



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-theses-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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Hervé QUENTON

Le 7 octobre 2010

<p>ENQUÊTE À PARTIR DU RÉSEAU SANTÉ ATD QUART-MONDE SUR LES DYNAMIQUES DE SOINS DES POPULATIONS PAUVRES</p>

Examineurs de la thèse :

Mr. le Professeur Xavier DUCROCQ

Président

Mr. le Professeur Michel PIERSON

Juge

Mme. le Professeur Gisèle KANNY

Juge

Mr. le Docteur Philippe PLANE

Juge

Mme le Docteur Huguette BOISSONNAT-PELSY

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDO
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUI
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOST
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLER
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Jenise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBC
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLT
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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 médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

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 CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI

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

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

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

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

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

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Larry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ

Professeur en neurologie

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous avez témoigné et de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Puissez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Michel PIERSON

Professeur honoraire de la faculté de médecine de Nancy

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques

Nous sommes sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous avons eu l'occasion au cours de nos études d'apprécier la grande qualité de votre enseignement, de vos qualités humaines ainsi que votre souci de nourrir la réflexion éthique de vos étudiants.

Veillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur Gisèle KANNY

Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Nous vous sommes profondément reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre haute considération

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Philippe PLANE

Médecin généraliste à Jarville

Enseignant de Médecine Générale

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous avez témoigné et nous avoir fait l'honneur
d'accepter de juger notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre haute
considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Huguette BOISSONNAT-PELSY

Docteur d'université d'odontologie

Vos encouragements, votre soutien et votre enthousiasme pendant la préparation de ce travail ont beaucoup aidé à son aboutissement.

Merci de m'avoir fait confiance en me proposant ce sujet.

A CEUX QUI M'ONT AIDE

Au Docteur Huguette Boissonnat-Pelsy, à l'initiative du projet.

A Chantal Sibué, pour son aide précieuse quant à l'analyse des fiches et à la qualité de ses entretiens.

A tous les membres du Réseau Santé Wrésinski, pour leur engagement et leur participation à la rédaction des fiches qui constituent cette enquête.

A MES PROCHEs

A Bérangère, ma compagne,

Merci de m'avoir supporté pendant la réalisation de ce travail.

Je mesure au quotidien la chance que j'ai de te connaître.

Ensemble pour la vie.

A Garance, ma fille,

Pour ton éveil et ta présence.

A mes parents,

Pour votre amour et votre abnégation, je vous remercie infiniment.

A mon frère Arnaud,

Pour tous ces bons moments passés ensemble et à ceux à venir.

A mes grands parents,

Mamie, je ne sais comment te remercier pour ton dévouement et ton amour. Tu me manques.

A ma tante,

Merci pour ces vacances et ces souvenirs

A Sylvie

Encore merci pour soutien et votre précieuse expertise orthographique.

A Adrien,

Pour toutes ces discussions, tous ces films et matchs de foot regardés ensemble. A notre magnifique équipe de babyfoot.

A Nicolas,

Exchange Of Friendly Services... and more.

A Marc et Marie,

Encore merci pour votre accueil à la Réunion. A bientôt.

A Edwige et Nicolas,

Pour votre bonne humeur communicative et pour m'avoir accueilli dans la bibliothèque pyrotechnique de thésards en rédaction, sous le regard bienveillant d'Elvis. Au prochain Hellfest !

A Jérôme

Allez Jéjé !

A Jules, Marc, Rodolphe, Charly, Adrien, Paulo, Delphine, Guillaume, Kija, Thibault

Le groupe des surfeurs de l'Estrême

Aux mêmes à peu près ainsi que Camille, Emilie et Hervé, sans oublier Joëlle,

La bande de caracoles du Chiapas

A Amandine et Pierre, Maud, Luc et Marie, Marc, Thibault, Renaud et Sandrine, au vieux Matt, Jérôme et Rachel, Dave,

A bientôt

A Arnaud, Antoine, Valérie, Delphine, Aurélien, Guillaume le spationaute

Compagnons de BU, de babyfoot, de voyages...

Aux Docteurs Brossolo, Charlot, Chastagner, Desse, Malingrey, Guénot, Gruel, ainsi qu'à l'équipe de SOS Médecins, pour leur confiance.

A tous ceux que j'oublie...

SERMENT

« Au 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 ».

SOMMAIRE

SOMMAIRE	17
PROLOGUE.....	22
INTRODUCTION.....	24
1 ^{ère} PARTIE : GENERALITES.....	25
1. DONNEES RECENTES SUR LA PRECARITE.....	25
1.1 Définitions.....	25
1.2 Chiffres sur la précarité en France et en Lorraine.....	27
1.3 Avancées législatives pour l'accès aux droits.....	29
1.4 Instauration de lois visant à « responsabiliser » les assurés.....	32
2. LE MOUVEMENT ATD QUART-MONDE	33
2.1 Objectifs	33
2.2 Engagements et représentativité.....	33
2.3 Place de cette étude	34
2.4 Petit lexique du mouvement ATD Quart Monde :	36
2 ^{ème} PARTIE : ETUDE.....	37
1. MATERIEL ET METHODE.....	37
1.1 Matériel	37
1.2 Méthode :	37
2. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON	39
2.1 Répartition par sexe.....	39
2.2 Répartition par classe d'âge	39
2.3 Répartition du sexe par classe d'âge	40
2.4 Situation familiale	41
2.5 Profession.....	42
2.6 Couverture sociale :.....	45
2.6.1 Généralités :	45
2.6.2 Couverture sociale par sexe :	45
2.6.3 Couverture sociale par classe d'âge.....	47
2.6.4 Couverture sociale par classe d'âge et par sexe.....	48
2.7 Situation familiale par classe d'âge et sexe concernant les personnes majeures et détails concernant la profession, les enfants à charge et la couverture sociale.....	50
2.8 Profil sociologique des patients :	51
3. ANALYSE CENTRÉE SUR LES PROBLÈMES EVOQUÉS DANS LES FICHES WRESINSKI.....	52
3.1 Les disciplines concernées :	52
3.2 Problèmes évoqués.....	52
3.2.1 Etude des fiches à partir du premier problème évoqué.....	52
3.2.2 Un deuxième problème est évoqué:.....	54
3.2.3 Relation entre le type de problème et la discipline concernée.....	55
3.3 Refus de soins.....	57
3.3.1 Refus de soins à proprement parler.....	57
3.3.2 Pas nécessairement de refus mais une situation qui risque d'entraîner retard ou abandon des soins.....	58
3.3.3 Pas nécessairement de refus, mais des patients obligés de retarder leurs soins.....	58
3.3.4 Pas nécessairement de refus, mais des patients qui abandonnent les soins	60
3.3.5 Pas de refus, mais des patients qui peuvent recevoir leurs soins sans retard grâce aux efforts des soignants	61
3.3.6 Pas de refus, mais des patients qui peuvent recevoir leurs soins sans retard grâce à un tiers (entourage, associations)	63
3.4 Détails des problèmes rencontrés par les patients en affection longue durée (ALD)	63

3.4.1	Difficultés financières	63
3.4.2	Refus de soins	64
3.4.3	Manque de moyens	64
3.4.4	Accès/ Transport	65
3.4.5	Compréhension :	65
3.4.6	Conditions de vie	65
3.4.7	Pas de droits /Accès aux droits	65
3.4.8	Autre	65
3.4.9	Relation soignant/ soigné.....	65
3.5	Mutuelles : Analyse de problèmes évoqués sous l'angle de la couverture complémentaire des patients	67
3.5.1	Patients avec une mutuelle.....	67
3.5.2	Patients sans mutuelle	67
3.5.2.1	Patients sans mutuelle en raison d'un problème « administratif »	67
3.5.2.2	Patients sans mutuelle pour d'autres raisons	68
3.5.2.3	Patients qui sont concernés par l'aide à la mutuelle	68
3.5.2.4	Patients avec une mutuelle mais dont les remboursements sont insuffisants	68
3.6	Catégories de problèmes rencontrés dans les différentes disciplines.....	69
3.6.1	Médecine générale	69
3.6.1.1	Difficultés financières :	69
3.6.1.2	Compréhension :	69
3.6.1.3	Conditions de vie :	70
3.6.1.4	Accès aux droits :	70
3.6.1.5	Parcours de soins	70
3.6.1.6	Relation soignant/ soigné.....	70
3.6.2	Médecine hospitalière/ cliniques.....	71
3.6.2.1	Difficultés financières.....	71
3.6.2.2	Manque de moyens.....	72
3.6.2.3	Accès/ Transport.....	72
3.6.2.4	Compréhension	72
3.6.2.5	Conditions de vie	72
3.6.2.6	Pas de droits/ Accès aux droits.....	72
3.6.2.7	Parcours de soins	73
3.6.2.8	Autre	73
3.6.2.9	Relation soignant/ soigné.....	73
3.6.3	Soins dentaires	74
3.6.3.1	Difficultés financières.....	74
3.6.3.2	Refus de soins.....	75
3.6.3.3	Relation soignant/ soigné.....	75
3.6.4	Psychiatrie/ Psychologue	75
3.6.4.1	Manque de moyens.....	76
3.6.4.2	Difficultés financières.....	76
3.6.4.3	Compréhension/ Conditions de vie.....	76
3.6.5	Radiologie.....	76
3.6.5.1	Difficultés financières.....	76
3.6.5.2	Refus de soins.....	76
3.6.5.3	Compréhension	77
3.6.5.4	Parcours de soins	77
3.6.6	Rééducation.....	77
3.6.6.1	Difficultés financières.....	77
3.6.6.2	Manque de moyens.....	78
3.6.7	Ophtalmologie/ Optique.....	78
3.6.7.1	Difficultés financières.....	78
3.6.7.2	Manque de moyens.....	79
3.6.7.3	Compréhension	79

3.6.7.4	Pas de droits/ Accès aux droits	79
3.6.7.5	Parcours de soins	79
3.6.8	Ethique	80
3.6.8.1	Difficultés financières.....	80
3.6.8.2	Conditions de vie	80
3.6.8.3	Autre	80
3.6.8.4	Relation soignant/ soigné.....	81
3.6.9	Pharmacie.....	81
3.6.9.1	Difficultés financières.....	81
3.6.9.2	Accès/ Transport.....	82
3.6.9.3	Compréhension	82
3.6.9.4	Pas de droits/ Accès aux droits.....	82
3.6.9.5	Relation soignant/ soigné.....	82
3.6.10	Autres spécialités libérales.....	82
3.6.10.1	Difficultés financières.....	82
3.6.10.2	Relation soignant/ soigné.....	83
3.6.10.3	Refus de soins	83
3.6.10.4	Accès/ Transport.....	83
3.6.11	Autre : rassemble principalement des problèmes éthiques	83
3.6.11.1	Difficultés financières.....	84
3.6.11.2	Autre	84
3.6.11.3	Refus de soins	84
3.6.11.4	Accès/ Transport.....	84
3.6.11.5	Compréhension	85
3.6.11.6	Pas de droits/ Accès aux droits	85
3.6.11.7	Relation soignant/ soigné.....	85
3.6.12	Sécurité sociale	85
3.6.12.1	Difficultés financières.....	85
3.6.12.2	Accès/ Transport.....	86
3.6.12.3	Compréhension	86
3.6.12.4	Pas de droits/ Accès aux droits	86
3.6.12.5	Autre	88
3.7	Lorsqu'un deuxième problème est évoqué lors de l'analyse des fiches	89
3.7.1	Généralités et exemples	89
3.7.1.1	Problèmes financiers.....	89
3.7.1.2	Refus de soins	89
3.7.1.3	Manque de moyens.....	89
3.7.1.4	Accès/ Transport.....	90
3.7.1.5	Compréhension	90
3.7.1.6	Conditions de vie	90
3.7.1.7	Pas de droits/ Accès aux droits.....	90
3.7.1.8	Parcours de soins	90
3.7.1.9	Autre	90
3.7.1.10	Relation soignant/ soigné.....	91
3.7.2	Relation entre la discipline concernée et le deuxième problème évoqué :	92
3.7.2.1	Médecine générale.....	92
3.7.2.2	Hôpital/ Cliniques.....	92
3.7.2.3	Soins dentaires.....	93
3.7.2.4	Psychiatrie/ Psychologie.....	94
3.7.2.5	Radiologie.....	94
3.7.2.6	Ophtalmologie/Optique	94
3.7.2.7	Pharmacie	95
3.7.2.8	Autres spécialités libérales	96
3.7.2.9	Autre	96
3.7.2.10	Sécurité sociale	97

