoise ») ou informelles parfois nécessaires dans cet exercice..

Il reste particulièrement critique quant aux mesures et aux chiffres annoncés par les organismes institutionnels.

En effet après lui avoir cité les premiers résultats du relèvement des plafonds CMUc et ACS en juillet 2013, à savoir l'augmentation continue des effectifs de leurs bénéficiaires, il s'est étonné d'avoir eu l'impression inverse à son niveau, parmi sa patientèle. Il aurait constaté au contraire une baisse des effectifs de ses patients CMUc : *« c'est quand même bizarre. La plupart de mes patients en CMU ont tous trouvé du boulot et ça me surprend tout de même un peu. Je constate la diminution des CMU, et une majoration énorme du nombre de tiers payant social, alors je m'interroge sur les modes de calcul ! On a peut-être augmenté les plafonds, mais on a aussi augmenté ce qu'on comptabilisait...etc, attention il y a des pièges, il faudrait bien revoir la question de ce point de vue. Ce n'est pas parce que l'on augmente les seuils, que nécessairement, les gens à bas revenus en bénéficient plus facilement. Je crois que ce qui rentre dans la comptabilité s'est aussi modifié. Et donc, moi, je constate l'inverse de ce que tu me dis »*

Sur le rapport provisoire du fond CMU de janvier 2014, seules 10 CPAM ont été recensées et leurs résultats extrapolés au niveau national (34). Il juge donc cette analyse biaisée et intéressée car les 10 CPAM en question seraient justement du même bord politique que le gouvernement.

Cela m'a conduit à émettre plusieurs hypothèses :

- ⇒ Soit les données de janvier 2014 n'étaient pas suffisamment exhaustives et il fallait attendre juillet et la parution des dernières évolutions CMUc, car la tendance des effectifs CMUc restait à la hausse ces dernières années, que ce soit au niveau national ou au niveau de son département.
- ⇒ Soit le calcul des ressources prises en compte pour l'obtention des aides a été modifié (comme il le suppose) et une majoration de ces aides (comme le RSA activité ou autres...) a permis à ses patients de passer de la classe « CMUc » à celle d' « ACS », et ce malgré l'élévation des plafonds.
- ⇒ Soit il s'agissait « d'un effet local » sur sa commune pouvant être expliqué par les mouvements de population. En effet, la population de sa commune ne cesse de diminuer depuis 1982 et la crise économique, les personnes allant probablement chercher du travail ailleurs. (160)
- ⇒ Soit il ne s'agissait que d'une impression confortée par un moindre recours au MG de la part de ses bénéficiaires CMUc.

J'ai donc appelé les responsables de la CPAM de sa commune pour avoir quelques explications. Ils m'ont confirmé les résultats nationaux à leur échelon, à savoir la croissance continue des effectifs CMUc, y compris dans son lieu d'exercice, et que les modes de calcul n'avaient pas changé.

Son impression est donc peut-être le fruit de mes 2 dernières hypothèses.

- Dr L :

L'entretien s'est déroulé à son domicile en début d'après-midi.

Il a 29 ans, est interne en MG et a déjà validé ses stages en médecine libérale.

Il a notamment travaillé en milieu rural dans les Vosges lors de son stage encadré par le praticien, et en milieu urbain dans la Meuse en semi autonomie (SASPAS).

Il ne se considère pas suffisamment formé sur la question sociale, jugeant le biomédical très prégnant dans notre formation. En évoquant le rôle social du MG, Il explique que ce sont des connaissances pratiques acquises « sur le terrain ». Il ne ressent aucune gêne à parler de revenus avec ses patients, jugeant également que la qualité de la relation soignant/soigné y est pour beaucoup.

Il est en outre très impliqué sur la prévention et dit s'y attarder régulièrement en consultation.

3-4 analyse thématique

3-4.1 La relation soignant/soigné en situation de précarité

Selon les personnes interrogées, plusieurs obstacles viennent impacter négativement cette relation et d'autres points sont évoqués pour y surseoir.

3-4.1.1 Les idées reçues

Un certain nombre de préjugés persistent, traduisant l'incompréhension palpable entre praticiens et usagers en précarité, de même qu'entre ces derniers et les institutions.

Au sujet des bénéficiaires de la CMUc :

« les personnes qui sont en CMU, au contraire, eux, ils abusent, ils ont un accès aux soins totalement libre et gratuit [...] Ceux-là ont un accès total et ce sont les plus gros consommateurs de soins ! Les études sont très difficiles à sortir, parce qu'il y a un problème plus politique que santé publique derrière. Donc, il est très compliqué de...mais tout le monde sait très bien, notamment lors des gardes à 2H du matin, 4 appels sur 5, sont des appels de gens en CMU, ce ne sont pas des appels de loin de personnes qui doivent faire l'avance de frais, parce que l'on connaît le coût.» (Dr K)

« C'est simple, regarde sur un dimanche, le nombre de consultations CMU/non CMU, tu verras. Et pourquoi viennent-ils le dimanche et pas en semaine ?...Ceux qui ont fait des gardes l'ont constaté [...] Et puis, en effet, comme tu dis, un dimanche c'est un jour de semaine comme un autre, puisque de toute façon, ils n'ont pas d'activité.» (Dr K)

« En effet, quand on se lève à midi, c'est compliqué de venir consulter le matin. La plupart des gens en CMU ne peuvent pas venir le matin à la consultation, parce qu'ils ne travaillent pas, parce que bien sûr, ils se lèvent beaucoup plus tard, et bien sûr, se lever le matin, ils sont désadaptés.» (Dr K)

Au sujet des assistantes sociales :

« L'assistante sociale, la dernière assistante sociale nous a dit quand on est arrivé ici, on ne savait pas, je devais avoir des médicaments, je devais aller voir le médecin, j'étais avec mes béquilles ?, elle me dit : « Qu'est-ce que vous êtes venus foutre ici, vous ? ». Alors, vous croyez que vous allez lui demander autre chose ? Et puis, celle qui est maintenant, c'est pareil ! Pour moi, elles sont inutiles, ces femmes. Dans le temps, j'ai été seule avec mes enfants, on était battus et tout, elles ne se sont jamais occupées de rien ! On aurait pu mourir dans notre coin ! » (Mme E)

3-4.1.2 Les tabous

Plusieurs témoignages concordent sur la gêne à s'exprimer quant aux problèmes socio-financiers en consultation ou à se lancer dans les démarches pour l'obtention d'aides sociales. Le caractère stigmatisant est très présent chez les patients, particulièrement pour ceux dont les difficultés sont récentes. Cette pudeur est ressentie par les professionnels, tout en la relativisant par leur façon d'aborder les questions.

De ma position, je n'ai pas ressenti de gêne dans nos entretiens pour évoquer ces questions, même quand il s'agissait de connaître le détail de leurs ressources.

Au sujet du règlement :

« ça ne me gêne pas, parce que, d'une part, je n'ai pas de dépassement d'honoraires, donc c'est le tarif fixé par la sécu, à ce niveau- là, le prix, ce n'est pas mon problème, c'est la Sécu et c'est remboursé en plus, ou du moins en partie, donc ça ne me gêne pas d'en parler. » (Dr I)

Au sujet des questions « intrusives » en consultation :

« si tu commences à lui demander s'il est propriétaire de son logement, je ne suis pas sûr qu'il le prenne bien, parce que les gens ont quand même une certaine pudeur, dire : « Non, je suis pauvre, j'ai pas un radis. » Dans notre société, tu lui renvoies une image qui n'est pas positive. » (Dr K)

« Si je leur demande s'ils ont rencontré un travailleur social, s'ils ont des difficultés pour payer leur loyer, et surtout s'ils sont venus pour une pathologie, ils vont se demander un petit peu pourquoi, je leur pose ces questions. » (Dr J)

« ça dépend comment on les aborde, évidemment. Après, certains, comme « spectacles, vacances », ça peut peut-être un peu plus toucher les personnes, j'imagine. » (Dr L)

« moi : Et de la même façon, quand on vous pose des questions sur les revenus, sur les finances, est-ce que ça vous gêne, est-ce que vous trouvez...[me coupant] B : Oui ! » (Mme B)

Au sujet des demandes d'aides :

« c'est comme les gens qui ne vont pas aux restos du cœur, parce qu'ils ne veulent pas que ça se sache, alors qu'ils en ont besoin. Je pense qu'il y a une pudeur pour les gens qui sont en précarité secondaire, pudeur qui n'existe pas pour les gens qui ont toujours été dans la précarité, parce qu'ils ont appris à s'en débrouiller, ils ont franchi ce pas, sinon pour ces gens, et on va le voir de plus en plus, des gens qui vont s'installer dans la précarité, qui vont se multiplier, et qui vont découvrir ce que j'appellerais la précarité secondaire. » (Dr J)

« moi : mais avec d'autres spécialistes chez qui vous demandez le tiers payant, est-ce que vous sentez que c'est un peu humiliant ?.....E : «oui. Faire des demandes, des demandes d'aides...là, j'ai dû faire une demande d'aide pour le fuel.» (Mr F)

Une nouvelle précarité :

« (c'est difficile) A cause de la pudeur des gens. J'exerce dans un milieu, proche d'une grande ville, dans un secteur où la précarité apparaît, mais où elle est cachée, car c'est un secteur relativement privilégié, ce n'est pas un secteur réputé pauvre, les gens sont souvent propriétaires de leur maisonnette, et pourtant ils ont des difficultés. C'est la crise des classes moyennes essentiellement, **les classes moyennes découvrent la précarité**, et moi, en tant que médecin, je découvre leur précarité. D'ailleurs, il y a aussi des médecins qui commencent à découvrir la précarité [...] la barrière sociale entre le médecin et le patient est existante, après c'est au médecin de se mettre à la portée des gens. Si le médecin sait rester simple dans sa façon de s'habiller, de vivre, surtout quand on vit au milieu des gens, j'ai choisi de vivre » (Dr J)

« on est un peu gênés, vous savez, **on a toujours vécu à peu près normalement, j'ai travaillé jusqu'à très longtemps, et je me sens pas mendiante de ce côté-là, mais il y a des gens que ça peut gêner quand même.** Puis, il y en a qui n'arrivent pas à tenir leurs promesses. » (Mme E)

3-4.1.3 La relation à l'argent :

La question n'a été posée qu'aux médecins, à savoir : « *est-ce que le fait de connaître le statut social ou le moyen de règlement de la consultation en début de consultation, influait sur le déroulement de la consultation ?* ».

Les réponses sont hétérogènes ; certains médecins seront influencés quant à leur prescription d'examens ou de médicaments (MG avec plus d'expérience) et d'autres non (MG plus jeunes).

Certains MG concèdent un certain laxisme dans la prise en charge de patients précarisés, non pas en rapport avec le mode de règlement mais davantage en relation avec certains critères inhérents à leur situation (non-respect des horaires, consultation à plusieurs sur un seul créneau de rendez-vous...).

Un MG souligne la relative mercantilisation de la profession, s'appuyant sur des témoignages de patients.

en terme de prescription :

« Je ne vais pas leur prescrire des examens non remboursés, des choses comme ça. Mais la qualité de la prise en charge n'est pas dépendante de leur niveau... » (Dr J)

« Oui, oui. Là, je pense clairement que je ne fais pas de distinction. » (Dr L)

en terme de qualité de la prise en charge :

« Non, non, ça n'agit pas sur ma pratique, mais il est vrai, que parfois, les gens qui disent ne pas avoir beaucoup d'argent, qui en fin de compte **pourraient très bien payer la consultation, ça, ça m'énerve, oui !** Parce que je sais qu'ils ont les moyens pour se payer autre chose, et quand ils viennent et me déposent 2,30 € pour que je leur fasse le tiers payant, ils me donnent que 10%, parfois, ça m'énerve, oui. Mais sur mon activité, sur mon examen, sur mon ordonnance, ça non, ça ne joue pas. » (Dr I)

«[il réfléchit] C'est évident que si tu n'y fais pas gaffe, ça va influencer, ça va influencer de manière évidente. Non seulement en termes d'examen complémentaires..., alors si tu as une personne en CMU et si tu as une personne qui n'est pas en CMU, je suis persuadé, que même, inconsciemment, on ne va pas gérer de la même manière la personne, pas avec autant de sérieux, si elle est en CMU ou si elle n'y est pas. Et ça, j'en suis, mais convaincu. Parce que parfois, je me suis même surpris moi-même. « Fais gaffe, tu bâcles un peu ton truc, j'espère que c'est pas parce qu'il est en CMU », peut-être parce qu'ils étaient venus à 3 ce jour-là, j'avais pris qu'un rendez-vous, bon, mais je crois que j'ai peut-être fait, j'ai peut-être passé... plus facilement justement une consultation « rapide » peut-être parce qu'ils étaient en CMU. Et donc, on a tendance, peut-être, à déconsidérer le patient, quand on le voit arriver avec sa carte, même si lui a un accès aux soins, ça n'a rien à voir. Mais je crois que là, qu'on le veuille ou non, qu'on en soit conscient ou pas, il est très important de se remettre en cause en permanence justement, et de ne pas faire attention à la personne qui vient, quelque-soit son mode de règlement... **inconsciemment peut-être, on a tendance à ne pas lui prêter la même attention, mais c'est plus inconscient que conscient.** » (Dr K)

mercantilisation de la profession :

« Hyper-médical et de moins en moins social. Je pense en plus que l'attitude des médecins, des médecins modernes, on va dire, me conforte dans ce sentiment. J'ai de multiples exemples en tant que médecin, de réflexions qui ont été faites par de jeunes confrères remplaçants, qui m'ont été rapportées par des patients et qui montrent que **leur préoccupation première, c'était le règlement de la consultation.** J'ai des anecdotes, alors ça me laisse penser que l'on va vers un médecin de plus en plus hyper-technicien, que l'on paye comme un hyper-technicien, c'est-à-dire comme **un prestataire de service**, que l'on doit payer à hauteur de sa prestation et que les gens qui ne peuvent pas payer sa prestation, eh bien se débrouillent autrement. J'ai malheureusement l'impression que l'on va vers cette mentalité-là. » (Dr J)

risque de stigmatisation :

« il ne va pas comprendre pourquoi tu lui demandes. **Il va avoir l'impression au contraire : « Il est en train de me sélectionner pour voir...** », je suis peut-être pas assez bien pour lui. », cela, voilà, il faut traiter de manière aussi digne toutes les personnes, quelque-soit leur tenue vestimentaire, et parfois même les odeurs dégagées de transpiration, on le sent. Tu le sens en rentrant dans la pièce, parfois que tu reçois. Il faut avoir autant de déférence vis-à-vis des uns et des autres » (Dr K)

3-4.1.4 *Le ressenti des MG sur leur exercice :*

Les avis sont unanimes quant aux obstacles à la prise en charge des patients en situation précaire. Même si certains semblent mieux armés (comme nous le verrons par la suite), le sentiment général reste de l'impuissance.

« j'ai aussi un sentiment de frustration quand on n'arrive pas à porter des réponses à quelqu'un, on est un peu démuni, frustré, mais bon à ce moment-là j'oriente » (Dr I)

« Oh, démuni, je pense que tous les médecins se sentent démunis. » (Dr J)

« Quand on ne peut pas faire ce que je pense qu'on devrait faire, eh bien impuissance, un petit peu quand même, c'est par rapport au patient que ça m'attriste » (Dr H)

3-4.1.5 *La nécessaire relation de partenariat et de confiance à instaurer*

Les MG valorisent la qualité de leur dialogue avec leur patient, dans le sens où une relation basée sur la confiance, l'écoute et l'absence de « non-dits » favorise l'observance et limite les malentendus (examens non réalisés, traitements non pris, errance médicale...).

Au sujet de l'inobservance thérapeutique :

« j'ai l'exemple d'un cardiaque, grand cardiaque, une famille de cardiaques, dans la fratrie, ils font tous des infarctus à 50 ans et je le vois une fois par an, parce qu'il n'a pas les moyens, alors même que je lui fais le tiers payant, je ne le fais pas payer, il ne vient pas, parce qu'il faut qu'il paye 50 cents sur chaque boîte de médicaments, parce que lorsque je lui prescris une prise de sang, il n'est pas remboursé totalement, ...Il y a toutes les franchises, donc c'est peut-être que 50cents sur telle boîte, mais à la longue, ça fait quand même une somme importante pour ces gens-là. Donc, je ne le vois pas souvent, donc je pense, parce que là, il a 52 ans et bientôt, je pense que je vais le voir dans le journal, décédé, parce qu'il ne se laisse pas suivre ! » (Dr I)

« ou après coup : « Ah, mais Docteur, je ne pouvais pas, parce que je ne vous l'ai pas dit, mais j'ai des soucis financiers, donc je n'ai pas fait mon bilan. » (Dr K)

Le climat de confiance :

« Ceux qui, on peut le dire, ce sont justement ceux qui doivent avancer les frais, payer de leur poche une grande partie des soins que tu vas leur prescrire, ou des bilans, et là, ils disent : « Docteur, je suis désolé, mais je n'ai pas les moyens, combien ça va coûter ? ». Et ils le disent quasiment tous, pratiquement tout de suite, parce que c'est une préoccupation immédiate.....pharmacie. Là, on ne mets pas de côté son amour propre, parce qu'on est bien obligé de le dire, parce que c'est du concret ! » (Dr K)

« Oui, parce que je suis mes patients, j'ai 50 ans, ma patientèle, ça fait presque plus de 15 ans que je la suis, les gens sont beaucoup plus fidèles qu'on ne le croit....il y a des gens, tu les gardes 3 mois ou 6 mois, et après ils s'en vont, ils font le tour des patientèles...mais ceux qui restent 1 an, 2 ans, en général, ils ne s'en vont pas ensuite et j'ai l'impression qu'ils me connaissent bien..., c'est de la pratique, je suis très près de mes patients, donc, je les écoute beaucoup, je fais partie de la famille, je suis médecin de famille, je suis le ixième membre de la famille, donc on m'en parle très facilement. » (Dr K)

« Non, non, je parle facilement [...] Non, je suis plutôt à l'aise.....moi ; Et tu arrives à créer un climat de confiance en consultation, pour pouvoir parler de ces choses-là ?....Dr L : Oui, oui, il n'y a pas de problème. Même que ce soit le patient qui demande, par exemple, pour parler du paiement, même certains qui disaient : « Est-ce que vous pouvez encaisser le chèque plus tard ? » (Dr L)

3-4.2 L'implication du secteur primaire dans la problématique des ISS

Pour bonifier cette relation médicale, dans un souci éthique de non stigmatisation, il existe plusieurs leviers à actionner en terme de soins primaires et dans le cadre de multiples déterminants (idéologiques, logistiques, de formation, législatifs et politiques).

3-4.2.1 La conception de l'exercice

o *Rôle social du MG*

Les avis divergent sur ce point ; certains MG estiment que les questions sociales sont du ressort de l'assistante sociale et invitent les patients à la solliciter ; et d'autres s'y impliquent davantage, avec les moyens qui sont les leurs, mais conscients de leurs lacunes. Il est difficile d'établir un lien quelconque entre expérience, capacités d'altérité du praticien et la conception du rôle social de sa profession ; en raison de la faiblesse de l'effectif et de la fonction de maire occupée par l'un d'entre eux.

Les patients aimeraient pouvoir en parler avec leur médecin mais soulignent le manque de temps lors d'une consultation.

Sur leur rôle :

« les formations que je fais, je préfère les faire dans tout ce qui est à orientation médicale, parce que c'est beaucoup plus mon métier, le social n'est pas mon métier, donc je ne fais pas de formation dans le social [...] **je me demande si c'est vraiment notre métier aussi.** Parfois j'oriente chez l'assistante sociale, à la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie, ils ont une assistante sociale, et pour leurs problèmes de droit, je les oriente chez l'assistante sociale de la prestation d'Assurance-Maladie. » (Dr I)

« **Ce n'est pas notre rôle de s'occuper du psycho-social,** notre rôle, c'est de gérer tout le monde, c'est ce que je disais tout à l'heure, et [...] de la même manière après, on doit faire avec certaines situations particulières, [...] des gens qui n'ont pas ou peu de revenus, qui n'ont pas de couverture sociale, on peut faire avec, on peut essayer de faire respecter notre serment d'Hippocrate. » (Dr K)

« [sur les conseils sociaux] pour la CMU, ça arrive souvent, quand il n'y a pas de revenus, quand la situation me semble justifiée, je leur dis souvent de faire la demande à la caisse, même si c'est que transitoire ...en cas de perte d'emploi ...même s'il y a des gens réticents ! » (Dr H)

« [au sujet du rôle social du MG] Je pense que oui, mais j'en ai pas parlé, parce que il y a toujours plein de monde, il est toujours occupé... son fils : Mais les médecins ont déjà tellement de patients, s'ils commencent à s'occuper de tout ça... » (Mme D)

Sur leur aptitude dans le domaine social :

« [sur l'ACS] j'ai eu connaissance, mais je ne sais pas exactement ce que c'est. Je sais que la Sécu aide pour une partie, après, c'est que je n'arrive pas à savoir, c'est si il y a une mutuelle spéciale...pour ces gens, ou si la Sécu prend juste en charge une partie » (Dr H)

« [sur les réponses à apporter aux questions socio financières du PP] : Oui, ça m'est arrivé, oui. Dernièrement encore, ça m'est arrivé pour une demande d'ALD, bon je ne savais plus si c'était dans la liste ou pas, puis elle m'a posé la question du remboursement sur un produit particulier, et puis en parlant avec le « prat' », c'est lui qui m'a un peu expliqué le truc, que ça serait juste un prise en charge pour les transports, pas pour les produits, enfin c'est encore flou dans la tête ! » (Dr L)

Sur le manque de temps :

« on n'a pas vraiment le temps de lui parler. Quand on sort de chez le médecin, je dis : « Oh zut ! J'ai oublié de lui dire ça, ou lui demander ça ! ». Parce qu'ils n'ont plus autant de temps, ils ont trop de personnes en peu de temps. Ecoutez, Docteur, on va déménager, toujours en Lorraine, pas tellement loin d'ici, ...mon mari s'est déjà renseigné pour savoir...il ne nous a pas répondu au téléphone, donc il lui a parlé sans l'avoir au bout du fil, il lui a demandé, eh bien il n'a pas besoin de patient, et depuis, on a entendu, qu'il n'avait pas besoin de patient ce monsieur ! Eh bien, ça, ça n'existait pas il y a 30 ou 40 ans, qu'un médecin vous refuse. » (Mme E)

o *Des divergences inter générationnelles ?*

En effet il est souligné par quelques personnes les écarts de prise en charge selon l'âge du praticien et la formation qu'il a reçu. Les plus anciens seraient toujours dans une relation médicale de type paternaliste et considérant la profession comme un « *sacerdoce* », les générations intermédiaires seraient plus orientées sur le biomédical (« *prestataire de service* ») et les plus récentes seraient davantage sensibilisées aux questions sociales et gériatriques, peut-être la résultante des nouveaux courants de pensée ; bien que pour un MG, il ne s'agisse que de quelques exceptions.

« pour les gens de ma génération, la médecine était comme une sorte de sacerdoce, une carrière de dévouement pour les gens, et effectivement, j'aurais été intéressé par une formation dans ce domaine-là, pour m'assurer que tous les gens qui devaient accéder aux soins, pouvaient y accéder. J'ai toujours une conception de la médecine comme un sacerdoce, un dévouement pour que les gens puissent accéder aux soins. je pense que les médecins de ma génération et des générations antérieures, c'étaient des assistants sociales en plus de leur rôle de médecin. Je pense sincèrement qu'à quelques exceptions près, les nouvelles générations le sont beaucoup moins... » (Dr J)

« je connais pas mal de médecins qui viennent chez les gens, par exemple, des personnes âgées, euh, et qui leur farcit, farcit de médicaments, et qu'en réalité, il y a pas de surveillance, vous avez des pertes d'argent et moi, ça me fait rire quand je vois que la sécurité sociale, elle est en déficit, alors, vous avez des gens peut-être pires que moi, qui ont besoin d'être soignés, qui ont besoin de médicaments, et que l'on jette, j'ai jeté des sacs complets de médicaments comme ça, c'est honteux, [...] **jusqu'au jour où elle a eu un jeune médecin, et le gamin était super bien**, il a commencé à vider l'armoire, quand il a vu tout ça. » (Mme A)

« Mais je trouve que **la nouvelle génération**, les jeunes comme vous, **je vous dis, je les sens mieux** [...] Oui, il y a une meilleure écoute...alors que quand **c'est les anciens, c'est du « bâclé »**, quoi, ça va vite. On connaît le cas et puis on vous donne l'ordonnance et puis « basta », ça ne va pas plus loin. » (Mme A)

o *La question de l'intégrité des acteurs de soins primaires*

Certains s'interrogent sur le manque de désintéressement de praticiens en soins primaires, enclin à multiplier les actes à leur profit, sans justification sanitaire.

« [au sujet de soins dentaires dispensés récemment] les jeunes de la Fac dentaire : « « madame, vous n'avez pas besoin de détartrage vous avez des dents nickel, impeccables »,... et je vais chez la dentiste là, elle me fait un détartrage ! Allez, 65 €, j'ai payé, c'est pas normal, ça ; si vous regardez le remboursement, vous perdez des 20, 22 € ! [...] et après elle m'a dit je vous mets sous antibiotiques, mais elle est partie en vacances plus de 15 jours, et puis, ben, j'ai souffert, souffert, et puis je suis retournée à la Faculté, j'ai dit : « tant pis si il faut que je paye »... » (Mme A)

« J'ai de multiples exemples en tant que médecin, de réflexions qui ont été faites par de jeunes confrères remplaçants, qui m'ont été rapportées par des patients et qui montrent que **leur préoccupation première, c'était le règlement de la consultation.** » (Dr J)

3-4.2.2 La formation en question

o *Des connaissances de terrain*

S'ils ne dénigrent pas les cours théoriques, les MG pensent avant tout que les compétences « psycho sociales » s'acquièrent dans la pratique. Ils ne jugent donc pas utiles d'étoffer davantage la formation théorique déjà très riche de connaissances médicales.

Pour ce qui est de la formation en situation de précarité (stages pratiques dans des ONG comme Médecins du Monde, dispensaires, PASS...), un MG souligne son aspect discriminatoire risquant d'aggraver encore les inégalités. Il leur concède néanmoins le rôle de sensibilisation en terme d'ISS et de soins en précarité.

Une formation pratique avant tout :

« **moi** : En termes de connaissances vis-à-vis de la précarité, est-ce que de par ton expérience ou ta formation, est-ce que tu as connaissance des inégalités de soins, des inégalités sociales de santé ?... »

I : Oui, par ma pratique. » (Dr I)

« La **formation psycho-sociale, tu te formes sur le terrain**, je ne suis pas persuadé que l'on ait besoin d'une formation (théorique) ». (Dr K)

« si un médecin me dit qu'il est formé dans un cours magistral, eh bien, bravo ! Soit qu'il est stupide, soit qu'il est hypocrite » (Dr K)

« formée sur le terrain, quoi, j'essaie de garder, quand il y a un problème, j'essaie de garder les brochures par rapport à tout ce qui est mis en place, les aides sociales » (Dr H)

« Bien, c'est sûr qu'avec les cours, déjà tu sais que ça existe, mais tu ne l'as jamais fait. Effectivement c'est l'expérience, c'est ce que tu fais en pratique » (Dr L)

Des lacunes théoriques :

« au niveau fonctionnement Sécu, Mutuelle, qu'est-ce qui est remboursé, qu'est-ce qui n'est pas remboursé, j'en suis loin et je n'en connais absolument pas assez, aussi pour expliquer au patient, pour améliorer mon orientation, voilà [...] Oui, **je le ressens comme une lacune**, en fait » (Dr L)

Une formation théorique déjà très dense :

« l'information sociale ou psycho-sociale, on peut toujours l'informer, mais on te demande de te former dans tous les domaines, en Médecine Générale, il y a assez de formations » (Dr K)

Au sujet des stages pratiques en milieu précaire :

« je ne suis pas persuadé que, enfin bon, pourquoi pas, mais je ne suis pas convaincu quand même. **Mais je crois qu'on va soigner différemment...** Si on commence à soigner différemment les gens dans les cités et les gens qui sont en dehors, c'est que là on passe à la médecine à 2 vitesses, alors qu'en fait, puisque l'on a des moyens de les soigner toujours de la même manière.....faire une médecine spécifique : « une médecine de pauvres », ça me semble extrêmement dangereux » (Dr K)

o *La critique de la formation continue et des recommandations scientifiques*

Entre les écueils d'une formation théorique déjà très dense et de stages pratiques en milieu précaire controversés (inégalités territoriales de formation et risque de médecine parallèle), le MG peut choisir de se former (du moins sur un plan théorique) par le biais de congrès ou autres groupes de pairs.

D'autres néanmoins, même s'ils sont sensibilisés à la question, regrettent le manque de temps (pour les MG ayant une activité soutenue) pour pouvoir se former et utilisent d'autres moyens. Un MG, récemment retraité regrette le manque de possibilité de se former dans le domaine à l'époque où il exerçait, en relation avec les courants de pensée de l'époque davantage orientés sur l'aspect bio médical comme nous l'avons vu.

De même, les recommandations de la HAS, à la base de ces enseignements (que ce soit dans la formation initiale ou dans le cadre du DPC), sont critiquées dans leur ciblage en terme de population.

Sur les formations :

« Les groupes de pairs, c'est des con... Et en plus, il n'y a pas le choix des dates, quand tu travailles 6 jours sur 7, avec des horaires de 8H à 22H, tu ne peux pas te livrer à ce type de formations, le plus important aujourd'hui, on a un outil extraordinaire qui s'appelle « internet » et pour se former, je crois que c'est bien mieux ! Les congrès, c'est le Moyen Age, il faut aussi s'adapter à la « i-information », à « l'i-formation ». (Dr K)

« j'aurais été intéressé par une formation dans ce domaine-là, pour m'assurer que tous les gens qui devaient accéder aux soins, pouvaient y accéder » (Dr J)

Sur les recommandations scientifiques :

« Les recommandations sont pertinentes, le problème, c'est dans la mise en application, elles sont pertinentes pour 80% de la population, pour 20%, ce sera impossible. » (Dr K)

⇒ 3-4.2.3 Rôle de détection de la précarité en consultation

De par leur expérience, certains MG usent de moyens contournés pour détecter les difficultés chez leurs patients les plus précaires : ce sont des critères physiques (pathologies, état dentaire) ou bien comportementaux (consultation tardive en terme d'évolution de leur pathologie, inobservance, modes de règlement). Ces moyens informels évitent de renvoyer au patient l'image négative de ses propres difficultés et par là-même le risque de stigmatisation qui en découle.

Un MG note l'importance d'appréhender le cadre de vie, notamment en visite, ce qui est de moins en moins fréquent et possible avec la charge de travail croissante des MG et la raréfaction corollaire de ces visites.

Plusieurs profils semblent se dégager ; ceux des travailleurs pauvres et des retraités pauvres reviennent régulièrement pour illustrer cette frange de la population nouvellement précarisée (« *précarité secondaire* »).

Sur les profils de PP :

« ce sont des **travailleurs pauvres** ou des **retraités pauvres**, et donc qui n'ont pas de Mutuelle, qui n'ont pas droit non plus au tiers payant social dont on parlait tout à l'heure. Et c'est là où l'accès aux soins est limité » (Dr K)

Sur les moyens non discriminants de détection de la précarité :

« Quand c'est un jeune médecin qui s'installe, alors, comment deviner la précarité, bien c'est une personne qui va être réticente à consulter, ou qui **va consulter au dernier moment**, c'est-à-dire qu'elle sera dans un tel état, qu'elle ne pourra plus faire autrement.... **Les premiers symptômes, c'est presque dentaire**, ce n'est pas une question médicale, c'est l'état dentaire. L'état bucco-dentaire te renseigne énormément sur l'état de la personne. Quand tu lui demandes d'ouvrir la bouche, tu as vite compris, si tu vois 6 chicots dans la bouche, c'est qu'il ne peut pas se les faire soigner, ce n'est pas qu'il ne veut pas, c'est qu'il ne peut pas. » (Dr K)

« J'arrivais à les repérer par **leurs types de pathologies**, ou par leur **cadre de vie habituel**, mais c'était surtout au **moment du règlement de la consultation**. Les gens qui étaient moyennement précaires ou qui étaient d'une précarité récente, le disaient à la fin de la consultation. Par contre, les gens qui avaient vécu toute leur vie dans la précarité, ils le disaient d'emblée : « Docteur, j'ai pas de quoi vous payer ». (Dr J)

« Je pense que ceux qui sont très précaires, c'est pas trop difficile. **(le problème), à mon avis c'est ceux qui sont un peu limite !** » (Dr H)

« Alors, au moment du règlement, oui, on le voit effectivement. Dans les Vosges, ça va être pour le tiers payant par exemple, pas forcément les patients en CMU, voilà, **sur le logiciel de comptabilité**, on peut voir ce qui est sur « AxiSanté », tu peux voir le montant du règlement, si c'est 6,90 ou 23 [...] c'est plus simple, même pour la fin de la consult, **c'est un peu moins gênant de leur dire...**, voilà pour le règlement. » (Dr L)

⇒ 3-4.2.4 Rôle de facilitation dans la relation de soin

o *Les moyens informels*

Faute de mieux, la plupart des MG usent de moyens que l'on peut qualifier d'informels pour surseoir aux écueils de la prise en charge de leurs patients les plus démunis. Il s'agit de moyens illégaux mais n'en restent pas moins de véritables leviers pour l'accès aux soins, comme en témoignent les patients.

Ce caractère illégal est noté par un temps de latence précédant la réponse de plusieurs médecins.

Moyens informels pour faciliter l'accès aux soins :

« des moyens informels ? [silence] Parfois, je mets **des médicaments sur l'ordonnance soit de leur enfant ou un conjoint** qui éventuellement lui, a une meilleure couverture par son métier, ou de **passer la Carte Vitale du conjoint**, ou de la famille, pour payer une consultation, pour quelqu'un qui n'a pas de Mutuelle » (Dr I)

« On fait des bilans en ALD qui n'ont rien à voir avec l'ALD... C'est illégal ça ! Mais bien sûr que ça m'arrive ! » (Dr K)

« Des cartes vitales d'autres personnes ? je pense que si ça m'est arrivé, c'est uniquement sur des **populations précaires étrangères** où d'ailleurs en général, on n'arrive pas à identifier le titulaire de la carte. » (Dr J)

« Bien, les actes gratuits, les médicaments, des **échantillons**, quand il y a des gens qui disent, qu'ils ne prennent pas leurs « médocs », je les donne aux personnes à qui cela pourra être utiles ; faire passer des « consults » en ALD, voilà » (Dr H)

« moi : est-ce qu'il passe la carte vitale de Mme par exemple, qui est à 100%, pour que vous soyez pris, ce genre de choses ?.....F : Oui... et il peut lui marquer « à renouveler », ça il peut lui faire ! » (couple F/G)

o *Le carnet d'adresse*

Certains MG, forts de leur longue pratique sur un territoire, ont identifié parmi leurs confrères ceux qui peuvent pratiquer des dépassements (qu'ils soient « raisonnables ou abusifs ») et ont ainsi dressé une sorte de liste noire de correspondants à qui ils évitent d'adresser leurs patients les plus précaires. Les examens sont mieux réalisés, la relation médicale s'en trouve bonifiée, mais ils concèdent néanmoins l'aspect pernicieux de cette démarche qui risque de pérenniser « une médecine à deux vitesses ».

« chez certains chirurgiens, je sais que, lorsque les gens sont en précarité, en fonction de la complémentaire qu'ils ont, ou pas de complémentaire du tout, ils ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires, à ce moment-là, oui, j'en connais certains [...] je préfère m'adresser chez eux. » (Dr I)

o *Le mode de règlement*

Les simplifications de règlement de la consultation sont aussi citées comme leviers à ces ISS.

La dispense d'avance de frais est unanimement valorisée par les patients (qu'ils soient pris en charge à 100% donc sans avance de frais ou qu'ils n'aient à avancer que la part AMC soit 10 à 30% de la consultation) mais reste controversée chez les praticiens.

Néanmoins et malgré leurs réticences pour certains, ils ont fréquemment recours au tiers-payant pour leur patientèle la plus précaire, sous réserve d'une relation de confiance entre eux, leur assurant d'être payé secondairement.

Le TP social : (sur la part AMO que le patient soit à 100% ou non)

« il m'arrive de pratiquer le tiers payant, mais je n'aime pas pratiquer le tiers payant [...] Parce que, malgré ce qu'on dit, qu'on est vite remboursé avec la Carte Vitale, ça traîne, on n'est pas remboursé dans les 3 jours, et d'autre part, lorsqu'on regarde un peu ce que possèdent les gens, il y a des gens qui disent qu'ils ne peuvent pas payer les médecins, et à côté de ça, ils vont chez le vétérinaire dépenser 100 à 150 € pour faire soigner leur chien ou leur chat, et ça, quelque part, ça me frustre aussi, mais dans l'autre sens ! **Je n'aime pas pratiquer le tiers payant**, parce que j'estime que la médecine, déjà, je trouve que le prix de la « consult » est ridicule, et **ça dévalorise notre art et notre métier.** » (Dr I)

« Je ne le fais **que pour ceux qui sont en précarité.**je ne vois pas pourquoi je ferais cadeau d'une part de la consultation qui est déjà bon marché en France, à des gens qui ont les moyens et qui ne se prennent pas de mutuelle, simplement parce qu'ils sont en ALD, non, ça n'a pas de sens. » (Dr K)

« j'avais un médecin, je payais 2 €, **c'est plus facile que de payer 50 €, quand on y va à deux.** » (Dr E)

« et elle ne me fait rien déboursier non plus. Quand je lui ai expliqué mon cas, elle m'a très bien compris, elle m'a dit la prochaine fois : «Faites-moi rappeler », et là ça fait deux fois, trois fois que j'y vais, je ne débourse même pas ! [...] comme le Dr A., ça ne faisait que 6€, là elle me fait rien sortir. » (Mme A)

« [au sujet des TP chez les spécialistes] Quand j'ai fait des EMG...le gars, il me fait les 10% » (Mr F)

Le TP intégral (acte gratuit)

« moi : quand des gens n'ont pas de Mutuelle et que tu leur fais le tiers payant et qu'il leur reste la partie mutuelle à régler, est-ce que tu leur fais quand même régler la part mutuelle ou est-ce que... ?