3.7.3	Relation entre les deux types de problème évoqués	98
3.7.3.1	Lorsque le premier problème évoqué est un problème financier	98
3.7.3.2	Lorsque le premier problème évoqué est un problème d'accès aux droits.....	99
3.7.3.3	Lorsque le premier problème évoqué concerne la relation soignant/soigné.....	99
3.7.3.4	Lorsque le premier problème évoqué est un problème de compréhension	100
3.7.3.5	Lorsque le premier problème évoqué est un problème « autre ».....	100
3.7.3.6	Lorsque le premier problème évoqué est un problème de refus de soins.....	101
3.7.3.7	Lorsque le premier problème évoqué est un problème d'accès/ transport	102
3.7.3.8	Lorsque le premier problème évoqué est un problème de manque de moyens des structures de soins	102
3.7.3.9	Lorsque le premier problème évoqué est un problème de Parcours de soins :....	103
3.7.3.10	Lorsque le premier problème évoqué est un problème lié aux conditions de vie des patients.....	103
3è PARTIE	: DISCUSSION.....	104
1.	Résumé de l'analyse	104
1.1	Caractéristiques de l'échantillon	104
1.2	Problèmes évoqués.....	105
1.3	Disciplines.....	105
1.4	Concernant la problématique du refus de soins	106
1.5	ALD.....	106
1.6	Couverture Mutuelle :	106
1.7	Perspectives de travail.....	107
2.	Dynamiques vers les soins relevées dans les fiches	107
2.1	De la part des patients dans le domaine de.....	107
2.1.1	L'accès à l'information	107
2.1.2	De l'accès aux médicaments non remboursés	107
2.1.3	Soins dentaires et Optique	108
2.1.4	Casser le cercle vicieux du surendettement	108
2.1.5	Il semble exister un climat de suspicion entre la « Sécu » et les patients.....	109
2.1.6	Communication soignant/soigné : l'incompréhension de certains patients est une dynamique	110
2.1.7	Concernant le délai de versement des indemnités en cas d'arrêt de travail.....	111
2.1.8	Secteur privé à l'hôpital	111
2.1.9	Franchises médicales	111
2.1.10	L'accès à ses droits est parfois un combat.....	112
2.2	De la part des professionnels dans les domaines de.....	112
2.2.1	L'accès financier.....	112
2.2.1.1	Pour avancer les soins.....	112
2.2.1.2	Nécessaire attention du praticien à l'adéquation entre les soins qu'il peut proposer, et ce que peut payer le patient.....	113
2.2.1.3	Prise en charge des personnes handicapées	114
2.2.2	L'accompagnement.....	114
2.2.3	Accès aux soins/ transports	115
2.2.4	Communication soignant/soigné.....	116
3.	Définitions	118
3.1	Droit à la protection sociale	118
3.2	Discussion sur la notion de refus de soins :	119
3.3	Renoncement aux soins.....	122
3.4	Notion de soins urgents.....	123
3.5	Soins indispensables :	124
4.	Synthèse des problèmes évoqués.....	124
4.1	Sur le plan financier, la maladie peut engendrer la pauvreté et réciproquement. . .	124
4.2	Nécessaire attention du praticien à l'adéquation entre les soins qu'il peut proposer, et ce que peut payer le patient.....	126
4.3	Sur le plan des refus de soin.....	126

4.4	Sur le plan du manque de moyens.....	126
4.5	Sur le plan de l'accès ou du transport	126
4.6	Sur le plan de la compréhension	127
4.7	Sur le plan des conditions de vie.....	128
4.8	Sur le plan de l'accès aux droits.....	128
4.9	Sur le plan du parcours de soins coordonnés	128
4.10	Sur le plan de la relation soignant/ soigné et médecin/ patient en particulier	130
4.11	Concernant les relations avec la « Sécu »	130
4.12	Concernant les mutuelles	131
4.13	Concernant le cas particulier de la mort.....	131
4.14	Concernant le cas particulier de l'hospitalisation à domicile (HAD)	131
4.15	Effet pervers de l' « effet plafond » dans l'attribution ou non de la CMU	132
4.16	Perception de la Mutualisation.....	133
5.	Discussion autour de la relation soignant/ soigné et de l'accès aux soins.....	134
5.1	Le soignant d'une part: différents facteurs vont influencer sur son comportement	134
5.2	Du côté du soigné.....	136
5.3	Accès aux soins et notion de « responsabilisation » des patients.....	136
	Conclusion.....	139
	Références Bibliographiques.....	141
	Table des figures	143
	Annexe 1 : Les différentes approches de la pauvreté.....	145
	Annexe 2 : les dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées : la CMU, l'AME, et l'ACS.....	146
	Annexe 3 : Parcours de soins coordonnés, Franchises médicales, Déremboursements.....	148
	Annexe 4 : Fiche Wresinski	151

PROLOGUE

Au fur et mesure du déroulement de mes études grandit en moi le sentiment qu'il existait une sorte de paradoxe. D'un côté, l'enseignement à la faculté de médecine m'ouvrait l'esprit face aux formidables possibilités scientifiques, reflet d'une société moderne, avec son cortège d'outils d'étude, d'analyse et de compréhension du corps humain de plus en plus précis, performants et de plus en plus faciles d'accès pour le plus grand nombre.

D'un autre côté, au cours de mon externat puis de mon internat, je fus régulièrement au contact des patients, et il m'a semblé que malgré tous ces progrès technologiques et thérapeutiques dont nous disposons, les personnes que je rencontrais ne réagissaient pas toutes de la même façon face à la maladie ou au soignant: certaines étaient méfiantes, voire hostiles, d'autres avaient une confiance presque absolue et la majorité se situaient entre ces deux extrêmes.

Cependant, quelle sera l'efficacité de tel ou tel nouveau traitement si le patient ne le prend pas correctement ?

Pourquoi certains patients refusent dans leur intégralité ou en partie les soins que l'on peut leur proposer ?

Pourquoi malgré le développement des connaissances, existe-t-il parfois un décalage dans le temps entre ce progrès qui apporte des améliorations notables, et certaines pratiques ou mentalités de la part des patients ou de leurs soignants ?

Ces interrogations traduisent de façon concrète le sentiment que j'avais en débutant ces longues et passionnantes études, à savoir que nous avons à soigner des êtres humains, et que la relation entre le soigné et le soignant, relation entre deux êtres humains, avait ses complexités.

Mon choix d'orientation vers la médecine générale était dicté par cette idée un peu vague du médecin de famille qui est celui qui connaît ses patients et prend le temps de discuter avec eux, et pas uniquement de leurs maladies. Or, arrivant au terme de mes études médicales, ayant toujours rencontré des malades dans le cadre de cette institution scientifique qu'est l'hôpital, j'avais encore du mal à imaginer ce qu'allait être mon futur métier car si j'avais appris à traiter des maladies, je soignais jusqu'à présent principalement des inconnus.

Mon stage chez le praticien, puis mes premiers remplacements m'ont heureusement rappelé à la réalité : on y voit les gens tels qu'ils sont, on sait où et dans quelles conditions ils habitent, on discute avec eux, on réalise que certains peuvent avoir des difficultés pour se faire soigner...

Je m'interroge sur l'enseignement que j'ai reçu et ma formation à la dimension humaine de la médecine, discipline essentielle pour que l'exercice de cette profession reste avant tout un art. Qu'ai-je appris et qu'ai-je compris de sa dimension sociale en dehors de quelques heures consacrées à ce propos au cours du premier cycle et au cours du deuxième cycle – dans le contexte de l'examen national classant, peu propice à une réflexion de ce genre ?

La fin de mes études approchant, j'ai pu plus facilement prendre le temps d'alimenter ma réflexion, notamment sur la relation soignant/ soigné qui sera d'ailleurs une partie de mon sujet de mémoire de fin d'études.

C'est également pour ces raisons, que je me suis rapproché du mouvement ATD Quart-Monde, intéressé par leur volumineux travail de publication débuté depuis de nombreuses années, et qui donne une large place à la parole des usagers du système de santé les plus pauvres et à celle des professionnels qui les accompagnent.

« La maladie n'existe jamais seule, comme un cas clinique à résoudre, mais elle s'inscrit dans un

contexte global, elle a un retentissement familial souvent très important.

Ce n'est pas la négligence qui retarde le recours au médecin, mais l'accumulation des difficultés, le choix entre le *pain ou les médicaments*. »

« Pour moi la santé, c'est que mon papa ait du travail ! »¹

Par cette thèse, j'essaie d'apporter une contribution à la mise en valeur de cette dimension humaine et sociale de la médecine.

Cet ouvrage se veut être un modeste travail de recherche en sciences humaines. J'espère qu'il sera également reçu comme tel.

¹ Débionne FP., « La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin. », Paris, Editions de l'atelier/Editions ouvrière, Les Editions Quart Monde, 2000

INTRODUCTION

Inscrite dans le cadre d'une réflexion globale du mouvement ATD Quart-Monde sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité, cette thèse étudiera les différentes problématiques rencontrées, leurs conséquences pour le déroulement des soins et les solutions trouvées pour contourner les problèmes ou pour les surmonter.

Notre étude s'articulera de la manière suivante :

Dans une première partie, nous donnerons quelques éléments de présentation de cette population ainsi que les données récentes concernant leur santé et leur accès aux soins et à la prévention. Puis nous expliquerons le contexte du projet de recherche sur l'étude des dynamiques de soins des plus pauvres initiée par le mouvement ATD Quart-Monde.

La deuxième partie exposera l'enquête réalisée auprès des membres du réseau santé Wrésinski (composé de patients, de médecins généralistes ou hospitaliers, de dentistes, de travailleurs sociaux) à propos des difficultés rencontrées par les patients en situation de précarité face au système de soins en général.

Enfin la troisième partie sera consacrée à une discussion des résultats de l'enquête. Cette discussion laissera d'abord une place importante aux usagers sous forme de monographies. Puis, suivra une synthèse des principaux problèmes rencontrés et des moyens qui peuvent être mis en œuvre pour tenter de les résoudre.

1^{ère} PARTIE : GENERALITES

Après avoir évoqué les données récentes sur la précarité en France, nous présenterons le Mouvement ATD Quart Monde impliqué dans l'accompagnement des personnes en situation précaire. Nous verrons notamment comment ce Mouvement a initié le croisement des savoirs entre les universitaires et les plus démunis pour avoir une meilleure compréhension de la réalité.

Enfin, nous présenterons le cadre dans lequel s'inscrit l'étude sur « les difficultés rencontrées par les personnes défavorisées et leurs soignants dans notre système de soin »

Le support de cette étude est la fiche Wrésinski, qui est une fiche ouverte sur laquelle sont décrites situations et difficultés rencontrées par les usagers ou leurs soignants ainsi que leurs propositions et les dynamiques mises en place par les protagonistes.

1. DONNEES RECENTES SUR LA PRECARITE

1.1 Définitions

Que signifie précaire ? Le terme issu du latin juridique *precarius* (« obtenu par la prière ») s'applique à un être ou à une situation dont l'avenir, la durée, la solidité sont incertains. La précarité économique et/ou sociale, à laquelle de nombreuses personnes sont confrontées, menace la construction d'une existence stable et sereine.²

La précarité est d'abord **une absence de sécurité.**

Diverses formes de précarité existent, qui touchent à tel ou tel domaine de la vie. Un adulte sans travail, un enfant en difficulté à l'école, une famille vivant dans un logement insalubre, ou encore une mère qui, faute d'argent, peine à nourrir ses enfants : voilà des personnes fragilisées, confrontées à des situations dont l'équilibre est instable. Dans son avis du 11 février 1987, le Conseil Economique et social français (CES) a retenu la définition de la précarité proposée par le père Joseph Wrésinski qui est « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. »³

Cette absence de sécurité fait naître **un implacable mécanisme d'accumulation.**

Née d'un manque de sécurité, la précarité peut concerner les ressources, le logement, le travail, la santé, la formation... Mais « quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même »⁴, le danger qu'elle représente est multiplié par ces facteurs et risque de conduire à la grande pauvreté, selon l'analyse du CES.

Un souci en créant un autre, il est de plus en plus difficile de faire face. A mesure que diverses formes de précarité s'accroissent, l'insécurité s'aggrave ; en s'enchaînant, les carences et les difficultés constituent une sorte de « cercle vicieux ». Lorsqu'elles perdurent au point de dominer l'existence

² AUDOLLENT DG, FAYARD D, Combattre l'exclusion, Ed Les essentiels Milan, 1999

³ WRÉSINSKI J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987

⁴ *ibid*

toute entière, la personne est alors confrontée à la grande pauvreté, dont la conséquence ultime est l'exclusion, c'est-à-dire la mise à l'écart de cette personne.

L'étude du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) réalisée de septembre 1999 à mai 2000⁵ sur le thème « Précarité, risques et santé » montre comment la combinaison des différents facteurs (logement, travail, entourage familial, revenus, protection sociale, santé...), leur interdépendance, conduit à une infinité de situations de précarité et à leur hétérogénéité. Il n'y a donc pas une catégorie de « pauvres » mais il y a **des personnes en situations** de précarité.

D'après le CES, de tels mécanismes créent une situation qui « compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de pouvoir à nouveau assumer ses responsabilités). Les nombreuses dimensions du processus montrent qu'une solution partielle (un travail retrouvé, un relogement ou une allocation...) ne peut suffire à briser l'enfermement.

Lutter contre cette spirale nécessite de **s'attaquer à tous les aspects imbriqués les uns dans les autres. C'est le principe d'indivisibilité des droits de l'homme qui donne une nouvelle façon d'envisager la dignité humaine.**⁶

Selon le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion (ONPE) paru en 2009, la relation entre les droits fondamentaux des personnes en situation de précarité et leur application concrète est encore perfectible :

“La dignité des personnes repose en particulier sur leur reconnaissance comme sujets de droit et leur capacité à accéder aux droits reconnus à tous. L'accès aux droits des personnes en situation de précarité implique qu'elles soient accompagnées, tant pour accéder aux dispositifs qui leur sont destinés que pour accéder, le cas échéant, au système juridique qui leur permettra de faire valoir ces droits. Or l'analyse des rapports entre droit et pauvreté montre que le traitement juridique de la pauvreté a connu une importante évolution au cours des deux derniers siècles. À l'heure actuelle, nombre de droits fondamentaux proclamés par des instruments juridiques nationaux ou internationaux ne sont pas encore réellement accessibles aux personnes pauvres.

Dix ans après la mise en oeuvre de la loi de lutte contre les exclusions de 1998, la réflexion conduite par le séminaire « Droit et pauvreté » de l'Observatoire révèle ainsi plusieurs tensions :

- entre la proclamation de droits universels et la création de dispositifs spécifiques pour les personnes précarisées, qui comportent un risque de stigmatisation
- entre l'émergence de prestations conditionnelles, comme cela a pu être le cas lors de la mise en place du contrat d'insertion pour les allocataires du RMI, et le développement d'un accompagnement social ou juridique approprié aux personnes les plus en difficulté
- entre l'affirmation d'une notion d'opposabilité et la difficulté à rendre effectifs certains droits fondamentaux, comme le droit au logement dans un contexte de pénurie et de coût élevé du parc locatif⁷

⁵ COLLET M, MENAHEM G, PARIS V, PICARD H, *Précarités, risque et santé*, Questions d'économie de la santé, bulletin n°63 janvier 2003, CREDES

⁶ WRESINSKI J, *Les plus pauvres, révélateurs de l'indivisibilité des droits de l'homme*, Cahier de Baillet, Editions Quart Monde 1998

⁷ Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté 2007-2008– ONPES <http://www.onpes.gouv.fr/Le-Rapport-2007-2008.html>

1.2 Chiffres sur la précarité en France et en Lorraine

Il existe différentes approches de la pauvreté. La plupart des chiffres existants sur la précarité sont issus d'études sur la pauvreté institutionnelle et sur la pauvreté monétaire (cf. annexe n°1 p 145). Mais en réalité, il n'y a pas de chiffres précis décrivant le nombre de personnes vivant dans une situation de précarité. Plusieurs indicateurs peuvent donner une idée de la population concernée :

. le seuil de pauvreté :

Selon les derniers chiffres disponibles de l'INSEE, actuellement on estime de 4,2 à 8 millions de personnes vivent en France sous le seuil de pauvreté (selon que l'on prenne le seuil de pauvreté monétaire relative au seuil de 50% ou 60% de la médiane soit respectivement 757 ou 908 euros par mois en 2007).^{8 9}

. les minimas sociaux :

En 2006, 3,5 millions de personnes sont allocataires des dix minima sociaux dont les trois principaux sont le Revenu d'Insertion Minimum (RMI), l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et l'Allocation de Parent Isolé (API).¹⁰

A noter qu'en métropole, en application de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008, le revenu de solidarité active (RSA) remplace à compter du 1er juin 2009 le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation de parent isolé (API) et les dispositifs associés d'intéressement à la reprise d'activité. Le RSA apporte également un complément de revenu à des travailleurs pauvres qui n'auraient pas pu bénéficier de ces aides.

Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API demeurent en vigueur.

Nous ne disposons pas encore pour le moment de données concernant cette réforme.

. la CMU et la CMU complémentaire :

Au 31 décembre 2008, 1,5 millions de personnes étaient affiliés à l'assurance maladie sur critère de résidence (Couverture Maladie Universelle de base) ((dont 300 000 dans les Départements d'Outre-mer (17% de la population des DOM contre 2% dans la Métropole¹¹.

La CMU complémentaire concerne 4,1 millions de personnes (chiffre en baisse de 5% depuis 2007) dont 55200 dans les départements d'Outre-mer.

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire par rapport au nombre d'habitants varient selon les régions de 3,4% à 9,57% en métropole, et atteignent 30,49% dans les départements d'outre-mer. En métropole, les taux les plus élevés s'observent toujours dans un croissant sud sud-est et au nord de la France.

Le plafond annuel de revenus à ne pas dépasser pour l'accès à la CMU complémentaire prend en compte les revenus perçus au cours des douze mois précédant la demande, soit l'équivalent de 627€ par mois pour une personne seule ou 940€ par mois pour 2 personnes par exemple (barème 2009 en métropole).

⁸ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF04405 (Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007.)

⁹ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS04401 (Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux 1970 à 2005, Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2007.)

¹⁰ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS04604

¹¹ Rapport d'activité 2008 du fonds CMU <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=89>

Dans le cas où les ressources sont comprises entre le plafond de la CMUc (seuil d'accès), et celui-ci majoré de 20% la personne a droit à l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé). Son montant dépend de l'âge du bénéficiaire (350€ par personne âgée de 50 à 59 ans par exemple)¹²

Parce que ce travail s'est fait en lien avec la Faculté de Médecine de Nancy, et que la majorité des fiches qui composent l'étude sont issue de cette région, je citerai les chiffres lorrains.

En Lorraine, un rapport publié par l'INSEE en 2008 donne quelques chiffres sur la précarité et la grande pauvreté dans notre région¹³ :

- sur les revenus :

Le revenu annuel disponible brut des ménages par habitant en Lorraine était un des plus faible de toutes les régions françaises (16868 euros, soit le 17ème rang des régions françaises). (2005)
5% des salariés lorrains touchaient un salaire net horaire de 5,2 euros, niveau qui situe la Lorraine au 20ème rang des régions françaises. Ceci est à relier à une proportion relativement élevée d'ouvriers non qualifiés.

- sur le chômage :

Le taux de chômage lorrain au 2ème trimestre 2009 était de 9,9% (16ème rang des régions françaises) mais la Lorraine étant plus sensible que d'autres régions à la conjoncture économique, les périodes de ralentissement touchent fortement la région par des baisses d'emploi et une hausse du chômage¹⁴.
3% de la population touche le RMI au 31 décembre 2008, un chiffre équivalent à la moyenne nationale^{15 16}.

- sur les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) (zones où la politique de la ville doit mettre en œuvre en priorité les actions sociales) :

7,3% de la population lorraine vivait dans les 38 ZUS recensées dans la région (contre 7,6% au niveau national).

Le taux de chômage dans les ZUS était de 33.2% au 2ème trimestre 2002 dans les ZUS (4 fois plus que le taux de chômage moyen de la région).

La Lorraine était au 8ème rang des régions françaises pour l'importance de son parc HLM¹⁷.

- sur les minima sociaux :

6,1% de la population lorraine bénéficiait des minima (RMI, AAH et API). Cela concerne plutôt les jeunes isolés et sans travail ainsi que les personnes âgées. (C'est en Meurthe et Moselle que ce taux de bénéficiaires des minima est le plus fort)

¹² <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=6&style=&col=>

¹³ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRSOS04238 (Source : Insee (comptes économiques régionaux des ménages - base 2000)

¹⁴ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=CMRSOS03311®_id=99 (Source : Insee - Taux de chômage localisés)

¹⁵ SERVRANCKX P, Insee Lorraine , Économie Lorraine N° 174-175 - Juin 2009

¹⁶ HENNION M,-AOURIRI, NAUZE-FICHET E, SIGURET I, Le nombre d'allocataires du RMI au 31 mars 2009, Etudes et Résultats n°693 juin 2009, DREES

¹⁷ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine* 2004, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

1 personne sur 9 qui perçoit des allocations (CAF/MSA*) était dans des situations de pauvreté/précarité avérées (perception de minima ou absence de tout revenu de travail).

15,4% de la population de moins de 65 ans - soit un peu plus de 302300 Lorrains - vivait sous le seuil de pauvreté (845 euros par mois en 2006 au seuil de 60% de la médiane, rapport INSEE 2008, revenus avec prise en compte des prestations CAF/MSA)*.

Plus de 120 000 personnes seraient juste au-dessus de ce seuil de pauvreté¹⁸.

On constate donc que la précarité n'est pas un phénomène marginal mais qu'il touche une part importante de la population, que ce soit en Lorraine comme sur le plan national.

Voyons à présent les avancées législatives qui ont permis d'engager la lutte contre la précarité dans notre pays.

1.3 Avancées législatives pour l'accès aux droits

Adoptée à la suite de la Seconde guerre Mondiale, la Déclaration universelle des droits de l'homme¹⁹ expose ce que signifie appartenir à la famille humaine. Elle consacre l'indivisibilité et l'interdépendance de tous les droits. Elle reste la base de toutes les lois visant un effectif accès à ces droits.

Dans le prolongement du rapport WRESINSKI (1987), et sous l'impulsion de Geneviève de Gaulle-Anthonioz alors présidente d'ATD Quart Monde, le Conseil économique et social entreprend entre 1992 et 1995, une évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté et recommande une meilleure cohérence de l'action publique. Il faudra particulièrement veiller à :

- donner un rôle important aux plus pauvres comme acteurs directs dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes locaux et nationaux de lutte contre la pauvreté.
- mettre en priorité nationale la destruction de la misère par une politique d'ensemble cohérente²⁰.

Les différentes lois et rapports publiés dans cette période montrent les avancées législatives pour garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif à tous les droits fondamentaux.

Loi du 1er décembre 1988²¹

Elle instaure la création du **Revenu d'Insertion Minimum (RMI)**.

Elle prévoit également **l'affiliation automatique** à l'assurance personnelle des allocataires n'ayant pas de droits ouverts au régime général de l'assurance maladie.