Dr I : Je leur fais régler la partie Mutuelle. » (Dr I)

« après il ne tient qu'à moi de leur faire des actes gratuits, si c'est nécessaire, je peux agir à ma manière [...] pour les prescriptions, je peux pas, je suis obligé de les réduire, faire des actes gratuits aux patients, mais je ne peux pas payer à sa place les bilans sanguins qu'il ne réalisera pas... » (Dr K)

« non...c'est pas politique, je ne suis pas un politique, je m'en fous, que la symbolique du règlement te responsabilise vis-à-vis de l'acte. Mais par contre, le fait du « **tout gratuit** », c'est une **déresponsabilisation complète**. Donc je suis contre. » (Dr K)

« [sur le projet de TP intégral] Pour moi, c'est une bonne chose. **J'ai été de ceux qui ont adhéré au contrat « médecin référent »**, qui était prôné par la France à l'époque, **qui donnait le tiers payant généralisé** à des gens qui avaient signé un contrat...le médecin s'engageait à appliquer le tiers payant systématique pour tous les gens qui signaient le contrat, qu'ils aient une mutuelle ou pas de mutuelle, qu'ils aient largement les moyens de régler ou qu'ils soient en situation de précarité, quel que soit le statut de la personne, du patient, qui signait avec le médecin, il était automatiquement mis « en tiers payant » systématique. [...] **En fait, on va revenir à un système qui avait fait ses preuves...**qui existait avant, auquel avaient adhéré de nombreux médecins, et on va y revenir. » (Dr J)

Des encaissements différés :

« Docteur, j'ai besoin d'une consultation, mais j'ai pas d'argent pour le moment. » Alors, je dis : « Ce n'est pas grave, on verra ça plus tard. » **ils finissent toujours par me régler...** 1 sur 5 qui ne me règlera pas, mais c'est marginal, c'est vraiment...et ils me préviennent avant, alors quand ils prennent rendez-vous, c'est-à-dire, ils ne me font pas la surprise à la fin de la consultation,ce sont des gens qui préviennent avant...donc **ils sont aussi respectueux** du médecin. » (Dr K)

« Il y a des fois où je suis obligée de dire au docteur..., **n'encaissez pas avant le 1^{er}**, parce que j'ai une fin de mois difficile. Il le fait, il est très gentil. Bon, c'est toujours payé, mais on est obligé de dire ça, alors que c'est un peu gênant quand même. Le Docteur, ça fait 5 ans qu'il nous connaît, il est très gentil, ça passe très bien. (Mme E)

« Moi, il sait, le Docteur, si je lui dis : « **le début du mois prochain** », quand j'ai ma retraite, il a ses sous. Il a toujours eu les chèques, il les a toujours encaissés. » (Mme E)

O La souplesse organisationnelle

La plupart des MG interrogés ne travaillent que sur rendez-vous pour un exercice jugé plus confortable. Ils n'en gardent pas moins du temps pour accueillir des patients « urgents » si nécessaire, en les intercalant entre deux rendez-vous.

Dr J proposait des plages de consultation libres au début de son activité, soulignant que c'est souvent le cas pour les MG nouvellement installés, le temps de « se créer sa patientèle ».

Dr H garde aussi des plages libres, justifiant qu'une partie de sa patientèle n'aime pas (ou ne peut pas ?) prendre de rendez-vous.

Les patients reconnaissent le bien-fondé de ces pratiques.

« il y a des patients qui n'aiment pas prendre des rendez-vous. Il faut dire aussi que les rendez-vous c'est pas dans les habitudes ! » (Dr H)

« je pense qu'elle prend sur R.V., ...mais, elle est charmante, parce qu'elle sait que en ce moment, je galère, et elle me dit : « Venez tout de suite » [...] (Mme A)

⇒ 3-4.2.5 La prévention en situation de précarité

En terme de prévention, plusieurs niveaux sont à appréhender :

- Celui de la prévention primaire correspond aux messages destinés à la population générale, dictés selon les normes scientifiques et relayée par les médias. Ils concernent essentiellement l'alimentation et l'activité physique. Ces messages sont jugés inadaptés et socialement discriminants par la plupart des interrogés, mettant en parallèle le coût de ces préconisations au budget des familles précarisées (cotisation à une salle de sport, surcoût des fruits et légumes en comparaison des féculents, moindre coût des produits bas de gamme et riches en sucres et graisses saturées).
Mme vient pourtant contredire ces constats, justifiant qu'arrivant toujours à cuisiner, elle ne comprend pas la difficulté de certains à manger sainement (elle n'a pas de couverture mutuelle).
Mme A souligne qu'avec l'apport de 100^E de ses amis, elle a privilégié son alimentation, en achetant des produits sains.
- Celui de la prévention secondaire correspond aux campagnes organisées par l'Assurance Maladie et ciblées sur des populations à risque (vaccination anti grippale chez les plus de 65 ans, contrôle du PSA chez les hommes de plus de 50 ans...). La question financière est éludée puisque ce sont des soins pris en charge à 100% par l'AM. Les quelques exceptions (citées dans la 1^{ère} partie) n'ont pas été évoquées par les interrogés, s'agissant des frais de déplacements et des RAC éventuels (échographie suite à une mammographie pathologique) inégalement pris en charge selon la région. La difficulté ici est davantage d'ordre idéologique, le problème du dépistage de nouvelles maladies n'étant pas prioritaire chez les personnes précarisées. Il n'est pas ressorti de ces entretiens l'idée (retrouvée dans d'autres travaux) que ces patients pouvaient sciemment éviter ces examens afin de ne pas déceler de nouveaux problèmes, source de « sur-précarisation ».
- Celui de la prévention tertiaire correspond aux examens de suivi dans des populations malades (comme les bilans sanguins trimestriels chez le diabétique, les examens cardiologiques annuels chez l'hypertendu...). Là encore, il existe des difficultés à faire tenir les objectifs. Même si bon nombre de ces patients sont reconnus en ALD, il subsiste des RAC importants : franchises sur les consultations, remboursements de médicaments ou de matériel (bandelettes glycémiques), majoration des critères

relevant de l'ALD (retrait de l'HTA du tableau), dépassements d'honoraires chez les spécialistes devant être consultés dans le cadre du suivi (cardiologues, ophtalmologues, dentistes...). Ces éléments expliquent que certains patients « négligent » leur suivi (exemple de Mr C sans mutuelle et a priori sans ALD) ou échelonnent leurs examens.

Prévention primaire :

« il y en a bien sûr qui essaient, les jeunes, je parle des **jeunes diabétiques qui comprennent tout ça, ils vont faire du sport, ils vont essayer de faire attention à l'alimentation.** Mais les gens qui ont **60 ans, chez qui on découvre un diabète, ils ne changeront plus leurs habitudes alimentaires,** parce qu'ils ont grandi comme ça, s'ils ne mangent pas leurs patates, s'ils ne mangent pas leur cochon, ils ne seront pas bien, donc ils ne feront jamais attention » (Dr I)

« ...Et puis le poisson aussi (Moselle), chez nous, est relativement cher. » (Dr I)

« en termes de coût, attendez, ou alors vous avez quoi, c'est des **fruits pourris qu'il y a !**, il faut être honnête, c'est des fruits qui viennent de quels pays [...] je ne joue pas la pauvre « cosette », mais je vous assure, les fins de mois sont très très durs, j'ai pas envie de manger de pâtes, je ne mange pas de viande, ...je vais **m'acheter un paquet de jambon, je mange des c.. comme ça.** Je me nourris pas bien [...] le mois dernier, j'ai téléphoné à des amis corses qui m'ont aidé financièrement, euh, j'aime pas « faire la charité », j'aime pas profiter de tout ça. J'ai dit : «C'est la première fois que j'ai fait 100 € d'achats, où j'ai acheté un peu de fruits, un peu de légumes pour faire de la soupe, je me suis achetée un pot au feu, que j'aurais pas eu les moyens de me payer...» (Mme A)

« [au sujet d'un patient diabétique mal équilibré] il m'a dit : « Oui, Docteur, mais vous savez, un kilo de pâtes à côté d'un kilo de fruits, ça change tout, et j'ai pas les moyens ! » [...] alors **5 fruits et légumes par jour, c'est une blague quand vous n'avez pas de quoi « bouffer » !** Parce que les légumes et les fruits, ça coûte beaucoup plus cher que les pâtes et les patates. C'est sûr que ces féculents, c'est pas « top », et c'est exactement l'argument qu'il m'a sorti.» (Dr K)

« **L'inscription en salle de sport, ou des fruits et légumes, c'est vraiment le caviar de la civilisation** moderne, c'est hors de prix, alors ça c'est certain. » (Dr J)

« on arrive quand même, on mange énormément de pommes et je fais beaucoup de légumes, je cuisine encore beaucoup. Vous savez, il y a des gens qui se nourrissent mal, c'est pas une question d'argent. Il y a des femmes plus jeunes que je côtoie dans le quartier, qui ont même 10 ans de moins que moi, qui n'aiment pas cuisiner, qui achètent des con..., qui mangent bêtement, parce que vous savez, on peut manger sainement, on n'est pas obligé d'acheter bio. Parce que « bio », c'est très bien, mais c'est un peu cher ! Bien que ça ait déjà baissé. » (Mme E)

Prévention secondaire :

« Tout ce qui est pris en charge, comme l'hémocult, les mammographies, les gens, en général, les font, parce que c'est pris en charge, parce qu'ils ne payent rien » (Dr I)

« c'est une population un peu plus défavorisée, bon c'est vraiment une impression personnelle, je pense que c'est plus compliqué de faire passer un message, de respecter, pas forcément pour une raison de coût, ou financier [...] ils sont un petit peu moins sensibilisés sur le domaine de la santé, **peut-être d'autres soucis dans la vie** et on ne pense pas à ça... » (Dr L)

« En ce qui concerne le reste, eh bien je pense que ce n'est pas facile non plus, parce que **quelqu'un qui vit en situation de précarité, a d'autres problèmes que s'il doit prévenir le cancer du sein, le cancer du col**, ou des choses comme ça, donc je dirais que c'est toujours difficile que ce soit pour les choses remboursées et à fortiori pour les choses non remboursées, de faire de la prévention chez les précaires. » (Dr J)

« Vous m'y faites penser, ça fait longtemps, il faudrait que j'y aille...pour les femmes, le dépistage du cancer du sein, on ne paye rien » (Mme E)

Prévention tertiaire :

« Par contre, les prises de sang, par exemple, tu prends les diabétiques, tu prends les cardiaques, il faut quand même faire les bilans réguliers, pour suivre le cholestérol, le sucre, et tout, il y en a qui ne les font pas dans les termes, parce qu'il y a la franchise, donc, ils vont sauter 2 mois, 3 mois avant de la faire. Donc, par exemple, **la Caisse me demande de faire au moins 3 prises de sang chez les diabétiques, et bien, il y en a, on arrive à 2 prises de sang, parce qu'ils échelonnent**, on leur fait les ordonnances, mais ils attendent, ils attendent et puis... » (Dr I)

⇒ 3-4.2.6 La question du surcroît de travail pour le MG

Les médecins exerçant dans des zones difficiles (Dr I, Dr K, Dr H), en terme de charge de travail, où les cessations d'activité de confrères ne sont pas compensées (zones rurales ou villes dont les indicateurs de pauvreté sont supérieurs à la moyenne nationale et dont la démographie baisse) considèrent que la prise en charge de ces patients devient difficile. Ils soulignent le manque de temps en consultation pour aborder ces questions et le manque de temps alloué aux visites permettant pourtant de mieux prendre la mesure des conditions de vie de leurs patients.

« beaucoup de personnes âgées, beaucoup plus ces derniers temps, parce que des médecins qui ont arrêté, n'ont pas été remplacés. Donc, j'ai récupéré pas mal de personnes âgées. » (Dr I)

« je suis dans ma 5^{ème} année d'installation, donc, je vais être un peu plus vigilante, je vais leur dire par exemple, par rapport au parcours de soin, parce que ...ça, c'est tous mes patients hors parcours. J'en ai plein qui viennent comme ça ponctuellement, ou que leur médecin n'est pas là, donc là, ils savent qu'ils peuvent venir ici.» (Dr H)

⇒ 3-4.2.7 Le statut des soins primaires au cœur du débat

o *Le problème de la sous densité médicale*

Ce problème est évoqué indirectement par une patiente vivant en milieu rural et venant d'une région mieux lotie en terme de médecins (cf. carte de la démographie médicale). Ses remarques renvoient à la question de la permanence des soins et de la sous médicalisation de certaines régions (bien que la sienne ne soit pas considérée comme telle et concerne davantage un problème d'organisation locale).

« le mercredi, c'est le jour des enfants, il y a aucun médecin ! Personne ici à R. il y a pas un médecin qui vous prend, parce que c'est le mercredi, c'est pourtant le jour des enfants, alors, elles font manquer l'école aux gosses pour aller chez le toubib ! Vous trouvez ça normal, vous ? Une permanence, au moins un qui soit là le mercredi après-midi ou le mercredi matin ! Enfin je sais pas moi, ça, ça m'a choqué en venant ici ! Ca, en Alsace, j'ai jamais vu ! » (Mme E)

o *Le besoin de revalorisation*

Les MG les plus expérimentés s'accordent à dire que leur art n'est pas rémunéré à sa juste valeur. Sans être opposé aux mesures de revalorisation forfaitaire (forfait ALD, ROSP ...), ils pensent que les efforts devraient s'appuyer davantage sur la revalorisation du tarif de la consultation afin d'avoir plus de temps à consacrer à leurs patients, sans pour autant sacrifier à leur niveau de vie.

Une patiente le confirme, justifiant que tout travail mérite rémunération, distinguant alors les fonctions sociales et médicales du médecin.

Au sujet des ROSP :

« les ROSP : C'est pas une bonne chose, parce que, moi, j'estime qu'on ferait mieux, à la rigueur, de nous payer des formations correctes, pour nous mettre au courant des nouvelles choses, déjà, et puis également, toute la partie un peu administrative des Caisses, parce qu'on est très mal renseigné à ce niveau-là, donc qu'on nous mette un peu au courant de ça, et puis **qu'on nous augmente le prix de la « consult », qu'on ait aussi le temps de s'occuper des patients**, parce que, en fin de compte, à partir d'un certain moment, 23 €, tu cours après les « consult » pour avoir un niveau de vie correct. S'ils mettaient la « consult » à 50 €, tout ce qui est rhinopharyngite, je leur dirai d'aller en pharmacie s'acheter un spray et puis terminé ! Je m'occuperais vraiment des diabétiques, des cardiaques, enfin des malades, quoi. » (Dr I)

Revalorisation :

«... l'acte n'est pas payé à sa valeur réelle. .. les tarifs sont gelés depuis un certain temps [...] Il faut regarder ce qui se passe dans le reste du monde aussi. Voilà, si on ne veut pas que tous les médecins aillent s'installer ailleurs, il faut rester suffisamment intelligent pour conserver des bons praticiens ici. » (Dr K)

« chaque chose se paye quoi, pas travailler gratuitement non plus, parce qu'on a besoin de vivre » (Mme A)

o *Libéralisme et regard critique sur les institutions et les politiques*

Les patients ont peu d'avis sur l'implication des institutions dans ce domaine qui est celui de la précarité sanitaire. Ils se sentent exclus du débat, ne comprenant que partiellement le fonctionnement du système de santé.

Les MG, notamment les plus expérimentés critiquent les mesures institutionnelles à plusieurs niveaux :

- Dr I et Dr K ayant une conception très libérale de leur profession (n'ayant pas d'activité salariale à côté), considèrent les pratiques de l'Assurance Maladie comme ingérantes à leur activité. Les ROSP, sous couvert d'une volonté de revalorisation de la MG, sont un moyen de contrôle de plus de l'Etat sur les prescripteurs. A l'opposé, Dr J qui a une activité mixte et maintenant uniquement salariée, n'est pas opposé à ces mesures de « nationalisation » du MG.
- Le manque de continuité politique et leurs pratiques jugées démagogiques sont soulignées sur l'expérience du « médecin référent » (initiée sous un gouvernement socialiste, puis abandonnée, puis repris au gré des alternances de majorité) ou sur les premiers résultats du plan pluri annuel contre la pauvreté.
- Dr J stigmatise le marasme des décideurs sur le sujet des dépassements, faisant référence à la position de certains (médecins pratiquant des dépassements). En effet comment prendre des décisions qu'on ne pourra (/voudra) pas observer.

Libéralisme et contrôle de l'AM :

« moi : ça te pose un problème plutôt idéologique, le fait d'être commandé un peu par les « Hautes autorités de santé » ? Dr I : « Oui, on a un esprit libéral et on devient des fonctionnaires, et c'est pas dans mon esprit. » (Dr I)

« Tous ces objectifs-là, je trouve qu'ils feraient mieux de mettre l'argent dans le prix de la consult plutôt que dans une carotte, et qu'on vienne encore nous taper sur les doigts parce qu'on ne les respecte pas. » (Dr I)

Dr K ironise sur les ROSP : « Alors, si j'ai pas ma prime, donc je vais faire du mauvais boulot, si j'ai ma prime, je fais du bon boulot ! »

Sur l'alternance politique :

« [Au sujet des études récentes du fond CMU accusées de servir les intérêts de la majorité présidentielle] (34)

Dr K : « ce sont justement des caisses de gauche ! »

« pour le contrat « médecin référent », c'est un syndicat de gauche qui l'avait mis en place, donc forcément le syndicat de droite qui est arrivé au pouvoir syndical après, a décidé de supprimer ce système. » (Dr J)

Sur la désinformation :

« On n'est absolument pas informé de ce qui se passe, parce que la politique a pour mission de ne pas informer, on est informé si on se renseigne...Après, la voie royale, c'est d'envoyer vers une assistante sociale, qui est censée connaître les ficelles. » (Dr K)

Sur l'implication des politiques dans la question des dépassements :

« sur les dépassements : C'est vrai qu'il y a eu des démarches gouvernementales, mais on ne peut pas demander aux députés qui appliquent dans leur cabinet des dépassements de pénaliser leurs confrères qui font exactement la même chose. Il faut penser au nombre de députés ou de familles de députés, ou de conjoints de médecins, spécialistes dans ces sphères qui font ça » (Dr J)

3-4.3 La mutualisation au cœur des ISS

⇒ 3-4.3.1 Culture de la mutualisation

o *Doit-on être impérativement couvert par une complémentaire santé ?*

Les réponses sont variées et probablement influencées par leurs expériences personnelles et/ou professionnelles.

Les MG possèdent tous une complémentaire santé (CS) mais ont tendance à nuancer leur réponse s'ils n'ont pas eu d'exemples de situations dramatiques (parmi leur patientèle) de renoncement ou de RAC sur des soins avec endettement.

De même, les patients qui n'ont pas eu de gros problèmes de santé, sont plus nuancés sur leurs réponses, estimant que leur prise de risque (à ne pas avoir de CS) est justifiée tant qu'ils sont en « bonne santé ». Ainsi Mme A qui souffre d'une ostéogénèse imparfaite depuis son enfance n'envisage absolument pas de prendre ce risque (elle souscrit d'ailleurs de façon tout à fait involontaire à deux CS).

Une couverture pour tous :

« Eh bien, tout le monde... Si des gens ont les moyens de se les payer, eh bien qu'ils se les payent ! Est-ce que tout le monde doit être couvert ? Oui, il vaut mieux, parce que si tu payes tous les frais de ton hospitalisation « Réa », tu vas le sentir malheureusement... » (Dr K)

« **si c'est ne pas en avoir pour des raisons financières, c'est d'autant plus nécessaire d'en avoir une**, s'il y a un pépin, un besoin de soins, je pense que c'est la santé à mettre en premier, voilà. » (Dr L)

« il faut absolument en avoir une, sinon, je ne me soigne pas. Mais, bon, **ma plus grande hantise, j'ai peur d'être hospitalisée** et puis que là, je n'ai pas les moyens. » (Mme A)

Réponses nuancées :

« si tu as un diabétique, et artéritique, les autres médicaments sont « style à 100% »[...] après, des médicaments, il y en a très peu en dehors de ces prescriptions-là, donc, payer une complémentaire pour ça, c'est pas... mais la seule chose où il pourrait s'en sortir, c'est le jour où il pourrait se faire hospitaliser, pour des dépassements d'honoraires, s'il avait une prothèse de hanche, là, c'est important qu'il ait une Complémentaire. » (Dr I)

« Bien, je vais dire que du coup, après réflexion, avant, j'aurais dit : « une mutuelle pour tout le monde », maintenant, je dirais que ça se réfléchit, personne n'est à l'abri de rien mais il y a des personnes qui sont plus toutes jeunes, sans problème de santé particulier qui sont dans la vie active, qui sont un peu « juste » financièrement, je peux comprendre qu'elle ne prennent pas de mutuelle, alors, qu'avant, je me disais, c'est impensable de ne pas avoir de mutuelle. » (Dr H)

« Vous savez **tant qu'on n'a pas une véritable grave maladie**, ça passe encore, on se fait soigner. Mais, bon, les gens qui sont très malades, qui ont des graves maladies, comme on en rencontre aujourd'hui, eh ben, ils sont pas aidés. Il y en a beaucoup qui n'ont pas de médicaments. » (Mme E)

o *Particularités du régime local d'Assurance Maladie de la Moselle*

De même, les personnes vivant/exerçant en Moselle semblent plus nuancées sur l'importance de souscrire à une CS.

Dr I n'a pourtant pas l'impression que les cotisants au régime local aient moins recours à une CS.

Les frais d'hospitalisations (entre frais médicaux et forfait journalier) sont un poste majeur de RAC pour les personnes sans CS en France. Ce n'est pas le cas au régime local de la Moselle où ces frais sont pris en charge à 100% (ALD ou non).

« Je pense très franchement, bon chez nous (en Moselle) les gens sont remboursés à 90%, alors si maintenant, tu as **une personne qui est « ALD », pour une ou plusieurs pathologies, elle est remboursée à 90%, parfois, ça coûte plus cher de se payer une complémentaire, que de mettre 10%** » (Dr I)

« moi : Est-ce que tu as l'impression que des gens qui sont moins bien couverts par la S.S ont plus recours à la complémentaire santé, que les personnes couvertes par le régime de la Moselle? Dr I : Je ne crois pas, non. » (Dr I)

« Le remboursement, c'est un peu compliqué. Généralement, **c'est les gens qui sont des ouvriers et les fonctionnaires qui sont à 90%**. Par contre, certains autres fonctionnaires, par exemple de la police, dépendent du Ministère de l'Intérieur, c'est 60%, tout ce qui est libéral comme moi, c'est 60%, certains commerçants, c'est 60%, ils ne sont pas à la même caisse » (Dr I)

« moi : Entre ces opérations, les rééducations, tout ça, vous avez eu un reste à charge important, n'ayant pas de mutuelle ?..... E : Non, j'ai pas eu de truc de ...puisqu'on j'allais en 2^{ème} ou en 3^{ème} catégorie, j'allais pas en 1^{ère} classe, donc vous n'avez pas tellement de frais » (Mme E)

o *L'Affection Longue Durée dispense t'elle d'une complémentaire santé ?*

Plusieurs personnes interrogées bénéficient du statut d'ALD pour une ou plusieurs pathologies et ne souscrivent pas de CS. Certains ont eu des RAC importants lors de frais hospitaliers les amenant à repenser leur couverture santé (Mme D et son mari en ALD pour un cancer prostatique suite à une hospitalisation pour maladie de Lyme secondaire).

Comme ses confrères, le Dr H remarque que certains de ses patients en ALD notamment des personnes âgées ou au régime agricole, ne souscrivent pas de CS (sans qu'il y ait pour autant de différence de remboursements entre régime général et agricole)

Des personnes âgées :

« oui même des personnes âgées..... mais qui ne sont pas du régime général, souvent des personnes qui sont au régime agricole...ils ont sûrement eu des mauvaises expériences ou des mutuelles coûteuses » (Dr H)

Un mauvais calcul :

« Il y en a quelques-uns qui n'en n'ont pas (de CS), certains qui sont en ALD. Il y en a certains même, depuis qu'ils sont en ALD, ne prennent plus les complémentaires santé, parce que c'est trop cher. » (Dr I)

« C'est un tort. C'est vrai, c'est un mauvais calcul, car ils oublient qu'ils ne sont en ALD que pour leur pathologie ...Il y en a qui m'ont dit : « Je n'en prends pas, ça ne sert à rien », et moi je leur ai dit : «Eh bien vous avez tort, si vous avez un pépin, un accident de la route, vous ne serez pas à 100%, vous paierez de votre poche et vous vendrez votre baraque ! » (Dr K)

« C'est un peu le système américain, où on n'est pas obligé de s'assurer, on mise sur le fait qu'on ne sera pas malade, et puis comme ça on a un niveau de vie supérieur, on a les moyens de le payer si on gagne 4000 €,...» (Dr K)

o Pourquoi n'ont-ils pas de complémentaires santé ?

• Aléas professionnels :

Les parcours de vie eux-mêmes liés aux parcours professionnels peuvent être source de périodes de rupture en terme de couverture complémentaire.

Trois personnes interrogées en témoignent, car lors de la perte de leur emploi ou lors de leur retraite, ils ont perdu le bénéfice de la couverture santé de leur employeur (contrat branche des entreprises) les obligeant à souscrire d'eux-mêmes à une CS individuelle (plus chère) ou à y renoncer.

Cette question de la désaffiliation est au cœur des débats actuels dans le cadre de la politique de lutte contre les ISS.

« Mon mari en avait aussi (une CS), pas chez tous les patrons. Mais il en a aussi eu en fin de carrière, il a eu aussi la Mutuelle, comme il travaillait chez un parisien, il n'est pas remboursé à 90%, ils ont un remboursement à 70%, donc ça fait aussi beaucoup moins [...] Heureusement qu'on est en assez bonne santé ! » (Mme E)

« moi : vous aviez une Mutuelle qui vous couvrait quand même bien, en termes de santé ? C. : la Mutuelle au Luxembourg ? oui elle couvrait tout, pour les yeux, pour les dents, pour les hospitalisations mais je payais une partie... » (Mr C)

« J'ai déjà fait plusieurs boulots.....moi : Plusieurs boulots, oui, et donc là votre couverture mutuelle, vous l'avez grâce à votre travail, ou c'est une complémentaire que vous avez pris en dehors ?.....F : J'ai dû prendre en dehors. » (Mr F)

▪ *Le coût des complémentaires santé*

La principale raison invoquée reste le coût des complémentaires, particulièrement pour les personnes âgées.

La part importante de leur budget allouée à la CS (taux d'effort calculé uniquement sur cette cotisation, cf. tableau) reste problématique et ce malgré les mesures récentes.

En effet pour Mr F, le taux d'effort est encore à 10% malgré le bénéfice de l'ACS, pour une moyenne nationale à 9.6% en 2012 mais comme nous l'avons vu avec un gradient social important entre les classes aisées (3%) et les classes défavorisées (10%) (7)

Le reste à charge mensuel (AMO et AMC déduite) reste également élevé avec 24^E mensuel pour le couple en médications et sans comptabiliser les frais de déplacements (8000 km en 4ans juste en visite médicale).

« Elles sont chères ! Surtout, j'ai déjà essayé, alors on a beaucoup de lettres dans la boîte aux lettres, ça change pas. Ces choses multipliées par 2, ... » (Mme E)

« [au sujet des facteurs limitants l'accès aux CS] L'âge de la personne, il y avait des Mutuelles qui ne prenaient plus [...] Même au niveau de la banque, ils prenaient pas mon mari [...] Et puis les tarifs étaient peut-être...C'est vrai que ça chiffe toujours, plus on avance en âge, plus c'est cher. » (Mme D)

«je voulais pas prendre le plus moyen, ...et elle aussi, elle avait souvent des problèmes, je me suis dit, c'est pas la peine de prendre le plus bas » (Mr F)

Le tableau suivant résume le taux d'effort de chaque personne interrogée selon sa couverture complémentaire actuelle ou potentielle.

On s'aperçoit qu'au régime général, avec ou sans ACS, le taux d'effort de ces personnes reste important.

En ayant recours aux mutuelles de groupe négociées dont nous avons parlées (Mutuelle Réseau ou garantie ACS), leur taux d'effort baisse radicalement.

Tableau IV : Part de la cotisation mutuelle sur le budget mensuel familial : (situation des patients avant les entretiens) *

	au régime général	Avec la mutuelle réseau***	Avec la garantie ACS (ACS-P)	Statut AMC actuel
Mme A	Paie 7.7% **	Paierait 5.5%	-	CS sans aide
Couple B-C	Paierait 7%	Paierait 5.4%	-	Pas de CS et pas d'aide
Mme D et son mari	Paierait 14.7% sans ACS	Paierait 8.6% sans ACS	Paierait 3%	Pas de CS et pas d'aide
	Paierait 8.2% avec ACS	2.1% avec ACS		
Mme E et son mari	Paierait 17% sans ACS	10% sans ACS	Paierait 3.5%	Pas de CS et pas d'aide
	Paierait 9.5% avec ACS	2.1% avec ACS		
Couple F-G	Paie 10%	Paierait 1.7%	Paierait 2.5%	CS et ACS

*Données approximatives UFC et DREES (sans tenir compte de l'inflation sur ces dernières années)

**elle paie 2 mutuelles actuellement soit 14.5% de son budget

***MR chiffres locaux (car chiffres nationaux SMI non connus)

- *La méconnaissance de l'utilité*

Comme nous l'avons vu, la culture de la mutualisation ne semble pas acquise et plusieurs exemples nous montrent que ces personnes ne prennent conscience de l'importance d'une CS qu'au moment d'avoir à régler des frais de soins coûteux (ticket modérateur avec ou sans dépassement). C'est le cas du mari de Mme D hospitalisé pour un autre motif que sa pathologie reconnu en ALD. C'est le cas de Mme B hospitalisée pour des épigastalgies pendant 10 jours et sans CS.

Dans un autre registre, c'est aussi le cas du couple évoqué par Dr K qui pourtant bénéficiait d'une mutuelle ; mais bas de gamme, elle ne les « couvrait » que pour les frais journaliers : ils ont dû régler les frais liés au ticket modérateur de son hospitalisation (scanners, traitements, bilans).

« ...et sachant qu'on n'a pas tout le temps besoin, vous savez, parce que vous avez besoin de la Mutuelle, pour moi, que si vous êtes hospitalisée, vous avez des médicaments extrêmement chers à payer, autrement, quand on est à peu près en bonne santé, on n'a pas besoin...c'est pas vraiment nécessaire, voyez, quand on l'a pas d'office par le travail, comme ça. Je pense qu'il y en a d'autres qui n'en n'ont pas, je suis pas la seule. » (Mme E)

« moi : Avant, vous n'aviez pas besoin de Mutuelle, vous disiez que ce n'était pas nécessaire, mais ces derniers temps, maintenant...D : je pensais pas en arriver là ! » (Mme D)

⇒ 3-4.3.2 Les difficultés d'accès à la santé et leurs déterminants

o *La méconnaissance des aides*

Les aides sociales existantes ne semblent pas toujours connues, que ce soit par les professionnels ou les patients, ceci pouvant expliquer un moindre recours aux CS parmi les populations précarisées et être ainsi source de renoncement.

Il est également souligné la nécessaire diffusion médiatique de ces aides ainsi qu'un ciblage plus efficient.

« Alors, pour les personnes plus jeunes qui sont dans la même situation, ça passe essentiellement par l'information. Alors comment les informer de manière plus efficace ? Par les services de la mairie, qui connaissent en grande partie, les situations de chacun de ses citoyens. Peut-être les services sociaux, moi, j'ai pas de truc. » (Dr K)

« Bien, il manque déjà une chose, pour qu'elles soient applicables, il faut déjà les informer. Alors, comment informer quelqu'un de 80 ans ? Probablement très peu la télé, si elle regarde « les feux de l'amour » à 14H. » (Dr K)

« Je sais que ça existe, mais la plupart des gens qui y ont droit, ne le savent pas » (Dr J)

o *La distribution obscure des aides*

L'éligibilité et la dispensation de ces aides sociale est fréquemment citée comme aléatoire, injuste et obscure. Certains exemples interpellent : Dr I s'insurge contre l'injustice faite aux travailleurs et retraités pauvres touchant moins d'aides que d'autres (ceux-là estimés mieux pourvus) et condamnés à vendre leur patrimoine pour se soigner.

Dr J souligne l'écart flagrant en terme d'aide sociale entre les personnes en situation de grande pauvreté (estimées bien couvertes) et les personnes en « simple » situation de précarité. C'est le cas du couple B/C qui, pour bénéficier d'aides (ACS voire la CMUC) doivent attendre que leur fille quitte le foyer.

Mme E évoque l'opacité des calculs aboutissant à ces aides, ne comprenant toujours pas pourquoi elle touche 200^E de moins sans que ses revenus n'aient changé pour autant.

Entre sentiment d'injustice :

« ils sont venus après la guerre d'Algérie, parce qu'ils étaient harkis, et puis voilà, ils avaient quelques soucis là-bas, et par contre, il y a un frère à elle qui est resté en Algérie, il a travaillé là-bas, tout, etc, il a gagné sa vie, je ne sais pas comment est le système social là-bas, s'il a cotisé pour une retraite ou pas, en tout cas, il a eu sa retraite là-bas, et bien maintenant, il habite en France, il a tout ...CMU, voilà, il a la CMU ! Je suis désolé, je ne vois pas pourquoi on lui offre la CMU ! Il a travaillé toute sa vie, je pense qu'il a dû mettre de l'argent de côté aussi, il a cotisé dans son pays, donc il a des droits dans son pays, pourquoi on lui offre tout gratuitement ? » (Dr I)

« un monsieur, un anglais qui a acheté une maison en Alsace et puis, il est venu consulter chez lui pour la prostate, c'est un gars qui avait 60 ans, ...donc il est allé le voir pour un problème de prostate, et puis il lui donne la Carte Vitale, il met la Carte Vitale dans le lecteur, et il voit : « CMU », alors il lui dit : « Comment, vous êtes CMU ? », alors il lui dit : « Eh bien oui, je comprends pas, je suis venu ici, et on m'a donné ça. ». Le gars est venu quand même en consultation en jaguar ! Parce que c'est un étranger, il a la CMU ! Un étranger qui habite en France a la CMU, ce n'est pas logique quand même, c'est un gars qui a plus de revenus que moi, il a la CMU ! » (Dr I)

« C'est de l'argent dilapidé, ce n'est pas normal ! Que des gens qui sont vraiment dans le besoin, qu'on leur donne, ok. Et encore, il y en a qui ne l'ont pas. J'avais une veuve, bon maintenant, elle est décédée, elle avait..., son mari était mineur, il est décédé jeune, d'un coup de grisou ou quelque chose, et elle vivait, elle m'avait montré une fois, elle avait 460 € par mois ! 460 € par mois, elle n'avait droit à rien, elle n'avait rien du tout, alors un jour, j'ai dit : « Mais faites appel à l'assistante sociale de la Caisse et puis vous voyez avec la Caisse, ce qu'il y a possibilité de faire ». Elle a fait appel à l'assistante sociale de la Caisse, qui est allée chez elle, et tu sais ce que l'assistante sociale de la Caisse lui a dit ? « Ben, Madame, regardez, vous avez une maison, vous vendez la maison et vous avez de l'argent. » (Dr I)

« Je trouve que l'argent est mal distribué. Il n'y a pas de contrôle et puis on donne très facilement à des gens qui ne le méritent pas, et d'autres qui le mériteraient, n'ont rien. » (Dr I)

« ce que j'ai constaté, les gens qui étaient en grande précarité étaient mieux pris en charge que les gens qui étaient en petite précarité. D'une façon générale, les gens qui ont un salaire, qui gagnent un peu leur vie, ...ont beaucoup plus de difficultés d'accès aux soins que les gens qui sont totalement à la charge de la société. » (Dr J)

« [au sujet de son éligibilité aux aides] Et maintenant que ma fille, elle est encore chez moi, je veux pas mettre ma fille dehors pour pouvoir me faire une CMU, ça c'est clair, ça je fais pas, j'attends que quand elle aura sa maison qui sera finie, qu'elle parte d'elle-même, mais autrement, la jeter dehors, ma gamine, ça... ! [...] moi : Car actuellement, avec votre fille, comme on disait, vous avez des revenus supérieurs à l'accession à tous les droits. » (couple B/C)

Et sentiment d'incompréhension :

« quand je suis arrivée ici, je touchais 256 € d'allocation logement, quand la CAF a repris le calcul pour les impôts, du jour au lendemain, je touchais 56 €, je me suis dérangée et j'ai demandé comment ça se faisait qu'il y avait une si grande différence ? Je comprenais qu'on m'en donne un peu moins, mais il y avait une très grande différence entre 256 € et 56 €, mes revenus n'avaient pas changé...et on m'a jamais répondu, parce qu'ils ne sont pas obligés de nous répondre, ils nous prennent pour des imbéciles. » (Mme E)

« [au sujet de sa demande d'invalidité] Pour l'invalidité [...] Je l'avais déjà posée, mais sauf, c'était qu'il fallait attendre un an après l'opération, ça été rejeté » (Mr F)

o *Le rôle des acteurs sociaux*

Selon leurs dires, praticiens et usagers y ont fréquemment recours dans ces situations sociales complexes, pour lesquelles ils s'estiment peu armés.

Les ressentis divergent. Si tous s'accordent à dire qu'il est de leur ressort d'aider les usagers les plus modestes dans leur accès aux soins (via les aides dont nous avons parlé), une patiente évoque les relations tendues qu'elle a entretenues avec deux AS de son secteur.

A l'instar du médecin et de son patient, une relation de mauvaise qualité entre AS et usager peut être source de renoncement (dans les démarches) dans la mesure où la teneur des entretiens touche à la pudeur et à la dignité des personnes.