Loi sur la réforme de l'aide médicale du 29 juillet 1992²²

Elle a pour objectif une meilleure gestion des dossiers et un paiement plus rapide des prestataires de

¹⁸ INSEE, *Pauvreté-précarité en Lorraine :Tableau de bord 2006* – Économie Lorraine n° 136 – Juillet 2008.

* CAF/MSA= Caisse d'Allocations Familiales/ Mutualité Sociale Agricole (organismes de versement des minima sociaux)

¹⁹ La Déclaration universelle des droits de l'homme, coll. « Folio », Gallimard, 1988

²⁰ WRESINSKI J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987

²¹ Loi du 1er décembre 1988, Ministère des solidarités de la santé et de la famille www.sante-gouv.fr

²² Loi du 29 juillet 1992 sur la réforme de l'aide médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

soins:

- les allocataires du RMI bénéficient du remboursement à 100% de leurs dépenses de santé, **avec dispense d'avance** des frais de soins.
- les procédures de dépôt de dossiers d'aide médicale sont simplifiées
- l'aide médicale est accordée pour une période d'un an **à titre préventif**, ce qui permet une prise en charge rapide des malades.

Rapport du Haut Comité de Santé Publique de 1994 ²³

Ce rapport souligne deux points fondamentaux :

- **la situation économique** des personnes en grande pauvreté est l'un des principaux déterminants ayant **un impact sur la santé**.
- les **inégalités** en matière d'accès aux soins sont **importantes**.

Loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994 ²⁴

Elle permet **l'affiliation de tout demandeur** à la sécurité sociale avec **vérification à posteriori des droits**. Sa circulaire du 21 mars 1995 réaffirme que l'intégration de tous dans le système de droit commun est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité humaine.

Rapport au Comité Economique et Social du 27 juillet 1995²⁵

Il s'agit d'un rapport d'évaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Pour la première fois, des personnes en situation de précarité participent à l'appréciation des politiques qui sont destinées à transformer leurs conditions.

Le rapport met en évidence

- un problème d'inadéquation : **ce n'est pas parce qu'on a une couverture sociale partielle ou totale que l'on se soigne**.
- la **méconnaissance des droits** par les usagers.
- **une inadaptation du système de santé** dont les moyens sont orientés en priorité vers les réponses techniques au détriment du soutien des familles dans leurs propres capacités.

Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 ²⁶ **et sa circulaire du 8 septembre 1998**

Cette loi pose les fondements de la lutte nationale contre les exclusions. Elaborée en concertation avec des acteurs sociaux, la loi pose comme principe l'égalité de dignité de tous les êtres humains, et comme objectif l'accès de tous aux droits fondamentaux, dans les domaines de l'emploi, du logement, de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de

²³ Haut Comité de Santé publique, *La santé en France*, Rapport général, La Documentation Française, Paris, Novembre 1994

²⁴ Loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994 et Circulaire n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.santegouv.fr

²⁵ Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, Rapport au Comité Economique et Social, JO du 27 juillet 1995.

²⁶ 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

l'enfance.

Citons quelques articles phares :

Art. 1 La lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation.

Art. 67 L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé.

Art. 71 Chaque région doit établir un programme pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Art. 76 Il prévoit la création des Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS), lieux d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins.

Art.143 Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté doivent se multiplier dans les établissements scolaires.

Art. 153 Un Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale est chargé de recueillir les informations et de coordonner les actions sur le plan national.

La circulaire redéfinit les caractéristiques des populations en situation précaire :

- leur recours aux soins est tardif et effectué dans l'urgence
- leurs pathologies sont non spécifiques mais parvenues à un stade évolué
- elles ont des difficultés, voire l'incapacité à faire valoir leurs droits à l'assurance-maladie.
- leur crainte d'affronter les structures de soins, parfois même les professionnels administratifs et sanitaires est un frein à leur accès aux soins.

Loi sur la Création de la CMU du 27 juillet 1999²⁷

La création d'une Couverture Maladie Universelle garantit à tous une prise en charge des soins **par un régime d'assurance maladie** et, aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, **le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance des frais**. L'attribution de la CMU et de la CMU complémentaire se fait sous condition de ressources avec un plafond qui varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge (cf. annexe 2 p 146).

Son entrée en application est intervenue le 1er janvier 2000.

Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004²⁸

L'objectif de cette loi est de réduire la morbidité et la mortalité évitables et en particulier celles des populations fragilisées afin de réduire les inégalités de santé.

Elle choisit la région comme niveau optimal de planification des actions et de la coordination.

Les outils mis à disposition pour son application sont :

- la Conférence Régionale de Santé, lieu de concertation entre les acteurs de santé et de la région.
- le Plan Régional de Santé Publique, aboutissement de cette concertation et évalué tous les 5 ans.
- le Groupement Régional de Santé publique chargé de la mise en œuvre de ce plan.

Si les différentes lois présentées ci-dessus établissent les droits des plus démunis à accéder au système de soins, au travail, au logement, on constate dans la réalité **un décalage entre le droit et l'application effective du droit**.

²⁷ 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

²⁸ Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr

Seul l'exercice effectif et intégral des droits établis par les lois peut garantir le respect de l'égalité de tous.

C'est pourquoi, de nombreuses associations ont accompagné l'application des différentes lois sur le terrain en aidant les personnes en situation précaire à prendre connaissance des droits que la loi leur accordait. Parmi ces associations, le Mouvement ATD Quart-Monde s'est impliqué de manière forte dans le recueil d'informations sur le terrain auprès des populations défavorisées, l'évaluation des politiques de santé et leur impact sur les plus démunis, d'autant que de nouvelles lois sont parues depuis.

1.4 Instauration de lois visant à « responsabiliser » les assurés*

La part financière restant à charge des patients une fois le remboursement des soins par la sécurité sociale et par les mutuelles ou le « reste à charge » est de 9,4% en 2008, elle a progressé de 1,1% depuis 2004.

Cette évolution s'explique:

Par la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (médicaments non remboursables, dépassements d'honoraires)

Ainsi que par diverses mesures d'économies prises notamment afin de « responsabiliser les patients quant à leur consommation médicale et à contribuer au redressement des comptes de l'assurance maladie ». Elles ont globalement pour conséquence de faire participer financièrement les assurés en diminuant les remboursements des différentes prestations.

D'une part, la loi d'août 2004 instaure le « **parcours de soins coordonné** », qui vise officiellement à favoriser la qualité des soins et à organiser un accès optimisé au système de santé en instaurant un dispositif qui doit permettre au médecin traitant (spécialiste ou généraliste) d'assurer un véritable suivi médical de ses patients. En effet, son rôle consiste à coordonner le "parcours de soins" de chacun de ses patients, c'est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de sa santé.

C'est lui que l'assuré consulte en premier recours. Si besoin, avec son accord, son médecin traitant l'adressera dans un deuxième temps, au professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation.

En cas de non respect du parcours de soins une majoration de la participation de l'assuré (en diminuant la base de ses remboursements) est instaurée et donc régulièrement augmentée depuis 2006.

D'autre part, l'année 2005 a vu la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro déduite, depuis le 1er janvier 2005, du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale et la mise en œuvre du plan médicament.

En 2006, a été introduite une majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins, ainsi que de nombreux déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant.

En 2007, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins a été augmentée, de même que le plafond de la participation forfaitaire.

Enfin en 2008, des franchises, destinées à contribuer au financement des plans de santé publique, ont été instaurées au 1er janvier sur les postes de dépenses les plus dynamiques (0,50 € par boîte de

* Cf le détail de ces mesures en annexe 3 p.148.

médicaments et par acte d'auxiliaire médical, et 2€ par transport, dans la limite de 50€ par an et par patient). Ces franchises ont rapporté à la branche maladie environ 890 millions d'euros d'après la commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2009²⁹.

Nous verrons au cours de l'enquête, que certaines personnes défavorisées sont très sensibles à ces mesures.

2. LE MOUVEMENT ATD QUART-MONDE

2.1 Objectifs

Le Mouvement ATD (Aide à Toute Détresse) Quart Monde est un mouvement de défense des Droits de l'Homme, apolitique, aconfessionnel. Reconnu d'utilité publique, le Mouvement s'est engagé avec des personnes vivant dans la grande pauvreté pour défendre les convictions suivantes :

- **la misère n'est pas fatale. Elle est une violation des droits de l'Homme ;**
- **les Droits de l'Homme sont indivisibles.** Sans la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels aussi bien que des droits civiques et politiques, aucune personne, aucune famille ne peut vivre dans la dignité et assumer ses responsabilités ;
- l'assistance ne suffit pas pour permettre aux personnes et aux familles les plus démunies de sortir de la misère et de mettre en oeuvre leur projet de vie : **la prise en compte de leur pensée et de leur expérience est indispensable si l'on veut vaincre la misère.**

Le Mouvement ATD Quart Monde a été fondé en 1957 par Joseph Wresinski dans un bidonville de la région parisienne. Geneviève de Gaulle Anthonioz en a été la présidente, de 1964 à 1998. Le président actuel est Pierre Saglio.

2.2 Engagements et représentativité.

Présents aujourd'hui dans 25 pays, les membres du Mouvement ATD Quart Monde s'engagent :

- pour permettre à des familles très démunies de faire valoir leur droit par des actions menées dans les domaines de l'accès au savoir, de la formation, de la santé, du logement, de la prise de parole ;
- pour rassembler des personnes de toute condition refusant la persistance de la grande pauvreté ; ces personnes créent des solidarités avec les plus pauvres et suscitent l'expression d'un courant d'opinion porteur de ce refus de la misère ; un engagement civique du plus grand nombre pour refuser la misère est nécessaire pour avoir un impact concret.
- pour qu'au plan local, national ou international, les aspirations des familles les plus pauvres soient prises en compte.

Le Mouvement ATD Quart Monde mène des actions

- avec les personnes en situation de pauvreté : des actions essentiellement de type culturel pour donner les moyens à ces personnes de devenir réellement des partenaires et pour créer du lien social (université populaire, bibliothèque de rue, semaines de l'avenir partagé,...).
- auprès de la société pour que l'ensemble des citoyens change son regard sur les plus pauvres et les considère comme des personnes ayant leur dignité (Journée internationale du refus de la misère le 17 octobre).

²⁹ FENINA A, LE GARREC MA, DUÉE M, *Les comptes nationaux de la santé en 2008*, Etudes et Résultats n°701 Septembre 2009, DREES

- auprès des responsables, à tous les niveaux, de la commune aux instances internationales, pour que les lois, les textes, les procédures tiennent compte de la vie, de la pensée et des aspirations des personnes en situation de pauvreté. Ainsi, ATD Quart Monde, avec d'autres associations, a eu un rôle décisif dans le vote, en 1998, par le parlement français, de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Le Mouvement ATD Quart Monde a été largement porteur du courant qui bouscule l'idée que « l'on n'a rien à apprendre des pauvres » mais qui affirme bien au contraire que c'est aussi par leur prise de parole et par leur participation aux actions de lutte contre la pauvreté que l'effectivité de l'accès aux droits se construit.

C'est l'échange entre professionnels et usagers qui permet une meilleure connaissance de la réalité. Cet échange a été nommé « croisement des savoirs ».

2.3 Place de cette étude

Elle prend place plus largement dans un travail longitudinal sur la relation soignant/ soigné décliné dans les différents domaines de santé, dans les stratégies de recours aux soins et les dynamiques de soins des personnes vivant en situation de précarité : les démunis, les plus pauvres.

Refus de soins ; retards ; renoncements aux soins ; mise en place du soin ; démarche préventive : circonstances et comportements des différents acteurs.

Il s'agit de donner les moyens aux plus démunis (et à ceux qui les accompagnent) :

- de faire exister ce qu'ils vivent et ressentent en matière d'accès à la santé, sous la forme d'expression de leurs expériences personnelles et collectives ou de participation à la réflexion pour un meilleur accès à la santé...
- de permettre à ces contributions d'être portées au niveau des décideurs et des centres de réflexion, afin de faire évoluer la place des comités d'usagers en situations de pauvreté dans la définition et l'évaluation des programmes de santé en direction de ces publics.

En effet, une connaissance approfondie (et actualisée en permanence en fonction des évolutions réglementaires, par exemple...) de la situation vécue par les plus pauvres permet de garantir **une véritable représentation** de ceux-ci dans les instances chargées de mettre en œuvre les politiques publiques et de vérifier l'accès au droit à la santé de tous les citoyens y compris les plus fragiles.

L'objectif principal de l'action peut être ainsi défini :

Développer l'expression et la participation des plus démunis en ce qui concerne l'accès à la prévention et aux soins et les pratiques de santé en milieu défavorisé.

Dans le domaine de la santé, plusieurs approches permettent à notre association de recueillir la parole des populations.

Des rencontres sur le thème de la santé :

Dans les quartiers où sont implantées des équipes d'ATD Quart monde susceptibles d'accompagner le projet, il s'agit :

De recenser des expériences d'accès aux soins, vécues par les populations très pauvres.

De leur faire consigner dans le cadre d'un atelier d'écriture les faits vécus et leur perception personnelle.

De les solliciter pour faire émerger de leur part des propositions d'amélioration.

De faire procéder par un cabinet expert à une analyse qualitative de ces données.

Dans les réunions d'Universités populaires (U.P.) :

Elles regroupent, à un niveau régional, des personnes issues de la très grande pauvreté qui s'y déplacent en groupes, après un temps de préparation au plan local.

Sur un thème donné, des petits groupes, implantés dans des quartiers, font émerger au cours de réunions préparatoires (2 ou 3 par U.P.) des expériences vécues par les très pauvres, des incompréhensions à l'égard de pratiques des professionnels, de souhaits en matière d'évolution des textes ou des pratiques...

Ils préparent des prises de parole des personnes pauvres lors de l'Université populaire.

L'Université Populaire (2 par trimestre) rassemble tous ces représentants des groupes autour de professionnels et de décideurs, invités pour leur expertise du domaine.

Elle offre ainsi un lieu de prise de parole des personnes très pauvres devant des décideurs, permettant une confrontation des pratiques et des savoirs : il s'agit de faire émerger ce que vivent ces populations précaires en matière d'accès à la santé, ce qu'elles proposent comme réforme des politiques publiques, comme évolution des pratiques professionnelles, mais aussi d'obliger les uns et les autres à construire un dialogue. Les animateurs des groupes dans les quartiers sont formés dans le cadre de l'Institut de Recherche et de Formation aux Relations Humaines du Mouvement ATD Quart Monde.

Dans les réunions du « Réseau Wresinski santé » : une centaine de personnes, dont 10 personnes en situation de pauvreté

ATD Quart-Monde a mis en place dans les différents secteurs de Droits des réseaux de professionnels, conçus comme des plates formes d'échanges et de propositions. Dans le domaine de la santé, le réseau met ainsi en lien des professionnels du secteur sanitaire et social qui, dans leur domaine d'activité, ont le souci d'atteindre les personnes les plus démunies et de les faire participer aux décisions les concernant, ainsi que des personnes issues de la grande précarité, les « militants ».

Une dizaine de personnes issues de la grande pauvreté travaillant depuis plus de 30 ans sur ce thème de la santé sont dans ce réseau à titre « d'experts d'expérience » de pauvreté. Elles permettent de confronter les expériences et les savoirs des professionnels au vécu, au ressenti et au cheminement des personnes en difficulté sociale.

C'est l'occasion pour les professionnels et les militants de partager leurs expériences, leurs réflexions et leurs initiatives relatives à leur travail. Les professionnels trouvent dans ces échanges un soutien à leur engagement et un support pour entraîner peu à peu leur milieu dans cette démarche.

Le recueil de « faits » dans le domaine de la santé :

Objectif

Le Réseau Santé a senti le besoin de consigner l'expérience des différents membres pour les partager et construire des propositions. Sont donc concernées :

- les actions positives dans le domaine de l'accès aux soins des plus fragiles
- les obstacles à l'accès aux soins rencontrés ainsi que les moyens mis en œuvre pour les surmonter.
- les faits présentant des inégalités dans l'accès aux soins et à la prévention sur le territoire français
- les inquiétudes des acteurs partenaires dans ces domaines.

2.4 Petit lexique du mouvement ATD Quart Monde*

Membres actifs :

Les militants Quart Monde :

Les personnes très pauvres sont les premières à refuser la misère qu'elles subissent. Certaines deviennent militantes et s'engagent pour changer la vie de tous ceux qui connaissent les mêmes souffrances.

Les volontaires permanents :

Des hommes et des femmes choisissent de s'engager à plein temps et dans la durée aux côtés des personnes en grande pauvreté. Ces volontaires perçoivent une rémunération modeste et identique qu'ils soient leur ancienneté et leur niveau de responsabilité.

Les alliés :

Ces bénévoles développent les actions et diffusent le message d'ATD Quart Monde au sein de leur milieu social, professionnel ou culturel pour que le refus de la misère devienne une priorité partagée.

100 000 amis et sympathisants soutiennent le Mouvement ATD Quart Monde financièrement et lors de campagnes publiques.

Les Universités Populaires Quart Monde, créées en 1972, sont des lieux de dialogue et de formation réciproque entre des adultes vivant en grande pauvreté et d'autres citoyens qui s'engagent à leurs côtés.

Tous viennent pour apprendre les uns des autres, en apportant leurs expériences et leurs savoirs propres. Dans ces rencontres on peut, chacun et ensemble, s'entraîner à exprimer une opinion ou une pensée, en les confrontant à celles d'autres personnes. De ce croisement des savoirs entre les participants peut naître une pensée neuve, riche des diversités de ceux qui la créent, indispensable à l'élaboration d'un projet de société vraiment démocratique.

Certains participants, renforcés par les savoirs acquis avec d'autres aux Universités Populaires, agissent dans leur famille, leur quartier ou leur cité pour que les conditions de vie des personnes vivant dans la misère changent. Ils reprennent confiance pour entreprendre des démarches visant à faire respecter leurs droits et ceux de plus pauvres qu'eux encore.

Des petits groupes composés de personnes vivant dans la pauvreté, d'alliés et de volontaires-permanents se réunissent dans les quartiers pour préparer la réunion mensuelle.

Les Universités Populaires Quart Monde sont implantées dans neuf régions : Alsace, Bretagne, Champagne-Ardennes, Ile-de-France, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Normandie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Rhône-Alpes.

Les Réseaux Wresinski rassemblent des professionnels et des acteurs locaux au sens large qui, dans leur métier ou leur activité, agissent contre la pauvreté et l'exclusion. Chaque réseau est une plate-forme d'échanges qui :

- collecte et diffuse la connaissance acquise auprès des personnes vivant dans la pauvreté,
- partage la connaissance du fonctionnement et du dysfonctionnement de la société à leur égard,
- soutient l'engagement des professionnels,
- participe à la création d'un courant du refus de la misère et de l'exclusion.

Il existe des réseaux dans les domaines suivants : Culture, Santé, Vacances familiales, Ecole, Famille-Petite enfance, Vie locale citoyenne, Participation-croisement des savoirs

C'est donc dans le cadre de la réflexion sur l'accès aux soins en général et plus concrètement sur les problèmes auxquels sont confrontés les personnes en difficultés et leurs soignants que s'est construit le projet de recherche dans lequel est développé cette thèse. C'est ce que nous allons développer dans la partie suivante.

* <http://www.atd-quartmonde.fr/>

2^{ème} PARTIE : ETUDE

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 Matériel

Réalisation d'un support de questionnement : « fiche Wresinski »

Test du support de questionnement auprès du groupe de recherche ATD Quart-Monde Nancy composé de militants et de professionnels

Test du support de questionnement auprès du Réseau Santé Wresinski

Validation du matériel

Recueil

Auprès des familles issues de la grande pauvreté : consignation de témoignages, de faits à l'aide de grilles. Par exemple, des « membres actifs » de l'association ATD Quart-Monde (notamment des militants eux-mêmes en situation de précarité) accueillent dans leur appartement des voisins, des amis. Ainsi, un climat de confiance peut se créer, et la parole peut se libérer. Il faut noter que la santé est un sujet difficile à aborder, car il touche à l'intimité de l'individu :

« La santé, c'est le corps, c'est privé, c'est comme une armoire normande, on la tient bien fermée. »

Auprès des professionnels du Réseau Santé Wresinski, ainsi qu'auprès des groupes de professionnels partenaires (Réseau Santé Précarité de la Conférence Nationale de Santé, les Réseaux Santé Précarité de Nancy et du Languedoc Roussillon, des professionnels de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Exploitation :

Analyse quantitative et qualitative (par thématique) par un cabinet de sociologie spécialisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Confrontation de la synthèse des données entre les professionnels de santé et les personnes très pauvres pour aboutir à la production d'un document.

On remarquera que l'échantillon n'est pas représentatif étant donné le mode de recueil.

L'information des pouvoirs publics par la participation dans des instances :

Les informations recueillies selon les différents canaux évoqués ci-dessus permettront d'alimenter les contributions des représentants d'ATD Quart monde dans les différentes représentations nationales et régionales.

À cette occasion, il conviendra de vérifier que la lutte contre les exclusions est une priorité de l'ensemble des politiques publiques et qu'elle est effective en termes d'accès au droit commun de la santé et de participation des usagers.

1.2 Méthode :

L'étude repose sur l'analyse de 230 fiches Wresinski qui comportent des renseignements concernant le patient (âge, sexe, profession...), l'énoncé du problème rencontré, puis les observations éventuelles de l'utilisateur et enfin, les observations éventuelles du professionnel ainsi que son analyse et la dynamique mise en œuvre autour de la santé du patient.

Le recueil de ces fiches s'étale de Juillet 2007 à Juin 2009. (cf fiche en annexe 4 p.151)

Les fiches ont été remplies par :

des professionnels qui décrivent une situation ou recueillent directement la parole du soigné
des membres actifs du réseau Wrésinski
des usagers

La répartition des répondants est la suivante :

Activité répondant	Somme	Pourcentage
Non précisé	5	2,17%
Médecin	95	41,30%
Dentiste	33	14,35%
Sociologue	50	21,74%
Assistante sociale ou paramédical	9	3,91%
Usager	17	7,39%
Militant Quart Monde	21	9,13%
Total	230	

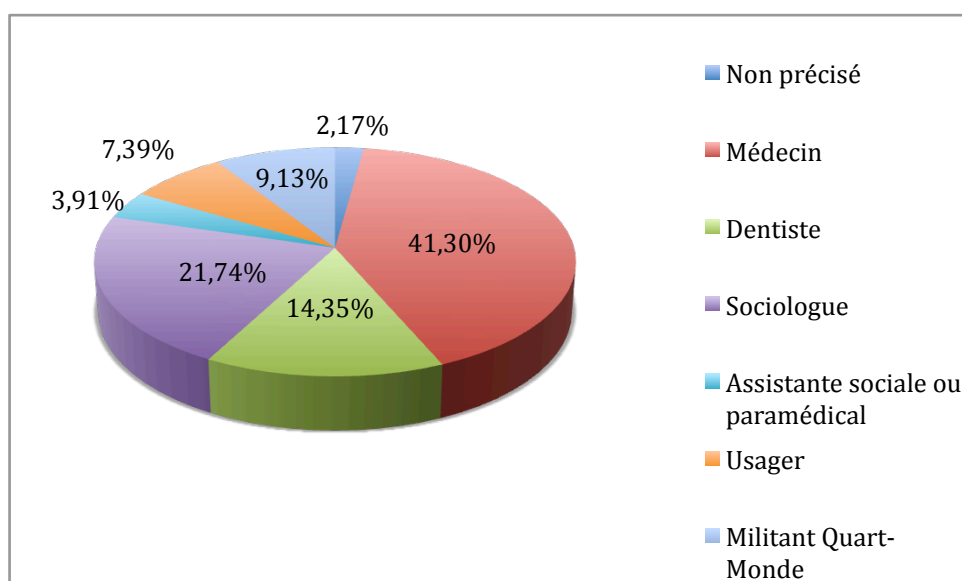


Figure 1 : Répartition des répondants

Plus de 70% des fiches ont été remplies par des médecins, sociologues et dentistes, membres des Réseaux Wrésinski.