Dans cette jungle de démarches, il est également rapporté par les patients l'impact positif des associations pour les aider à s'y retrouver (mouvement ATD Quart Monde pour Mme A et Mme D).

Le Conseil Général a également un rôle à tenir, entre dispensation d'aides humaines et démarches pour institutionnalisation. La lenteur de ces recours ainsi que leur rapport à l'argent y sont également soulignés.

implication des assistantes sociales :

« j'envoie à l'**assistante sociale de la Sécu plutôt que de leur secteur, qui est plus difficile à trouver.** » (Dr K)

« Donc, moi je pense que ce qui devrait être fait, c'est qu'**à partir de 75 ans, la Sécurité sociale devrait passer dans tous les foyers**, et c'est facile de cibler sur une ville les plus de 75 ans ; c'est déjà pour moi un minimum et même s'il y a déjà l'office des séniors. Ils font déjà un boulot qui est assez remarquable... il y a 2 assistantes sociales pour une ville de 50 000 habitants, qui se débattent pour les gens en grande difficulté, des personnes âgées, dès qu'elles détectent des troubles dégénératifs, et qui se développent... » (Dr K)

« en tant que maire et donc Président du CCAS du secteur, j'étais en lien avec les assistantes sociales, quand je voyais dans ma patientèle, une personne en situation de précarité, je faisais le lien avec l'assistante sociale. Mais c'est un peu particulier. Ce n'est pas le cas de beaucoup de confrères. » (Dr J)

« Il faudrait que l'on travaille un peu plus en équipes, peut-être avoir des formations.....participer à tout ça, un travail plus en équipes, **en réseaux avec les partenaires sociaux.** » (Dr H)

« L'assistante sociale, la dernière assistante sociale nous a dit quand on est arrivé ici, on ne savait pas, je devais avoir des médicaments, je devais aller voir le médecin, j'étais avec mes béquilles ?, elle me dit : « Qu'est-ce que vous êtes venus foutre ici, vous ? ». Alors, vous croyez que vous allez lui demander autre chose ? Et puis, celle qui est maintenant, c'est pareil ! Pour moi, **elles sont inutiles**, ces femmes. Dans le temps, j'ai été seule avec mes enfants, on était battus et tout, elles ne se sont jamais occupées de rien ! **On aurait pu mourir dans notre coin !** » (Mme E)

« Je me suis tellement fait duper de partout [...] Vous avez l'assistante sociale qui m'a aidée pendant plus de 6 mois et puis là, eh bien, elle a été obligée d'arrêter puisque son pouvoir, ça y est, c'était terminé et là, elle m'a branchée sur l'assistante sociale de J..., au cas où, pour remplir les papiers » (Mme A)

Rôle des associations :

« vous avez des mutuelles qui vous prennent des sommes astronomiques et en réalité vous n'êtes pas couvert quoi. On essaie, on m'a expliqué et je n'ai rien compris de ce qu'elle m'a dit : « Ah, ben, vous serez mieux si vous êtes hospitalisée » ! On ne m'a pas expliqué comme dans votre association, où là, vraiment, on m'a bien expliqué tout ça. » (Mme A)

Rôle du Conseil général :

« C'est le Conseil Général qui m'a poussée à prendre une Mutuelle, comme maintenant, lui ne sort pas, j'ai fait la démarche pour le mettre dans une maison de retraite. » (Mme D)

« C'est le Conseil Général qui prend en charge (pour l'aide-ménagère)...Son fils : ...mais à chaque fois, ça dépasse un peu...30 € à la fin d'année. » (Mme D)

« Moi, je pense...on a été voir des maisons de retraite qui demandent à faire un dossier, ils demandent l'état des revenus [...] ça fait un an [...] On a été voir une maison de retraite pas loin, [...] ils l'auraient pris tout de suite, mais il faut payer...c'était 2000^E et des « brouettes » (Mme D)

o *Les écueils de l'acculturation et de l'illettrisme*

Les barrières linguistique et culturelle sont évoquées par le Dr H (exerçant dans un milieu très cosmopolite) comme écueil à l'accès aux soins.

De même Mme D (d'origine portugaise) avoue en fin d'entretien ne pas savoir lire et qu'ainsi elle se sent handicapée dans ses démarches.

« on a beaucoup de nouveaux arrivants d'origine étrangère, j'ai le **blocage sur le langage**. On a du mal, au moins les premiers temps, à communiquer » (Dr H)

« [au sujet des aides] Parce que les autres gens ont peur de demander, parce que les gens de mon âge, ici, déjà, ils ne savent pas bien le français [région frontalière où le patois est très présent chez les personnes âgées], donc ils sont complètement perdus, j'imagine. » (Mme E)

« [au sujet de sa dernière consultation chez le cardiologue payée 95^E] : moi : Et vous avez été remboursée de 95^E ?..... Mme D : Je pense que oui, mais je ne sais pas. Moi, je demandais s'ils sont remboursés à 100%, ils disent oui, oui, oui....excusez-moi, **mais je ne sais pas lire !** » (Mme D)

o *Le surcoût de la santé*

L'obstacle du surcoût de la santé est unanime, que les patients aient ou pas une CS.

Avec une CS, il leur reste des frais qui souvent déséquilibrent leur budget. Ce sont des RAC sur des dépassements, des franchises et des soins peu ou pas remboursés par l'AM ou leur CS (dentaire, optique, dépassements), ou bien des avances de frais en l'absence de Tiers Payant (couple B/C ou Mme A)

Sans CS, ces frais explosent et deviennent rédhibitoires pour beaucoup, sources de renoncement et de priorisation de leur dépenses (Mme D, Mme E, couple F/G ou le couple évoqué par Dr K).

Par ailleurs Dr J s'insurge contre la pratique des franchises auprès des patients bénéficiant de l'ALD, les estimant illégaux et doublement pénalisant pour ces personnes, qui en général payent un RAC et une cotisation mutuelle plus importants alors qu'ils n'en sont pas mieux remboursés.

TP et avance de frais conséquents :

« Mais par contre, toutes les visites...[domicile-Strasbourg : 100km] Vous allez pas me croire, depuis le 9 avril (2009), jusqu'à maintenant, j'ai fait 8000 bornes, que en visites... Et le kiné, j'ai eu 30 séances, là y a 60 séances... [domicile-kiné : 13km] » (Mr F)

« j'ai des gens, chez qui on retarde ou on le propose, et puis on le fait pas [...] **c'est souvent, quand il faut avancer**, chez le kiné, les prises de sang. » (Dr H)

« **ils viennent au cabinet, ils ne vont pas payer les 10 € de déplacement.** Ils viennent quand la famille peut les emmener. Ils sont à 10 € près, ce n'est pas une légende. » (Dr K)

« [sur les ALD] Moi, je crois que déjà, la Sécu en prend une grande partie, les patients ont très peu d'avances de frais à faire...**je crois qu'on peut quand même participer à minima.** » (Dr K)

« [au sujet du TP chez les spécialistes] moi : Vous pensez que c'est un gros plus ce genre de choses, si on le pratiquait chez les spécialistes, l'urologue pour votre mari, ce sont des choses qui pourraient vous aider à consulter ? E : Oui, oui !! » (Mme E)

« avant que je me sois fait opérer de la hanche, avant qu'ils veuillent vraiment m'opérer, ils m'ont fait une **infiltration** dans l'os de la hanche, qui était très chère. J'ai dû payer, mais j'ai fait aussi patienter, **j'ai payé en 2 ou 3 fois**, parce que je pouvais pas les avancer. » (Mme E)

Franchises :

« je trouve déjà qu'une **franchise en ALD, c'est un non-sens**, c'est une aberration. Les franchises, au départ étaient légalement prévues pour qu'elles ne s'appliquent pas aux gens qui étaient à 100%. Il était également prévu qu'il y ait un plafond de 50 € annuel. Ces deux choses-là ne sont pas respectées, c'est une escroquerie nationale. Donc, moi j'ai des patients, je me suis amusé à regarder, mais dès le **mois d'avril, ils étaient déjà à 100 € de franchise**, dès le mois d'avril, ce qui veut dire qu'à la fin de l'année, ils étaient à 300 € ! Voilà, à partir du moment où les gouvernements laissent la Sécurité Sociale appliquer des franchises là où elle n'a pas le droit d'en appliquer, les gens qui sont en ALD, à partir du moment où ils sont en affection de longue durée, bénéficient à ce titre d'une exonération à 100%, je ne vois pas pourquoi, que ça s'appelle franchise ou autre chose, pourquoi l'exonération n'est pas à 100%. A partir de ce moment-là, c'est une illégalité, je pense qu'il faut véritablement faire respecter la loi, donc supprimer les franchises pour les gens qui sont en ALD. Le comble du comble, c'est que la **S.S. impose des franchises illégales** parce qu'elles ne sont pas prévues par le texte de loi aux gens qui sont à 100% et qu'**en plus, elle interdit aux Mutuelles de les prendre en charge.** Là, je vais dire, **c'est la double peine !** » (Dr J)

Ticket Modérateur sans mutuelle :

« mon mari, il a d'autres soucis de santé, chroniques, il ne le dit même pas ! pas toujours pris en charge, il n'est pas encore allé voir le spécialiste [...] Moi, je suis pas un homme, alors, je ne sais pas comment ça se passe, enfin je vois qu'il a du mal d'uriner, et malgré tout, bon, eh bien, on en reste là ! [...] il a justement un médicament qui est très cher pour nous en ce moment, pas cher pour quelqu'un d'autre, mais presque 80 €. ...ça fait tout de même pas mal ! » (Mme E)

« Il s'est fait mordre par un tique il y a 4 ans, ça s'est déclaré il n'y a pas si longtemps que ça [...] Et du coup Il est resté 14 jours à l'hôpital [...] Après il a été monté à St C. en rééducation presque 2 mois moi : Et pour tout ça, vous avez dû déboursier à peu près combien ?...Son fils : 2000 et des brouettes » (Mme D)

«son fils : Rien que pour les lunettes, il y a pas si longtemps, elle a payé les 460 € de sa poche. » (Mme D)

« concernant cette patiente, qui ne peut consulter que 2 fois par an, parce que son budget ne lui permet pas, avec ... € par mois, ça n'est pas possible, elle n'a plus droit à la CMU malgré tout, ...et donc elle se limite, je ne lui fait donc quasiment aucun bilan sanguin, parce qu'elle ne peut pas se les payer, elle ne peut pas payer les 30% de sa part qui correspondent, ce qui fait que bien sûr, si un jour, une pathologie survient, on la décèlera avec des signes cliniquement décelables, ça sera trop tard. Son époux, le concernant lui-même, c'est un patient qui avait fait une chute avec trauma crânien, il a mis déjà une semaine pour venir nous consulter, parce qu'il commençait à avoir des vertiges, on lui a passé un scanner cérébral, compte tenu des troubles qu'on avait constatés, donc on a mis une semaine avant de lui faire son scann...avec pour diagnostic : un superbe hématome sous-dural ...heureusement il est en sous-dural, mais bon il avait quand même perdu pas mal de temps, il s'est retrouvé en neurochirurgie, quelques semaines ensuite ...en CHU. Le retard de diagnostic qui aurait pu être fatal au patient. Bon, on lui a remboursé la part du scanner, il a été payé par sa belle-fille. Parce que j'ai insisté auprès de sa famille. Ce sont des situations de mise en danger du patient, ...uniquement pour des raisons financières. » (Dr K)

Hospitalisation et endettement :

« [au sujet de son hospitalisation de 10 jours pour épigastralgies] moi : Vous avez dû vous endetter pour payer ? B : Ben, oui, fallait payer ! » (Mme B)

Renoncement et priorisation des soins :

« Ben, je devais encore me faire opérer des genoux, et j'ai pas été (Le ménisque et la rotule).....moi : Donc là, vous gardez des douleurs invalidantes et depuis, à cause de ça.....B : Oui, oui.....C : C'est comme moi, je devrais me faire opérer l'épaule d'une tendinite, je peux pas, ça reviendra trop cher.....moi : Même problème pour les infiltrations,B : oui..... moi : Des séances de kiné, peut-être que vous en faites?B : Non, j'en ai fait quand j'ai eu encore la CMU, on a pu faire des séances de kiné, lui et moi. » (couple B/C)

« Moi : Qu'allez-vous privilégier ?.... B : Ah oui, les médicaments. Oui. Là, je devrais changer les lunettes, et tout, je peux pas, il faut que j'attende...quand j'avais la CMU, on pouvait le faire...C : Il y a encore les oreilles, ...quand on avait la CMU, mais maintenant, ça devient trop cher pour les appareils [prothèses auditives] Oui, pour les prothèses, il me faudrait les 2 ! » (couple B/C)

« [au sujet du cardiologue dans le cadre de son suivi] **quand il a été le voir, on avait encore la CMU [...] depuis, on n'a pas été**.....moi : Et vous n'êtes pas retournés le voir à cause de ça ?.....B : Oui » (couple B/C)

o ***Les frais de déplacement***

La question des frais de déplacement se pose chez Mr F, qui n'entre pas dans les critères de prise en charge par l'Assurance Maladie (même du régime local mosellan).

« J'ai jamais rien demandé, je me suis toujours débrouillée de par moi-même. Je suis venue avec des plâtres, conduit, la jambe complètement...J'ai jamais demandé de bons de transport. Pourtant, j'y avais droit, mais je me suis toujours débrouillée de par moi-même » (Mme A)

« 8000 km en 4 ans juste en visite médicale » (Mr F)

⇒ 3-4.3.3 Les besoins en terme de couverture complémentaire

o ***Le délai de carence des organismes complémentaires***

Afin de ne pas « abuser du système de mutualisation » et de ne souscrire une CS que si l'on a besoin de soins onéreux, la plupart des CS impose une période de franchise allant de 1 à 6 mois. Cette pratique semble peu connue ; seul Dr J l'évoque dans le cadre des champs à améliorer.

« il y a de plus en plus de Mutuelles qui comptent une période de franchise. » (Dr J)

o ***Le problème de lisibilité des contrats***

Dans la jungle actuelle du marché ultra concurrentiel des OC, les usagers (et même les MG) ont un peu de mal à s'y retrouver, de par la multiplicité des offres, les différentes gammes de contrats, du type d'OC (mutuelle, assurance ou IP). Ces pratiques sont parfois considérées comme malveillantes comme dans la situation de Mme A, contrainte de payer deux CS simultanément.

Dr J exhorte les institutions à prendre des mesures pour simplifier la donne.

« le prix de la Mutuelle, c'est la 1^{ère} cause, le fait que les gens méconnaissent beaucoup le droit, le simple fait par exemple, pour une Mutuelle, de lire dans un contrat : « on rembourse 100% du tarif de la Sécurité Sociale », faites une enquête dans la population moyenne, et demandez-leur, simplement quand ils ont signé, maintenant, à quoi ça correspond ? La paire de lunettes 100% de la S.S., c'est 2 fois 2,50 €, mais seulement, les gens ont l'impression qu'ils sont remboursés à 100%, parce que c'est volontairement flou, tant que ça passe, c'est comme ça, **le jour où il y aura un ministre qui imposera aux Mutuelles de spécifier, mais pas en petits caractères de la 4^{ème} page, dans sa terminologie, de préciser exactement à quoi correspondent les choses, les gens les prendront.** Les gens qui prennent des Mutuelles « bas de gamme », c'est au moment de se faire rembourser, qu'ils se rendent compte que ça ne rembourse rien du tout, parce qu'au moment où ils la signent, ils pensent qu'ils ont fait une affaire, ...pas trop trop chère et qu'ils vont être à 100% ; il suffirait de dire : « attention, 100% du tarif lunettes, c'est 2,50 €, 100% du tarif prothèse dentaire, c'est 30 € ». C'est des prothèses qui sont vendues 2000 €, qui sont achetées 2 € en Chine. Moi je pense que les médecins ont certainement un rôle à jouer. **Mais si les gens qui sont au gouvernement, à la tête des Caisses et à la tête des Mutuelles, ne jouent pas le jeu humainement et correctement vis-à-vis des gens précaires, la situation ne va pas s'arranger.** » (Dr J)

«A : j'ai vu qu'on me facturait une assurance santé bizarre...moi : Et vous payez toujours les deux ?
A : Oui.....moi : elle ne s'était pas renseignée auprès de vous pour savoir si vous étiez encore assurée ? A : Là, ça fait 3 mois qu'on me soutire, ben moi, je suis désolée, à la fin du mois, 50 €, j'en ai besoin. Parce que vous pouvez regarder mon frigo, il n'y a rien dedans ! Hein ! » (Mme A)

o Les dépassements

Deux idées ressortent sur ce thème :

- La problématique des dépassements ne se règlera pas du jour au lendemain ; il faut donc les rembourser pour que les patients (notamment les plus modestes) ne soient pas pénalisés.
- Mais il faut aussi les juguler, par des mesures institutionnelles (revalorisation de la consultation et plafonds à fixer), afin de ne pas aggraver les ISS et pérenniser la médecine à deux vitesses dont nous avons déjà parlé.

Les rembourser :

« Surtout la chirurgie, parce que les gens doivent se faire opérer, par exemple, tout ce qui est **prothèse**. Alors là, il y a déjà le problème des **dépassements d'honoraires** qui sont assez conséquents de la part des chirurgiens, donc les gens, s'ils ont besoin d'une prothèse de hanche ou de genou, **ils ne se laissent pas opérer, parce que ça coûte trop cher.** » (Dr J)

« à l'époque, quand je suis allée pour mes opérations, ...ça n'a pas fonctionné non plus...je leur ai dit carrément que **je ne pouvais pas payer**, que je n'avais pas l'argent, alors, **il m'a opérée quand même**, ce monsieur, parce qu'il a des dépassements...Et puis beaucoup ! Alors, il m'a dit, écoutez Madame, pour vous, je vous le ferai, je le fais bien pour certains sportifs, **mais il m'a raté les deux pieds**, donc il n'a pas fait tellement attention à moi. Je me permets de le dire. A 30 ans, je ne l'aurais peut-être pas dit, mais maintenant, je le dis ! Ils se moquent vraiment des personnes ! » (Mme E)

« Que le dépassement soit pris en charge, vis-à-vis du patient, pour être sûr qu'il soit remboursé correctement. » (Dr L)

« je les envoie à l'hôpital, dans ces cas-là. ...**en secteur public, il n'y a pas de dépassements d'honoraires !** » (Dr K)

Contrôler :

« Le dépassement d'honoraires, c'est quelque chose d'assez particulier, on en revient un peu à ce qu'on disait avant, je préfère que la consultation soit à 50 €, moi, j'estime que les honoraires, en général, devraient être augmentés, il faut qu'on soit payé un peu « **à la juste valeur** » **de notre travail et à ce moment-là, il n'y aurait pas besoin de faire de dépassements d'honoraires.** Bon, personnellement, j'en fais très peu, un peu sur les rendez-vous, pour marquer le coup, bon, c'est 2 €, c'est pas...et encore, je ne le fais pas chez tout le monde, parce qu'il y a des personnes qui n'ont pas les moyens » (Dr I)

« on va dans le mur. D'un côté, c'est bien que les gens n'aient pas besoin d'avancer autant d'argent (tiers payant)...mais de l'autre côté, **il ne devrait pas y avoir de dépassements d'honoraires, il faut qu'on nous paye correctement, point.** » (Dr I)

« Alors, je crois qu'il **faut les rembourser, mais il faut fixer des seuils**, parce que je comprends comme confrère, qu'on puisse demander des dépassements d'honoraires,...le fait qu'on n'augmente pas, que l'acte ne soit pas payé à sa valeur réelle. Il y a que les tarifs sont gelés depuis un certain temps, donc je crois qu'il y a un **accord tacite entre la Caisse et le professionnel de Santé**, dire « ok, on autorise un certain montant de dépassements d'honoraires, en contrepartie, on n'augmente pas vos tarifs » ! Alors, j'admets qu'ils sont un peu hypocrites, ceci dit, les Mutuelles bien sûr, je crois qu'on doit autoriser les Mutuelles à rembourser jusqu' à un certain plafond ça me semble tout à fait légitime, **après tout, si elles veulent le faire, c'est privé !** » (Dr K)

« Je pense que c'est **totalement contradictoire. Je trouve que les dépassements sont justifiés jusqu'à un certain taux parce que ça correspond à une qualification particulière**, je pense que si on a un procès et si on veut être défendu par un « ténor » de Paris, ça coûte plus cher qu'une aide juridictionnelle de province. Donc quelqu'un qui veut se payer un spécialiste de renom, etc, je ne vois pas pourquoi la Mutuelle couvrirait ce genre de choses. Par contre que les gens aient accès à des soins sans dépassement, pour moi c'est une évidence, ou qu'il y ait un dépassement modéré jusqu'à un certain prix, alors [...] il faut qu'il y ait une loi qui leur impose un certain quota et il faut que les gens puissent accéder aux soins soit chez des gens qui ne prennent pas de dépassement. Qu'il y ait un précaire qui veuille se payer le meilleur chirurgien de la place, il y a une incompatibilité qui est évidente, on ne peut pas, au motif de la précarité, prendre en charge le super professeur de « je ne sais pas quoi ». Par contre il faut que ces gens aient accès, donc il faut régler les problèmes de dépassement pour que les gens puissent accéder au moins à un bon chirurgien de province ». (Dr J)

o *Un panier de soins élémentaires requis*

En terme de panier de soins, patients et praticiens se rejoignent sur le besoin d'une couverture efficiente et totale quant aux frais d'hospitalisation (frais médicaux et forfait journalier).

Viennent ensuite les maladies chroniques (ADL ou pas, cancers, BPCO...) pour lesquelles il subsiste des RAC conséquents et sources de renoncement, pouvant à leur tour aggraver la pathologie et être finalement plus coûteux à la société.

Les autres postes évoqués sont : les médications, les examens complémentaires, les soins dentaires, l'optique, les prothèses (surtout évoquée par le Dr I dont l'entourage professionnel semble poser problème en terme de dépassements d'honoraires chirurgicaux).

« **Les pathologies chroniques**, déjà, et puis les **pathologies graves**, graves entre guillemets, **prothèses** de hanche, prothèses de genoux, parce que sinon, les gens ne se font pas opérer. Actuellement, tu prends les **bronchiteux chroniques, les fluidifiants, on ne les rembourse plus**, moi je trouve que c'est quelque chose qu'ils devraient rembourser, parce qu'ils en ont vraiment besoin, alors ils achètent ça comme ça, et à la longue, ils ne l'achètent plus, ils ne le prennent plus, ils sont très encombrés, donc on prescrit de la kiné respiratoire, c'est remboursé mais par contre, ça coûte plus cher ! Donc on est un peu...toutes les pathologies chroniques, parce que même les cancéreux. J'ai l'exemple d'une patiente, elle est en phase terminale, **elle a besoin de couches, ce n'est pas pris en charge**, elle a besoin parfois, de **nutrition parentérale, c'est mal pris en charge**, pas toujours complètement....ça, il faudrait que ça soit pris en charge par la S.S., soit par les Complémentaires. » (Dr I)

« [au sujet du couple dont le monsieur a été hospitalisé pour hématome sous dural] Oui, j'ai pu les orienter, mais elle n'a pas pu fait grand-chose, dans la mesure où on leur a fait prendre une Mutuelle Hospitalisation. Parce que après cet épisode, ça été compliqué, ils ont dû vendre leur « baraque » pour payer les dettes, ...parce que en plus, les Mutuelles ne font aucun cadeau aux plus de 80 ans. » (Dr K)

« Alors, déjà **l'hospitalisation, c'est la priorité absolue**, c'est ce qui coûte le plus cher et ensuite la médication. Mais en premier lieu, c'est bien évidemment l'hospitalisation. » (Dr K)

« Je crois que les soins chroniques sont déjà hyper bien pris en charge, alors je ne crois pas. » (Dr K)

« tout ce qui est chimio, examens complémentaires biologiques, ...prise en charge des dents et des lunettes... » (Dr H)

« prévention, soins préventifs, tout ce qui est consultations, traitements, après, ce que tu me disais, ce qui est : dentaires, lunettes, je le mettrais en 2^{ème} position certainement. » (Dr L)

« L'hôpital, les lunettes, les dents... » (Mme D)

« déjà pour les lunettes, pour les dents, pour le jour qu'on doit **être hospitalisé** pour une opération ou quoi, il faut être quand même couvert. » (couple B/C)

o *L'Hospitalisation A Domicile*

Les avis divergent sur cette question. Si l'HAD est maintenant bien reconnue et louée par les institutions et la plupart des acteurs de terrain, certains émettent encore quelques doutes.

En effet, dans mon étude, si le Dr K en fait l'apologie, le Dr I en est à l'opposé. Il le justifie en louant l'efficience du réseau infirmier sur son secteur (dont sa femme fait partie).

« La gestion à domicile ? Alors pour moi, c'est la plus grosse des con..., **ça sert à rien**, parce qu'il faut tout de même pas nier que nous, on est là, médecins, donc lorsque ces gens ont des problèmes, nous, on y va quand même...et il y a quand même tout le **réseau infirmier qui coûte 100 fois moins cher que le réseau HAD et qui font le même travail**, alors je trouve que c'est de l'argent jeté par les fenêtres » (Dr I)

« l'hospitalisation à domicile, c'est une **économie extraordinaire pour la Sécu**. Je pense qu'en effet, on pourrait faire des efforts pour que l'ensemble des soins soient pris en charge, parce que là, par contre, qu'est-ce qu'on fait économiser ! Et même aux Complémentaires Santé, il n'y a pas d'hospitalisation, c'est la moindre des choses, c'est du 1 pour 10 à peu près. Tout cela me semble en effet évident. On développe de plus en plus...Je pense qu'on pourrait faire un effort, parce qu'il y a un **effort à fournir par les praticiens, par la famille, par tout le monde pour ces « fins de vie » à domicile** » (Dr K)

o *La question de la couverture obsèques*

Alors que les personnes plus modestes prônent une couverture obsèque plus abordable, éventuellement dans le cadre de leur souscription à une CS, les MG y sont, quant à eux, unanimement opposés.

Les MG sont contre :

« Il y a des assurances « obsèques », franchement, moi, je ne pense pas, ça c'est mon avis. Il y en a qui ont des voitures qui coûtent 20, 30 ou 40 000 €, alors on a bien 5000 ou 10000 € pour payer un enterrement ...parce que tu sais, quand une personne décède, il y a l'héritage, il y a quand même souvent une maison, il reste des choses, ils perçoivent quand même de l'argent, les enfants, il y en a bien une petite partie pour payer l'enterrement » (Dr I)

« Pour un médecin, c'est de s'occuper des vivants, c'est tout. Et si en donnant pour ceux qui sont morts, on pénalise ceux qui sont vivants, je ne suis pas d'accord. **Les ressources ne sont pas inépuisables, ne sont pas infinies, la priorité est aux vivants.** » (Dr K)

« La Mutuelle, ça facilite l'accès aux soins et aux traitements par la mutualisation des cotisations et le partage des dépenses, pour moi, c'est ça [...]. Si jamais, une Mutuelle, elle met sur le même plan d'égalité ... et donc dans la même cotisation les frais d'obsèques éventuels, les frais de lunettes, les frais de soins, d'hospitalisation, etc, elles vont finir par être inaccessibles. Il faut dissocier les choses. Moi, je veux dire, la personne...de toutes façons, il y a des services d'aides sociales, des frais d'obsèques à minima, avec un cercueil en bois, en je ne sais pas quoi, un truc de bas de gamme, bon, les frais d'obsèques, bon, ça que la société aide les plus précaires à ça, oui, mais à mon avis, c'est pas du rôle des Mutuelles, je pense que l'on ne peut pas prendre en charge **la survie et la mort dans le même contrat** » (Dr J)

Contrairement aux patients :

«[au sujet de la mort] ça me gêne plus que de dire à mon Docteur, « ce mois-ci, je n'ai pas assez de sous pour vous régler », mais **me mettre dans la tête que mes enfants soient obligés de payer pour moi, ça je ne supporte pas.** » (Mme E)

o *Le droit de regard de l'Assurance Maladie sur les contrats de CS ?*

Dr K souligne que dans le cadre de l'ACS, le financeur (qui se trouve être l'AM donc l'Etat) devrait pouvoir garder un droit de regard sur la teneur du contrat de CS souscrit par l'utilisateur. De plus, cela pourrait permettre à ce dernier d'être mieux orienté, lui évitant de souscrire à n'importe quel contrat...

« **la Caisse devrait avoir un droit de regard sur le choix des Mutuelles**, puisque c'est elle qui participe financièrement à une partie du règlement des mensualités, et qu'elle pourrait ainsi sélectionner les Mutuelles qui lui semblent les plus correctes et qui, justement remboursent de manière efficace, et en tous les cas, rapport qualité-prix et pourrait un peu même, ainsi orienter également les bénéficiaires [...] Chose qu'ils ne font pas, au nom de la « non concurrence » ! Alors que, du moment où tu participes aux soins ..., on n'est plus dans la concurrence, du moment où tu finances, tu as un droit de regard quand même, c'est la moindre des choses ! Ce que financent les Caisses, c'est nous, c'est l'Etat! » (Dr K)

o *Le report de l'Assurance Maladie vers les organismes complémentaires*

Le désengagement de l'AM sur un certain nombre de postes (médications, soins chroniques ALD ou pas...) incitent à penser que le transfert de ces charges sur les OC risque d'aggraver les ISS, dans le sens où les cotisations vont inexorablement monter.

Le projet de « bouclier sanitaire » (prévu par le gouvernement actuel dans le cadre la politique de lutte contre la pauvreté) est également accusé d'aggraver les ISS, sous couvert d'économies de santé et de responsabilisation des usagers.

Au sujet du projet de bouclier sanitaire :

« Eh bien, ça serait très bien pour les personnes qui ne **viennent que 2 fois par an**, comme ça, ça sera plus du tout remboursé, leurs consultations ! Ils ne viennent que 2 fois par an parce qu'ils n'ont plus de Mutuelle, alors là, **ils ne viendront plus du tout !** » (Dr K)

Au sujet du désengagement de l'AM :

« l'histoire que ce soit la Complémentaire qui soit obligée de rembourser le dépassement d'honoraires, c'est un **transfert de « pouvoir », c'est la Sécurité Sociale qui ne fait plus son travail.** »

(Dr I)

« Je pense que la **Sécurité Sociale va se désengager de plus en plus**, jusqu'à elle-même être supplantée par les Mutuelles privées, donc ça va se faire dans les années qui viennent. » (Dr J)

«[sur l'HAD] je pense que les gens dans cette situation doivent être pris en charge à 100% par la S.S. Si à chaque fois, je considère que c'est la S.S. qui doit prendre ça en charge, parce que l'on nous dit bien que l'on ne rembourse plus les petits soins, et qu'on rembourse les grands, mais si on ne rembourse ni les uns, ni les autres, où passe cet argent-là, donc **c'est à la Sécu de prendre en charge l'hospitalisation à domicile, comme l'hospitalisation tout court, les soins palliatifs, la fin de vie**, ça me semble évident. Bon maintenant, si elle ne le fait pas, il faut que ce soit les Mutuelles qui le fassent. **Mais si à chaque fois que la Sécu se désengage, on dit : « c'est aux Mutuelles de le faire », les Mutuelles vont finir par être soit coulées, soit elles vont augmenter tellement leurs cotisations, qu'elles vont devenir inaccessibles à 99% des gens.** » (Dr J)

o *Une proposition de contrat branche obligatoire pour tout salarié*

Dr J rejoint la volonté présidentielle sur la mesure phare de son plan pluriannuel contre la pauvreté, à savoir la couverture complémentaire obligatoire des salariés, y compris ceux des petites entreprises.

« **rendre obligatoire les contrats de groupe chez les salariés**, pour toutes les entreprises au-delà de, à partir...d'un seul salarié. C'est-à-dire que, les employeurs payent des cotisations sociales, patronales qui visent plutôt pour la perte d'emploi et la retraite. Ils devraient payer une adhésion dans ces cotisation, un contrat de groupe comme ça se fait dans des tas d'entreprises, comme ici par exemple, contrat de groupe à une Mutuelle, ce qui permet de négocier des prix, alors on peut avoir par exemple la Mutuelle du personnel des cabinets médicaux, ça représente plusieurs milliers de personnes, donc avec des tarifs hyper-négociés, mais qui apparaîtraient sur la fiche de paye et donc les gens auraient, alors, ça ne concerne que les salariés évidemment, il y a d'autres moyens de voir, mais pour les salariés, en particulier les gens qui ont des petits salaires... » (Dr J)

4 Discussion

4.1 Sur la méthode

J'ai choisi de réaliser une enquête qualitative avec des entretiens semi-dirigés, car il me semblait important de recueillir le maximum d'informations concernant la problématique de la mutualisation et de l'accès aux soins primaires en situation de précarité.

En effet, une étude se limitant à des données recueillies par un questionnaire permet le traitement d'un grand nombre de données, et de produire des statistiques représentatives, mais cela cloisonne et oriente les réponses, sur un thème qui mérite différentes approches, le but étant de recueillir des avis et des pistes d'amélioration à la fois des usagers et des MG.

Ensuite, j'ai choisi de réaliser des entretiens à la fois auprès des patients et des professionnels, car il m'a semblé intéressant d'observer et analyser le regard que pouvaient avoir les deux parties concernées. Souvent, les études réalisées s'adressent soit uniquement aux patients, soit uniquement aux professionnels.

Quelques biais doivent cependant être soulignés :

- je connaissais professionnellement ou personnellement les MG interrogés,
- la faiblesse de l'échantillon des deux groupes ne permet pas de tirer des enseignements *ad hoc* qui soient représentatifs en terme de population générale et d'obtenir une exhaustivité des réponses sur les différents thèmes,
- l'information délivrée aux personnes interrogées sur le sujet de la thèse en amont des entretiens (bien que limitée) a pu influencer leurs réponses.
- les médecins peu sensibilisés à la question (les plus jeunes) ont pu être influencés par mes questions et ma position que j'ai tentée de garder la plus neutre possible,
- les patients « sélectionnés » par leur MG pour les entretiens (5 sur 7) ont pu être influencés par ma relation vis-à-vis de leur médecin et répondre dans un souci de ne pas leurs nuire,
- bien que n'entrant pas *stricto sensu* dans les critères de mon enquête, il aurait peut-être été intéressant d'interroger d'autres acteurs des soins primaires afin d'étendre le débat concernant certains items :
 - o les dentistes et les spécialistes sur les dépassements ou le tiers-payant,
 - o les infirmières libérales seraient peut-être plus objectives sur la précarité en raison d'une activité essentiellement « au lit du patient ».

4-2 Sur les résultats :

Je pense avoir atteint les objectifs initiaux de mon étude, à savoir recueillir le ressenti des acteurs des soins primaires (MG et patients) sur la problématique de l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité.

Plusieurs obstacles ont été évoqués mais des leviers ont été décrits. En les comparant aux données actuelles de la littérature, je constate de nombreux points de concordance. En effet force est de constater que les opinions convergent quant à l'importance du recours aux complémentaires santé, ainsi qu'aux pratiques solidaires et bienveillantes du secteur de soins primaires dans ce domaine.

Le manque de moyens pratiques actuels est également mis en exergue, ce qui rejoint les préoccupations des autorités.

Malgré cette bonne volonté ambiante, il subsiste encore des divergences d'opinion sur certains obstacles ainsi que sur les moyens pour y faire face : lobbying des complémentaires santé et coûts des cotisations, absence de tiers-payant généralisé et libéralisme de l'exercice médical, préjugés et manque de formations pour les combattre...

Si ces entretiens ont été profitables pour l'avancement de mon enquête, les personnes interrogées notent que, pour chaque entretien, la réflexion commune a permis :

- aux MG moins sensibilisés sur la question, d'acquérir des connaissances utiles à leur pratique et à leur réflexion.
- aux patients peu ou pas informés sur les aides sociales, d'obtenir des renseignements quant aux démarches à réaliser, et ce qui est important pour eux c'est aussi d'avoir pu se faire entendre, à l'instar des recommandations prônées entre autres par le mouvement ATD.

4-2.1 Relation soignant-soigné

- *Les enjeux de cette relation*

Les enjeux éthiques de cette relation sont différents pour chacun mais complémentaires.

Pour le patient, il s'agit d'être reconnu comme une personne malade, comme un citoyen ayant le droit d'être soigné, mais aussi comme un individu digne de respect, considéré dans son individualité et sa complexité, tenant compte de ses difficultés socio-économiques.

Le médecin, quant à lui, a un besoin irrésistible de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même qu'il est bon, bienveillant, avisé et efficace.

Pour les personnels de santé, l'enjeu de cette relation est en quelque sorte de réunifier deux aspects fondamentaux de la médecine : le professionnalisme et l'humanisme.

- ***La relation de confiance***

Elle est nécessaire pour adapter une prise en charge efficiente à son patient. Les qualités requises se rapportent à l'écoute, l'empathie et à la prise en considération du patient dans sa globalité non plus limitée à son « corps malade » mais également aux composantes psychosociales.

Certaines attitudes discriminatives restent cependant plus subjectives et inconscientes ; elles sont soulignées par une étude de la DREES en 2002 qui révèle un gradient social en terme de durée de consultations. En effet il était rapporté que « *les patients cadres et professionnels libéraux ont des durées de consultations significativement supérieures à celles des employés, de 5 % en moyenne* ». (163)

L'hypothèse d'un dialogue médical (et extra médical) facilité par la proximité sociale entre MG et catégories socioprofessionnelles élevées est plausible, ces derniers ayant probablement moins de distance avec le langage médical et plus d'attente (exprimée) sur leur prise en charge. Le praticien doit donc rester vigilant à cet aspect tout en simplifiant son discours à l'attention des personnes moins instruites.

De même le rapport à l'argent peut parfois être source de malentendus. Un médecin en toute bonne foi questionnera son patient sur ses conditions de vie ou sur ses revenus, et ses propos pourront être mal interprétés, le patient pensant alors qu'il cherche à savoir s'il sera payé. Il est donc important au sein de cette relation, de pouvoir aborder ces questions de la façon la moins stigmatisante possible.