L'origine géographique des fiches est la suivante :

Lorraine : 72,17% dont 93,97% ont été remplies en Meurthe-et-Moselle

Rhône : 10%

Non précisé : 9,13%

Autre : 8,70%

2. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

2.1 Répartition par sexe

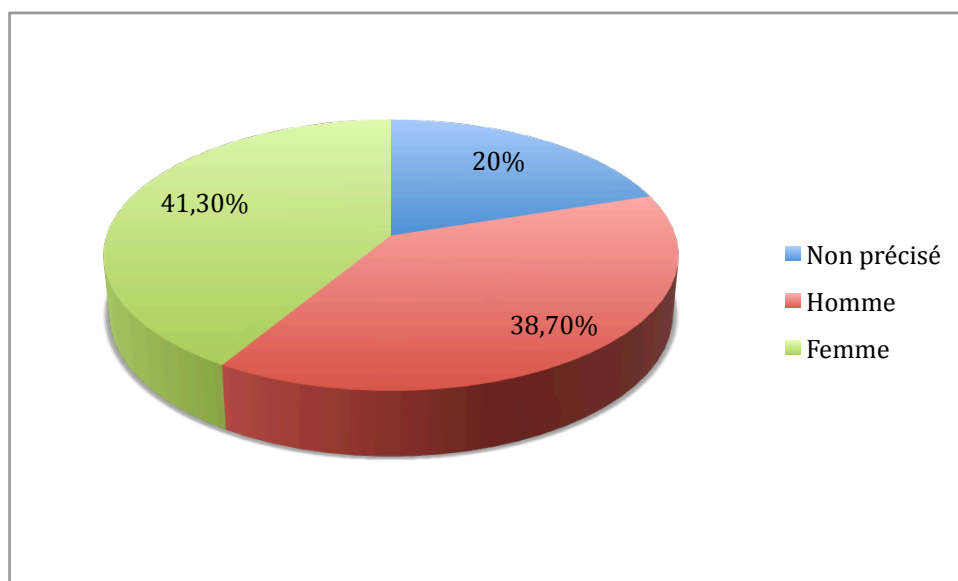


Figure 2 : Répartition par sexe

2.2 Répartition par classe d'âge

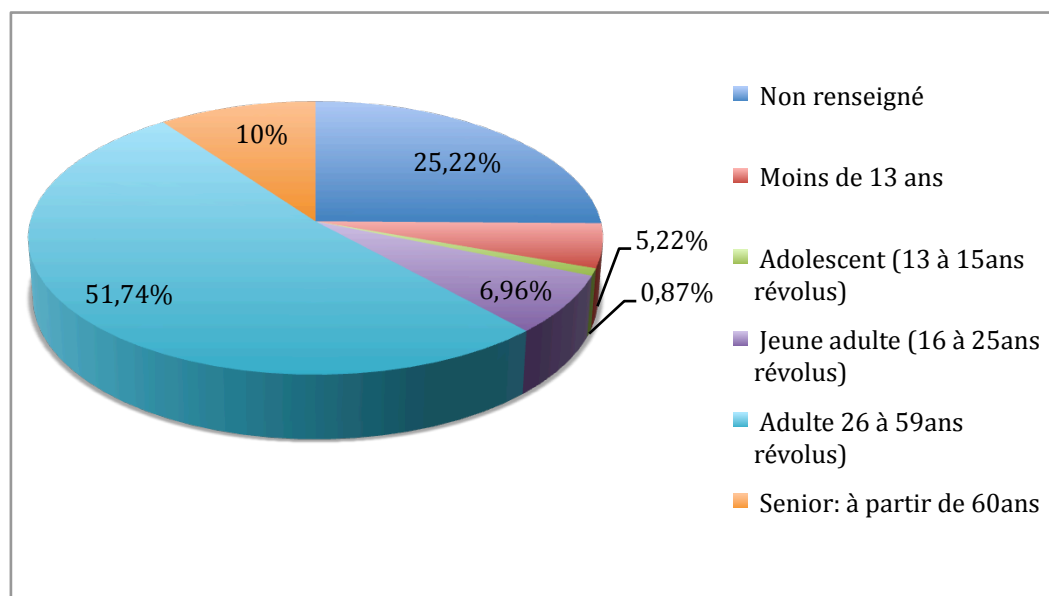


Figure 3 : Répartition par classe d'âge

L'échantillon est composé à 51,94% d'adultes, 10% de séniors, de 7% de jeunes adultes, de 6% de mineurs et l'âge n'est pas renseigné dans 25,22% des cas.

2.3 Répartition du sexe par classe d'âge

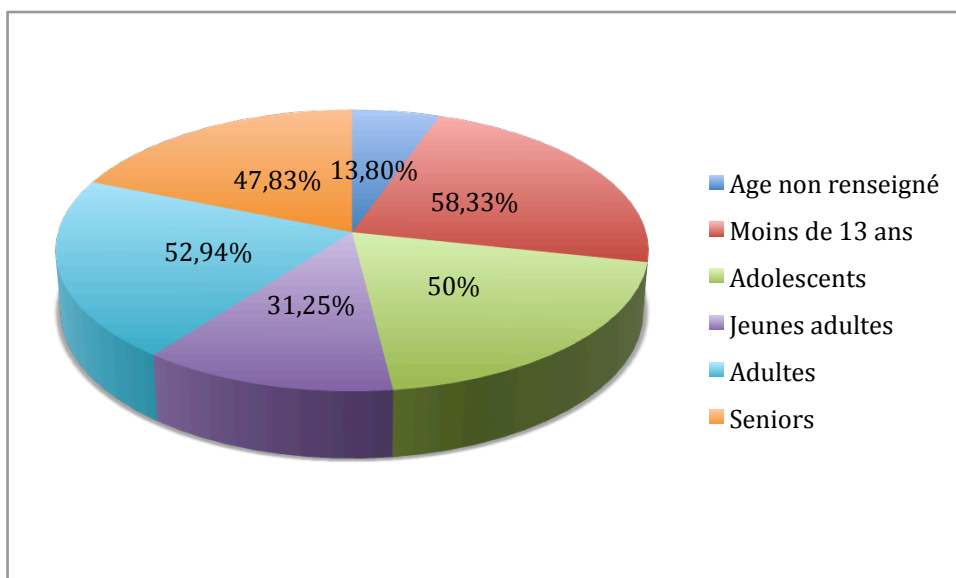


Figure 4 : Répartition des femmes par classe d'âge

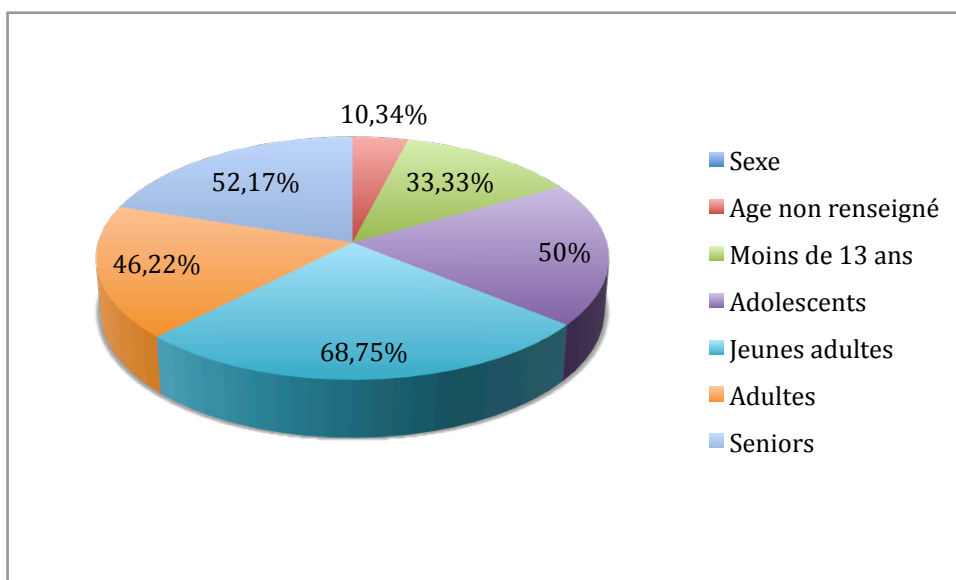


Figure 5 : Répartition des hommes par classe d'âge

Lorsque le sexe est renseigné, dans chaque classe d'âge la répartition des hommes et des femmes est identique en dehors des jeunes adultes où les hommes représentent près de 70% de cette classe.

2.4 Situation familiale

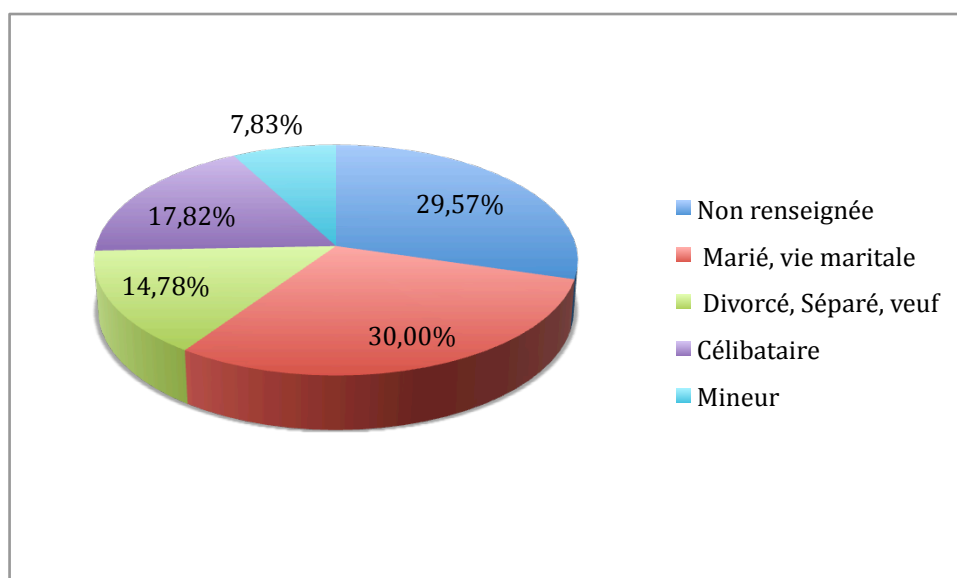


Figure 6 : Situation familiale

30% des personnes vivent en couple et environ 30% des personnes vivent seules. La situation familiale n'est pas renseignée dans environ 30% des cas.

Situation familiale par sexe :

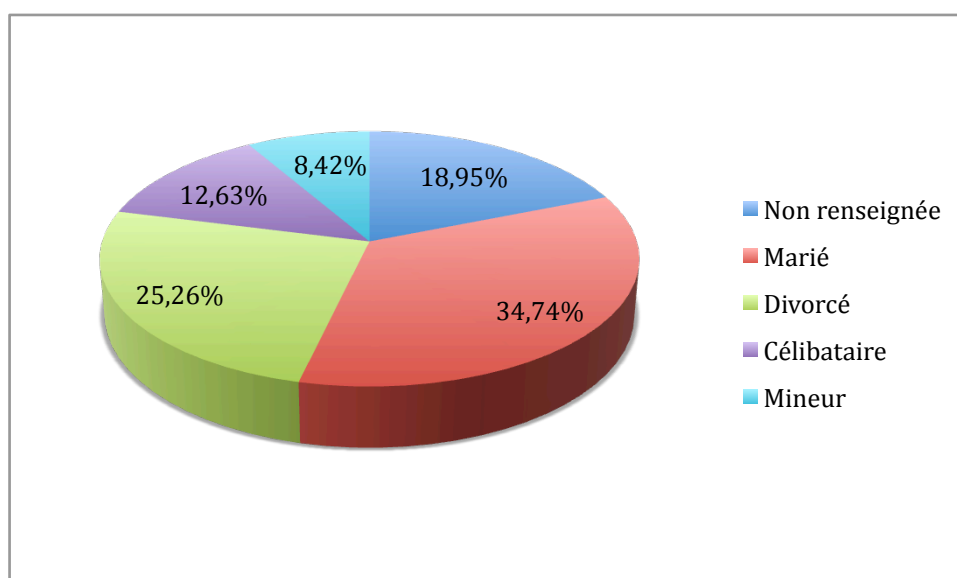


Figure 7 : Situation familiale des femmes

37,89% des femmes vivent seules, 34,74% vivent en couple

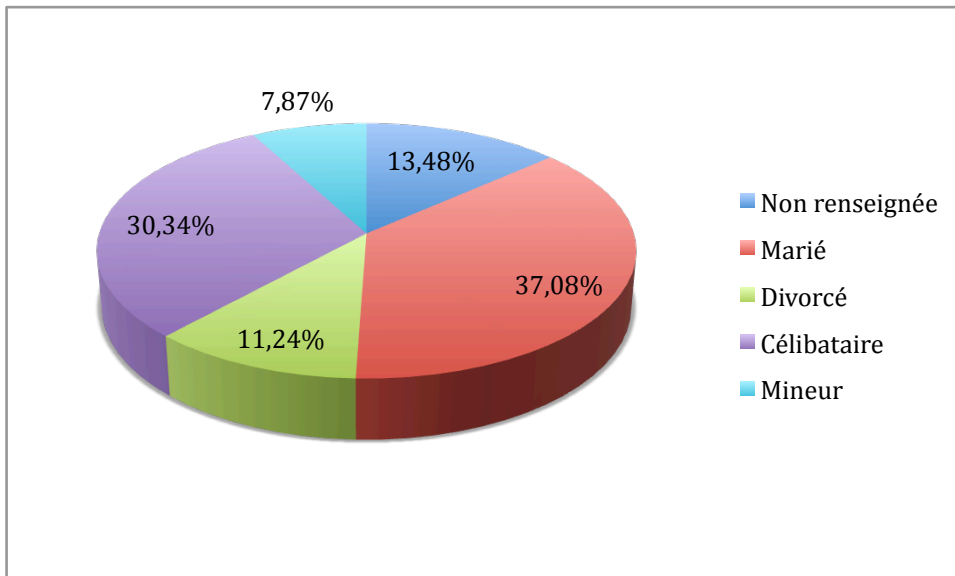


Figure 8 : Situation familiale des hommes

41,58% des hommes vivent seuls, 37,08% vivent en couple

2.5 Profession

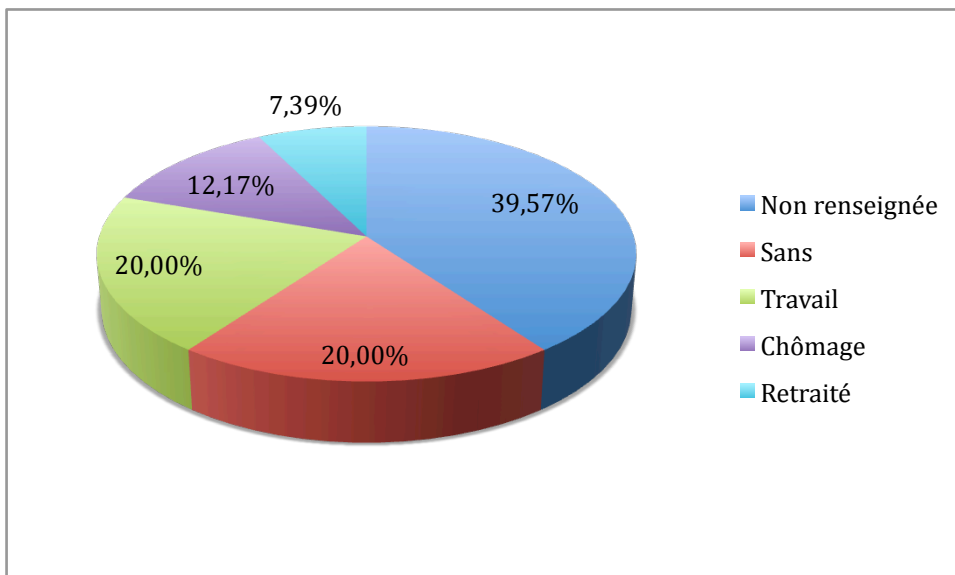


Figure 9 : Répartition profession

Répartition profession par sexe :

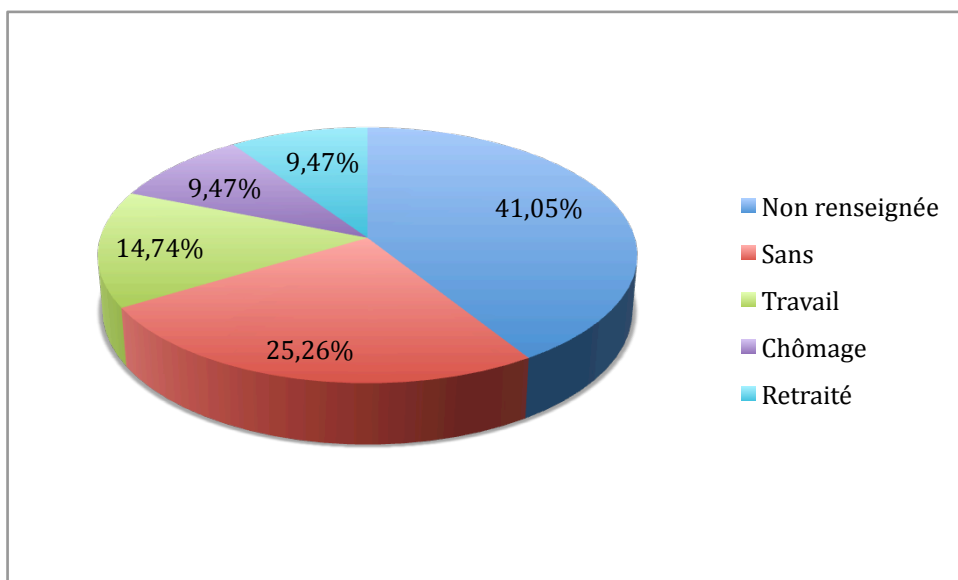


Figure 10 : Répartition profession chez les femmes

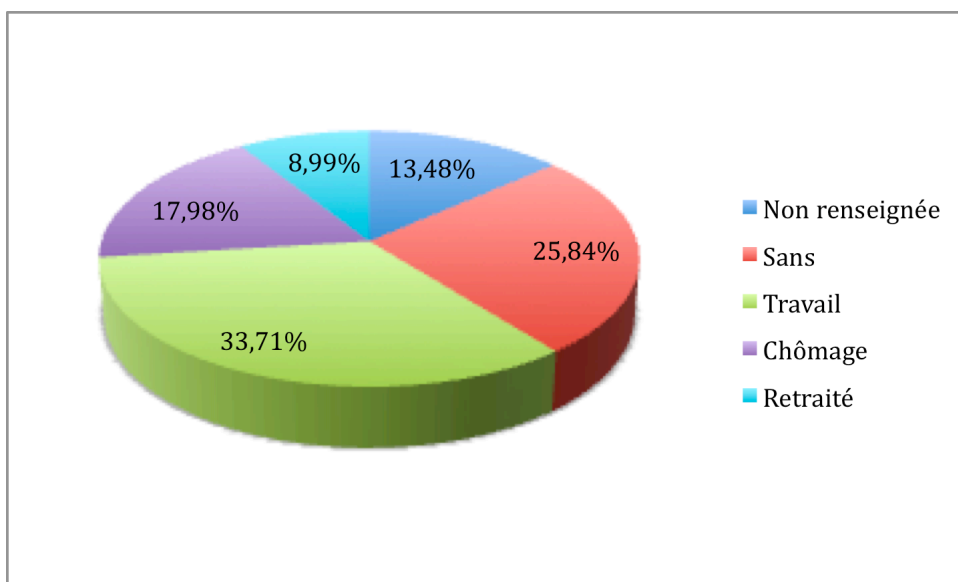


Figure 11 : Répartition profession chez les hommes

Profession par sexe et par âge :

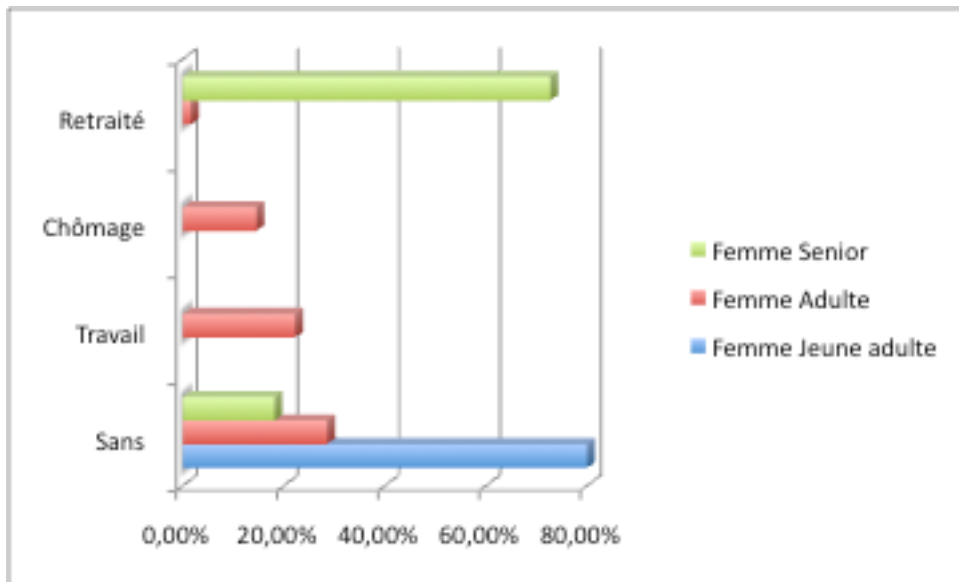


Figure 12 : Répartition de la profession chez les femmes en fonction de la classe d'âge

Concernant les femmes, les jeunes adultes sont très majoritairement sans profession (80%). Les adultes sont majoritairement sans profession ou au chômage. Seules 22,22% ont un emploi. Les plus de 60 ans sont majoritairement à la retraite, mais 18,18% d'entre elles sont sans profession.

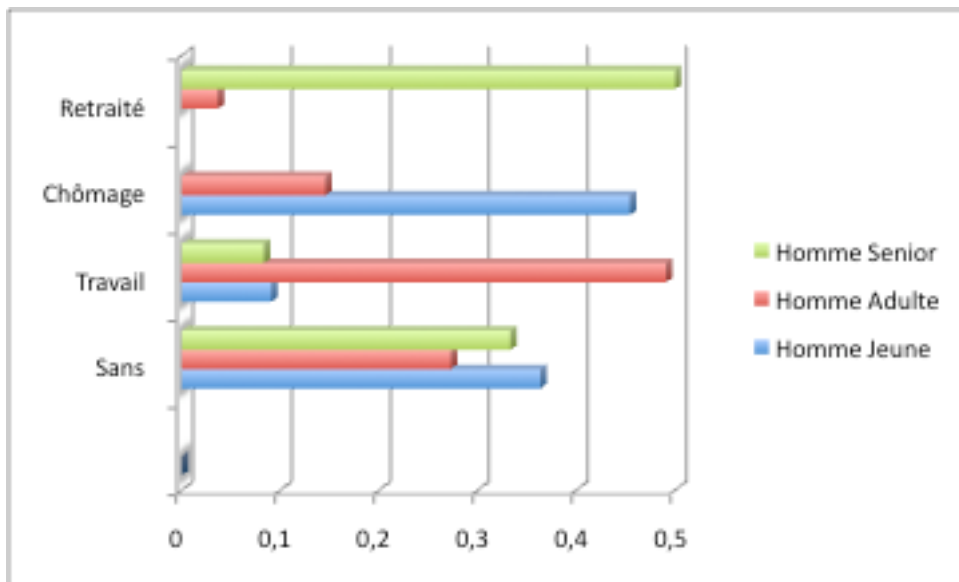


Figure 13 : Répartition de la profession chez les hommes en fonction de la classe d'âge

Concernant les hommes, les jeunes adultes sont très majoritairement sans emploi ou au chômage (plus de 90%)
Adultes : 49% ont un emploi.
Chez les plus de 60 ans, 33% sont sans emploi.