Cette attitude permet d'éviter certains malentendus comme l'inobservance thérapeutique, l'errance médicale, la gêne occasionnée par le règlement des soins (en consultation ou pour les prescriptions).

Ces facultés d'altérité sont propres à chacun et certainement influencées par les parcours de vie et professionnels. Si on ne peut agir sur la première, il convient donc de sensibiliser davantage les acteurs des soins primaires au travers de leur formation.

- ***le besoin de sensibilisation des acteurs***

o Sur le rôle social du MG

Les médecins et patients interrogés ne semblent pas convaincus de leur rôle dans ce domaine, de par leur manque de formation sur le sujet (trop médicalement centrée pour tous les MG) et de par le manque de moyens dont ils disposent pour aider leurs patients dans les démarches (pour les plus jeunes, les MG plus « expérimentés » ont pu trouver recours parmi les acteurs sociaux de leur secteur).

Ces résultats corroborent ceux d'une thèse de 2011 sur les difficultés de prise en charge des patients en situation de précarité (59) ; elle relevait de plus grandes difficultés dans le domaine social parmi les MG plus jeunes et exerçant en ville.

Néanmoins, ces opinions vont à l'encontre des courants de pensée actuels :

- L'association Médecins du Monde considère que le MG a un rôle à jouer dans le fait de « *garantir une assurance maladie d'égal accès et d'égale qualité pour tous* » et dans le fait de « *permettre un accès effectif à des soins de qualité notamment en luttant contre le refus de soins.* » Dans son argumentaire pour une formation dédiée, l'association part du principe que « *tout professionnel de santé doit être en mesure de faire face aux situations sanitaires induites par la précarité et pouvoir y apporter une réponse tant d'un point de vue strictement médical que social et administratif en sachant notamment travailler en « réseau pluridisciplinaire.* » (164)
- Dans un récent article paru dans la revue Pratique, M. Kayser rappelle également que « *Le généraliste n'est pas un travailleur social (...). Mais, confronté dans sa pratique quotidienne au risque de renoncement aux soins de ses patients, il lui faut connaître leurs droits et pouvoir les adresser aux personnes et lieux-ressources adéquats.* » (165)
- Plusieurs MG entendus dans le cadre de cette thèse en 2011 confirment : (59)

« *les limites ne sont pas définies, ce sont les limites qu'on se pose.* »

« *En tant que médecin généraliste on est les premiers, surtout avec l'histoire du « Médecin Traitant », on est les premiers acteurs de soin, les premiers soignants que va rencontrer le patient dans son parcours de soin donc si le patient est dans un état de précarité, si c'est nous qui le rencontrons le premier, c'est nous qui devons faire quelque chose, enfin prendre en charge aussi ce côté social.* »

o Par la formation théorique :

Ce besoin de connaissance théorique est signalé par les MG interrogés et inégalement compensé par chacun :

- Dr H utilise les brochures délivrées par l'Assurance Maladie,
- Dr I renvoie aux assistantes sociales et réserve ses temps de formation aux questions médicales,
- Dr J était en lien direct avec les acteurs sociaux (de par sa fonction de maire) mais regrette de ne pas avoir bénéficié d'un enseignement lors de son cursus,
- Dr K se forme par internet, estimant qu'il ne faut pas surcharger l'enseignement,
- Dr L (étant en fin de formation) estime que les connaissances médicales sont trop prégnantes pour pouvoir se permettre de se former « sur tout ».

D'aucun préconise une formation dans le tronc commun afin de sensibiliser le plus grand nombre et de réserver aux plus initiés les formations annexes (comme les DU « santé et précarité » ou autres DPC), toujours dans ce souci de ne pas accentuer le développement d'une médecine parallèle qualifiée de « *pauvrologie* ».

Dr J.Faya (MG de Lyon) témoigne : « *Sans remettre en cause le bien-fondé de ces DU, nous sommes persuadées qu'une telle problématique nécessite également une formation « dans le tronc commun » plus accessible à une majorité puisque, comme nous l'avons vu, la dimension sociale de la médecine ne relève pas d'une « compétence complémentaire » mais bien d'une compétence à part entière requise pour tous les médecins. Même si la formation initiale n'est pas la seule manière de se former, il faut, pour intéresser les futurs professionnels à cette problématique, qu'ils aient été sensibilisés à la faculté et sur le terrain à ces sujets de précarité et d'accès aux soins. La formation proposée à l'heure actuelle dans les DU « santé-précarité » devrait selon nous, plutôt être déployée auprès du plus grand nombre pour une sensibilisation globale. Dans un second temps, des DU plus spécialisés sur les inégalités sociales de santé, l'approche transculturelle, l'anthropologie de la santé, la santé humanitaire pourrait intéresser les plus initiés.* » (166)

Le compromis serait alors, sans pour autant majorer le volume déjà conséquent de l'apprentissage théorique, de modifier ce dernier dans sa contenance en l'affranchissant de sa vision bio-médicale.

Dr Faya cite pour exemple le modèle de formation anglo-saxon ou scandinave : « *il faut sensibiliser la nouvelle génération au nouveau paradigme de la santé qui défend l'idée que la santé est autant un bien-être physique qu'un bien-être mental, social et environnemental. On assiste dans ces pays à l'émergence d'un nouveau courant pédagogique : la « COME » ou « Community Oriented Medical Education » qui souhaite aller au-delà de l'enseignement basé seulement sur l'hôpital. Il défend l'idée que la base traditionnelle hospitalière de l'enseignement est usée, et nécessite des approches éducatives nouvelles et innovantes. Un enseignement basé sur la communauté, est bénéfique à la fois pour les facultés, les étudiants et le public.* » (166)

Les opinions sont variées mais conformes aux courants de pensée actuelles ; la formation théorique s'étoffe modérément (entre cours dans le tronc commun et enseignement post universitaire) mais l'essentiel réside donc dans la formation pratique.

o Par la formation pratique :

De nombreuses formations pratiques voient le jour, notamment en Lorraine entre stages chez le praticien (externes, internes, SASPASS) et en mise en situation (ONG, stages de sensibilisation à la CPAM).

Beaucoup d'études (notamment aux USA) confirment le bien-fondé de ces formations.

Néanmoins il subsiste des écueils, comme nous l'avons vu dans la thèse de 2013 auprès d'internes en MG (2) : les IMG ayant réalisé leurs stages pratiques avaient certes davantage de connaissances sur le sujet mais également plus de préjugés sur les populations défavorisées. Il était donc souligné l'importance de renforcer l'encadrement lors de ces stages, avec notamment une plus grande sensibilisation des maîtres de stage sur la question des ISS.

Parmi les MG interrogés dans mon enquête, seule le Dr H reçoit des étudiantes (externes) ; elle semble sensibilisée à la question mais également démunie en terme de moyens et de solutions à apporter à ces patients, si ce n'est de les adresser aux assistantes sociales.

Il semble donc important de transmettre aux futures générations de médecins, des outils pratiques pour réduire ces inégalités. Car s'il est important de sensibiliser les étudiants tout au long de leur cursus, il est indispensable de les former lors de leurs stages pratiques et le plus tôt possible, puisqu'il est communément admis que « *l'on se forme sur le terrain !* ».

D'autres MG bien que minoritaires se méfient également des formations en milieu précaire, dans le sens où elles risquent de contribuer à marginaliser les populations défavorisées:

« *pourquoi pas... mais si on commence à soigner différemment les gens dans les cités et les gens qui sont en dehors, c'est que là on passe à la médecine à 2 vitesses...faire une médecine spécifique : « une médecine de pauvres », ça me semble extrêmement dangereux !* » (Dr K)

Un certain nombre d'idées reçues persistent encore, que ce soit dans mon enquête (concernant les comportements de santé des bénéficiaires de la CMUc) ou bien dans d'autres travaux auprès d'internes en MG (2) ou de MG (59).

Ces préjugés sont le fruit de plusieurs causes: méconnaissance de la problématique des ISS, perméabilité aux discours ambiants, mauvaises expériences avec tendance à la généralisation, distance sociale ou psychologique avec les conditions de vie des populations défavorisées.

De plus, cette nécessité de formation est liée aux obligations morales du MG dont la fonction est déontologiquement liée à la prise en charge globale de son patient, et a un rôle de sentinelle sur les problèmes d'accès aux soins en tant qu'acteur de soins primaires.

4-2.2 Implication des soins primaires

- ***Une implication morale avant tout***

Le panel de MG interrogés renseigne sur certaines caractéristiques en relation avec leur niveau d'implication supposé dans le domaine de la précarité. Cependant devant la faible représentativité de l'échantillon, ces liens mériteraient d'être étayés par d'autres études de plus grande ampleur.

En effet, on peut remarquer que certains MG (Dr H, Dr J et Dr L) semblent plus impliqués que d'autres dans cette problématique de l'accès aux soins : ils sont plus enclins à accepter les règlements par TP, à pratiquer des actes gratuits, à penser qu'il est de leur ressort de s'occuper des questions sociales (bien qu'ils n'aient pas toujours les moyens d'y répondre) et à considérer leur manque de connaissances dans le domaine comme une lacune.

On peut émettre l'hypothèse du rôle de leurs formations respectives sur leurs représentations de l'exercice médical. Les médecins plus âgés étaient formés dans une vision paternaliste de la médecine (« *un sacerdoce* » comme Dr J le dit lui-même), et les plus jeunes formés ou du moins sensibilisés à la question dans une approche globale et éthique du patient (en relation avec les courants de pensée actuels). Dans cette optique, la génération « intermédiaire » (celle des Dr I et K) aurait été formée davantage sur un modèle bio-médical, dans le contexte de rupture entre sanitaire et sociale (après la loi de 1975).

Sans pousser le raisonnement plus loin, on imagine alors que la clé d'une plus grande sensibilisation reste celle de la formation.

- ***Un rôle de sentinelle***

▪ Les difficultés ressenties

Selon la thèse de 2011, les obstacles ressentis par les internes de MG les limitant dans leur détection des patients vulnérables sont le manque de moyens pour adapter ensuite leur prise en charge, le manque de légitimité et la gêne ressentie lors de l'évocation de la situation socio-financière du patient, ainsi que la crainte de la stigmatisation. (2)

Ces résultats sont en partie confirmés dans mon étude, Dr L (IMG) estimant ne pas faire de différence entre les patients, pour ne pas inconsciemment les marginaliser.

Or il est justement nécessaire de faire cette distinction et d'adapter sa prise en charge, non pas de manière standardisée, comme le préconisent les recommandations scientifiques mais de manière personnalisée en tenant compte du profil de chacun.

▪ Des profils de patients en situation de précarité

Cette distinction est d'autant plus difficile qu'elle ne concerne qu'une frange (de plus en plus importante) de la population et qu'il ne faut pas faire d'amalgame entre pauvreté et précarité.

Les premiers sont en général bien pris en charge (entre aides sociales, couverture santé par le biais de la CMUc ou de l'AME...) et ne posent pas de problème en terme de détection, comme le souligne Dr K.

Pour les seconds, il est plus difficile de s'en rendre compte au premier abord et toute la subtilité réside à déceler leur vulnérabilité alors qu'eux font leur possible pour la masquer :

« ce sont des gens qui vont s'installer dans la précarité, qui vont se multi-endetter, et qui vont découvrir ce que j'appellerais la précarité secondaire » (Dr J)

Les MG interrogés citent les différents « profils » de patients vulnérables qu'ils ont pu détecter au cours de leur pratique :

- Les retraités pauvres
- Les travailleurs pauvres
- Les étrangers

Les autres franges de la population citées dans d'autres travaux, ne sont pas retrouvées ici : *« femmes seules avec famille à charge, étudiants et jeunes de 18-25ans, anciens détenus »* (59).

Ce manque d'exhaustivité peut être dû à la faiblesse de l'échantillon, à l'absence de questionnement direct sur le sujet ou bien à la difficulté à déceler des indices de précarité chez ces patients.

▪ Les outils

Plusieurs « aides au diagnostic » sont exposées dans mon étude de façon explicite par les MG, ou implicitement par leurs réflexions ou l'analyse de certaines caractéristiques socio démographiques de leurs patients :

- *Pathologies présentées et retard à la consultation.*
- *Etat bucco-dentaire dégradé.*
- *Mode de règlement : avec notamment sur certains logiciels la liste des anciens règlements (évitant ainsi d'avoir à reposer la question).*
- *Non observance des prescriptions.*
- *Le cadre de vie (quand il est possible de les voir en visite).*

- *Lieu de vie rapporté aux chiffres de l'INSEE (taux de chômage et taux de non-imposition sur le revenu) et du fond CMU (pour la distribution locale des aides)*
- *Adhésion à une CS.*
- *Echelle analogique de « santé ressentie » à interpréter en fonction des autres critères.*
- *Travail en réseau pour être informé des difficultés (par les infirmières par exemple).*

On peut y rajouter d'autres éléments (cités dans d'autres travaux récents) :

- o Des échelles de recueils d'informations lors de l'interrogatoire en consultation avec notamment : (12)
 - des informations indispensables : date de naissance, sexe, adresse, statut vis à vis de l'emploi, profession, type de couverture sociale, capacité de compréhension du langage écrit,
 - des informations utiles : être en couple, nombre d'enfants à charge, vivre seul, pays de naissance, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle INSEE, bénéficiaire de minima sociaux, logement, situation financière.
- o Les projets actuels de Tiers-Payant généralisé et de carte vitale non discriminante (CMU, ACS, AME, régime général).

- ***Une volonté de prise en charge personnalisée du patient***

En l'absence de véritables moyens consensuels, cette prise en charge reste pour le moment inégale et tributaire de l'implication du praticien.

▪ Les moyens informels

Tous les MG concernés par mon enquête (les 5 MG interrogés et les MG des 2 autres patients) citent des exemples de pratiques pour faciliter la prise en charge de leurs patients défavorisés, quel que soit leur degré d'implication dans le champ social, ce qui laisse suggérer un taux de pratique très important parmi l'ensemble des médecins du territoire (« on l'a tous fait »)

Il s'agit de règlement par une autre carte vitale que celle du patient (conjoint...), des délivrances de médicaments sur l'ordonnance d'un proche reconnu en ALD, des échantillons délivrés gracieusement...

Ces observations rejoignent celles d'autres travaux où d'autres MG rapportent falsifier des ordonnances de stupéfiants pour pouvoir soigner des personnes sans couverture sociale, prescrire illégitimement des pansements onéreux (mais prise en charge par l'AM)... (36)

Les risques encourus pour certaines de ces pratiques ne sont pas anodins, (pouvant être assimilées à de la fraude), expliquant l'hésitation temporaire de certains MG à les citer.

Devant l'ampleur du phénomène, il conviendrait donc de trouver d'autres solutions pour que les MG ne se sentent plus obligés de les pratiquer, dans le souci d'assurer les meilleurs soins possibles à leurs patients.

▪ Les facilitations au paiement

Elles sont de plusieurs ordres : encaissements différés (« ardoise »), part AMC gratuite (en l'absence de CS), TP social (sur la part AMO et AMC mais tributaire des conditions de l'OC), TP prévus (ALD ou apparentés, CMUc, AME et maintenant ACS), absence de dépassements (Dr I pour les petits budgets).

La question du Tiers-Payant divise parmi les MG interrogés mais est unanimement valorisée par les patients.

On s'aperçoit que les MG davantage sensibilisés à la précarité (Dr H, J, L) n'hésitent pas à y recourir. Ils ne sont pas opposés non plus à sa généralisation, étant peut-être plus enclins au salariat (Dr J étant salarié d'un EHPAD et Dr L interne de MG donc salarié).

A contrario les MG qui néanmoins pratiquent le TP, y sont plus réticents et sont même opposés à sa généralisation. Ces MG ont également une vision très libérale de leur activité et pensent que cette pratique ne devrait se limiter qu'aux personnes ayant des difficultés de paiement. Ils soulignent aussi le risque de « *récupération par la sécu* » des sommes indues au détriment du praticien.

De là il n'y a qu'un pas à franchir pour établir un lien entre vision libérale et acceptation du TP. Comme nous l'avons vu, l'évolution de l'exercice médical tend vers une activité mixte (en témoigne le recul récent du nombre de MG libéraux installés), les MG seront donc davantage sensibilisés à cette forme de rémunération, déjà amorcée par les nombreux forfaits instaurés pour revaloriser leur exercice (forfait annuel pour chaque patient en ALD, forfait MPA, ROSP...).

Ces divergences de point de vue sur le TP rejoignent les résultats d'une autre thèse de 2013 où les internes de MG interrogés étaient divisés entre « *réelle avancée sociale* » et « *risque d'abus* » ; il était souligné la pertinence d'un TP « social » ciblé et « *à condition que ce ne soit pas la tirelire de la sécu* ». (2)

▪ Le manque de temps pour la prévention ou le social :

Pour les patients et sans plus de précision, la principale raison pour laquelle ils n'abordent pas les questions sociales ou de prévention (bien que ce soit plus d'ordre culturel pour la dernière) est le manque de temps de leur MG.

Pour les MG, il s'agit également d'une contrainte de temps, corrélée à un manque de valorisation de l'acte (« *on reste payé 23^E* ») et une surcharge de travail de plus en plus prégnante en raison des départs de confrères non compensés dans leur zone d'exercice (Dr K, Dr I et Dr H).

Des mesures ont néanmoins été prises (forfaits, aides à l'installation en zone démedicalisée, contrats « praticiens territoriaux »...) mais sont encore jugées insuffisantes.

Ce sont les raisons invoquées par Dr I pour justifier ses dépassements « modérés » (« *bon, c'est 2 €, c'est pas...et encore, je ne le fais pas chez tout le monde, parce qu'il y a des personnes qui n'ont pas les moyens.* »). C'est également le cas de la plupart des médecins pratiquant des dépassements (sous valorisation de leurs actes).

▪ La critique des recommandations scientifiques :

Comme dans d'autres travaux, les MG confirment l'idée générale d'un manque de pertinence des RCP pour une frange de la population (« *pauvres, étrangers* »)

Tous les champs de la prévention sont touchés par ces remarques, de l'apologie du sport et d'une alimentation saine (à base de fruits et légumes) aux examens de suivi des pathologies chroniques, en passant par les dépistages organisés et autres vaccinations :

- La prévention primaire reste utopique pour les personnes modestes comme le résume Dr J : « *l'inscription en salle de sport, ou des fruits et légumes, c'est vraiment le caviar de la civilisation moderne* ». Néanmoins des initiatives sont à saluer : les ordonnances de « sport santé » gratuit à Strasbourg, la démocratisation de l'alimentation saine (investissement dans le budget agricole du « bio »), meilleure lisibilité par étiquetage des produits « gras, sucrés »...
- La prévention secondaire est en générale réalisée et sans RAC (dans mon étude) mais pose plus un problème d'ordre culturel :

« quelqu'un qui vit en situation de précarité, a d'autres problèmes que s'il doit prévenir le cancer du sein, le cancer du col » (Dr J).

- La prévention tertiaire est plus ou moins bien suivie et nécessite des adaptations « au cas par cas » et pour lesquelles les ROSP sont également critiquées. Dr I estime que les efforts doivent porter sur la revalorisation du tarif de la consultation :
« S'ils mettaient la « consult » à 50 €, tout ce qui est rhinopharyngite, je leur dirai d'aller en pharmacie s'acheter un spray et puis terminé ! Je m'occuperais vraiment des diabétiques, des cardiaques, enfin des malades, quoi. »

D'autres critiques émanent de MG n'ayant pas souscrit au dispositif du ROSP (5%) et les justifient par le risque de sélection des patients afin de tenir les objectifs. (112)

▪ Le ressenti négatif des MG

Qu'ils soient sensibilisés ou non, en difficulté ou pas, les MG ressentent tous de la frustration et de l'impuissance dans ce domaine, dues à leur manque de moyens à proposer.

C'est pourquoi il est nécessaire de contrebalancer ces ressentis négatifs par un certain nombre de mesures : la revalorisation des soins primaires en est une.

- ***Le statut des soins primaires***

▪ Une relation de partenariat entre MG et Assurance Maladie

Les relations qu'entretiennent l'AM et les praticiens ne sont pas toujours simples et sont source de malentendus et de méfiance comme le confirment certains MG interrogés dans cette enquête.

La question de la revalorisation des soins primaires au travers de forfaits laisse à penser (pour certains) que sous prétexte de ne pas défavoriser les plus modestes, l'AM souhaite accentuer son emprise sur les prescripteurs.

Cette emprise se manifesterait sur leur rémunération et leurs prescriptions, avec des réserves émises sur l'ingérence de l'AM quant à la nature libérale de leur exercice.

Cette volonté serait bien illustrée par le débat actuel sur les prescriptions de médicaments génériques. Si les institutions se voulaient incitatives dans un premier temps (entre médiatisation et ROSP), la tendance actuelle serait davantage à la sanction des mauvais prescripteurs, comme le souligne cet article de mai 2014 : *« Outre les réserves que l'on peut opposer alors que la loi garantit la liberté de prescription des médecins, cette offensive oublie*

l'essentiel. Le médecin est rarement seul dans son cabinet quand il rédige son ordonnance. Or la campagne promise de promotion du générique auprès du public, censée combattre les réticences d'une partie des patients, se fait toujours attendre ». (167)

Dans une question non consensuelle comme celle-ci, il convient de ne pas envisager la problématique seulement sous l'angle du prescripteur, mais également l'envisager sous celui du malade (compliance et manque de sensibilisation), celui du fournisseur (provenance douteuse de certains génériques, garder le même générique sur les traitements au long cours) tout en conservant un regard critique et indépendant (éviter certaines classes thérapeutiques comme les anti épileptiques, les substituts thyroïdiens, les anticoagulants et certains anti-aggrégants, les traitements à visée cardiaque).

- Le besoin de coordination des soins primaires avec le social et l'hôpital

Le besoin de coordination sociale est souligné par les MG lors de l'enquête et vient rejoindre les idées actuelles sur la question. En l'absence de réseau, les MG se trouvent démunis face aux demandes sociales du patient (Dr H et Dr L). Les médecins plus expérimentés adressent d'autant plus facilement leurs patients aux assistantes sociales qu'ils les savent compétentes (Dr I et Dr K renvoient sur les AS de secteur et Dr J sur le centre social de sa commune dont il était responsable en tant que maire). L'importance de ce réseau semble jouer positivement sur le sentiment de résignation des MG.

Concernant la coordination hôpital-ville, force est de constater qu'il reste encore des progrès à faire.

Partant du constat que les patients en situation de précarité et *a fortiori* sans couverture sociale efficiente (sans CS ou CS bas de gamme) consultent davantage à l'hôpital public (en raison des moindres coûts), il est aisé de penser qu'il est également du ressort des médecins hospitaliers de prendre en charge l'aspect social du patient. C'est le cas d'un certain nombre de démarches, urgentes, qui influeraient positivement sur les finances du patient, limitant le coût de certaines hospitalisations (déclaration « médecin traitant », demandes d'ALD...).

Il faut pour cela sensibiliser ces acteurs, comme le recommande maintenant la FHF et ceci afin de rompre avec certaines idées reçues : (168)

« Tu penses que ça a un intérêt de faire ça (demander s'ils ont une mutuelle) aux urgences par exemple ? Non ça n'a aucun intérêt, les examens dont tu as besoin tu le fais dans l'immédiat et tu fais un courrier et à la limite c'est son médecin généraliste qui lui prescrira donc c'est à lui de gérer ce type de problème... mais en tant qu'urgentiste, on prend pas le temps de faire ça. On écrit au médecin. Il a plus de temps à consacrer à ses patients, c'est quand même ses patients,» (59)

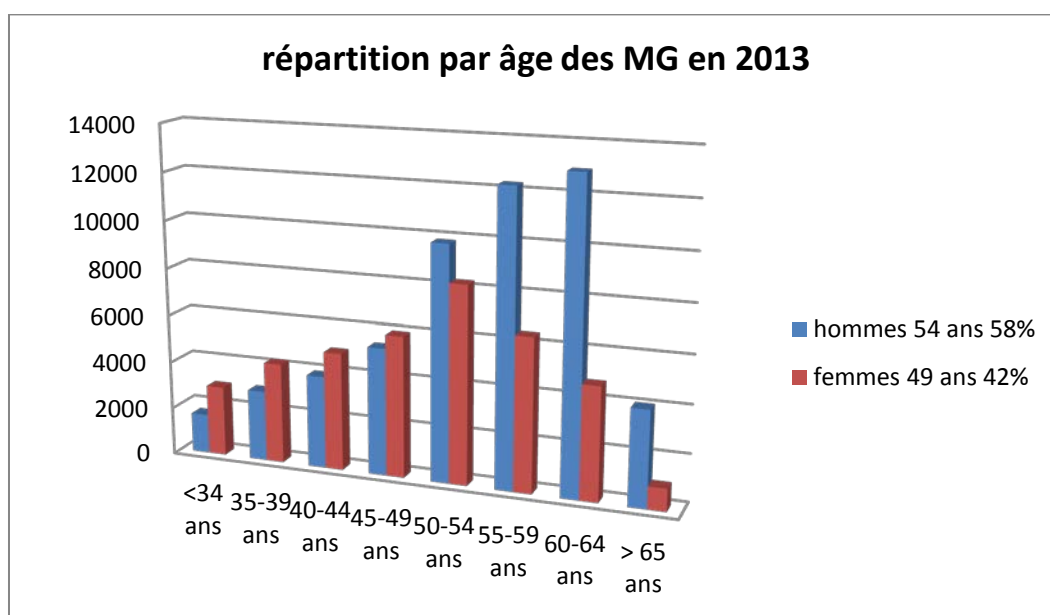
▪ La problématique de sous densité médicale

Elle est évoquée brièvement par Mme E concernant l'absence (ressentie) de médecins le mercredi sur son secteur. Elle signale pour exemple qu'en Alsace, elle n'avait jamais eu ce type de problème.

En effet, en Alsace, sa commune comptait 99 à 110 MG pour 100000 habitants alors que dans nouvelle région, elle n'en compte plus que 92 à 99 pour 100000 habitants. (169)

Ces problèmes sous-tendent la question de la sous médicalisation de certaines régions et celle de la permanence des soins, qui ici est plus de l'ordre du problème logistique local (puisque sa commune compte 6 MG pour 2169 habitants soit 276 MG/100 000 habitants sans compter les MG des communes voisines- chiffres INSEE 2011).

On peut aussi évoquer ici la féminisation de la profession qui amène de plus en plus les femmes MG à concilier profession et vie de famille, ce qui les amène à fermer les cabinets en dehors des horaires scolaires, le justifiant par les permanences de soins mises en place localement (dans la commune de Mme E, 50% des MG sont des femmes pour une moyenne nationale à 42%). (170)



Source : conseil national de l'Ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale », juin 2013

Une enquête de 2005 (faite par questionnaires et entretiens auprès de MG femmes exerçant dans l'Indre et Loire) retrouve que la féminisation de la profession s'amplifie (elle a doublé en 20 ans) et, lorsqu'elles sont interrogées sur d'éventuels conseils à donner à de futures

consoeurs, les femmes MG répondent : « *se garder du temps pour la vie privée* » (23%) et « *s'installer en milieu urbain et non rural* » (13%). (171)

Elles semblent moins impliquées dans la continuité de la permanence des soins, à l'instar des jeunes générations de MG pour qui cette « *mutation d'ethos professionnel* » se traduit notamment par un besoin « *de garder du temps pour soi* ». Ce ressenti semble plus prégnant que chez les anciennes générations, rompues au sacerdoce de la profession. (172)

Mme E évoque aussi le refus de certains MG de prendre de nouveaux patients, citant l'exemple d'un MG de la commune qu'elle habitera prochainement et qui refuse de la prendre en charge avec son mari, prétextant sa charge de travail déjà importante.

Les médecins responsables de ces refus de soins « illicites » (même si justifiés par des contraintes logistiques) devraient être davantage sensibilisés aux questions des ISS et plus conciliants dans ce type de demande. Cependant l'analyse d'activité réalisée par les médecins conseils de la sécurité sociale et les valeurs de références données aux praticiens dans leurs Relevés Individuels d'activité conduisent les MG à se maintenir dans un pool de patientèle conforme à la valeur moyenne des praticiens de leur région, sous peine d'être accusé de mauvaise qualité de travail en raison de la surcharge de travail ingérable.

▪ La revalorisation du tarif de la consultation

La justification de cette revalorisation trouve son sens dans la possibilité de mieux prendre en charge les champs de la consultation mis à l'écart par les écueils actuels (manque de temps, surcharge de travail, maintien du revenu...). Avec cette assurance de revenu, le MG serait plus enclin à « dégager du temps » pour les demandes sociales, la prévention, les visites, la coordination...c'est ce qui était apprécié dans le contrat de « médecin référent » (abandonné au début des années 2000) et qui est à nouveau cité.

Une étude émanant de la FHF en 2012 auprès de médecins en soins primaires retrouve que parmi toutes leurs consultations médicales « *30% seraient superflues* » et vient confirmer les dires du Dr I : « *qu'on nous augmente le prix de la « consult », qu'on ait aussi le temps de s'occuper des patients, parce que, en fin de compte, à partir d'un certain moment, 23 €, tu cours après les « consult » pour avoir un niveau de vie correct* ». (173)

Alors comment revaloriser la consultation en MG en l'absence de critères objectifs par rapport aux spécialistes ou aux dentistes (en terme de coût de leur plateau technique) ?

On peut se reporter à des indicateurs indirects comme le tarif de la consultation à l'étranger, l'évolution du revenu rapportée au coût de la vie (en lien avec l'inflation et la crise économique), le niveau d'étude (en comparaison d'autres professions avec un niveau d'étude similaire)...

J'ai choisi d'en exposer un pour illustrer les demandes émanant des MG français :

Tableau V : Tarif de la consultation en MG (comparatif international) (174)

	tarif de la consultation	mode de règlement	remboursement
France	23 ^E	avance de frais	AM et OC
Allemagne	25 ^E	TP	AM et OC
RU	gratuit (public mais attente) 95-315 (privé)		OC
Espagne	gratuit (public) et 40-70E(libéral)		libéral par OC
Italie	50-80 ^E	TP si conventionné	OC
USA	80-100USD	Païement	OC

Médecine à 2 vitesses pour RU, Italie, Espagne , USA

Modèle : Allemagne avec des tarifs régulés et bouclier sanitaire

Dr I propose de revaloriser la consultation à « 50^E », à l'instar de certains pays européens (RU, Italie, Espagne). Il faut cependant souligner les importantes disparités sanitaires dans ces pays, financièrement et donc socialement discriminatives, avec d'un côté les soins publics gratuits mais difficiles d'accès et de l'autre les soins privés onéreux et uniquement pris en charge par les CS.

De plus en revalorisant l'acte, il faudrait s'assurer que les remboursements AMC restent en adéquation, afin de ne pas aggraver les RAC. Il faudrait également penser aux personnes plus modestes en terme d'avance de frais ou de RAC (pour ceux ne bénéficiant pas de CS) et envisager un mode de règlement par TP intégral associé à une couverture complémentaire pour tous.

Il faut donc trouver un compromis entre tous ces aspects ; le modèle allemand semblant être privilégié à l'heure actuelle par nos dirigeants, avec l'instauration d'un « bouclier sanitaire » et une régulation très stricte des dépassements.

▪ Le Tiers-Payant en question

La question du TP intégral reste donc posée et sujette à de nombreuses dissensions entre :

- conflits avec la nature libérale de la profession en terme de liberté de prescription et de rémunération,
- conflits entre le besoin de revalorisation de l'acte médical et celui de ne pas aggraver les inégalités,
- contraintes pratiques, celui du coût jugé encore trop élevé pour le généraliser : 3.50^E par acte. (175)

Un compromis intéressant serait de s'inspirer de la « *carte avance santé* » proposée par certaines banques mais sous condition d'adhésion à un de leur contrat d'assurance complémentaire santé. En assouplissant cette clause et en laissant le libre choix de la CS à l'adhérent, la solution pourrait contenter tous les acteurs, à condition de trouver un terrain d'entente avec les fournisseurs (qui par essence ne sont pas philanthropiques), et refuser que les transactions santé soient tarifées de manière importante comme c'est le cas aujourd'hui.

▪ Les politiques ont leur rôle à tenir

Le rôle des politiques est souligné par certains MG mais ils semblent résignés quant à leur volonté de s'investir dans le débat.

Pour Dr J, la situation ne peut être que sclérosée en raison des conflits d'intérêts :

«On ne peut pas demander aux députés qui appliquent dans leur cabinet des dépassements de pénaliser leurs confrères qui font exactement la même chose ».

Il souligne également la valse des gouvernements successifs ne favorisant pas la continuité politique dans ce domaine bien précis de l'accès aux soins.

Pour Dr K, le manque d'information lisible sur la question, de même que le calcul de certains résultats (fond CMU) sont au service de leur politique de désinformation.

4-2.3 la couverture complémentaire santé

- ***La culture de la mutualisation***

Voyons à présent quels sont les facteurs identifiables dans mon enquête potentiellement en lien avec l'importance que les patients concèdent à une CS.

▪ Le lien avec l'état de santé

Comme nous l'avons vu dans l'enquête, les patients sans CS ne prennent conscience de son utilité et n'entament des démarches que lorsqu'ils ont à assumer des soins très coûteux : Mme D lors de l'hospitalisation de son mari pendant 2 mois; le couple évoqué par Dr K suite à une hospitalisation de 10 jours en neurologie, le couple B/C suite à une hospitalisation de 10 jours en médecine.

Sans en avoir eu besoin, Mme E l'évoque aussi, mais n'a pas encore fait de démarches.

Le couple F/G de même que Mme A sont convaincus de son utilité depuis longtemps et possèdent tous une CS de bonne qualité au prix d'un taux d'effort important sur leur budget, en raison de leur état de santé précaire et des frais corolaires qu'ils ont à assumer.

▪ La relation entre ALD et complémentaire santé

La faiblesse de l'échantillonnage ne laisse pas présager de relation évidente entre couverture ALD et adhésion à une CS, dans mon enquête.

Néanmoins les MG rapportent que certains de leurs patients en ALD, non seulement ne souscrivent pas de CS, mais l'abandonnent lors de leur reconnaissance en ALD.

D'autres études mettent en évidence cette relation :

- En 2004, 11.2% des patients reconnus en ALD n'avaient pas de CS (contre 8.1% pour les non ALD), certains ayant pu penser que le dispositif ALD leur assurerait une prise en charge intégrale de leurs frais de soins, et par méconnaissance ou souci d'économie, ont renoncé à souscrire une assurance complémentaire. (36)
- En 2012, lors du congrès national de la Mutualité, il est rapporté que le remboursement moyen des soins non ALD (pour les patients en ALD) représentait 55% (contre 66% en population générale) ; laissant penser qu'à consommation égale, ils sont moins bien remboursés par absence de CS. (congrès de Nice 2012 (69))

Dr K compare cette prise de risque au système de santé américain (bien qu'il soit en cours de mutation grâce au « programme Obama Care ») où chaque personne décide de s'assurer à hauteur de ce qu'il risque de dépenser pour sa santé.

▪ Les particularités du régime local

Dans la mesure où les conditions de remboursement sont différentes du régime général et que plusieurs patients de mon enquête y sont affiliés, il me semblait justifié de faire une digression sur le régime local d'Assurance Maladie de l'Alsace Moselle.

Description du Régime Local :

Le régime d'Alsace Moselle est composé de la CNAM et d'une complémentaire santé obligatoire, identique pour tout le monde.

Les frais de gestion sont réduits ; le régime local n'ayant pas à couvrir de frais de structures, il s'acquitte seulement d'un forfait de 0,5% des prestations servies auprès de chacun des organismes (1% au total). Etant un régime obligatoire, il n'a pas, contrairement aux mutuelles, à couvrir de frais marketing ou de communication pour recruter des adhérents. De ce fait, le coût de fonctionnement du régime, qui n'emploie que très peu de personnel en propre (5,2 agents équivalents temps plein), semble faible : environ 4 millions d'euros pour un peu plus de 450 millions d'euros de prestations servies.

Le régime local couvre 1,6 million de cotisants et 2,5 millions de bénéficiaires, tous salariés, chômeurs ou retraités. Les fonctionnaires en sont exclus ainsi que les professions libérales et les exploitants agricoles (qui ont eux-mêmes des régimes dérogatoires). Ce sont uniquement les cotisations des salariés qui financent le régime : soit pour 2012 99.4% de la population locale et 4.3% de la population générale. (176)

La couverture est également plus large avec des frais d'hospitalisation et le forfait journalier remboursés à 100%, les honoraires médicaux à 90%, les analyses, actes d'infirmiers ou de kinésithérapie sont remboursés à 90% et les médicaments à vignette blanche et bleue entre 80 et 90%.

Le régime local se cantonne à un financement complémentaire au régime de base de sécurité sociale dans la limite du tarif opposable au régime général et ne se situe donc pas dans un champ concurrentiel avec les organismes complémentaires. Ainsi il ne rembourse pas les dépassements d'honoraires et intervient très marginalement dans la prise en charge des frais dentaires et d'optique, de prothèses auditives ou d'autres dispositifs médicaux puisque l'assiette du remboursement est celle du tarif opposable à la sécurité sociale.

A niveau de prestations équivalentes à celles servies à l'ensemble des assurés, le taux des cotisations des organismes complémentaires est en effet minoré pour les affiliés du régime local afin de tenir compte des moindres remboursements à la charge de l'organisme complémentaire.

Evaluation de l'enquête :

Compte tenu de ces éléments et des données issues de mon enquête, on peut émettre l'hypothèse que les patients affiliés au régime local ont moins recours à une CS du fait d'un meilleur taux de remboursement de ce dernier par rapport au RG.

La faiblesse de l'échantillonnage ne permet pas de conclure à un lien de causalité mais laisse supposer cette relation car :

- Le couple B/C n'a pas de CS mais a subi de RAC importants lors de son hospitalisation
- Mme E n'a pas de CS mais renonce à des soins en raison du TM à régler
- Le couple F/G dispose d'une CS grâce à l'ACS et s'estime bien couvert mais restent les frais de déplacement et le retard sur pension d'invalidité avec IJ trop faibles, et un taux d'effort sur cotisation important malgré l'ACS
- La tendance est très prégnante pour la patientèle de Dr J (actes gratuits ++ mais en l'absence de chiffres on peut supposer qu'ils sont au RL sans OC)

Autres travaux :

Dans d'autres travaux, on note en effet un moindre recours aux CS en Moselle : « 81% contre 94% en population générale. » (177)

Des simulations élaborées par la Cour des Comptes ont permis d'évaluer le coût comparatif d'une couverture complémentaire d'un assuré du régime local et d'un assuré qui est uniquement au régime général. Différents paramètres (configuration familiale, âge, revenus) ont été pris en considération. Il est montré que **le régime local est plus intéressant pour les salariés aux revenus les plus modestes**, pour les familles dont les deux conjoints sont affiliés au régime local et pour les retraités. **En revanche, le régime local est plus onéreux qu'un système complémentaire facultatif intégral pour les personnes célibataires et les salariés aux revenus élevés.** Ces résultats sont l'illustration du mode de financement solidaire du régime local fondé sur des cotisations proportionnelles et déplafonnées, qui font l'objet d'exonérations pour les retraités non imposables et qui ne s'appliquent pas aux enfants et au conjoint inactif. A l'inverse, les cotisations des organismes complémentaires facultatifs sont le plus souvent forfaitaires et non proportionnelles (sauf pour les contrats collectifs), elles augmentent avec l'âge de l'assuré et sont dues également pour les enfants (avec des formules « famille »). (177)

Vers une généralisation nationale ?

A la simplicité de ce système, on associe souvent la faiblesse des coûts de gestion, l'équité entre tous les assurés, la responsabilisation des assurés et des professions de santé, et donc l'équilibre des comptes. D'où la tentation de le généraliser.

Alors quels en sont les obstacles?

- Le fait que l'assurance maladie complémentaire obligatoire, telle qu'elle existe en Alsace-Moselle, **ne se substitue pas à l'assurance maladie facultative**.
- Le système de protection complémentaire obligatoire, basé sur un système de financement proportionnel, est plus solidaire que le système actuel de protection complémentaire facultative. Sa mise en place se traduirait par des effets de redistribution importants vers les assurés les plus modestes et n'est donc guère envisageable car **elle impliquerait une augmentation des cotisations sociales** des seuls salariés de 1,6 % dans un contexte où le pouvoir d'achat est déjà affecté par la crise économique sans dispenser de recourir à une assurance complémentaire facultative.

Cette diversité de situations et de points de vue sur la nécessité d'adhérer à une CS renforce l'idée que la culture de la mutualisation n'est pas acquise.

Mais les 6% de personnes n'y ayant pas accès, ainsi que les nombreux autres ne souscrivant que des contrats bas de gamme, ne sont pas seules responsables.

Il persiste également des inégalités en terme d'accès aux droits, puis aux CS et enfin aux soins, indépendamment de leur volonté.

- Les difficultés d'accès aux droits

- Par ignorance des aides

Des professionnels :

Pour les MG, il y a vraisemblablement un lien entre expérience professionnelle de la précarité et leur niveau de connaissances dans ce domaine. Dr J semble être plus à l'aise sur ces questions mais il persiste le biais de son ancienne fonction de maire. Dr I et Dr K même s'ils renvoient davantage vers les assistantes sociales, semblent connaître les dispositifs d'un point de vue théorique.

Des MG plus jeunes semblent a contrario moins au fait sur ces aides. D'ailleurs l'entretien du Dr L lui a permis d'optimiser sa pratique (selon ses dires). En effet il fait désormais plus attention aux conditions sociales de ses patients, leur posant des questions sur leur couverture sociale lorsqu'il constate des difficultés, et s'efforçant de les orienter au mieux.

Des patients :

Pour les patients, on ne note pas de lien entre le fait qu'ils soient nouvellement ou anciennement précarisés et leur connaissance des aides disponibles. Mais il semble exister un lien avec la présence et l'efficacité de l'assistante sociale de leur secteur ; c'est le cas du couple B/C et du couple F/G qui sont en relation régulière avec l'assistante sociale de leur secteur ; ce qui leur a permis d'acquiescer quelques facilités sur les démarches.

Mme A et Mme D ont été épaulées par le Conseil Général et (compte tenu de leur situation financière) orientées vers le Mouvement ATD afin d'acquiescer une CS à moindre coût.

Mme E semble plus isolée en terme d'information dans la mesure où elle n'accorde que peu de crédit aux assistantes sociales et qu'elle ne juge pas pertinent d'en parler à son médecin.

Autres facteurs :

Le manque de visibilité de ces aides, voire de la désinformation selon certains MG pose la question du ciblage médiatique à y apporter. En effet, même si de nombreuses initiatives voient le jour pour favoriser l'accès aux aides, aux complémentaires ou à la santé en général, elles souffrent encore d'un manque de sensibilisation auprès de leurs cibles.

L'illettrisme (c'est le cas de Mme E), les problèmes d'acculturation (pour les étrangers, cités par Dr H), les carences en terme de littératie dans le champ médico-social sont aussi des obstacles qui peuvent être combattus par des mesures déjà effectives mais encore trop inégalement dispensées :

- Dispensation de cours de français gratuits (MJC, centre sociaux).
- Brochures éditées dans plusieurs langues par les caisses ou les centres sociaux.
- Développement de l'interprétariat (humain ou matériel).
- Réinvestissement des institutions dans les lieux de vie de ces personnes (CPAM, CAF,...).
- Adaptation du discours du MG ou des acteurs sociaux à son interlocuteur.

L'importance du non recours à l'ACS (jusqu'à 70%) est aussi un exemple de ce manque d'information. Les causes principalement invoquées par les patients sont : « *penser ne pas être éligible, manque d'information, complexité des démarches* ». (42)

C'est à ce niveau que les acteurs sociaux peuvent et doivent avoir un rôle.

▪ Le rôle des acteurs sociaux

Les inégalités de distribution :

On relève un sentiment d'incompréhension sur la répartition des aides, Dr I estimant injuste la discrimination pratiquée à l'encontre de plusieurs personnes retraitées pauvres, au regard d'une relative souplesse à délivrer ces mêmes aides à certains étrangers (CMUc et AME à des personnes sans problème de ressource).

L'exemple de Mme E corrobore ce ressenti ; elle entretient de mauvaises relations avec les assistantes sociales de son secteur suite à des entrevues houleuses qu'elle a pu avoir avec elles.

D'autres études vont en ce sens confirmant certains préjugés à l'égard des AS, accusées parfois de privilégier les familles jeunes et/ou mono parentales au détriment des personnes plus âgées. (59)

Les finances :

La situation de Mme D interpelle également sur le lien entre situation financière et rapidité dans les démarches, sans pouvoir le généraliser bien entendu.

La demande d'institutionnalisation de son mari semble considérablement ralentie par leurs difficultés financières. Son fils témoigne : « *ils l'auraient pris tout de suite, mais il faut payer...c'était 2000^E* ». Là encore les informations sont parcellaires et ne tiennent pas compte des aides possibles. Dans ces « 2000^E », il faut dissocier :

- Les frais de soins pris en charge par l'AM (et éventuellement l'ALD puisque son mari est atteint d'un cancer de la prostate) et la CS (qu'ils venaient souscrire).
- Les frais liés à la dépendance, financés par l'APA,
- Les frais d'hébergements (variables selon les établissements) à la charge du patient, mais pouvant être allégés par des aides au logement (APL) ou l'ASPA.

L'efficience :

D'autres exemples plus valorisants sont cités par Dr K soulignant l'efficience des AS de son secteur, malgré leur charge de travail importante.

Il évoque notamment leur activité au sein d'une institution locale « l'office des seniors » impliquée dans l'aide aux personnes âgées.

Cet organisme est financé par le Conseil Général et ses actions sont résumées dans le tableau suivant. (178)

CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) :

- *Ecoute, information, orientation*
- *Evaluation des besoins et plan d'aide personnalisé*
- *Accompagnement dans les démarches administratives*
- *Accompagnement dans le maintien à domicile : sollicitation des services et constitution des dossiers d'aides financières*
- *Travail en réseau et coordination des différents professionnels*
- *Actions de prévention*

Au vu du travail effectué dans cette association et par son expérience locale, Dr K propose d'instituer une visite à domicile systématique des assistantes sociales de l'Assurance Maladie pour les personnes de plus de 75 ans, afin de déceler les problèmes divers.

Les autres partenaires :

Le rôle et le poids des associations comme le Mouvement ATD (ou d'autres ONG) est unanimement salué, bien que peu connu des personnes interrogées (sauf pour les plus anciennes, sensibles aux grandes heures médiatiques de l'association avec le discours du père Wresinski à Paris en 1987 ou l'implication de Mme Geneviève de Gaulle-Anthonioz).

Ce rôle de « compagnonnage » est à distinguer de celui d'autres structures tel que les PASS ou les consultations médicales gratuites au sein des ONG (Médecins du Monde...).

Tout en saluant le caractère solidaire et indispensable de leurs actions nationales dans la société actuelle, il convient de ne pas oublier leur objectif prioritaire dans ce domaine, à savoir préserver les patients défavorisés d'une médecine à deux vitesses, en leur permettant d'accéder aux soins dans le droit commun.

Cet aspect est très justement souligné dans une thèse de 2008 sur les motifs de non-retour au droit commun de patients consultant dans une PASS lyonnaise. Après avoir identifié ces motifs (*entre cloisonnement de la PASS, méconnaissance des soins dans le droit commun des professionnels et des patients, facilité et efficacité des soins au sein de la PASS*), l'auteur concluait sur le besoin de sensibilisation auprès des acteurs de la PASS et des personnes y recourant sur le caractère temporaire de ces structures, la nécessité de favoriser leur retour dans le droit commun et plus généralement sur la nécessaire implication de tous les acteurs de la santé dans cette optique. (99)

- **Les difficultés d'adhésion à une CS :**

▪ Le manque de lisibilité des contrats

Cet obstacle est souligné par plusieurs MG avec un regard très critique concernant les responsables.

Ainsi Dr K et Dr J estiment que cette « entreprise de désinformation » leur est profitable, dans le sens où les personnes adhèrent à leurs contrats sans trop en connaître la teneur.

C'est en effet le cas de Mme A qui, influencée par le discours visiblement très commercial d'une mutuelle et profitant de sa détresse, s'est vue souscrire une 2^{ème} CS à un tarif supérieur et pour des garanties similaires.

Pour Dr J, le manque de régulation politique dans ce débat est la raison de sa pérennisation : *«le jour où il y aura un ministre qui imposera aux Mutuelles de spécifier, mais pas en petits caractères de la 4^{ème} page, dans sa terminologie, de préciser exactement à quoi correspondent les choses, les gens les prendront ».*

▪ La problématique des adhésions/ruptures de contrats

Adhésion généralisée aux contrats « branche » des entreprises

Devant l'absence de couverture systématique de tous les salariés, notamment des petites entreprises, certains sont contraints de souscrire des contrats de CS individuels plus onéreux et/ou moins avantageux que ceux souscrits par le biais des entreprises (de groupe et sans critère d'âge, de revenu ou de maladie).

Pour y remédier, Dr J propose notamment des contrats branches obligatoires pour toutes les entreprises : *« rendre obligatoire les contrats de groupe chez les salariés, pour toutes les entreprises à partir d'un seul salarié. C'est-à-dire que, les employeurs payent des cotisations sociales, patronales qui visent plutôt pour la perte d'emploi et la retraite. Ils devraient payer une adhésion dans ces cotisations, une adhésion, à un contrat de groupe comme ça se fait dans des tas d'entreprises, comme ici par exemple [cabinet médical avec secrétaires, femmes de ménage], avec un contrat de groupe à une Mutuelle, ce qui permet de négocier des prix, alors on peut avoir par exemple la Mutuelle du personnel des cabinets médicaux, ça représente plusieurs milliers de personnes, donc avec des tarifs hyper-négociés, mais qui apparaîtraient sur la fiche de paye... ».*

C'est aussi la volonté du gouvernement comme l'a reconfirmé récemment le Président de la république, demandant aux entreprises que tous leurs salariés soient affiliés à une CS de groupe d'ici à 2017, et l'objet de l'ANI dans la loi de janvier 2013.

Il était fréquemment souligné dans la littérature ou en parlant avec des bénévoles du mouvement ATD, de l'impossibilité de faire valoir le chèque ACS auprès des CS des entreprises, pour lesquelles l'employeur paye une cotisation. C'est également une raison au non-recours (et au non-renouvellement) à l'ACS. **Une mesure a été adoptée dans la loi de PLFSS de 2013 qui garantit l'opposabilité de la CMUC et l'ACS face aux contrats de branches.** Les demandes réitérées de l'Association ATD Quart-Monde ont été entendues.

Facilitation d'adhésion/rupture en cas de problèmes financiers :

Il est aussi couramment rapporté la problématique des ruptures de contrats de CS pour des patients pouvant bénéficier de CS plus avantageuses ailleurs (ACS, CMUC, contrats labellisés...).

La même loi prévoit maintenant, dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté, certaines **dérogations à ces demandes et ce liées à la situation financière de l'adhérent (CMUC, ACS).**

Désaffiliation et devenir :

Toutes les personnes interrogées dans l'étude ont connu ce problème :

- Le mari de Mme E touche une « petite » pension de retraite, est contraint de travailler encore à 70 ans (comme commercial donc régulièrement en déplacement), ne bénéficie plus de la CS de son travail (étant retraité) et ne peut souscrire un contrat individuel plus cher auprès d'une autre CS.
- Mr F est obligé de prendre une CS plus coûteuse depuis sa perte d'emploi et sa demande en invalidité tarde à être officialisée.
- Mme B ne bénéficie pas de couverture CS par le biais de ses employeurs (femme de ménage auprès de médecins, d'un laboratoire et d'un dentiste).
- Mr C se trouve paradoxalement sans CS, alors qu'il est au chômage, atteint d'une cardiopathie, et qu'il a cotisé durant toute sa carrière, période durant laquelle il était couvert par la CS de son employeur.

- Le mari de Mme D n'a plus de CS depuis sa retraite et a subi d'importants RAC lors de sa dernière hospitalisation, alors qu'il a été couvert durant toute sa carrière par la CS de son entreprise.

Devant l'ampleur du phénomène, (5 patients interrogés sur 7), il conviendrait d'étendre les garanties de ces contrats de CS au-delà de ce qui a pu être négocié jusqu'à présent.

En effet trois lois ont permis d'avancer sur la question mais sont obsolètes depuis l'accentuation de la crise et le surcoût de la santé notamment dans le prix des cotisations aux CS :

- La loi Evin du 31 décembre 1983 a permis aux salariés d'une entreprise de conserver leur « CS obligatoire » après un départ de la société et selon certaines conditions (sous réserve d'en assumer intégralement les coûts de cotisations).
- La loi Chatel de 2005 a facilité les ruptures de contrats de CS, par un système de relance systématique à l'échéance de ces derniers.
- La loi du 1^{er} juillet 2009 a étendu les droits de la loi Evin aux personnes licenciées (touchant des indemnités de chômage) sans condition de cotisation, ceci pour une durée maximale de 9 mois et aux retraités (devant néanmoins s'acquitter de la cotisation mais sans excéder 50% des cotisations globales pour ce contrat groupe).

Les mesures qui sont en discussion en ce moment doivent prendre en charge la portabilité des contrats sur une année et non plus neuf mois et cela pour tous les contrats et dans toutes les branches.

Les carences de frais

Dr J signale cet écueil, justifié selon lui sur un plan éthique mais facteur de renoncement, du fait de délais importants de la part de certains assureurs.

C'est dans cette optique que le Mouvement ATD a négocié auprès d'OC (participant aux projets de recherche/action sur l'accès à la CS des personnes en précarité) l'abaissement de cette période de franchise à 1 mois (de l'ordre de 3 à 6 mois en général).

▪ Le désengagement de l'Assurance Maladie

Report de charge

Le report continu des remboursements de prestations de l'AM vers les OC a pour effet une augmentation continue du coût des cotisations aux CS avec pour conséquence une augmentation du taux d'effort à la santé, notamment pour les ménages les plus modestes et pour les personnes qui doivent prendre des adhésions sur des contrats individuels.

Pour les MG qui ont un avis sur la question (Dr K, I et J), le débat se résume à une baisse de la solidarité du régime, contrebalancé par un maintien relatif du niveau de mutualité avec des coûts de plus en plus importants pour l'assuré.

Evolution du RAC après déduction de l'AMO :

Cet indicateur évalue le niveau de solidarité entre cotisants au régime d'AM (sans critère de maladie, les non-malades payent pour les malades),

Il a augmenté continuellement pendant plusieurs années (sous l'effet des réformes de l'AM consécutives à la loi de 2004) puis semble stabilisé depuis 2011 sous l'effet de courants contraires (effet des franchises et autres déremboursements contre balancé par une augmentation des effectifs ALD).

Evolution du RAC après déductions de l'AMO et de l'AMC :

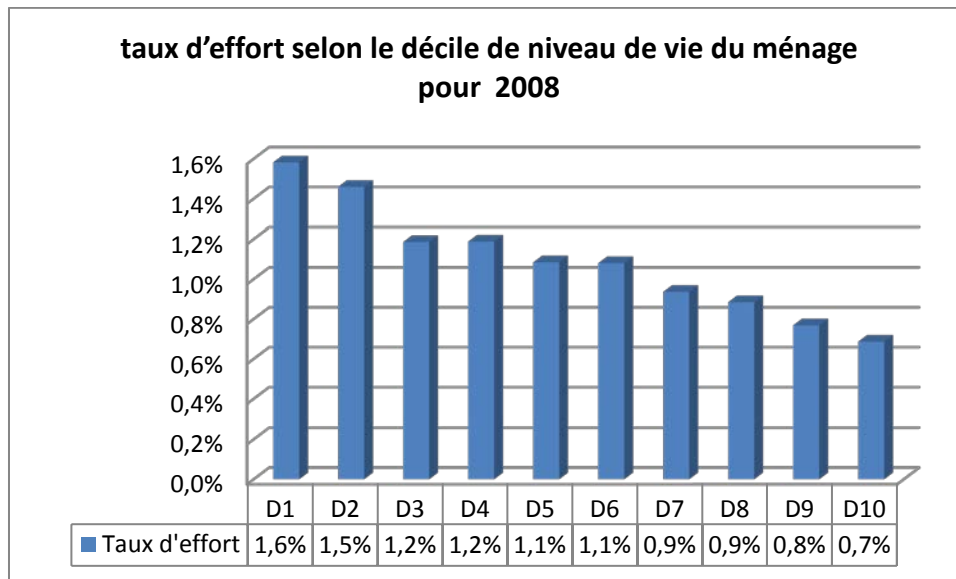
Cet indicateur reflète la qualité de la mutualisation et renseigne sur le niveau de couverture en fonction des finances de chaque foyer.

Il augmente sur les résultats de l'étude quantitative (ATD AGIR/SMI) mais avec seulement deux années de recul (chiffres 2012-2013).

Sur des données plus générales, on constate également la persistance d'un gradient socio-économique en terme de taux d'effort pour la santé, au détriment des ménages les plus pauvres :

- ⇒ **En 2008** : le taux d'effort à la santé considérant le RAC final des ménages (une fois déduits les remboursements AMO AMC et cotisations à la CS) confirme ce gradient socio-économique :

Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements AMO et AMC en 2008 :



Sources • DREES, Ines-Omar 2008.

- ⇒ **En 2011** : le taux d'effort à la santé des ménages (consommation et cotisation à la CS) était de 2.2% en moyenne dont 3.3% en contrats individuels et 5.8% pour les retraités (chiffre en hausse). (46)

Un droit de regard licite de l'Assurance Maladie sur les contrats de CS :

Dr K y est favorable et le justifie (notamment pour les contrats ACS), par la participation de l'AM aux dépenses liées à la cotisation.

La cour des comptes va en ce sens dans cet article de 2011 :

« Le régime général, s'il est aujourd'hui davantage confronté à des situations où il délègue la gestion des prestations de base à un organisme complémentaire, pourrait, après la gestion de contrats souscrits au titre de la CMU-C, se positionner plus largement sur la gestion de la couverture complémentaire pour certains publics. L'instauration d'une faculté générale de versement de la part complémentaire par les CPAM pour le compte d'un organisme complémentaire nécessiterait de lever de nombreux obstacles juridiques (au regard du droit communautaire de la concurrence notamment), politiques (l'opposition certaine des organismes complémentaires) et techniques (hétérogénéité des garanties prévues dans les contrats souscrits par les assurés). Dans ce contexte, la gestion par l'assurance maladie de base de contrats complémentaires « types » pour des publics en difficulté, publics qui renoncent aujourd'hui aux soins faute de prise en charge suffisante des dépenses de santé et aussi en raison de la complexité du système présente un réel intérêt.

En ce sens, la possibilité pour les régimes de base d'assurance maladie de gérer des contrats souscrits grâce à l'aide à la complémentaire santé (ACS) devrait être étudiée dans le prolongement des analyses de la Cour dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale sur l'insuffisante pénétration de ce dispositif. Cette possibilité pourrait permettre d'obtenir un meilleur taux de recours à l'ACS et d'améliorer le niveau des garanties, les frais de gestion étant beaucoup plus faibles pour les organismes de base que pour les complémentaires ». (177)

- Le coût des complémentaires santé

Nous l'avons vu sur les taux d'effort de chaque ménage pour acquérir une CS (cf. tableau), le droit à l'ACS est bénéfique mais insuffisant notamment pour les personnes âgées avec un taux d'effort encore important à assumer pour adhérer à une CS « correcte ».

Ces chiffres sont cohérents quand on s'intéresse aux données nationales. En 2006, les foyers modestes consacraient 8,5 % à 10,7 % de leur revenu à la cotisation pour une CS (entre CS individuels et de groupe) alors que les plus riches n'y consacraient respectivement que 2,3% et 3,3 %. (179).

Notons simplement que les CS de groupe semblent plus dispendieuses sur ces données mais ceci s'explique par une qualité de prestations supérieure ; à prestations égales, ces CS de groupe sont donc plus avantageuses.

Il est donc nécessaire de recourir à un moyen supplémentaire pour abaisser ce coût : les complémentaires santé de groupe à entrées individuelles ACS.

On s'aperçoit après calculs (sur les revenus et cotisations actuelles ou supposées de ces patients) que le bénéfice de ces contrats leur permettrait de réduire leur cotisation de 40%, voire même de 75% en cas d'éligibilité à l'ACS.

Ces contrats sont récents et ne bénéficient pas encore d'une grande visibilité. Localement c'est par l'intermédiaire des acteurs sociaux (pour Mme A et Mme D) et du « bouche à oreille » que les patients prennent connaissance de ces contrats.

- ***Les difficultés d'accès aux soins***

- Les dépassements et les renoncements :

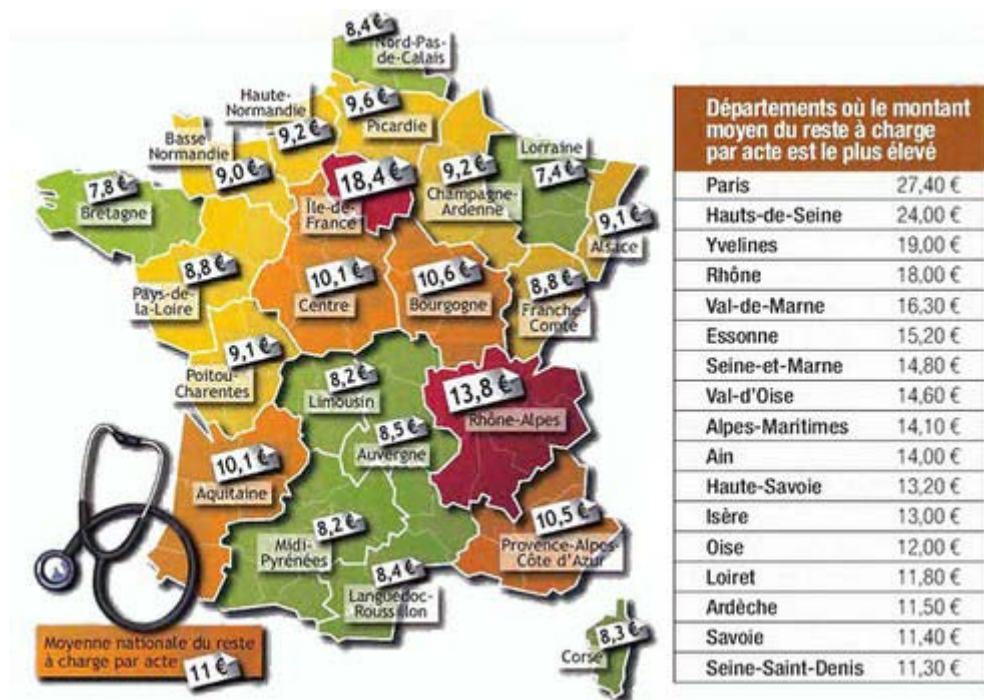
Lien entre la couverture sociale et les richesses:

En lien avec la nature des remboursements du régime local et des nombreux dépassements signalés par les personnes interrogées, il serait pertinent de se demander si une meilleure couverture sociale entraîne une hausse des dépassements.

Certains travaux se sont intéressés à la question et infirment cette hypothèse : « à régime local identique, les dépassements sont plus élevés en Alsace qu'en Moselle ». La carte suivante vient corroborer ces résultats.

En outre il semble bien y avoir un lien entre le nombre de dépassements et la richesse territoriale.

Pour reprendre l'exemple du régime local, les dépassements sont plus importants en Alsace car la région est également plus riche, comme en témoignent ces paramètres : un taux de chômage à 10.8% (supérieur à la moyenne nationale) mais avec un taux de non-imposition sur le revenu de 42% et un taux de CMUc de 4.9%, taux inférieurs à la moyenne nationale pour 2009. (180)



l'indicateur de reste à charge moyen, calculé en divisant le total des restes à charge (franchises, tickets modérateurs et dépassements d'honoraires) par le nombre d'actes pratiqués par les médecins, généralistes ou spécialistes. Cet indicateur inédit permet de comparer, à l'échelle du département ou de la région, le poids des sommes dues par le patient, avant remboursement éventuel par une assurance complémentaire. Il ne reflète pas l'ensemble des dépenses de santé payées par les assurés, puisqu'il n'inclut ni l'achat d'équipements médicaux coûteux (lunettes, prothèses dentaires ou auditives...), ni les dépenses auprès des chirurgiens-dentistes et orthodontistes. Mais il permet de localiser les zones où la pression des tarifs est la plus forte. Et il devrait s'avérer précieux pour suivre, à échéance régulière, l'évolution des pratiques tarifaires des médecins, notamment dans les départements les plus sensibles (Source :

<http://webomoney.com/actualite/dépassements-dhonoraires-bataille-loin-detre-gagnée/>

Les dépassements causes de renoncement :

Le couples B/C et le mari de Mme E ont en effet dû renoncer à plusieurs soins en raison. Il s'agit de soins éventuellement importants comme des examens de suivi d'une cardiopathie ou un bilan de dysurie. Devant régler d'une part le ticket modérateur (n'ayant pas de CS) mais d'autre part aussi les dépassements éventuels, ils ont préféré différer leurs soins.

De même que les avances de frais

Tous les patients saluent la pratique du TP (contrairement aux MG) mais celle-ci reste encore inégalement pratiquée et l'est essentiellement pour les médecins exerçant en secteur I de conventionnement...restent à convaincre les (autres) spécialistes, les paramédicaux et les autres professions de la santé.

- Les franchises

Dr J souligne le caractère insupportable des franchises demandées aux patients bénéficiant de l'ALD, venant un peu plus les fragiliser sur un budget déjà fort sollicité en raison des coûts inhérents à leurs soins chroniques.

- Un panier de soins élémentaires

Les MG et les patients de l'étude citent respectivement les poste de soins suivants comme indispensables au remboursement par la CS (puisqu'insuffisamment pris en charge par le régime général et même le régime local concernant les dépassements) :

- frais d'hospitalisation (frais médicaux et forfait journalier)...puis les frais spécifiques liés aux maladies chroniques...puis les médicaments, les examens complémentaires, les soins dentaires, l'optique, les prothèses.

Ces suggestions sont dans l'ensemble conformes aux données actuelles recueillies auprès de patients précarisés (coformations et laboratoires d'usage).

Le faible effectif des MG ne permet pas déceler de relation entre leurs réponses à cette question et leurs caractéristiques socio-professionnelles.

Il existe néanmoins un manque notable : celui de la prise en charge des frais d'obsèques.

▪ Les frais d'obsèques

En effet cette question porte vraiment à débat.

Les MG interrogés y sont tous opposés et les patients favorables, ne pouvant se permettre de cotiser un contrat prévoyance au sein d'un OC et ayant le souci de ne pas laisser de dettes à leurs enfants.

La demande est pourtant présente parmi les personnes modestes (87) : « *pouvoir enterrer dignement nos morts* » mais il est éthiquement inconcevable pour le MG de garantir des risques liés à la santé et à la mort sur un même contrat. Ils poursuivent en estimant qu'on ne peut continuer à demander aux OC de prendre en charge tous les risques sans faire monter le prix de la cotisation.

▪ la question des déplacements

Mr F en est le parfait exemple. Ses problèmes de santé ne lui donnent pas droit à l'ALD, sa demande d'invalidité est toujours en suspens, les bons de transport ne lui sont pas remboursés (malgré son adhésion au régime local) et il a beaucoup de distance à parcourir pour ses soins entre consultations, examens au CHU, kinésithérapie (« *8000km rien qu'en visites* »).

Malgré une cotisation par le biais de l'ACS à hauteur de 10% (en taux d'effort pour la CS), son RAC est très important et vient grever son budget.

Son cas n'est pas isolé et est illustré par d'autres travaux concernant des problèmes de déplacement de patients ruraux, expliquant en partie leur manque d'observance aux prescriptions (36).

Il était aussi noté dans le Nord, des carences dans l'observance des dépistages du cancer du sein, liés à des problèmes de transport. Le fait d'avoir instauré un remboursement de ces frais de déplacement a permis de corriger ces chiffres. (97)

Il conviendrait donc de s'en inspirer pour les soins curatifs en :

- remboursant mieux ces déplacements,
- étant moins sélectif quant aux acceptations des bons de transport pour soins chroniques,
- supprimant les franchises pour les déplacements dans le cadre des soins ALD (« *du fait de son caractère illégal* » Dr J).

- la question de l'HAD

L'opinion des MG sur la question est partagée et semble liée à leur mode d'exercice ainsi qu'à leur entourage professionnel.

Ainsi Dr I ne semble pas convaincu des bienfaits de ce mode de soins, jugeant le réseau infirmier local bien plus efficient et moins coûteux.

Pour Dr K, l'HAD est une grande avancée en terme de suivi, de lutte contre la perte d'autonomie et d'économie à la santé. Ce médecin s'appuie aussi sur le réseau médico-social de son lieu d'exercice, qu'il juge particulièrement efficient.

Mais tous soulignent les RAC parfois conséquents pour les patients (qu'ils soient en ALD ou pas) ; c'est le cas d'une patiente de Dr I prise en HAD pour des soins palliatifs et dont les couchés et le nécessaire à perfusion ne lui sont pas remboursés à 100% malgré l'ALD, le régime local et la CS.

Il faudrait donc envisager une suppression des franchises, afin d'encourager et de pérenniser les soins ambulatoires à domicile.

Le chemin vers l'adhésion à une complémentaire santé de qualité et par la suite à des soins équitables dans le droit commun, reste parsemé d'obstacles qu'il ne tient qu'aux acteurs de tenter de résoudre, chacun à son niveau.

3^{ème} partie : discussion générale

Après avoir exposé dans les chapitres précédents les obstacles et les leviers actuels quant à la problématique de l'accès aux soins des personnes défavorisées en lien avec leur adhésion ou non à une complémentaire santé, ce chapitre a vocation à :

- ⇒ Synthétiser ces réflexions en axant les solutions sur la lutte contre :
 - o Toute forme de stigmatisation (dans les actes ou dans les comportements) à tous les niveaux du parcours de soins.
 - o Les obstacles à l'accès à la couverture sociale (obligatoire et complémentaire).
 - o Les obstacles indirects concernant les autres déterminants des ISS.
- ⇒ Souligner l'apport des études (sur les expérimentations de contrats labellisés et les entretiens de médecins et de patients) à ces réflexions.
- ⇒ Exposer des propositions pertinentes émises par les différents acteurs de cette recherche et notamment les usagers et les professionnels.

Dans un souci de simplification pour mieux cibler le débat, je me limiterai aux thèmes en lien avec l'accès aux soins dans le droit commun des personnes précarisée ; et non celles en grande pauvreté, victimes elles-aussi de discrimination mais bénéficiant pour la plupart d'une couverture sociale efficiente (CMUc ou AME).

A) La lutte contre la stigmatisation

Dr Debionne, MG ayant consacré sa carrière aux soins des populations défavorisées conclue son livre (« la santé passe par la dignité ») sur l'importance d'une sensibilisation générale sur ce thème : *« il revient au Législateur d'actualiser l'expression des droits fondamentaux, c'est à chacun de nous, en sa qualité de citoyen, de s'engager pour introduire, dans sa pratique quotidienne, professionnelle ou autre, ce regard riche d'estime, ce regard qui ouvre les voies d'une authentique relation, sans lequel oser parler de dignité serait indécent.*

Pour que, dans la réalité de tous les jours, soient pris en compte les besoins et les attentes des personnes en situation de précarité, c'est l'ensemble des acteurs qui devra intervenir en étroite coopération. Rien ne se fera, en effet, de façon significative et durable, sans le développement d'un authentique partenariat entre les institutions, les professionnels, les forces vives de la Nation et les personnes concernées. » (136)

La discrimination est présente à tous les échelons de la prise en charge des populations en situation de précarité, sciemment ou pas ; elle est source de renoncement.

Il faut s'attacher à la combattre, par une plus grande fermeté pour ce qui est des refus de prise en charge délibérés pour certains et par une plus grande sensibilisation à la question des ISS pour les autres.

Ce combat, qui ne peut se résumer à la relation médecin/patient, doit concerner tous les acteurs du champ médico-politico-social.

1) Lutte contre la stigmatisation versus patients

La crise économique a fait naître une nouvelle forme de précarité, une « précarité secondaire » (pour reprendre les mots du Dr J dans l'étude). La pudeur avec laquelle s'expriment les plus vulnérables est encore plus forte dans ces populations que celle qui s'exprime chez les plus pauvres, qui ont appris à s'en débrouiller. La relation est plus d'autant plus délicate avec ces nouveaux pauvres. En effet il est souvent difficile de détecter des stigmates de la pauvreté chez ces personnes dont l'objectif premier est de la dissimuler. La gêne dans les discours et le parcours de soins semblent plus prégnantes chez ces derniers. Il ne semble pas cependant y avoir de lien entre ancienneté de la précarité et méconnaissance des aides disponibles (sous réserve d'études de plus grande ampleur).

Par une information ascendante ?

Il est donc important de rester à l'écoute des patients, dans une attitude bienveillante empreinte de discours non discriminants et non moralisateurs.

Cette attitude doit être adoptée par tous les acteurs que ce soit lors de la consultation médicale, lors des démarches sociales, en ne négligeant pas de prendre en considération leur avis.

Cette notion de démocratie participative, prônée par les dirigeants et les associations, tel que le Mouvement ATD, est fondée sur le nécessaire partenariat entre usagers de la santé et professionnels du soin et du social. Dans le Mouvement ATD Quart-Monde, elle est appuyée sur des groupes de paroles ou des coformations dans lesquelles les patients sont invités à donner leur avis sur les sujets de santé qui les concernent (accès aux soins, couverture sociale...). Cette coopération associative est soulignée par le Dr Debionne : « *La représentativité des ONG, leur audience et donc leur efficacité seront d'autant mieux reconnues qu'elles auront accueilli, au sein même de leurs organes de décision, des porte-parole des familles en situation de précarité.* » (136)

Le champ ne doit évidemment pas se limiter à celui des associations mais il doit se fondre à la société et aux institutions ; et c'est bien sur ce plan que doivent se focaliser les efforts quand on constate qu'à la Haute Autorité de Santé, il n'y a ni femme ni représentant d'usagers. (182)

Par une information descendante ?

La réciproque est vraie et les patients doivent être mieux informés de leurs droits, et ceci par différents vecteurs, adaptés à la situation de chacun (isolement, illettrisme, barrière linguistique, littératie médico-sociale, accès aux média...).

2) Lutte contre la stigmatisation versus médecins généralistes

Comme nous l'avons vu, de nombreuses études auprès de professionnels confirment l'existence d'idées préconçues sur la précarité, associées à une méconnaissance globale des ISS et de leurs déterminants. Il y est paradoxalement associé un besoin ressenti d'une meilleure prise en charge de ces situations où dominent frustration et résignation.

Il convient donc de sensibiliser les acteurs à cet exercice médical développé avec des personnes en situation de précarité ; deux niveaux d'actions peuvent y aider:

- la formation initiale (tronc commun) ou continue (DPC), dans sa structure et son contenu.
- la révision du statut des professionnels leur permettant de réorganiser leur mode d'exercice personnel en terme de détection des facteurs psycho sociaux à la santé, d'équité dans le domaine de la prévention et de coordination médico-sociale.

Par une sensibilisation ?

Pour le Père Wresinski, fondateur du mouvement ATD, le savoir est composé des connaissances scientifiques, des connaissances pratiques issues de l'expérience professionnelle et des connaissances issues de l'expérience de vie : (134)

- La formation théorique permet de sensibiliser à la question sans tendre vers une formation en « pauvrologie ». Il conviendrait de sensibiliser les MG durant tout leur cursus et donc répartir entre cours dans le tronc commun et formation spécialisée post universitaire pour les plus initiés. Ces cours ont d'ailleurs déjà vu le jour dans la plupart des facultés (cours de SHS en PACES, modules pour l'ECN et DU de santé et précarité).
Mais la formation initiale étant déjà très dense, on ne peut l'alourdir indéfiniment.

- La formation pratique est unanimement citée dans cette optique ; « *on se forme sur le terrain* » et les médecins les plus à l'aise avec les questions sociales sont aussi les plus expérimentés (MG plus âgés, exerçant en rural ou en cité).
- La formation liée aux expériences de vie est plus difficile à appréhender dans le cursus même si les mises en situation pratique se développent (stages en PMI, ONG, PASS...). D'autres exemples sont à citer et mériteraient une extension au cursus médical : l'intervention de personnes issues des milieux défavorisés dans le cadre de cours dispensés à l'université (comme les militants du mouvement ATD le font déjà en médecine, en école d'infirmières ou de sages-femmes).

Les premiers résultats semblent encourageants, ne serait-ce qu'en Lorraine, tant le besoin ressenti de s'investir dans le social et la frustration à ne pas pouvoir apporter de solution est prégnant chez les jeunes générations. Ce ressenti des MG n'est pas uniquement conditionné par la nature bienveillante de leur fonction mais est vraisemblablement imprégné des discours ambiants, la société refusant de plus en plus ces ISS. (71)

Par des aides à une consultation moins stigmatisante ?

Sans évoquer les nécessaires facultés d'altérité du médecin, propres à chacun, quelques outils peuvent l'aider et l'accompagner dans la relation qui le lie à son patient ; ils se développent de plus en plus.

Dans certaines situations où le patient aura du mal à verbaliser ses problèmes, (comme ça peut être le cas pour « *les personnes nouvellement précarisées* »), il sera nécessaire d'arriver à les détecter même de façon contournée, dans le but de pouvoir adapter sa prise en charge médicale aux moyens dont il dispose. Il jugera ensuite de la pertinence à la suivre selon ses capacités de compréhension, la résonance que le discours du MG aura eu sur lui et selon ses finances.

▪ *Des outils de détection de la précarité :*

Le score EPICES étant très peu utilisable en raison de l'intrusivité de certaines questions, d'autres scores moins discriminants sont en train de se développer. Le **recueil par l'interrogatoire des données socio démographiques pertinentes et ceci de façon standardisée**, de la même manière que les antécédents médicaux, permet au MG d'agir à plusieurs niveaux : sur ses prescriptions, sur sa propre activité (audit lui permettant de cibler les problèmes de sa patientèle) et sur les ISS de son lieu d'exercice (permettant des actions de santé publique)

Les questions pouvant être jugées intrusives (finances, logement, littératie en santé) pourraient être consignées tout comme le mode de règlement lors de la première consultation, dans les historiques des logiciels médicaux (qu'il conviendrait d'harmoniser).

- *Le recours à l'interprétariat médical.*

Certaines études montrent qu'1/3 des patients jugés pauvres par leur MG, sont issus de l'immigration, et que les barrières linguistique et culturelle sont au moins aussi handicapantes que la barrière financière.

A l'hôpital, l'interprétariat se développe mais reste marginal dans le recours aux soins primaires où est privilégié le recours à un tiers informel (parent, enfant, ami).

Aux USA, les médecins ont fréquemment recours à un système de plateformes téléphoniques de traduction (« *remote simultaneous interpretation* »). L'exemple pourrait être étendu aux soins primaires français mais encore faudrait-il repenser le remboursement de cet acte dans le tarif de la consultation, dans le contexte national d'économie à la santé. Le système est peut-être davantage efficient aux USA du fait de l'ampleur de l'immigration et des consultations interculturelles. (182)

Par une réforme de l'exercice médical ?

Pour impliquer davantage les praticiens, il semble indispensable d'organiser leur surcroît de travail dans ce domaine ainsi que la forme de sa prise en charge financière....reste à trouver le terrain d'entente sur cette question.

- *Un rôle de sentinelle :*

L'implication du MG dans la détection des signes de précarité de sa patientèle doit être revalorisée, au même titre qu'un objectif bio-médical (statines, antibiotiques...). Le collège de Médecine Générale le formule ainsi : « *le nouveau mode de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) pourrait valoriser financièrement l'enregistrement de la situation sociale des patients et permettre de financer la surcharge de travail administratif et sanitaire liée à la prise en charge de ces patients défavorisés.* » (12)

Son rôle en terme de prévention est lui aussi plébiscité par les citoyens, comme le confirme ce récent sondage en avril 2014 où « *pour 93% des personnes interrogées le médecin traitant est l'acteur à qui ils accordent le plus leur confiance. Arrivent ensuite : les pharmaciens (78%), les proches (66%) et la presse santé (50%).* » (183)

▪ *Décloisonnement de l'activité :*

Les différences historiques dans la formation des MG, peuvent expliquer les écarts générationnels constatés dans leur sensibilisation aux ISS.

En effet, les MG plus anciens étaient davantage formés selon les préceptes de la médecine paternaliste, envisageant la fonction comme un sacerdoce.

Depuis les années 1975 et le désinvestissement social des hôpitaux et donc de la formation, les MG sont davantage formés sur un modèle bio-médical, dont sont exclus les paramètres psycho socio-économiques.

On revient ces dernières années à un réinvestissement de la question sociale, à placer au cœur de la formation. Face à la crise économique, l'aggravation de la dette sociale et des ISS dont les institutions ne prennent la mesure que tardivement (par rapport à d'autres pays comme le RU et les pays scandinaves), le MG est dorénavant formé sur la base des recommandations de l'HAS, auxquelles on adjoint des cours et des formations dans le domaine social (coût et économie de la santé, ISS, stages pratiques).

En raison du cloisonnement corolaire à la réforme de 1975, la médecine et le social ont été contraint d'évoluer indépendamment l'un de l'autre ; une tendance en train de se corriger avec les récentes mesures destinées à réinvestir cette coordination, nécessaire et plébiscitée de tous.

Elle se traduit par des forfaits de rémunération et des allègements fiscaux pour le développement des maisons de santé pluridisciplinaires.

▪ *valorisation des actes de MG :*

L'organisation des prises en charges de publics vulnérables au regard des inégalités sociales et territoriales de santé se traduit par des forfaits de rémunération et des allègements fiscaux pour le développement des maisons de santé pluridisciplinaires.

Or pour repenser globalement cette organisation il faudrait prendre en compte la **nature historiquement libérale** de l'exercice de la MG, à laquelle les MG semblent encore très attachés, bien que nombreux soit ceux qui ont une activité mixte ou salariée (en effet et pour la première fois il est noté une régression de 1% du nombre de libéraux exclusifs au 1^{er} janvier 2014, au profit du salariat). (25)

En ce qui concerne l'avance des frais, le **TP prévu ou social est maintenant bien admis** même s'il subsiste encore quelques refus illicites : 5.5% des CMUC en secteur 2 et 1.5% en secteur 1. (55)

Mais l'**attachement au paiement à l'acte** reste prégnant et explique les difficultés rencontrées sur le projet de Tiers-Payant intégral (sur AMO et AMC) en soins primaires, préconisé dans le cadre du plan contre la pauvreté.

La **revalorisation de l'acte médical** à hauteur de 50^E le C est plébiscitée, en tenant compte des tarifs pratiqués par nos voisins européens (Espagne, Italie, RU) et du temps alloué aux démarches qui justifieraient cette hausse de 100% du tarif (coordination, prévention, travail administratif).

Mais dans ces cas, les RAC risquent d'être très importants pour les plus démunis et risquent de majorer les ISS (comme cela semble être le cas dans les pays sus-cités).

La tendance actuelle serait donc de copier le modèle allemand qui tout en fixant le tarif du C à 25^E, contrôle également fermement les dépassements.

La problématique des dépassements doit s'envisager sous plusieurs angles :

- Celui des professionnels soumis à des contraintes d'amortissement (en terme de plateau technique) que l'Assurance Maladie ne couvre pas suffisamment dans les tarifs opposables de remboursement.
- Celui des OC qui les remboursent, mais de façon régulée pour les 5% de praticiens adhérents au Contrat d'Accès aux Soins en mars 2014 (49).

Seuls les abus doivent être sanctionnés et l'ont récemment été (peut-être à titre jurisprudentiel) pour des dépassements excédant 300 à 450% du tarif opposable. (184)

La liberté d'installation est aussi remise en question devant le ralentissement de la progression des effectifs médicaux (entre départs en retraite et non installation des plus jeunes) et la « désertification » de certaines régions jugées peu attractives. Malgré la « fronde populaire » et le désir institutionnel de contrôler l'activité médicale, les mesures doivent rester incitatives. Les derniers résultats sont d'ailleurs encourageants qu'il s'agisse du développement des maisons ou pôles de santé, ou bien des contrats « praticiens territoriaux ».

Enfin la **liberté de prescription** est elle aussi mise à mal, balancée entre mesures incitatives (ROSP) globalement bien acceptées et mesures coercitives de plus en plus menaçantes (projet de sanction concernant « les mauvais prescripteurs » de génériques et MG sanctionnés pour le non-respect des quotas de télé-transmissions alors qu'ils ont des patients en situation de précarité, en rupture, sans papiers et donc sans carte vitale.).

Autant de domaines dans le champ de l'activité médicale que les MG ne souhaitent pas voir sacrifiés sur l'autel de la lutte contre les ISS...ou pour les économies à la santé.

3) Les autres acteurs du champ médico-social

Bien que hors champ de cette thèse, il faut également évoquer le cas des autres professionnels de santé impliqués dans les soins primaires : autres spécialistes, dentistes, professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, opticiens...)

Ils doivent être partenaires des débats et impliqués dans la lutte contre toute forme de discrimination dans le cadre de leur exercice, déguisée ou pas.

Il s'agit des refus de prise en charge (délais de rendez-vous, refus de TP ou soins aux CMUc,...), des dépassements excessifs (la plupart des spécialistes et des dentistes relevant du secteur II), des attitudes stigmatisantes au moment du règlement ou dans le reste de la prise en charge, ...

Les obstacles sont les mêmes que pour le MG, mais à leur niveau ils contribuent grandement au développement de la médecine à deux vitesses dont nous avons déjà parlé. Cette médecine à étages qui peut même être amplifiée à l'hôpital, lieu de « recours » jusqu'à présent pour les populations défavorisées (avec/sans couverture sociale).

En effet, de nombreux (riches) étrangers viennent se soigner en France et il n'est pas rare de les voir « réquisitionner » abusivement une partie des ressources de l'hôpital. Il est récemment rapporté : *« un émir du Golfe a réquisitionné 9 chambres, du 8 au 13 mai, dans le service de chirurgie orthopédique de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne, pour s'y faire opérer ... D'ici fin 2014, ces soins dispensés à environ 3 000 patients étrangers fortunés pourraient rapporter environ 8 millions d'euros de gains. De quoi réduire de 15% le déficit de l'AP-HP »*. Ce calcul n'est pas forcément judicieux dans la mesure où il est aussi rapporté qu'en 2012, les patients étrangers auraient laissé à l'AP-HP une ardoise de 90 millions d'euros en 2012. » (185)

Cet exemple récent permet d'attester l'existence et la pérennisation de ce dualisme sanitaire en France.

4) Lutte contre les discriminations grâce à l'appui des associations et des structures sociales

- **les associations**

Pour le Dr Debionne, « *Les associations ont un rôle majeur à tenir pour révéler les dysfonctionnements ou les insuffisances des politiques publiques et pour proposer les voies d'une meilleure prise en compte des besoins et de l'attente des personnes en situation de précarité ou de grande pauvreté. Il ne leur appartient pas de se substituer aux services publics, mais elles doivent rester vigilantes, s'assurer que les consignes gouvernementales sont suivies sur le terrain et intervenir à temps et à contretemps.* » (136)

D.Fassin souligne en 2004 l'essoufflement associatif depuis leur création dans les années 1980 pour illustrer le manque de moyens pratiques alloués aux associations pour aller au-delà d'une simple écoute des personnes qu'il définit comme atteintes de « *souffrance sociale* ». « *Le traitement compassionnel de la question sociale rend certes plus supportable une intolérable inégalité, mais c'est pour mieux l'occulter* ». (186) (187)

C'est dans cet esprit que le CISS milite en 2014 pour une revalorisation des actions menées par les associations partenaires dans le champ des soins primaires.

« **La dimension associative doit être reconnue en tant qu'elle est un élément constitutif de l'offre de soins** dans la diversité des prestations offertes : dépistage, prévention, éducation à la santé, promotion de la santé, soins, éducation thérapeutique, accompagnement, soutien psycho-social) et porteuse de métiers nouveaux (agents de santé, techniciens de santé, médiateurs de santé, référents parcours de santé, accompagnateurs ou facilitateurs communautaires, par exemple). Aussi, les acteurs associatifs, qui ont démontré leurs compétences par l'expérience et la construction de savoirs adaptés, **doivent-ils être acceptés et financés** comme gestionnaires de ces réponses. (188)

Il n'est pas question de revenir sur le bien-fondé d'associations (comme *Médecins du Monde...*) ou sur les structures sociales (PASS...). L'importance des actions qu'ils mènent au quotidien n'a d'égal que la détresse et le dénuement des personnes qui consultent. Il est primordial que ces alternatives ne restent que des solutions temporaires, dans l'attente de retrouver le droit commun.

Une thèse s'intéressant à la question a d'ailleurs souligné l'attachement des patients à une PASS lyonnaise et leur désir de poursuivre leur suivi dans cette PASS. Il faut sensibiliser les acteurs (professionnels et patients) à ce caractère temporaire des prises en charge et la nécessité de mettre en place des ponts vers le droit commun d'emblée. (99)

- *les institutions*

o *discriminations dans les remboursements :*

Certaines pratiques de remboursements sont de nature illégale et source de discrimination, dans la mesure où cumulés, les RAC pèsent davantage sur les petits budgets, les entraînant soit dans l'endettement soit dans le renoncement. Il s'agit des franchises sur le parcours de soins et sur les prescriptions (ALD ou non). En cas de Tiers-Payant, les sommes sont mémorisées et déduites de remboursements ultérieurs de manière peu visibles pour les usagers.

Concernant le paiement des médecins, par TP, de nombreuses récupérations soi-disant indues sont rapportées, sans trace comptable lisible pour autant.

O *discriminations face aux recommandations :*

Les recommandations de la HAS sont critiquées tant pour leurs caractères déshumanisants (standardisation de la pratique médicale) qu'injuste (concernant l'impossibilité d'adapter les mesures standards à des patients qui ne le sont pas).

Sans les occulter, car notre art repose avant tout sur la science, il convient de personnaliser chaque prise en charge médicale, en prenant en considération toutes les composantes du patient.

Par exemple, « dans la maladie chronique ou face aux contraintes du vieillissement, l'enjeu est celui de **l'autonomie du patient** et des personnes. On doit la renforcer et la développer, en leur restituant toutes leurs chances. D'abord en offrant la possibilité pour chacun de réclamer, (dans les domaines où la HAS a établi des recommandations à ce titre), **l'établissement d'un Programme Personnalisé de Soins et d'accompagnement**. Ceci est une véritable approche dynamique de la prise en charge en plus de la dimension administrative et économique du protocole de soins. C'est ce que sous entendait la création du parcours de soins en 2004, et qui n'est toujours pas en place, dix ans après ! ». (12)

Si les mesures concernant l'autonomie des personnes âgées (PAERPA) sont pionnières, elles n'en sont pas moins généralisables à toutes les maladies chroniques. Dans le contexte actuel, ces projets de Plan Personnalisé de Soins devraient pouvoir se développer et cela plus particulièrement en direction des publics les plus vulnérables. (189)

o **ROSP et risques de discriminations :**

Comme nous l'avons vu les avis sont partagés sur la question, entre satisfaction d'une revalorisation des soins et crainte d'inégalités en terme de sélection de patientèle.

La prise de conscience semble être effective, en témoigne les propos récents du directeur de la CNAMTS :

« Autre enjeu de progrès : comment éviter que certains médecins soient pénalisés par le fait d'avoir une patientèle défavorisée ? Selon un travail de corrélation que nous avons mené indicateur par indicateur entre la précarité des patientèles (mesurée à travers la part de CMU-C) et les résultats de la ROSP, il se révèle que si, pour un certain nombre d'objectifs, le profil de la patientèle n'a pas d'influence sur le taux de réussite des objectifs, pour d'autres, notamment pour la prévention, cette différence existe. Il serait raisonnable de mettre l'ensemble des médecins à égalité ». (191)

B) La lutte pour une couverture sociale efficiente

Dans notre système de couverture sociale sanitaire, il est important de se poser la question de la qualité de la solidarité entre malades et non malades (Assurance Maladie Obligatoire) et la qualité de l'accessibilité aux soins (Assurance Maladie Complémentaire).

A la période des « Trente Glorieuses » la consommation de soins a fortement augmenté (en raison d'une conjoncture favorable entre expansion démographique, prospérité économique et essor de la science médicale). Puis une période de crise est survenue où l'on a assisté au désengagement progressif de l'AMO de son devoir de remboursement solidaire.

A cette crise pétrolière des années 1975, s'est rajoutée celle des années 2000 ; les mesures alors entreprises pour limiter la dette tout en tâchant de préserver l'accès aux soins des plus démunis (malades chroniques et ALD, pauvres et CMU/AME/ACS) ont joué un rôle de filet protecteur. Mais le désengagement de l'assurance maladie sur les soins de proximité mis en œuvre depuis 2004 a mis en exergue l'importance de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins de premier recours en France.

Car si 96% de la population est couverte par une CS, il n'en reste pas moins vrai que les ISS persistent sur la qualité des contrats (coût, panier de soins, conditions de souscription).

Le Mouvement ATD Quart-Monde milite depuis 50 ans pour l'accès de tous au droit fondamental qu'est celui de la protection de la santé. L'accès à la complémentaire santé en fait désormais partie et doit être considéré comme une de ses composantes essentielles.

1) Du point de vue des institutions

- ***L'évolution de la protection sociale :***

Le Président l'a récemment rappelé : « *L'Assurance Maladie Obligatoire ne doit pas être le plancher mais le pilier du système de santé.* » (69)

La solidarité de l'Assurance Maladie se mesure à l'aune de ses remboursements, l'indicateur utilisé étant le RAC après déduction de l'AMO.

Les chiffres sont paradoxalement stables ces dernières années, après avoir augmenté notablement jusqu'en 2008 (sous l'effet des franchises), en raison d'un nombre croissant de prise en charge au titre des ALD, venant compenser les reports de soins successifs opérés par l'AMO vers l'AMC.

Autant l'AMO peut être considérée comme « *un pilier* » dans certains soins (affections chroniques reconnues à 100% ALD ou non, hospitalisation), autant elle peut être considérée comme « *un plancher* » pour les autres, tant l'AMC occupe une part prégnante dans leurs remboursements (médications, soins de

- ***Des mesures contradictoires :***

Cette tendance, entretenue par les institutions, va à contre-courant de leur politique de lutte contre les ISS. Elle est également illustrée par les obstacles suivants, à l'origine de conséquences socialement différenciées en terme d'accès aux soins :

- La grossesse n'est couverte à 100% qu'à partir du 6^e mois ; en conséquence les femmes issues de milieux défavorisés ne démarrent leur suivi qu'à partir de 6 mois.
- Des franchises sont « injustement » retenues sur les ALD.
- Les franchises sur les transports (ou la sélectivité des critères retenus pour leur prise en charge) pèsent davantage sur les budgets les plus modestes.
- Le parcours de soins ne peut être respecté chez des patients dont le parcours de vie est fait de ruptures, dans le contexte démographique actuel de la profession.
- Le RSA a remplacé le RMI mais la connexité des droits sociaux a été supprimée.
- Le projet de « bouclier sanitaire » instaurant une franchise annuelle à la consommation médicale, dégressive selon les revenus, risque d'amplifier les renoncements des catégories moyennes. Des études récentes relèvent que les acteurs des soins primaires y sont majoritairement opposés (84% des MG, 92% des pharmaciens et 79% des IDE). (190)

- ***Un manque de transparence notoire :***

Un manque d'information des patients sur la prise en charge à 100% des consultations pendant l'enfance est rapporté par des médecins exerçant en PMI. (96)

Un manque de lisibilité et de sensibilisation sur les services fournis par certaines structures institutionnelles est signalé, avec pour conséquence un renoncement aux soins : (96)

- o l'Aide Sociale à l'Enfance et la crainte de se voir retirer ses enfants (la décision ne leur incombant pas puisque dépendant du juge pour enfants),
- o la PASS et le rôle de prise en charge temporaire (alors que nombreux sont ceux qui y consultent régulièrement : dans certaines études près de 30% des patients y consultaient plus de 6 mois alors qu'on estime à environ un mois le temps nécessaire pour obtenir les droits sociaux. (99)
- o la PMI seulement destinée aux soins préventifs mais qui en pratique, est consultée pour d'autres demandes,
- ...

La distribution des aides sociales est jugée obscure et parfois injuste par les MG et patients interrogés (étude qualitative).

Le manque d'information, voire la désinformation pour certains (étude qualitative), est un facteur de renoncement à ces aides. Une politique d'information ciblée, associée à un recours aux associations et autres acteurs du champ médico-social devraient permettre de les combattre, comme le prouvent les études sur le renoncement aux demandes d'ACS. (42) (43)

- ***L'optimisation des aides sociales :***

Le système actuel ainsi que ses dernières réformes, dans le cadre du plan contre la pauvreté, est encore perfectible. Les leviers à actionner sont :

- o poursuivre le **relèvement des plafonds** d'accession à la CMUc et à l'ACS pour atteindre l'ensemble de la population jugée pauvre (sur le critère de revenus inférieurs à 60% du revenu médian),
- o instaurer un **guichet unique** pour les demandes de droits sociaux afin de faciliter les démarches,
- o permettre un **renouvellement automatique des aides**, évitant ainsi les périodes de rupture de droits, source de renoncement et d'aggravation sanitaire,
- o **fusionner les différentes aides sociales** à la santé (ACS voire AME) au statut CMUc, afin de faire bénéficier la multitude des avantages des contrats de CS (panier de soins, CMUc participative pour les anciens ACS, obligations tarifaires pour les dents et les lunettes), tout en réduisant le facteur stigmatisant et en automatisant les règlements pour le professionnel (TP sur carte vitale). (203)

- ***Un contrôle légitime sur les organismes complémentaires***

En effet, l'AM étant le financeur direct (pour l'ACS) ou indirect (AME, CMUc) de la complémentaire santé, il semble logique qu'elle ait un droit de regard sur la structure du contrat de CS (conditions d'affiliation, panier de soins). De plus, ce droit de regard permettrait un accompagnement de l'usager dans les démarches, favorisant sa compréhension et son observance à les réaliser. (191) (étude qualitative)

2) Du point de vue de la Mutualité

« *Il faut pouvoir donner selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.* » remarquait un étudiant dans le cadre des débats populaires sur la santé. (72)

Les cibles d'action pour une meilleure couverture complémentaire se situent donc à la rencontre des besoins ressentis en terme de santé et de couverture complémentaire, et du budget des cotisants.

- ***Le débat sur la nécessité d'adhérer à une CS***

Les travaux récents sur la question (universités populaires, colloques, étude qualitative de cette thèse) confirment l'insuffisance générale en terme de culture de la mutualisation. Encore trop de personnes ne jugent pas nécessaire d'y souscrire, faute de moyens pour la plupart, prise de risque « calculée » pour d'autres.

Le chiffre flatteur et croissant de 96% d'adhérents à une CS en France est à relativiser, tant la part des contrats d'entrée de gamme est de mise parmi les populations défavorisées.

Si le renoncement à souscrire une CS de qualité est essentiellement d'ordre financier, il n'en reste pas moins vrai que certaines idées préconçues peuvent l'influencer :

- o le fait d'être reconnu en ALD pour sa pathologie, ne prémunissant pas contre des restes à charges conséquents pour des soins (notamment hospitaliers) concernant une autre pathologie,
- o le fait d'être affilié à un régime d'AMO plus solidaire (comme le régime local de l'Alsace Moselle), pour les mêmes raisons.

Nombreuses sont les personnes (sans CS ou avec une CS bas de gamme) ayant dû régler des sommes importantes pour leurs soins, devant s'endetter, les entraînant ainsi dans une spirale de précarité. Pour certaines, la prise de conscience les a incitées à souscrire une CS. Mais pour d'autres, elles se sont adaptées à cette prise de risque d'autant plus présente qu'elle est liée à un renoncement aux soins plus important.

- ***Le débat sur le coût des contrats***

Nous l'avons vu, le poids des cotisations est de plus en plus important et socialement différencié : le taux d'effort à l'acquisition d'une CS pour un ménage pauvre (D1) est de 3 à 4 fois supérieur à celui d'un ménage aisé (D10). (179)

Les causes en sont plurielles entre :

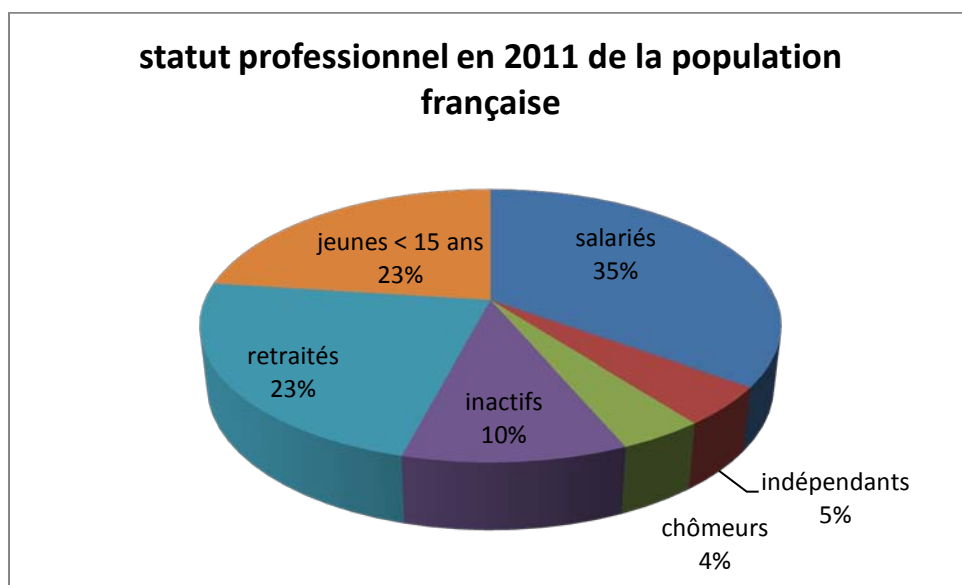
- o le report de charges de l'AM sur les OC,
- o la majoration des charges fiscales des OC pour subvenir à la hausse des bénéficiaires CMUc, et ACS qu'elles financent,
- o des frais de gestions démultipliés : *plus de 5 fois supérieurs à ceux de l'AM et correspondant à 1/5 du prix de la cotisation à la CS, cette dernière étant estimée à 60% de la dépense de soins des usagers* (46).

Cette dernière cause est sujette à polémiques, les représentants des OC y opposant l'aspect ultra-concurrentiel du marché des complémentaires et se rejetant la faute les uns sur les autres (entre mutuelles, IP et assurances).

- ***Le débat sur la structure des contrats***

Quel que soit l'organisme complémentaire (mutuelle, IP, assurance), les contrats se différencient selon le statut professionnel du cotisant (qui en fera profiter ses ayant-droits) ; la problématique est également différenciée selon le type de contrat souscrit.

En France en 2011 on dénombrait : (192)



Sources INSEE-DARES-AGRESTE-DGAFP

Les salariés représentant 35% de la population générale et 80% de la population active souscrivent essentiellement des contrats CS de groupe.

La cotisation (prélevée directement sur le salaire) est moindre (financée à moitié par l'employeur) et les niveaux de couverture supérieurs à ceux des contrats individuels (à tarif égal).

La problématique concerne les conditions d'affiliation et de désaffiliation en cas de rupture professionnelle (retraite, licenciement, départ), ainsi que l'accès généralisé à ces contrats pour tous les salariés de toutes les entreprises (*objectif présidentiel dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté*).

Les indépendants (10% de la population active), **les chômeurs** (10% de la population active), **les retraités, les inactifs** (ne bénéficiant pas d'une CS de groupe par un cotisant au sein du foyer) souscrivent essentiellement des contrats de CS individuels.

La cotisation est plus onéreuse (100% financée par l'adhérent sauf en cas d'éligibilité à l'ACS) et les couvertures moindres que dans les contrats de groupe (à tarif égal).

La problématique est ici de négocier des contrats individuels sur le modèle des contrats de groupe, en jouant sur des regroupements informels de populations : *personnes en situation de précarité, personnels des cabinets médicaux (pour reprendre la proposition d'un MG de mon enquête...)*. Le principe est le même que pour les CS des entreprises, un tiers financeur pouvant être trouvé en la « personne » de l'Assurance Maladie (s'agissant des contrats labellisés ACS).

- *Le débat sur la généralisation des CS de groupe à tous les salariés*

La question a été exposée au congrès de la Mutualité en octobre 2012 (55), débattue lors des Accords Nationaux Inter-professionnels de janvier 2013, puis légiférée dans le cadre du PPP de janvier 2013 (143).

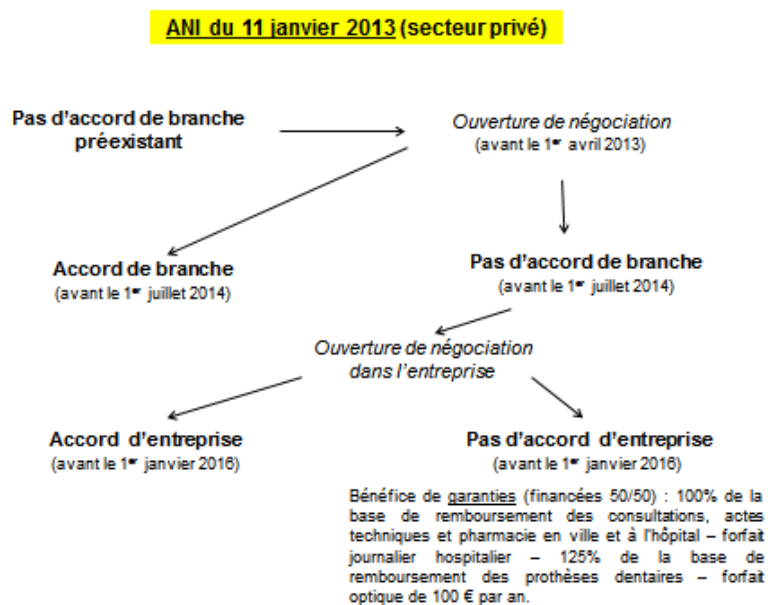
Le point sur les ANI du 11 janvier et leurs répercussions sur l'accès à la complémentaire santé des populations précaires : (193)

Trois mois de négociations entre patronat et syndicats ont permis de déboucher sur des accords quant à une couverture CS collective pour tous les salariés dans les années à venir.

Dans le champ de la santé, les points suivants ont été admis :

- l'accès à la **couverture complémentaire des frais de santé** : Le financement de cette mutuelle santé sera partagé par moitié entre salariés et employeurs. Les accords négociés devront entrer en vigueur au sein des entreprises concernées au plus tard le 1er janvier 2016 ;
- l'amélioration de l'effectivité de la **portabilité de la couverture santé et prévoyance** pour les demandeurs d'emploi : La durée maximale de la portabilité de la couverture de frais de santé et de prévoyance est portée de 9 à 12 mois ;

Schématiquement, chaque entreprise devra s'acquitter des démarches suivantes :



La loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi : (193)

Pour tous les employés n'étant pas couvert par une CS collective obligatoire
Afin d'aboutir à la mise en place de cette complémentaire, des négociations doivent être engagées, dès le 1er juin 2013, au sein des branches, et à compter du 1er juillet 2014, dans les entreprises disposant d'un délégué syndical. **A partir du 1er janvier 2016, si ces négociations n'ont pas abouti, les entreprises auront l'obligation de proposer à leurs salariés un panier de soins minimal de 125% du tarif de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et 100euros par an pour l'optique et sera financé à minima, à hauteur de 50%, par l'employeur.**

- ***Des contrats de groupe négociés sur le même principe***

La part de **personnes ne pouvant souscrire à ces contrats de groupe** au sein de la population est importante : entre 1/3 et 2/3 (retraités, chômeurs, indépendants, enfants et inactifs ne pouvant en bénéficier). Cette situation est d'autant plus paradoxale que les ménages en situation de précarité sont particulièrement représentés au sein de certaines classes (retraités, chômeurs, inactifs) et que parmi les classes de revenus inférieurs, la part de souscription à une CS de groupe est dérisoire par rapport aux classes de revenus supérieurs :

Seulement 9% des premiers déciles de revenus cotisent à une CS de groupe contre 43% pour les revenus les plus élevés. (cf. tableau page 11)

C'est justement dans ce souci d'équité que les institutions (Etat, UNOCAM et Fonds CMU) ont été amenées à définir de nouveaux critères pour des contrats de CS plus solidaires et équitables : « **le label ACS** ».

L'idée était de créer un contrat labélisé comprenant un panier de biens « moyen » en accord avec les moyens financiers des assurés et l'équilibre financier du dispositif, tout en respectant la priorité des choix de prestations faits par les usagers. Devant l'échec de la négociation le gouvernement et sa ministre de la santé a lancé un appel à concurrence sur les contrats dédiés ACS. L'ensemble des OC devra se positionner et seront retenus ceux qui offrent le meilleur rapport qualité / prix. Cependant la procédure de mise en concurrence tarde à venir pour des raisons législatives, le décret n'est encore pas promulgué, la loi sur la coassurance (loi ESS) et la loi rectificative du PLFSS de juin 2014 devant apporter des modifications dont les partenaires doivent tenir compte. (193)

L'exemple des contrats impulsés par le mouvement ATD, localement (**Mutuelle Réseau**) puis au niveau national (**contrat SMI et garantie ACS**) illustre bien cette volonté de réduction des ISS par l'accès à la couverture complémentaire.

La demande des usagers est réelle ; la montée en charge exponentielle de ces contrats en atteste. L'accompagnement de l'utilisateur dans les démarches par les partenaires sociaux (mouvement ATD et partenaires locaux pour la MR) favorise l'adhésion au contrat et l'amplifie ainsi que la qualité de l'offre et sa répartition et la mutualisation du risque entre OC.

En regardant les budgets des cotisants ou des cotisants potentiels (cf. étude qualitative) ramenés à leurs taux d'effort pour une adhésion à une CS, on s'aperçoit du réel bénéfice que peuvent apporter ces contrats ; ils viennent se surajouter au bénéfice de l'ACS pour ramener le taux d'effort des ménages pauvres à celui des plus riches.

Ces contrats de groupe négociés sont donc de bons leviers en terme de réduction des ISS.

- ***Le débat sur le contenu des contrats (panier de soins)***

Les débats publics actuels autour de la mutualisation se résument aux remboursements des soins optiques, dentaires et auditifs (ce sont les postes de soins où les RAC sont les plus conséquents) mais concernent davantage les classes moyennes. Est-ce pour mieux éluder les questions essentielles, socialement différenciées et ayant trait aux remboursements problématiques des ménages défavorisés ? (RAC sur les médicaments, les soins hospitaliers et les consultations en raison des dépassements). Ou bien est-ce un exemple de plus confirmant les progrès restant à faire dans le domaine de la démocratie sanitaire ; les populations précarisées ayant moins l'occasion de faire entendre leur voix...

- o *Postes cités comme nécessaires au remboursement selon les personnes interrogées*

<i>Population générale</i>	Optique, dentaire, acoustique
<i>Médecins (étude qualitative)</i>	Maladies lourdes et chroniques, hôpital, consultations, médicaments, examens complémentaires, dentaire et optique
<i>Patients en situation de précarité (étude qualitative)</i>	Hôpital, médicaments, consultations, obsèques...optique, dents, acoustique

- o *Sur les dépassements :*

Les Contrats d'Accès aux Soins ont été créés en 2012 pour limiter les dépassements (à 100% du tarif opposable) mais malgré une adhésion croissante au dispositif (des praticiens et des OC), les objectifs ne sont toujours pas atteints ; détaillons les :

- Pour le praticien, sa part d'activité à tarif opposable est augmentée donc soumise à un allègement des charges sociales (ex : la consultation à 28^E sera remboursée 28^E par l'AMO et le dépassement intégralement par l'AMC).
- Pour le patient (affilié aux OC adhérentes du CAS), la prise en charge sera totale, le RAC sera nul malgré le dépassement.
- Pour l'OC, l'intérêt est d'accueillir de nouveaux patients lassés de ces dérives et des RAC venant grever leur budget.

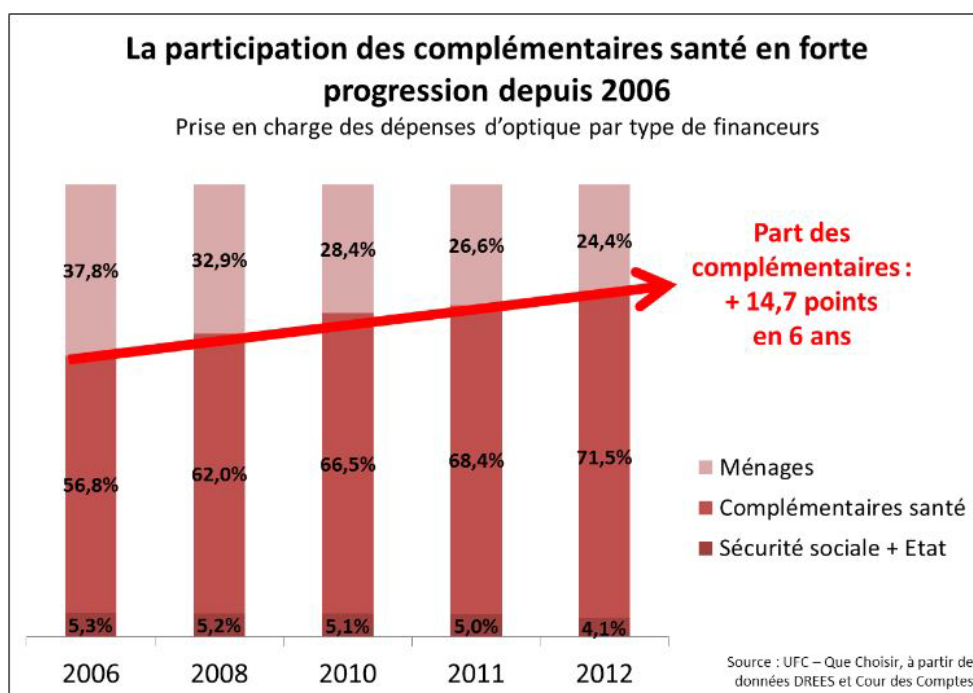
L'obstacle actuel réside dans la coopération des OC, comme le soulignent certains syndicats de médecins, pour lesquels le problème réside dans

« L'absence d'obligation faite aux assureurs de "solvabiliser" les compléments d'honoraires effectués dans le cadre du contrat d'accès aux soins (CAS). De fait, la critique paraît légitime: dès sa conception, le CAS avait prévu que les complémentaires s'engagent à rembourser ce type de dépassements afin que les patients soient incités à consulter les praticiens faisant l'effort de s'impliquer dans ce nouveau statut conventionnel. Tant que ce maillon essentiel du dispositif ne sera pas acquis, une bonne partie des médecins de secteur 2 refuseront d'emprunter la voie du CAS. Or, ne nous voilons pas la face: le contrat d'accès aux soins a vocation, à terme, à réduire la part des consultations effectuées en secteur 2, en particulier pour diminuer le risque de renoncement aux soins dans des spécialités et des régions où les dépassements paraissent abusifs » (194)

o Sur les remboursements d'optique :

Un projet de plafonnement des remboursements mutuelles est à l'étude afin de limiter l'envol des coûts des cotisations.

Actuellement le coût à la production de lunettes est de 40 à 50^E par paire. Le prix est ensuite fixé par l'opticien pour des questions de marketing: entre 100 à 150^E en moyenne par paire (certaines sont plus chères et d'autres moins, vendues « à prix coûtant » : c'est le cas des paires de lunettes prévues dans les contrats CMUc de l'ordre de 40-50^E la paire.)



○ *Sur les frais d'obsèques :*

La question divise : le risque « décès » doit-il être mutualisé au même titre que la santé ? Et dans un même contrat ?

Les MG interrogés y sont opposés de façon unanime (dans mon étude), justifiant que l'on ne peut pas assurer tous les risques dans un même contrat sans voir son coût augmenter. Certains y opposent le fait que chacun peut arriver à collecter des fonds pour être enterré dignement (entre ressources patrimoniales et aides de la collectivité).

Pour les patients, la demande est autrement dictée par des contraintes financières et éthiques (« *enterrer dignement nos morts* »).

Ils sous-entendent d'ailleurs qu'il serait plus simple (moins onéreux) de mourir à l'hôpital dans la mesure où certains frais seraient pris en charge (conservation du corps, cérémonie).

A l'heure de la revalorisation des soins ambulatoires, il serait donc pertinent d'inclure des « garanties obsèques » à ces contrats de CS solidaires (c'est déjà le cas pour les contrats Mutuelle Réseau et Garantie ACS).

Cela semble d'autant plus justifié qu'ils existent déjà sous forme de contrats prévoyance, mais étant plus onéreux, restent inaccessibles aux plus défavorisés.

Il serait également judicieux d'y adjoindre un système de Tiers-Payant, l'avance de frais dans ce domaine étant démesuré et rédhibitoire au regard de leur budget :

« *Pour qu'on n'ait pas à avancer les obsèques : c'est pas difficile avec 700 euros par mois comment payer 3000 euros d'enterrement* ». (87)

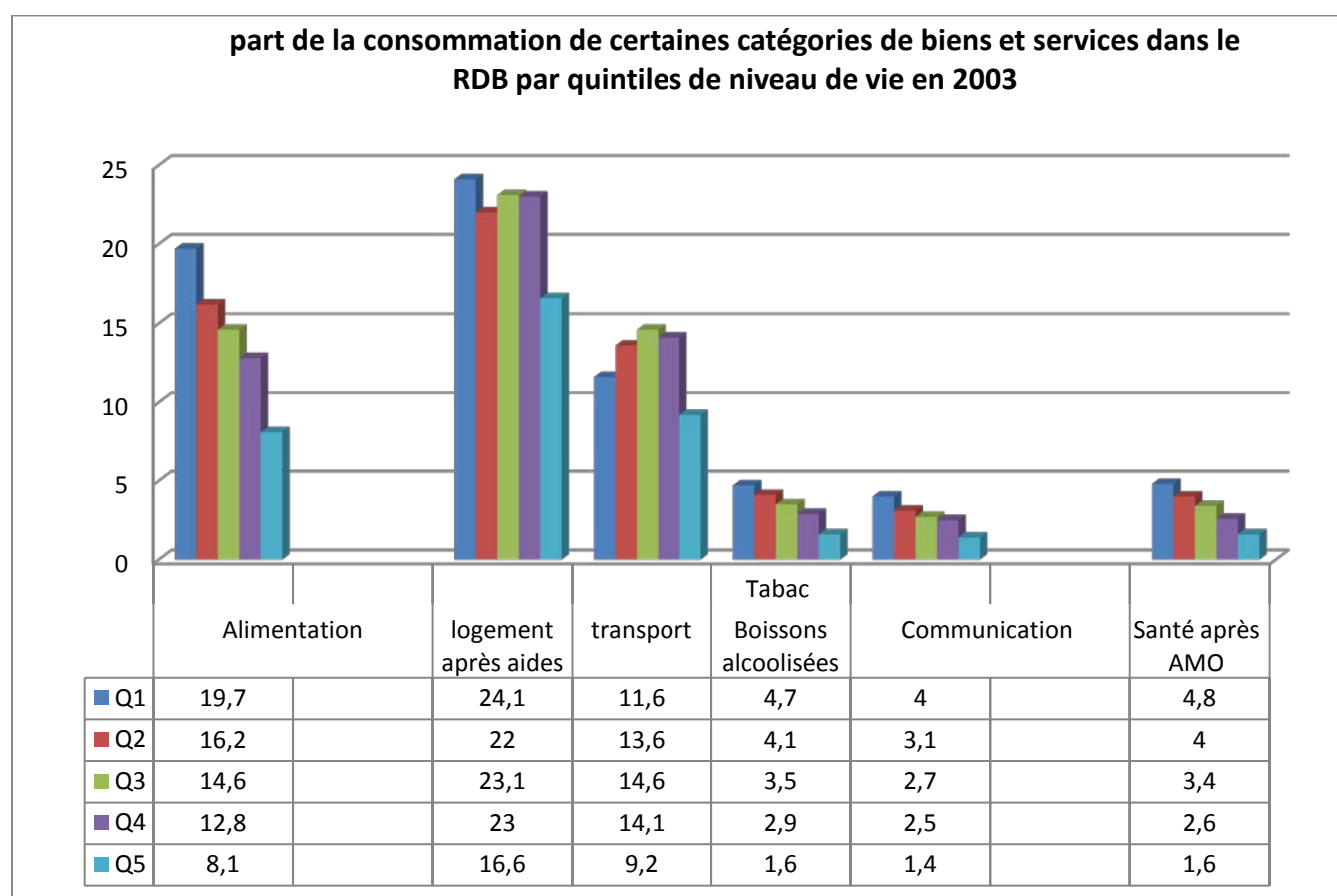
C) Les actions possibles sur les autres déterminants des ISS

Cette digression, qui n'en est pas une, est d'autant plus pertinente que les thèmes abordés sous-tendent le quotidien des populations défavorisées et sont à leurs yeux, prioritaires par rapport à leur santé.

En comparant les postes de consommation selon chaque tranche de revenus, on s'aperçoit que le gradient social de consommation ne touche pas seulement la santé, mais aussi l'alimentation, le logement et les addictions.

En réduisant les inégalités dans ces domaines, c'est indirectement sur la santé qu'on agit.

Constat de comparaison entre les postes de consommation des foyers selon leurs revenus.



Source INSEE, calculs SG du HCAAM

1) l'alimentation

Dans ce domaine, plusieurs actions méritent d'être menées de façon concomitante, comme le souligne le gouvernement au travers du « **Plan National Nutrition Santé 2011-2015** » (programme lui aussi transversal) pour agir sur les ISS au travers de l'équilibre alimentaire : (195)

- il faut multiplier et diffuser des études sur la qualité nutritive des produits de consommation,
- il faut transmettre aux personnes et aux différentes générations (au travers de l'école et des acteurs sociaux de terrain) l'intérêt d'une bonne hygiène alimentaire et les méfaits de certains produits sur la santé,
- il faut favoriser la diffusion et la « démocratisation » des aliments sains (action sur la redistribution, l'agriculture, les gaspillages, réflexion sur l'alimentation durable),
- il faut décroiser producteurs et consommateurs.

Plusieurs projets découlent ainsi de ces engagements :

- La **détaxation du « marché du bio »** permettant ainsi un accès plus équitable à ses produits.
- **L'étiquetage nutritionnel** semble le mieux accepté et compris par les personnes les plus à risque nutritionnel, notamment celles des classes défavorisées. D'autant que cette apposition de logo (pastilles de couleur adaptées à la teneur nutritionnelle de chaque aliment), pourrait également influencer sur les stratégies de l'industrie alimentaire vers une teneur moins importante en gras et en sel dans ses produits.
- Un projet de **taxation (de 20%) des aliments gras et sucrés**, mais qui reste sujet à polémique entre lobbying de l'industrie de l'agro-alimentaire et études américaines n'ayant pas démontré d'impact positif sur la réduction de l'obésité (les personnes consommant d'autres produits non taxés). De plus l'Inserm souligne que « *la politique de taxe nutritionnelle des aliments défavorables sur le plan sanitaire, n'est rentable en terme de réduction des inégalités de santé alimentaires que si elle s'accompagne de mesures de compensation de pouvoir d'achat pour les populations à bas revenu, via, par exemple, des subventions ciblées.* » (196)
- **Une action sur la publicité au travers des messages de prévention (PNNS 2001 : « Mangez cinq fruits et légumes par jour »)** et au travers de **limitations des publicités** mettant en avant des produits alimentaires de profil nutritionnel défavorable.

2) Le logement

Des aides en terme de participation aux frais de logements ou de lutte contre les pathologies liées à son insalubrité (saturnisme, allergies, infections respiratoires...) sont des leviers d'action sur les ISS. (60)

2-1 Les aides au logement :

Il s'agit d'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement familiale (ALF) ou l'allocation de logement social (ALS).

Elles ne sont pas cumulables et délivrées sous condition de logement (type de logement et durée d'occupation à l'année) et de revenus. Le montant est calculé selon le nombre de personnes à charge, le lieu de résidence, le montant du loyer (ou du remboursement de prêts et les ressources.

2-2 Les logements sociaux :

Il en existe différentes sortes ; ce sont des Habitations à Loyers Modérés.

Leur recours est sous conditions de ressources et les plafonds nécessaires au calcul dépendent des financements obtenus par le bailleur lors de la construction ou de la rénovation du logement concerné, de la composition du foyer et de la localisation du logement.

3) les addictions

Partant du constat que la consommation d'alcool et de tabac est plus importante parmi les classes défavorisées, il est aisé de conclure que toute stratégie cherchant à la faire régresser ne peut leur être que bénéfique, en terme de coût et de santé.

3-1 l'alcool (197)

Des taxations récentes sur l'alcool (en Russie et au Canada) ont permis de réduire la morbi-mortalité des classes les plus pauvres sans pour autant déséquilibrer le budget des buveurs modérés, de classe moyenne. Ces résultats probants en terme de réduction des ISS sont en cours d'expérimentations en Angleterre mais se heurtent au lobbying de ce marché.

3-2 le tabac (198)

Pr Yves Martinet président du groupement Alliance contre le tabac, demande des augmentations « *importantes et brutales avec une cassure dans le prix* ». « *Si c'est une hausse très progressive comme durant les cinq dernières années, cela a peu d'effet sur la consommation* ».

Une hausse de 10% en une fois serait utile juge-t-il, car « toute hausse inférieure ouvrirait la porte à la contrebande et à la privation d'autres denrées jugées moins essentielles » (car moins addictives) et risqueraient ainsi de majorer les ISS.

« Le tabac est à l'origine de 66 000 morts par an en France. Rappelons que les taxes et la TVA ont rapporté 13,8 milliards d'euros à l'Etat en 2011, et pourraient rapporter un milliard d'euros supplémentaires à l'Etat, à volume de ventes constant. ».

De plus les fonds de taxation du tabac servant à financer le Fonds CMU, il est aisé de penser qu'une redistribution pourrait avoir lieu en faveur des personnes précarisées (plafonds CMUC et ACS, contrats de CS solidaires, extension du panier de soins....).

4) le sport

Selon les normes de l'OMS, il est conseillé de pratiquer : (199)

Pour les 5-17ans : au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.

Pour les adultes : pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Ces recommandations ne sont pas toujours aisées à respecter (comme nous l'avons vu), entre pathologies invalidantes et obstacles financiers.

Le gouvernement, dans le cadre du Plan National Nutrition Santé 2011-2015, promeut l'accès aux activités physiques et sportives pour les populations défavorisées par : (195)

- le renforcement de la prise en compte de la promotion de l'Activité Physique et Sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville ;
- le développement des APS dans les quartiers défavorisés ;
- le développement des APS comme support de l'action d'éducation auprès des jeunes sous protection judiciaire.

D'autres actions de prévention permettent de réduire les ISS comme l'initiative strasbourgeoise de « sport santé sur ordonnance » précédemment développée et grâce à laquelle la proportion d'obèses est passée de 73,5% à 62,5% en 1 an d'expérimentation sur la région. (92)

Le Syndicat National de Médecine du Sport suggère également que « l'activité physique thérapeutique » prescrite dans des pathologies définies devienne un des éléments du ROSP. (200)

Un investissement plus important des institutions dans ce secteur pourrait être source d'économie à la santé (en terme de morbi-mortalité et donc de consommation de soins curatifs), comme le confirme cette étude de 2012 menée par l'IMPAS (société affiliée à la Mutualité française dédiée à la pratique du « sport santé ») ; elle estimait « *que l'Assurance maladie pourrait économiser 56,2 milliards d'euros par an si elle finançait à hauteur de 150 euros par an une APS adaptée à 10 % des patients relevant du système ALD* ». (201)

5) les revenus

Facteur évident d'ISS, les disparités de revenus au sein des populations précarisées doivent être compensées par un recours aux aides sociales telles que le RSA socle ou activité (annexe 4) et par une politique plus énergique pour l'emploi.

6) les besoins énergétiques

Selon leur niveau de revenu, les budgets modestes peuvent recourir aux tarifs sociaux du gaz et de l'électricité. Ces aides concernent les bénéficiaires de la CMUc et de l'ACS, ainsi que les foyers dont le revenu fiscal annuel ne dépasse pas un certain plafond annuel (2175^E en métropole et 2420.78^E dans les DOM). Aucune démarche de souscription ou de renouvellement n'est nécessaire, en dehors de celles concernant l'acquisition des droits sociaux. L'aide est donc attribuée automatiquement au fournisseur, dès lors que l'administration fiscale ou l'AM ont communiqué les coordonnées des bénéficiaires.

Cependant, il est rappelé que le taux de non recours à des aides est très important, à l'instar de l'ACS auquel il semble étroitement lié (puisque la demande de l'une entraîne l'attribution de l'autre) : en 2011, 68% des personnes éligibles aux tarifs sociaux de l'électricité et 62% pour le gaz, ne les ont pas perçus ; les clients « précaires » de ces fournisseurs d'énergie financent donc des tarifs sociaux dont les ¾ ne bénéficient pas. (17)

Parmi les patients interrogés lors de mon étude, les personnes éligibles à ces tarifs sociaux et qui y avaient effectivement recours (couples B/C et F/G) étaient aussi ceux qui étaient régulièrement en contact avec les assistantes sociales.

L'absence de recours à l'ACS (comme aux aides sociales en général) semble donc corrélée à l'absence de recours aux tarifs sociaux du gaz et de l'électricité (même si l'échantillon reste faible).

Pour pallier à ces renoncements, le Comité National de Lutte contre l'Exclusion proposait d'instituer une tarification progressive des énergies où les frais seraient basés sur des profils de consommation, sans pour autant pénaliser les foyers plus modestes vivant dans des habitations vétustes à forte consommation énergétique. (17)

7) l'environnement

Il semble exister parmi les personnes en situation de précarité un différentiel d'exposition à la pollution atmosphérique et à l'insalubrité des logements, associé à un différentiel de vulnérabilité (en raison d'une santé plus fragile). De même les accidents du travail sont plus fréquents en raison du type de travail exercé, lui aussi socialement différencié.

Les leviers d'action sont pluriels et doivent impliquer les instances préposées à l'environnement, au travail, au logement, aux systèmes de transport ou à l'urbanisme.

D) **L'apport des études au débat sur l'accès aux soins**

Les données issues de mes études (sur les 2 contrats de « CS de groupe » nationaux et les entretiens auprès de MG et de patients défavorisés) sont cohérentes avec les données scientifiques actuelles.

Les études quantitatives sur les premiers résultats de ces CS individuelles négociées sur le modèle des CS de groupe montrent que :

- L'adhésion aux contrats est d'autant plus rapide que les associations aident et accompagnent les usagers dans ces démarches souvent entravées par les problèmes de lisibilité et de médiatisation non ciblée quant aux aides et dispositifs sociaux.
- L'équilibre de ces contrats reste précaire et tous les acteurs doivent être responsabilisés pour pérenniser la viabilité de ces contrats (médecin, patient, assureur).
- La **mutualisation du risque sur un grand nombre permet de mieux répartir le risque** et de stabiliser les contrats (meilleur rapport P/C). Il faut donc accentuer leur souscription (médiatisation, accompagnement, développement de nouveaux contrats par le recours à de nouveaux OC).
- Le taux d'effort à la cotisation pour ces CS est nettement inférieur aux CS souscrites sur le marché. Elles sont donc un **réel levier en terme de réduction des ISS, par l'accès aux soins.**

Bien que peu transposables, compte tenu des faibles effectifs, les résultats de l'étude qualitative n'en sont pas moins pertinents dans la mesure où la plupart des problématiques inhérentes aux ISS ont été abordées (renoncement aux droits par méconnaissance, gradient de taux d'effort à la santé et à la cotisation, injustice, stigmatisation (préjugés et médecine à deux vitesses).

Les entretiens confirment certaines notions, déjà entrevues dans d'autres travaux, soulèvent d'autres points (« notion de précarité secondaire ») et offrent quelques propositions pertinentes pour une meilleure prise en charge des patients dans le droit commun :

- La culture de la mutualisation reste à encourager comme en témoignent les patients sans AMC se sentant suffisamment « couverts » par leur reconnaissance au titre de l'ALD ou par le régime local d'AM. Ces personnes prennent souvent conscience de l'importance de l'AMC lors d'un problème de santé aigu et coûteux, occasionnant un RAC notable.
- Les personnes (qu'un MG interrogé qualifie de « nouveaux précaires ») suggèrent l'opportunité d'un dépistage de la précarité en consultation, d'autant plus difficile à appréhender au sein de cette « précarité secondaire » qu'elle fait tout pour la dissimuler.
- L'implication et la sensibilisation du secteur primaire à la problématique des ISS doivent être développées en amont (surtout par la formation pratique) et en aval (en encourageant la coordination médico-sociale et en revalorisant le statut du MG).
- Des sujets portent à controverse : au sujet du Tiers-Payant et de la couverture obsèques par la mutualisation.
- Il est primordial que les acteurs sociaux s'investissent dans la problématique de ISS parce que les MG ne peuvent agir seul (AS, partenaires, conseil général).
- Des pistes de réflexion sont proposées pour réduire les ISS :
 - ⇒ Assurer le passage d'une assistante sociale dans tous les foyers des personnes de plus de 75ans pour y détecter les problèmes de couverture sociale (ou autre).
 - ⇒ Développer et harmoniser davantage les logiciels médicaux afin d'y intégrer les notions socio-démographiques des patients et d'accéder plus facilement à leurs historiques de paiement.
 - ⇒ Imposer aux entreprises « à partir d'un salarié » des CS de groupe obligatoires.
 - ⇒ Négocier des contrats CS de groupe pour des salariés n'en disposant pas (ou entrée de gamme) en les regroupant de manière informelle (*exemple de la « Mutuelle du personnel des cabinets médicaux » proposée par Dr J*).
 - ⇒ Assurer une plus grande transparence dans les contrats de CS et dans les modes de distribution des aides sociales.
 - ⇒ Autoriser l'Assurance Maladie à avoir un droit de regard sur les contrats ACS qu'elle finance.
 - ⇒ Supprimer les franchises concernant les ALD et faire respecter les plafonds annuels de 50^E pour les autres.
 - ⇒ Mieux prendre en charge les frais de déplacements (entre souplesse sur les critères de remboursements des bons de transports et suppression des franchises).

E] tableau synthétique des propositions

OBSTACLES	LEVIERS	INTERVENANTS
<u>Au niveau du MG</u>		
Préjugés et méconnaissance des ISS	Formation (initiale et continue), coformations.	MG, Education nationale, Affaires sociales et de la santé
Cloisonnement	Coordination médico-sociale et forfaits pour l'y encourager.	Affaires sociales et de la santé, acteurs sociaux, MG
Défaut de détection de la précarité	Outils pertinents et non discriminants (échelles).	MG, fournisseurs de logiciels médicaux
Facilitation de règlement	Limitations des dépassements (CAS), TP (prévu, social ou intégral).	MG, AMO et AMC
<u>Au niveau du patient</u>		
Culture de la mutualité	Information ciblée, accompagnement dans les démarches.	MG, acteurs sociaux, AMO, Etat, media, associations
Démocratie sanitaire	Ecoute, non discrimination, coformations, participation aux décisions institutionnelles.	Institutions, MG, acteurs sociaux, associations

Au niveau de l'Etat

ISS liées aux RAC ou avances de frais

Mieux rembourser la grossesse, les ALD (suppression des franchises), les déplacements (soins chroniques et de prévention), faire respecter les plafonds annuels de 50^E.

Institutions

Développer le TP (en tenant compte des réticences des MG) par le biais de la « *carte avance santé* ».

Médecins, AMO, AMC, banques

Manque de pertinence des recommandations scientifiques

Tenir compte des ISS dans les ROSP et les recommandations.

HAS

Etendre les PPS à toutes les prises en charge chroniques.

Institutions, acteurs des soins primaires

Manque de temps, de valorisation de l'exercice du MG

Revaloriser les soins primaires (hausse du C, forfaits, encourager l'installation en zone démedicalisée.

Institutions

Incompréhension des aides disponibles, de leur délivrance et des remboursements

Assurer une meilleure lisibilité des remboursements.

Fusion des aides dans une CMUC unique (CMUc, et ACS)

Institutions et acteurs sociaux

Simplification d'obtention de ces aides (guichet unique et renouvellement automatique).

Gradient social en terme de taux d'effort à la santé	Harmoniser les remboursements AMO et AMC pour les postes essentiels (hôpital, médicaments, consultations) plutôt qu'un « bouclier sanitaire » source de renoncement	AMO, AMC
Disparités territoriales dans les actions sociales	Réinvestir les zones défavorisées, visites à domicile systématique chez les plus de 75 ans.	Institutions, acteurs sociaux

Au niveau de la Mutualité

Au sujet des dépassements	Adhérer au CAS.	Institutions et AMC
Au sujet des inégalités dans la structure des contrats de CS	Négociations de contrats de groupe pour les non-salariés (label ACS).	AMC, patients, associations, collectivités
Au sujet des surcoûts à la cotisation	Améliorer la transparence des AMC (frais de gestion) et l'équilibre du contrat en terme de garanties proposées (entre assurance complémentaire et supplémentaire).	AMC et adhérents
Au sujet des inégalités de garanties proposées	Assurer un panier de bien essentiel (hôpital, médicaments, dépassements, obsèques), à partir des <i>desiderata</i> des patients.	AMC et adhérents, associations
Au sujet des difficultés d'affiliations aux contrats groupe des entreprises	Encourager les entreprises à assurer tous leurs salariés dans le cadre des ANI de 2013 et du plan de lutte contre la pauvreté.	Entreprises, institutions, AMC

Au sujet des désaffiliations des contrats groupe

Permettre aux affiliés modestes de pouvoir rompre leur CS (obtention de l'ACS ou de la CMUC, difficultés financières) ou d'en prolonger le bénéfice en cas de rupture professionnelle (licenciement, départ, retraite).

Entreprises, AMC, salariés

A d'autres niveaux

ISS liées à l'alimentation

Etiquetage des produits, médiatisation, redistribution des denrées, détaxation du marché bio.

Institutions (via le PNNS), collectivités, industrie agro-alimentaire

ISS liées à l'activité physique

Démocratisation, médiatisation, culture

Institutions (via le PNNS), collectivités, patients

ISS liées aux addictions

Taxation du tabac et des alcools.

Institutions

ISS liées au logement

Aides au logement, lutte contre l'insalubrité.

Institutions, bailleurs

ISS liées aux revenus

Aides sociales (RSA, ASPA...), politique de l'emploi.

Institutions, marché de l'emploi (entreprises)

ISS liées à l'environnement

Pollution, maladies professionnelles.

Institutions, médecine du travail

CONCLUSION

Il existe des inégalités sociales de santé, en France, notamment dans le domaine de l'accès aux soins, celles-ci liées aux obstacles à l'acquisition d'une complémentaire santé de qualité. Nous avons abordé cette problématique au travers des données bibliographiques et puis, nous appuyant sur des études récentes, nous avons tenté de dégager des pistes d'amélioration.

Lorsque l'on regarde de près ces inégalités, on s'aperçoit de la complexité et de la multiplicité des déterminants qui, intriqués les uns avec les autres, contribuent à les pérenniser. La Société vit une crise économique dans tous ses secteurs depuis près de 40 ans ; la santé n'est pas épargnée. Des décisions sont prises mais certaines sont contradictoires et leurs résultats socialement différenciés. Les ISS se majorent et le fossé se creuse, confortant **ce constat de médecine à deux vitesses**, submergeant les plus pauvres et y entraînant les plus modestes qui jusque-là faisaient face.

Des leviers existent mais il appartient à chacun de s'y impliquer, afin de faire évoluer les mentalités. Les institutions ont leur rôle à jouer, passant d'un modèle d'égalité (où chaque patient a le même droit aux actions de santé), **vers un modèle d'équité** (les interventions de santé étant prioritairement adressées aux personnes en situation de vulnérabilité sociale).

Les différents acteurs du champ de la santé se doivent alors d'être prudents lors de la mise en œuvre de cette « discrimination positive » afin d'éviter tout risque de stigmatisation :

Les médecins, par leur formation, doivent être davantage sensibilisés à ces inégalités afin d'être plus réactifs et efficaces dans leur pratique en situation de précarité. Etant peu confronté à ces questionnements durant ma formation, et sans ce travail de thèse, je n'aurais probablement pas acquis ces connaissances qui me permettront désormais d'optimiser ma pratique future.

L'activité des MG doit être également évaluée à sa juste valeur (dans la rémunération, dans les outils et la coordination avec les acteurs sociaux). Ceci doit leur permettre d'assumer le rôle de « sentinelle du système de santé » que les institutions semblent vouloir leur donner.

Les personnes en situation de précarité doivent être davantage sensibilisées à l'importance d'avoir une Assurance Maladie Complémentaire, particulièrement pour les personnes n'ayant pas eu de gros problèmes de santé et se sentant à tort suffisamment « couvertes » par leur régime d'Assurance Maladie Obligatoire (ALD ou régime local d'Alsace Moselle). Il convient de les impliquer et de les accompagner dans leurs démarches individuelles et collectives (démocratie sanitaire), afin de les responsabiliser vis-à-vis de leur santé et leur permettre de rompre avec l'assistanat.

Les organismes complémentaires doivent être impliqués eux aussi dans le champ de la réforme de l'accès aux soins, qu'il s'agisse de la structure, de la composition ou de la transparence de leurs contrats d'AMC. Cette implication, doit être recherchée, notamment dans la négociation de contrats plus solidaires, moins coûteux et établis sur le modèle des contrats d'entreprises : c'est le cas des contrats de CS ACS (*« la Mutuelle Réseau » à Nancy, la « garantie SMI » nationale et la « garantie ACS » de l'association ACS-P*). Les premiers résultats confirment le besoin de ces populations défavorisées en terme de CS de qualité (le renoncement aux soins est important en son absence), ils confirment également la nécessité d'un accompagnement pour réaliser les démarches (le dédale administratif leur semble étranger et encore trop souvent malveillant) et l'impact positif que ces CS ont sur leur budget (en terme de coût à la cotisation).

Les institutions doivent s'assurer que les mesures prises au titre du plan de lutte contre la pauvreté soient mises en œuvre sur le terrain. Le **Programme Personnalisé de Soins** est en cela un compromis, entre une vision obsolète purement bio médicale de la santé et la vision plus moderne d'une prise en charge globale tenant compte de l'individu dans toute sa complexité (approche bio psycho sociale).

Dans le conflit actuel de l'Institution, **prise entre économie de la santé et volonté de réduction des ISS**, chaque mesure doit être pesée à l'aune des conséquences possibles sur ses citoyens les plus fragiles. Les décisions pertinentes ne se limitent pas au seul champ de la santé, les mesures entreprises dans d'autres domaines (énergie, alimentation, addictions, sport, logement...) reflétant bien la multiplicité des composantes de ces inégalités. Les expérimentations dans la prise en charge ambulatoire des personnes âgées en perte d'autonomie (**PAERPA**) sont encourageantes, pionnières ; elles viennent d'être « anoblies » par la HAS, preuve s'il en est besoin que les mentalités évoluent. Reste à étendre la pratique aux autres champs de la médecine.

Je conclurai sur une note optimiste devant les résultats du nombre d'affiliations aux complémentaires santé (passé de 91.9% en 2004 à 94% en 2011) sous l'impulsion des institutions et des associations telles que le mouvement ATD Quart Monde oeuvrant depuis près de 40 ans pour le droit à la dignité des populations indigentes. (46) (202)

L'objectif présidentiel d'un accès universel à la santé dans le droit commun (*« une mutuelle de qualité pour tous à l'horizon 2017 »*) semble en bonne voie. Il n'en est pas moins vrai que l'équilibre reste précaire en ces temps de crise économique ; il est nécessaire d'assurer une continuité politique dans cette entreprise, politique qui a trop souvent pris des mesures contradictoires au gré des remaniements institutionnels.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMC: Assurance Maladie Complémentaire

AME: Aide Médicale d'Etat

AMO: Assurance Maladie Obligatoire

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE: Aide Sociale à l'Enfance

ACS: Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

CAP: Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CMU: Couverture Maladie Universelle

DAF: Dispense d'Avance de Frais

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires

DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS: Haute Autorité de Santé

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG: Médecin Généraliste

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONPES: Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

PASS: Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé

PMI: Protection Maternelle et Infantile

RAC: Reste A Charge

RMI: Revenu Minimum d'Insertion

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSA : Revenu Solidarité Active

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SS : Sécurité Sociale

TP : Tiers-Payant

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Observatoire des inégalités. Évaluer la pauvreté est un exercice difficile et un sujet de controverses. 18 sept 2012.
- 2- Ernst S., Meriaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Université d'Aix-Marseille; 2013.
- 3- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. Inégalités sociales de mortalité prématurée: la France comparée aux autres pays européens. Les inégalités sociales de Santé, Paris: La Découverte. 2000.
- 4- Wresinski Joseph. Grande Pauvreté et Précarité Economique et sociale. Conseil économique et social; 1987 févr p. 103. [consulté le 01/01/2014].
<http://www.insee.fr/fr/indicateurs/ind14/20131205/Chomage-T313.pdf>
- 5- JDN. La Rédaction. Taux de chômage et chômeurs en France : stabilité du taux de chômage au 1er trimestre. [consulté le 05/06/2014].
<http://www.journaldunet.com/economie/magazine/en-chiffres/chomeurs-en-france.shtml>
- 6- Pierre Larcher. «La parabole du trampoline». Revue Quart Monde, N°184 - La santé pour tous : pour quand ? Année 2002. Revue Quart Monde [on line].
<http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2458>.
- 7- ATD Quart Monde. Actes du séminaire « Inégalités de santé, précarité et développement durable : quelles perspectives ? Les plus pauvres, acteurs et partenaires. » 2011.
- 8- Viva.presse.fr. Didier Tabuteau appelle à un New Deal de l'assurance-maladie [consulté le 23/09/2013]. <http://www.viva.presse.fr/didier-tabuteau-appelle-un-new-deal-de-assurance-maladie-168092>.
- 9- Fosse S, Fagot-Campagna A. Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine – Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2011.
- 10- LMDE, IFOP. « Santé et conditions de vie des étudiants », L'ouvrage pour tout savoir sur la santé des jeunes. coédité par la Mutualité Française et Rue des écoles; 2012.
- 11- Païta M, Ricordeau P, Studer A, Roquefeuil L de, Vallier N, Weill A. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Points Repère Cnamts. août 2007;(8):12.
- 12- Collège de Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? 8 mars 2014. [consulté le 01/04/2014] disponible sur <http://www.lecmg.fr/documents/Enregistrement%20sociale%20Mars%202014.pdf>
- 13- Bricard D. Construction des inégalités des chances en santé à travers les modes de vie. [Thèse de Doctorat d'Etat, Sciences économiques]. Université de Paris-Dauphine ; 2013.
- 14- Emmanuelle Cambois, Florence Jusot. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique.
- 15- Engel : modèle biopsychosocial : Vannotti M. Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social [on line]. CERFASY. [consulté le 01/01/2014]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/modles%20bio-mdical%20et%20bps.pdf>

- 16- Van Doorslaer E. et Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. Ecuity II Working Paper. 2002.
- 17- ATD Quart-Monde. En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté. Editions Quart-Monde. Paris, 2013.
- 18- Jonas N. INSEE 2011. Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul. [consulté le 01/01/2014] disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1426
- 19- Alcer K, Benson G, Blom AG, Börsch-Supan A, Das M, Garrouste C. Retrospective Data Collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. MEA, 2011.
- 20- Le score EPICES: score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH. 2006, 14, p. 93.
- 21- Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Université Joseph Fournier : faculté de Médecine de Grenoble; 2011.
- 22- Safon MO. Historique des réformes hospitalières en France. IRDES [on line] 2011 ; disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>
- 23- Geprif.fr. Le secteur social et médico-social : histoire d'une refondation...[consulté le 01/03/2014] disponible sur : http://www.geprif.fr/IMG/pdf/Le_Secteur_Social_et_Medico-Social_-_Histoire_d_une_refondation.pdf
- 24- Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. DREES [on line] avril 2013; 179. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>
- 25- Le Généraliste.fr. Baisse des effectifs de généralistes libéraux au 1er janvier 2014. [on line] [cité le 26 avril 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr>
- 26- article ADSP. [consulté le 01/01/2014] disponible sur : <http://www.hcsp.fr>
- 27- Otton B. Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé. La Médecine Générale dans le Roannais: État des Lieux et Perspectives. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Université Claude Bernard-Lyon1: faculté de Médecine Lyon Est; 2010.
- 28- Budget alloué au curatif en 2002 : Annie Fenina, Geffroy Y. , Corinne Minc, Thomas Renaud, Emmanuelle Sarlon, Catherine Sermet DRES, IRDES. Les dépenses de prévention et les dépenses de soin par pathologie en France. juill 2006;(111):8.
- 29- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 30- Kambia-Chopin B, Perronnin M. Deductibles and the Demand for Prescription Drugs: Evidence from French Data. IRDES [on line] février 2013; DT n°54. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT54DeductiblesAndDemandPrescriptionDrugs.pdf>
- 31- Le Généraliste.fr. Pas assez de généralistes professeurs pour les thèses des futurs généralistes. [on line] [cité le 15 avril 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr>
- 32- Gaidioz C, Ruhlmann S. Pourquoi la spécialité « médecine générale » est-elle mal classée aux choix des épreuves classantes nationales ? Etude des représentations des étudiants lyonnais du PCeM1 au DCEM4. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Université Claude Bernard-Lyon1 : UFR de Médecine Lyon-RTH Laennec ; 2008.
- 33- Le Généraliste.fr. Du neuf pour le médecin traitant avec le parcours des vieux.[en ligne] [cité le 21 mars 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr>

- 34- Fonds CMU. Évaluation de la Loi CMU. [on line] novembre 2011 ; rapport N°V [consulté le 01/01/2014] disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000124/0000.pdf>
- 35- Bernard M. Mémoire de master 215. [consulté le 01/01/2014].
- 36- Boissonnat-Pikus AC. Identification des obstacles à la prise en charge des pathologies chroniques en milieu précaire, et des stratégies pour y remédier.[Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Faculté de médecine de Nancy : université de Lorraine ; 2013.
- 37- Aubert J.-P., Falcoff H., Flores P., Gilberg S., Hassoun D., Petrequin C., et al. Dépistage mammographique individuel du cancer du sein. *Revue du praticien - medecine generale*, 1995, n° 9 : p. 40-51.
- 38- Lombrail P, Pascal J. Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. [en ligne] 2010 ; Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action : 380 p. [cité le 01/01/2014] disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr>
- 39- Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. [consulté le 01/01/2014] disponible sur :
<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>; 17 septembre 2013.
- 40- ODENORE . L'envers de la fraude sociale. Paris ; 2012.
- 41- Fonds CMU. REFERENCES [on line] n°54 [cité en janvier 2014] disponible sur :
www.cmu.fr
- 42- Fonds CMU. Point n°4. Présentation de l'étude sur le non recours à l'ACS : les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille. Université de Paris Dauphine. 28 novembre 2013.
- 43- Fonds CMU, EN3S. Etude des motifs de non renouvellement de l'ACS (présentation des premiers éléments). Université de Paris Dauphine. 28 novembre 2013.
- 44- Warin P. L'envers de la fraude. [on line] [cité le 02 avril 2013] disponible sur :
http://www.nvo.fr/article_archives.php?IDchapitre=1567&nbr=4
- 45- Després C, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *IRDES*. 2011 oct; 169.
- 46- UFC que choisir. Coût de la santé pour les ménages : vers la démutualisation des populations fragiles ? coût de la santé ; septembre 2011 [on line] [cité le 21 septembre 2011] disponible sur : http://www.nvo.fr/article_archives.php?IDchapitre=1567&nbr=4
- 47- Dourgnon P, Or Z, Sorasith C. L'impact du dispositif des ALD sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. *Questions d'économies à la santé* [on line] janvier 2013 ; n°183. Disponible sur :
www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes183.pdf
- 48- Rapport IGAS n° RM 2007-054P sur les dépassements d'honoraires médicaux en ville et en établissements [Texte mis en ligne le 18 avril 2007].
- 49- Le Généraliste.fr. Remaniement. Ces quatre urgences de santé qui attendent le gouvernement Valls. [on line] [cité le 31/03/2014] disponible sur :
http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/03/31/ces-quatre-urgences-de-sante-qui-attendent-le-gouvernement-valls_239116
- 50- Univadis.fr. Les dépassements d'honoraires arrêtent d'augmenter.[on line] [cité le 06 mars 2014] disponible sur : <http://www.univadis.fr/actualites-metier/Les-depassements-d-honoraires-arretent-d-augmenter>

- 51- H. Maurey. Déserts médicaux: agir vraiment. commission du développement durable; 2013 févr. Report No.: n° 335.
- 52- ONZUS. Les principaux résultats du rapport 2012 de l'Onzus. Les éditions du CIV[on line] novembre 2012 ; [cité le 16 novembre 2012] disponible sur : <http://www.ville.gouv.fr/?rapport-2012-de-l-onzus-novembre>
- 53- IFOP, Jalma. Observatoire de l'accès aux soins , Enquête auprès des Français et des professionnels de santé [Internet]. 2011 oct. Report No.: 19743. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf
- 54- Yssup Research pour le groupe point Vision. Etude nationale d'évaluation d'accès à la consultation en ophtalmologie ; 5 février 2014.
- 55- Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers-payant pour les consultations de médecine de ville. IGAS. Juillet 2013.
- 56- Després C. Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique. DREES ; n° 119. Mars 2012.
- 57- Rode A. Le non-recours aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes. [thèse de Doctorat d'Etat, Sciences politiques] Université de Grenoble : Institut d'études politiques de Grenoble ; 2010.
- 58- Boissonnat Pelsy H, Sibue de Caigny C. Stratégies de recours à la médecine de proximité dans les populations démunies. ATD Quart-Monde. Octobre 2009 ; 34 pages.
- 59- Querrioux I, Flye-Sainte-Marie C. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.[Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Nancy: Henri Poincaré; 2011.
- 60- Observatoire des inégalités. Évaluer la pauvreté est un exercice difficile et un sujet de controverses. Dossier « Les enfants et la pauvreté » du magazine du Secours populaire *Convergence*, n° 326 ; septembre - octobre 2012.
- 61- Geremek B. La potence ou la pitié ; éd. Gallimard, p. 294. 1984.
- 62- Fonds CMU. REFERENCES [on line] n°53 [cité en octobre 2013] disponible sur : www.cmu.fr
- 63- Fonds CMU. REFERENCES [on line] n°55 [cité en avril 2014] disponible sur : www.cmu.fr
- 64- Caffet JP. Projet de loi de finances pour 2014 : Santé. [on line] ; Rapport général n° 156 (2013-2014), fait au nom de la commission des finances, déposé le 21 novembre 2013. [cité le 09 juin 2014] disponible sur : <http://www.senat.fr>
- 65- Fonds CMU, 51^{ème} promotion EN3S. La mesure de la satisfaction des bénéficiaires de la CMU-c sur les plans administratif et sanitaire. Dispositif Recherche-Action. Ecole nationale supérieure de sécurité sociale. Juin 2013.
- 66- Poncet R, Warin P. Les effets d'une complémentaire santé gratuite ou aidée sur l'accès aux soins. Etude comparée de l'efficience des dispositifs existants dans le département des Alpes de Haute-Provence. Grenoble. Août 2012.
- 67- Fonds CMU. Rapport d'activité 2012 : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [on line] [cité le 21 juin 2013] disponible sur : <http://www.cmu.fr/>
- 68- Site de l'Assurance Maladie. [consulté le 01/04/2014]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/>

- 69- 40e congrès de la Mutualité Française. L'accès aux soins. Quel rôle pour la Mutualité ? Quel rôle pour les Mutuelles ? Nice. 18-19-20 octobre 2012.
- 70- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. 26 juillet 2011.
- 71- Coppoletta R, Le Palud V. Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? DREES 2014 [en ligne] février 2014 ; n°866. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr>
- 72- Agence Nouvelle des Solidarités Actives. Les jeunes et la santé, comment être plus solidaire ? Synthèse du débat public réalisé sur la base d'un travail collectif de 22 jeunes. Cahier des acteurs. Palais d'Iéna, Paris ; le 2 décembre 2013.
- 73- OCDE. Comparaison du bien-être des enfants dans les pays de l'OCDE. Assurer le bien-être des enfants. 2009.
- 74- John G. Freeman JG, King M, Pickett W. La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale. Rapport du volet canadien de l'enquête 2009-2010 sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (enquête HBSc de l'OMS). 2011
- 75- Kessler RC *et al.* Associations of Housing Mobility Interventions for Children in High-Poverty Neighborhoods With Subsequent Mental Disorders During Adolescence. JAMA. 2014; 311(9):937-948.
- 76- Prescrire. Espérance de vie, cancer : les deux France. Rev.Prescrire. 2007;27(279):66-67.
- 77- Fédérici L. « La prise en charge des patients migrants en médecine générale : soigner mieux en connaissant plus » [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Sorbonne universités : l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI) ; 2012.
- 78- Le Collectif Interassociatif Sur la Santé . Quelle santé après 2012 ? Regards croisés sur la santé [en ligne] Lettre du CISS, n°5 ; décembre 2011. Disponible sur : <http://www.leciss.org/>
- 79- Chassaing M. "Pacte territoire santé" : tous critiques... sauf la CSMF ! [cité le 12/02/2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 80- Prescrire. Prendre en compte l'illettrisme pour mieux le soigner. Rev.Prescrire. Août 2010;30(322):573.
- 81- Prescrire. L'origine sociale, facteur d'inégalités de santé. Rev.Prescrire. Juillet 2013;33(357):537.
- 82- Prescrire. Inégaux face à la santé. Du constat à l'action. Rev.Prescrire. Août 2010;30(322):572.
- 83- Prescrire. ISS en France aussi. Rev.Prescrire. Août 2010;30(322):570.
- 84- Prescrire. Aggravation des ISS en France. Rev.Prescrire. 2006;26(278):861.
- 85- Prescrire. Personnes sans papier : des obstacles partout en Europe. Rev.Prescrire. Août 2010;30(322):578-579.
- 86- Le quotidien du médecin. Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé : pourquoi les bénéficiaires potentiels ne recourent pas au dispositif [on line] [cité le 25/04/2014] disponible sur : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/>
- 87- ATD Quart Monde. Actes du séminaire du 5 mars 2011 : Les plus pauvres interrogent notre système de santé. 2011.
- 88- Boukris.S. « Demain vieux pauvres et malades » [on line] [cité le 25/04/2014] disponible sur : <http://www.frequencemedicale.com/>

- 89- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Généralisation du tiers payant : installation du comité d'orientation. [consulté le 01/04/2014]. Disponible sur <http://www.social-sante.gouv.fr/>
- 90- Bronner C. Enquête FMF sur la perception du tiers payant. Du 14 au 25 octobre 2013. [consulté le 01/05/2014]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/Resultats_TP_octobre_2013_resultats_globaux.pdf
- 91- Les colloques de MG France. Les inégalités sociales de santé. Un défi pour la médecine générale. Le syndicat des médecins généralistes. Maison des Métallo, Paris 11^e. Jeudi 6 juin 2013.
- 92- Schindler C. Sport santé sur ordonnance : une expérimentation unique en France [consulté le 01/05/2014] disponible sur http://www.appa-alsace.fr/_docs/19/Fichier/31-130617114023.pdf
- 93- Aulagnier M., Videau Y., Combes J.-B., Sebbah R., Paraponaris A., Verger P., et al. Pratiques des medecins generalistes en matiere de prevention : les enseignements d'un panel de medecins generalistes en Provence-Alpes- Cote d'Azur. Pratique et organisation des soins, 2007.
- 94- Yarnall K.S.H, Pollak K.I, Østbye T *et al.* Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? *Am J Public Health.* 2003 April; 93(4): 635–641.
- 95- MILLET (Mathias), THIN (Daniel), « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et Politiques-RIAC, Temporalités. Le temps : un enjeu social et politique*, n° 54, automne 2005, p. 153-162.
- 96- Ordres National des Médecins, Université de Lorraine. Rencontres médico-juridiques sur l'accès aux soins des personnes précaires. Faculté de Droit, Nancy.16 avril 2014.
- 97- Mouvement ATD Quart-Monde. « Et si nous vous parlions de notre santé. Rapport final année 2008. Recherche action contrat Poliville F2008ANCY-292. Avril 2009.
- 98- Le Généraliste.fr. Etude "Fecond 2013". Pilule: les femmes les plus défavorisées premières victimes de la polémique ? [on line] [cité le 13 mai 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 99- Pailhes S. De la PASS au système de santé de droit commun. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Université Claude Bernard, Lyon I; 2008.
- 100- Delatte-Balland M. Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Université de Lorrain : faculté de médecine de Nancy ; 2012.
- 101- Emmanuelle Nauze-Fichet, 2008, « Regards des bénéficiaires de minima sociaux sur le travail, le chômage et les allocations », in Michèle Lelièvre, Emmanuelle Nauze-Fichet (dir.), *RMI, l'état des lieux 1988-2008*, éd. La Découverte.
- 102- Rondet C. Pourquoi les patients socialement vulnérables ne parlent pas de leurs symptômes dépressifs à leur médecin traitant ? 8^{ème} congrès de la Médecine Générale France. Paris.3-4-5 avril 2014 .
- 103- Observatoire des inégalités. La pratique sportive selon le diplôme et le revenu. [on line] [cité le 26 novembre 2003] disponible sur : http://www.inegalites.fr/spip.php?article156&id_mot=82
- 104- Bardey D, Couffinhal A, Grignon M. Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé. Questions d'économie de la santé [en ligne] juin 2002 ; n° 53. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes53.pdf>

- 105- Salle J. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile de France girondins [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Paris : UFR de Médecine Pierre et Marie Curie ; 2010.
- 106- Petitcollot L. Les patients bénéficiaires de la CMUC: représentations des internes en médecine générale d'Ile de France et facteurs influençant ces représentations. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Paris IV; 2011.
- 107- Le CISS. Le baromètre des droits des malades. Rapport de résultats. [en ligne] Mars 2014 [consulté le 01/05/2014] disponible sur : http://www.leciss.org/sites/default/files/140319_Barometre-Droits-Malades-2014-CISS-Lh2_Rapport.pdf
- 108- Baudis D. Le Défenseur des Droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUc, de l'ACS et de l'AME. Rapport remis au Premier ministre. Mars 2014.
- 109- La revue Prescrire. Toxicomanie : la discrimination. 2010 août ; 30 (322) : 580.
- 110- La revue Prescrire. Des patients renoncent aux soins pour des raisons financières. 2010 août ; 30 (322) : 585.
- 111- Azria E. L'humain face à la standardisation du soin médical. Vie Idées [Internet]. 26 juin 2012; Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation.html>
- 112- Lanja A. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/ paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale] Montpellier, Université de Montpellier 1 ; 2014.
- 113- Le Généraliste.fr. Pour les généralistes, la ROSP rime plus avec économies qu'avec santé publique . [en ligne] ; [cité le 26 février 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 114- Deveugele M., Derese A., De Bacquer D., Van Den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J. Consultation in general practice: A standard operating procedure? Patient Education and Counselling, n° 54 : p. 227-233. 2004.
- 115- Fréquence M. Les cabinets de SOS médecins remis en cause par les généralistes. [en ligne] ;[cité le 26 mai 2014] disponible sur : <http://www.frequencemedicale.com/>
- 116- Guerin P . SOS Médecins au cœur de la permanence des soins en France. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/actualite/actualites/1-actualite/166-sos-medecins-au-cur-de-la-permanence-de-soins-en-france>
- 117- Belloli D. La santé des personnes en situation de précarité : une co-formation fourniture des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature ? [Thèse de Doctorat d'Etat, Sociologie]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2012
- 118- Robert S. Construction et validation d'un score individuel de précarité utilisable en soins primaires : une étude à partir de la cohorte santé, inégalités et ruptures sociales. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Paris 6 : Université de médecine Pierre et Marie Curie ; 2013.
- 119- OMD54. Le rôle du médecin dans la prise en charge de la précarité. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.odm54.com>
- 120- Falcoff H, Potvin L. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? INPES; p. 386.

- 121- Beach M.C., Gary T.L., Price E.G., Robinson K., Gozu A., Palacio A., et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: A systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health*, 2006, n° 6 : p. 104.
- 122- Jacobson V.J., Szilagyi P. Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, n° 3: CD003941.
- 123- FHF et Médecins du Monde. La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'Hôpital et dans le système de soins. [en ligne] mai 2014; disponible sur : <http://www.hopital.fr/>
- 124- Bronson Dussán K, Galbraith EM, Grzybowski M, Motyka Vautaw B, Murray L et al. Effects of a refugee elective on medical student perceptions. *BMC Med Education*. 2009; 9:15.
- 125- Michelle Ko, Kevin C. Heslin, Ronald A. Edelstein, Kevin Grumbach. The Role of Medical Education in Reducing Health Care Disparities: The First Ten Years of the UCLA/Drew Medical Education Program. *J Gen Intern Med*. May 2007; 22(5): 625–631.
- 126- Laire-Tavares C. Les futurs généralistes en attente de profs et de leur diplôme...Le Généraliste. [en ligne] ; [cité le 18/04/14] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 127- Le Généraliste.fr. Economies : Touraine donne le détail de la facture. [en ligne] ; [cité le 25/04/14] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 128- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Défenseur des droits. Usagers : votre santé, vos droits.. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/usagers-de-la-sante_vos-droits_ddd_edition-2014.pdf
- 129- Galès B. Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation «santé et gens du voyage ». A propos d'une étude qualitative. [Thèse de Doctorat d'Etat, Médecine Générale]. Grenoble : université Joseph Fourier; 2010.
- 130- INPES. Réduire les inégalités sociales de santé dès la petite enfance. La santé en action.[en ligne] décembre 2013 ; n°426. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/>
- 131- ATD Quart-Monde. [consulté le 01/01/2014] disponible sur : <http://www.atd-quartmonde.fr/-Qui-sommes-nous-.html>
- 132- WRESINSKI J, Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987.
- 133- République française. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. *Journal Officiel* du 31 juillet 1998: 175.
- 134- Groupe de recherche action-formation Quart Monde Partenaire. Le croisement de pratiques. Quand le Quart-Monde et les professionnels se forment ensemble. Editions Quart-monde 2002: 227 p.
- 135- Groupe de travail : Santé des Gens du voyage. Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS. La santé des gens du voyage. Comprendre et agir. 2009
- 136- Debionne FP., « La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin », Paris, Editions de l'atelier/Editions ouvrière, Les Editions Quart Monde, 2000.

- 137- Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et Circulaire du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Ministère des solidarités, de la santé et des familles, www.sante-gouv.fr
- 138- Loi portant création d'une Couverture Maladie Universelle du 27 juillet 1999, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr
- 139- Fonds CMU. Rapport d'évaluation de la loi CMU. Rapport n°IV. Juillet 2009.
- 140- FNARS. Compte rendu final de l'expérimentation « Mutuelle Réseau ». Nancy. 24/01/2014.
- 141- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. [en ligne] ; [cité le 12 décembre 2012] disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/handicap-exclusion,775/dossiers,806/lutte-contre-la-pauvrete-et-pour-l,2380/conference-de-decembre-2012,2389/les-films-de-la-conference,2392/tous-les-films-reunis,15460.html>
- 142- ATD Quart-Monde. Conférence gouvernementale sur la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Les attentes d'ATD Quart-Monde. Communiqué de presse. Paris, le 05 décembre 2012.
- 143- Comité interministériel de lutte contre les exclusions. Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. 21 janvier 2013.
- 144- ATD Quart-Monde. Laboratoire d'usage. Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité. 20 et 27 février 2013.
- 145- Ociane. Une nouvelle garantie santé adaptée aux bénéficiaires de l'ACS. [consulté le 01/05/2014] disponible sur <http://www.ociane.fr/Lists/DocumentInformation/ACS-Depliant%20Garantie%20Sante%20Aide%20Complementaire%20Sante.pdf>
- 146- ACS-P. Accès à la santé pour tous. Communiqué de presse. Paris, le 05 juillet 2013.
- 147- ATD Quart-Monde. Une association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité et un contrat dédié construit avec les usagers en situation précaire par cinq mutuelles. Juin 2013.
- 148- SMI, FNARS Lorraine. Présentation des comptes de résultats pour la période 2011 à 2013. Arrêté au 31/08/2013. Mars 2014.
- 149- Harmonie mutuelle. Chiffres d'adhésion au 31 mars 2014.
- 150- Harmonie mutuelle. Comptes de coassurance Produit ACS, CA au 28 mai 2014.
- 151- INSEE. Composantes de la croissance démographique, France hors Mayotte. [consulté le 01/04/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/>
- 152- Marie-Anne LE GARREC, Marion BOUVET . Comptes nationaux de la santé 2012. DREES [on line] septembre 2013; n°185. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185.pdf>
- 153- Viel L. Assurance maladie : les dépenses de soins de ville en hausse de 2,3% au premier trimestre. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.argusdelassurance.com/institutions/assurance-maladie-les-depenses-de-soins-de-ville-en-hausse-de-2-3-au-premier-trimestre.76663>
- 154- Viel L. Sécu : les dépenses de médicaments en baisse en 2013. [consulté le 01/05/2014]. Disponible sur : <http://www.argusdelassurance.com/institutions/secu-les-depenses-de-medicaments-en-baisse-en-2013.75736>
- 155- GIS-IRESP. Appel à la recherche 2011 de l'Institut de recherche en Santé Publique. [consulté le 01/01/2014] disponible sur : http://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_cereso_reu_odenore_4_nov_2013.pdf

- 156- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14&date=20100304>
- 157- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=BV-57589>
- 158- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=com-57039>
- 159- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=com-51108>
- 160- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=com-55029>
- 161- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=com-88451>
- 162- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=BV-54580>
- 163- Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DRESS. avr 2006;(481):8.
- 164- Direction des Missions France de Médecins du Monde. Plaidoyer pour un accès aux soins des plus vulnérables en France. 2012 mai p. 36 p
- 165- M. Kayser. Pratique médicale et accès aux soins. Pratique, les cahiers de la médecin utopique.
- 166- Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. Santé Publique. avr 2003;15:479-484.
- 167- Réquillart H. Le "NS" dans le collimateur. Univadis.fr [en ligne] ; [cité le 21 mai 2014] disponible sur : <http://www.univadis.fr/>
- 168- Comment améliorer la prise en charge des personnes vulnérables. [consulté le 30/05/2014]. Disponible sur : <http://www.decisionsante.com/>
- 169- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455G.pdf
- 170- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013.
- 171- Yvon B., Lehr-Drylewicz AM., Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine, Volume 3, Numéro 2, 83-8, Février 2007, Vie professionnelle.
- 172- Robelet M., Lapeyre N, Zolesio E. « Les pratiques professionnelles des jeunes, générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans ». Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janvier 2006.
- 173- FHF. Sondage "Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés". [consulté le 01/01/2014] disponible sur : <http://www.fhf.fr/Actualites/Actualites/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>
- 174- Haroche A. Nos confrères européens dépassent aussi. [consulté le 01/05/2014] disponible sur http://www.jim.fr/medecin/pratique/recherche/e-docs/nos_confreres_europeens_depassent_aussi__134054/document_actu_pro.phtml)

- 175- UNOF. Généralisation du tiers-payant : garder la liberté. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.unof.org/+Generalisation-du-tiers-payant+.html>
- 176- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=reg-42>
- 177- Cour des Comptes. Communication des affaires sociales du Sénat (art. LO 132-3-1 du code des juridictions financières). « le régime d'Assurance Maladie Complémentaire Obligatoire d'Alsace-Moselle ». Novembre 2011.
- 178- Office des Séniors de Châlons-en-Champagne. CLIC des cités en Champagne. [consulté le 01/05/2014] disponible sur <http://www.office-clic-chalons.fr/>
- 179- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES450B.pdf
- 180- INSEE. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.insee.fr/>
- 181- Entretien avec D.Tabuteau sur RTL le 15/04/2014.
- 182- Masland MC, Lou C, Snowden L. Use of Communication Technologies to Cost-Effectively Increase the Availability of Interpretation Services in Healthcare Settings. *Telemed J E Health*. 2010 July; 16 (6): 739-745.
- 183- Le Généraliste. « En matière de prévention, les Français plébiscitent leur médecin généraliste. [en ligne] [cité le 13 mai 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 184- Entretien avec P.Bouet, directeur de la CNOM. Des médecins sanctionnés pour honoraires excessifs. [on line] ; [cité le 06 mars 2014], disponible sur : <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-des-medecins-sanctionnes-pour-honoraires-excessifs-12792.asp?1=1>
- 185- Derney J. Soins aux émirs : Martin Hirsch "assume". *Le JDD* [consulté le 20/05/2014] disponible sur : <http://www.lejdd.fr/Societe/Sante/Soins-aux-emirs-Martin-Hirsch-assume-666872>
- 186- Didier Fassin, Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute, Paris, La Découverte, 2004, 198 pages.
- 187- Dahlia Namian. *Cahiers de recherche sociologique* , n° 41-42, 2005, p. 279-282.
- 188- Collectif Interassociatif Sur la Santé. Loi de santé : 30 propositions, pour une révolution en marche avec les patients. 2014
- 189- HAS. Programme personnalisé de soins (PPS). Février 2012.
- 190- Univadis.fr. Exclusif : hostilité générale des professionnels de santé à une modulation des remboursements en fonction des revenus. [cité le 23/04/2014] disponible sur : <http://www.univadis.fr/actualites-metier/a70c34f0d17ad6f215bd901d44cd6729>
- 191- Cour des Comptes. [consulté le 01/05/2014] disponible sur <http://www.senat.fr/rap/r11-443/r11-443-annexe.pdf>
- 192- INSEE, DARES , AGRESTE, DGAFP. Répartition de la Population Active en France. Mars 2013.
- 193- Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. [en ligne] Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 194- Requillard H. Le CAS dans l'impasse? Univadis.fr [en ligne] ; [cité le 23 mai 2014] disponible sur : <http://www.univadis.fr/>
- 195- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan National Nutrition Santé 2011-2015 [en ligne] disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/>

- 196- Le Généraliste.fr. Inégalités sociales de santé et alimentation: les recos de l'INSERM. [en ligne] ; [cité le 14 mai 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 197- Univadis.fr. De l'eau dans le vin des pauvres anglais. [en ligne] ; [cité le 21 mai 2014] disponible sur : <http://www.univadis.fr/>
- 198- Article sur la taxation du tabac en France. [consulté le 01/05/2014] disponible sur <http://www.planetecampus.com/actu/59336-tabac-hausse-des-prix-ce-lundi>
- 199- OMS. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. [en ligne] 2010 ; 60 pages. Disponible sur : <http://www.who.int/>
- 200- Le Généraliste.fr. Les médecins du sport veulent intégrer la prescription d'activité physique dans la ROSP. [en ligne] ; [cité le 22 février 2014] disponible sur : <http://www.legeneraliste.fr/>
- 201- Gouby T. Prévention / Santé : Du sport pour réduire le coût des soins. [consulté le 01/05/2014] disponible sur : <http://www.news-assurances.com/actualites/prevention-sante-du-sport-pour-reduire-le-cout-des-soins/016764845>
- 202- Prescrire. Affections de longue durée en France : un dispositif à améliorer. Rev.Prescrire. mars 2010 ; 30 (317) : 214-221.

ANNEXES

Annexe 1 : conditions d'attribution de la CMUc (au 1^{er} juillet 2013 ; source <http://www.ameli.fr>)

Plafond annuel de ressources pour l'attribution de la CMUcomplémentaire, applicable au 1 ^{er} juillet 2013		
Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine	Montant du plafond annuel dans les départements d'outre-mer*
1 personne	8 593 euros	9 564 euros
2 personnes	12 889 euros	14 346 euros
3 personnes	15 467 euros	17 215 euros
4 personnes	18 045 euros	20 084 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 437,182 euros	+ 3 825,585 euros

* hors Mayotte où la CMU complémentaire ne s'applique pas.

Annexe 2 : conditions de ressources à l'ACS (au 1^{er} juillet 2013 ; source <http://www.ameli.fr>)

Plafond de ressources au 1er juillet 2013

Plafond maximum de ressources pour l'attribution de l'ACS, applicable à compter du 1er juillet 2013		
Nombre de personnes composant le foyer	Plafond annuel en France métropolitaine	Plafond annuel dans les départements d'outre-mer*
1 personne	11 600 euros	12 911 euros
2 personnes	17 401 euros	19 367 euros
3 personnes	20 881 euros	23 240 euros
4 personnes	24 361 euros	27 114 euros
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 4 640,196 euros	+ 5 164,539 euros

* hors Mayotte où l'ACS n'est pas applicable.

Annexe 3 : montant de l'ACS (au 1^{er} juillet 2013 ; source <http://www.ameli.fr>)

Montant de l'aide pour une complémentaire santé	
Âge du bénéficiaire (au 1 ^{er} janvier de l'année en cours)	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

Annexe 4 : Complément local à l'ACS en Meurthe et Moselle
(au 1^{er} juillet 2013 ; source appel de la CPAM de Nancy)

Complément local CPAM du 54		
âges	Cas général (patients bénéficiant de l'ACS mais sous certaines conditions (> 65ans, familles monoparentales...))	Patients juste au-dessus du plafond ACS (ACS + 10%)
< 16 ans	25 euros	50 euros
16-49 ans	50 euros	100 euros
50-59 ns	50 euros	150 euros
➤ Ou = 60ans	50 euros	200 euros

Annexe 5 : Conditions de ressources pour l'attribution du RSA (au 1^{er} janvier 2014 ; source www.caf.fr)

Montants forfaitaires (montants valables à compter du 1 ^{er} janvier 2014)		
Nombre d'enfants ou de personnes à charge	Vous vivez seul(e) *	Vous vivez en couple
0	499,31 €	748,97 €
1	748,97 €	898,76 €
2	898,76 €	1 048,55 €
Par enfant ou personne en plus	199,72 €	199,72 €
* Ces montants peuvent être majorés, sous certaines conditions, pour les personnes seules assurant la charge d'un enfant né ou à naître.		

RSA = (montant forfaitaire + 62 % revenus d'activité du foyer) – (autres ressources du foyer + forfait logement)

Revenus d'activité du foyer :

Moyenne mensuelle de l'intégralité des revenus d'activité ou assimilés perçue par l'ensemble des membres du foyer sur le trimestre précédent (salaires, revenus de stage de formation, revenus d'une activité indépendante).

Autres ressources du foyer :

Moyenne mensuelle des ressources du foyer perçues sur le trimestre précédent (revenus d'activité, pensions alimentaires, rentes, indemnités de chômage...) et certaines prestations familiales perçues le mois d'examen du droit (allocation de soutien familial, allocations familiales...)

Forfait logement :

Les aides au logement sont prises en compte de façon forfaitaire

Si vous recevez une aide au logement ou si vous n'avez pas de charge de logement, votre Rsa sera réduit de :

- 59,92 euros** pour une personne seule
- 119,84 euros** pour 2 personnes
- 148,30 euros** pour 3 personnes ou plus.

Annexe 6 : *questionnaire social (thèse Dr Robert Paris septembre 2013)*

- 1. Niveau d'études**
- 2. Catégorie socioprofessionnelle**
- 3. Statut professionnel**
- 4. Assurance maladie**
- 5. Situation affective**
- 6. Type de ménage**
- 7. Situation dans le logement**
- 8. Financièrement**
- 9. Sentiment de solitude**
- 10. Origine migratoire**

Annexe 7 : questionnaire social (ODM de Meurthe et Moselle avril 2014)

Lorsque vous constatez :

- difficultés d'avance de frais
- absence régulière aux rendez-vous
- défaut d'hygiène, "négligence"
- consultations chez les spécialistes non honorées, examens complémentaires non réalisés
- gestion du traitement au jour le jour, inobservance, interruption du traitement
- consulte quand "ça va mal", de manière impromptue
- difficultés d'éducation hygiéno-diététique, mauvais état bucco-dentaire
- manque de suivi vaccinal, gynécologique
- comportement agressif
- mauvais état de santé

Ou si votre patient appartient à une catégorie sociale plus souvent précarisée :

les jeunes en situation de vulnérabilité, les familles monoparentales féminines, les personnes âgées, les populations étrangères, immigrées ou issues de l'immigration, les immigrés vieillissants isolés, les gens du voyage, les personnes détenues et sortant de prison.

Interrogez votre patient afin de dépister d'éventuelles difficultés, souvent dissimulées par pudeur :

- Pourquoi ne s'est-il pas rendu aux rendez-vous ?
- Bénéficie-t-il d'une couverture sociale adaptée ?
- A-t-il rencontré des difficultés de transport pour s'y rendre ?
- Comment s'est déroulé le dernier rendez-vous avec le spécialiste ?
- Pourquoi a-t-il interrompu son traitement ?

Identifier les difficultés doit permettre de repérer les patients présentant des facteurs de vulnérabilité :

- d'ordre économique : bénéficiaires des minima sociaux, travailleurs pauvres, personnes surendettées, emplois précaires, absence prolongée d'emploi, étudiants,
- d'ordre culturel : personnes illettrées, personnes d'origine étrangère,
- d'ordre relationnel : parents isolés, jeunes en rupture familiale, grands marginaux,
- liés à une rupture : veuvage, divorce, licenciement, sortie de prison, sortie d'établissement de santé sans solution d'accueil, étrangers en situation irrégulière,
- relevant d'un manque de qualification : jeunes en échec scolaire ou sortis du dispositif de formation sans qualification,
- d'ordre matériel : personnes sans logement ou en logement précaire,
- d'ordre personnel : antécédents de maltraitance, faible estime de soi, histoire personnelle de "parcours de rue" (grande précarité),
- d'ordre pathologique : poly-pathologies, maladies psychiatriques, addictions, handicaps.

Annexe 8 : Guide d'entretien auprès des patients

Descriptif :

- Situation personnelle (âge, famille, lieu de vie, nationalité)
- Sources de revenu, motorisation, profession ?
- Problème de santé et/ou traitement au long cours ? (optique, dentaire...)
- Complémentaire santé ?
- Quel rapport aviez-vous à la santé dans votre enfance ?

Votre couverture AMC :

- *Si absence d'AMC*: Pourquoi ? événement de vie responsable ? (perte de revenu, chômage, accident..) ou par choix ?
- *Si couverture par une AMC* : quel problème avez-vous ? (coût, panier de soins... ?)
- Savez-vous si vous êtes éligibles aux aides de l'institution ? (CMU, ACS, AAH...)
- Est-t-il important selon vous d'avoir une CS ?

Relation médicale avec votre médecin?

- *Si absence d'AMC*: dites vous d'emblée au MG que vous n'en avez pas ?
- Jugez-vous les questions sociales lors de l'entretien trop intrusives lors d'un entretien médical?
- Votre MG pratique t'il le TP et si non cela vous aiderait-t-il à consulter davantage ?
- Trouvez-vous les médecins suffisamment à l'écoute et formés aux questions sociales ? Est-ce leur rôle ?
- Avez-vous ressenti parfois de la discrimination et/ou de l'humiliation lors de vos expériences dans le parcours de soins ?

Quelle consommation de soins avez-vous ?

- Dernier problème de santé pour lequel vous avez consulté : RAC, dépassement, ... ?
- Anecdote de situation compliquée sans/avec mutuelle ?
- Contraintes logistiques à la consultation ? géographiques (rural), téléphone, transports) ...
- Gestion de la santé au quotidien (optique, dentaire)....quels soins privilégiez-vous (enfants, soins d'urgence...) ?
- Avez-vous recours à l'automédication ? Vous arrive-t-il de recourir à des médicaments donnés par vos proches ? Arrangements d'ordonnances avec les médecins (sur l'ALD, renouvellement, génériques...)?
- Quid de la prévention ? y accordez-vous une importance et un rôle dans votre gestion de la santé ? (alimentation, vaccins, lutte contre la sédentarité, dépistages...)
- Comment jugez-vous votre état de santé ? (échelle de 1 à 10).

Pistes d'amélioration éventuelles ?

Annexe 9 : Guide d'entretien auprès des médecins généralistes

Description :

- Age, sexe
- Type d'activité (salariée/libérale), mode d'accueil des patients (consultations libres, visites ?), gardes ?, secteur de conventionnement ?
- Lieu d'exercice (rural/urbain), type et volume de patientèle (âge, ressources...) ?
- Diplômes (DU, ...), activités autres (ONG, formation...) ?
- Est-ce le rôle du MG et a t'il le temps de s'occuper des demandes sociales de son patient ?
- Comment assurer une PEC préventive en situation de précarité ? (dépistages, messages de prévention...)
- Avez-vous recours à des pratiques informelles ? (ordonnance du conjoint, médication passée à tort en ALD,...)
- Quel est en conséquence votre ressenti dans ce type d'exercice (satisfaction, gratitude, impuissance ?)

Compétences médico-sociales du médecin :

- Connaissez- vous les principaux déterminants des ISS ?
- Avez-vous des « compétences » dans le social ? et comment les avez-vous acquises ?
- connaissance du score EPICES ? pertinence de ses questions ?
- Vous trouvez vous suffisamment formé ?
- Fréquence des questions sociales lors des consultations ?
- Anecdotes de situations difficiles ?
- Savez-vous informer les patients sur leurs droits et les orienter vers les structures sociales pertinentes ?
- Avez-vous un carnet d'adresse « socialement orienté » ?

Rôle de la mutualisation :

- Comment jugez- vous votre propre couverture complémentaire (coût et panier de soins) ?
- Prévention et mutuelle ?
- Soins primaires et mutuelles ?
- Maladies chroniques et mutuelles ?
- Mutuelle et hospitalisation ?
- HAD et mutuelles ?
- La mort et les mutuelles ?

Pistes d'amélioration éventuelles ?

Relation médicale avec les patients précarisés :

- Est-ce que le fait de connaître le statut financier au début de la consultation influe votre consultation et votre PEC ?
- Pratiquez-vous des actes gratuits ou en TP ? Qu'en pensez-vous ?
- Vous sentez vous distant/proche de vos patients (barrière socio culturelle et financière rendant illégitime votre volonté d'action sociale) ?

VU

NANCY, le **10 juin 2014**

Le Président de Thèse

Professeur S. BRIANÇON

NANCY, le **11 juin 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6553

NANCY, le **17 juin 2014**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pour le Président et par délégation

Le Vice-Président

Martial DELIGNON

RESUME

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Il existe des inégalités sociales de santé, en France, notamment dans le domaine de l'accès aux soins, celles-ci liées aux obstacles à l'acquisition d'une complémentaire santé de qualité. Nous avons abordé cette problématique au travers des données bibliographiques et puis, nous appuyant sur des études récentes, nous avons tenté de dégager des pistes d'amélioration.

Méthode : Nous avons analysé les résultats de 2 contrats nationaux de complémentaire santé négocié avec et pour des usagers en situation de précarité (contrats SMI et ACS-P). Puis nous avons procédé à des entretiens auprès de médecins généralistes et de patients en situation de précarité, afin de recueillir leur ressenti respectif sur les soins en milieu précaire et l'importance de la mutualisation des dépenses de soins.

Résultats : La culture de la mutualisation n'est toujours pas acquise, notamment auprès de personnes (précaires ou non) reconnues en ALD ou bénéficiant du régime local d'assurance maladie de l'Alsace-Moselle. L'apport de contrats de complémentaires santé négociés est manifeste et mérite d'être pérennisé et généralisé, tant les bénéfices en terme de santé et de coût sont importants. Il se dégage également des entretiens avec les médecins un réel besoin de revalorisation de leur exercice (formation, rémunération et développement d'outils pratiques) afin d'être plus efficaces dans leur rôle social.

Discussion : La réduction des ISS passe par une lutte contre la discrimination que subissent les personnes en situation de précarité. Leur voix doit être entendue (démocratie participative) et ils doivent pouvoir être accompagnés dans le dédale des démarches administratives entourant leur accès au droit commun. Les soins primaires doivent être sensibilisés à la question (par leur formation et leur implication personnelle) et mieux armés dans cette problématique (revalorisation de leur activité). Les Institutions (Etat, Assurance Maladie, Mutualité) doivent s'impliquer davantage sur la question en mesurant les conséquences néfastes de leurs décisions auprès de leurs concitoyens défavorisés (franchises, déremboursements, parcours de soins, recommandations HAS), en favorisant l'accès aux droits sociaux (médiatisation des aides : CMUc, ACS, tarifs sociaux...), en favorisant l'accès aux soins dans le droit commun par le biais de mesures ciblées (tiers-payant, lutte contre les refus de soins et les dépassements d'honoraires) ou par le biais de complémentaires santé plus solidaires (contrats de groupe négociés, comprenant une meilleure couverture des dépenses de soins associée à une cotisation moins onéreuse), tout en conciliant recommandations scientifiques et réalité du terrain : c'est l'objet des Programmes Personnalisés de Soins.

TITRE EN ANGLAIS

Disparities in access to health care: "problems arising in primary care by the absence of additional coverage health for the persons in situation of instability".

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS

Précarité, Inégalités sociales de santé, Accès aux soins, Droit commun, Médecine Générale, Stigmatisation, Assurance Maladie Obligatoire, Assurance Maladie Complémentaire, ACS, contrat de groupe négocié, Mouvement ATD Quart-Monde.

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