2.6 Couverture sociale :

2.6.1 Généralités :

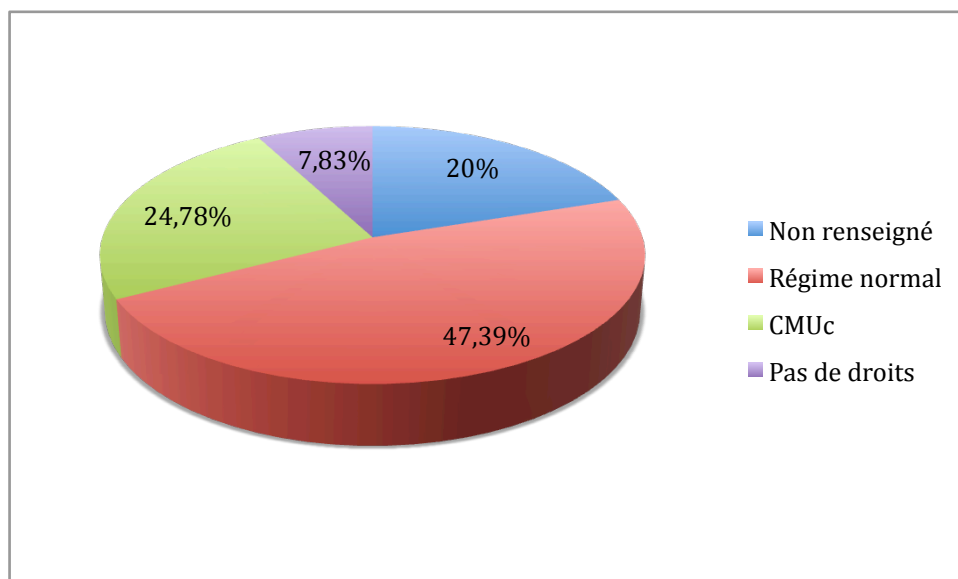


Figure 14 : Répartition couverture sociale

2.6.2 Couverture sociale par sexe :

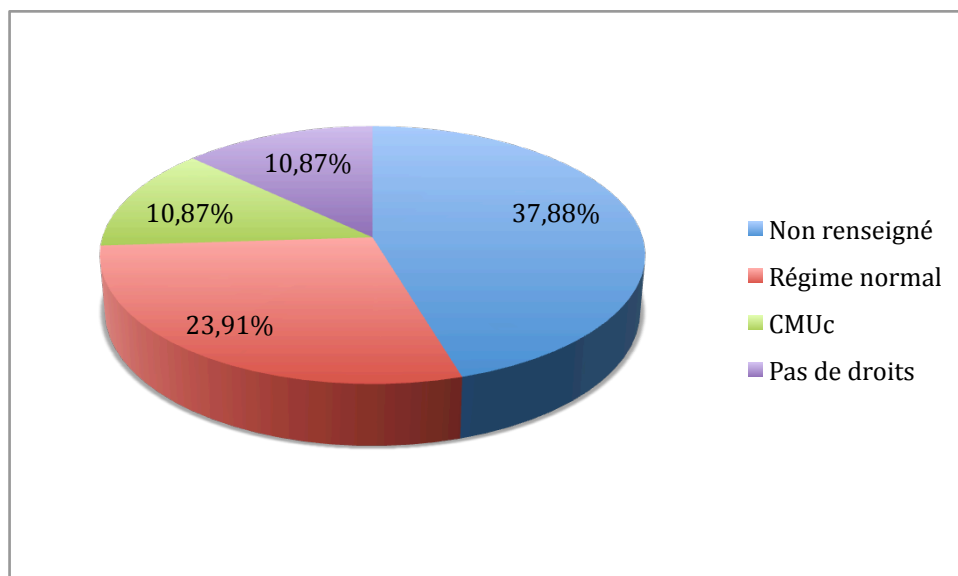


Figure 15 : Répartition couverture sociale pour les personnes dont le sexe est non renseigné

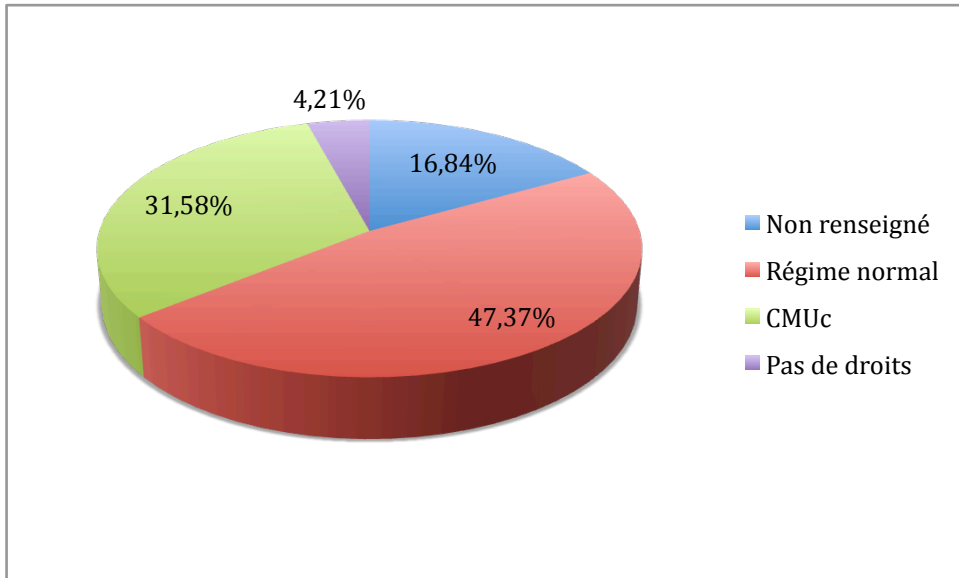


Figure 16 : Répartition couverture sociale chez les femmes

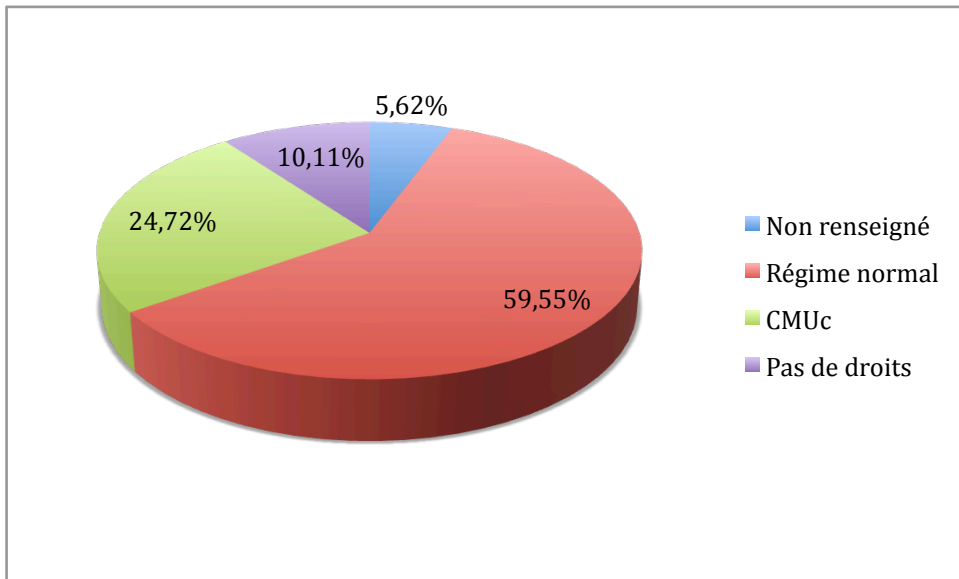


Figure 17 : Répartition couverture sociale chez les hommes

2.6.3 Couverture sociale par classe d'âge

Couverture sociale	Age en classe					
	Non renseigné	Moins de 13 ans	Adolescent (13 à 15ans révolus)	Jeune adulte (16 à 25ans révolus)	Adulte 26 à 59ans révolus)	Sénior: à partir de 60ans
Non renseigné	44,83%		50%	12,50%	9,24%	26,09%
Régime général	29,31%	16,67%	50%	25%	57,98%	69,57%
CMUc	18,97%	66,67%		31,25%	26,89%	4,35%
Pas de droits	6,90%	16,67%		31,25%	5,88%	
Total	58	12	2	16	119	23

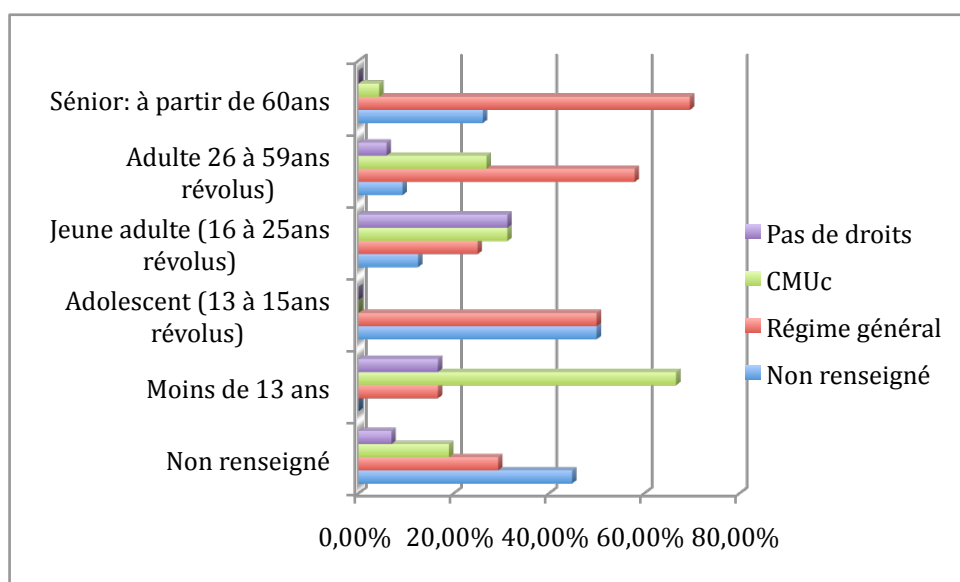


Figure 18 : Couverture sociale en fonction de la classe d'âge

Les séniors, les adultes et les mineurs sont majoritairement au régime général. Par contre, les jeunes adultes sont dans environ 1/3 des cas à bénéficier de la CMUc, ils sont dans la même proportion à ne pas avoir de droits et dans 1/4 des cas à être au régime général. De même, les moins de 13 ans, sont dans 2/3 des cas à bénéficier de la CMUc et dans 16% des cas ils sont sans droits ;

2.6.4 Couverture sociale par classe d'âge et par sexe

Sexe	Couverture sociale	Régime général	CMU	Pas de droits
Homme	Moins de 13 ans	1,89%	9,09%	11,11%
	Adolescent	1,89%		
	Jeune adulte	5,66%	18,18%	33,33%
	Adulte	62,26%	63,64%	55,56%
	Senior	18,87%		
Femme	Moins de 13 ans	2,22%	20%	
	Adolescent			
	Jeune adulte	2,22%	3,33%	50%
	Adulte	75,56%	56,67%	50%
	Senior	13,33%	3,33%	

Ce tableau concerne les patients dont le sexe et la couverture sociale sont précisés

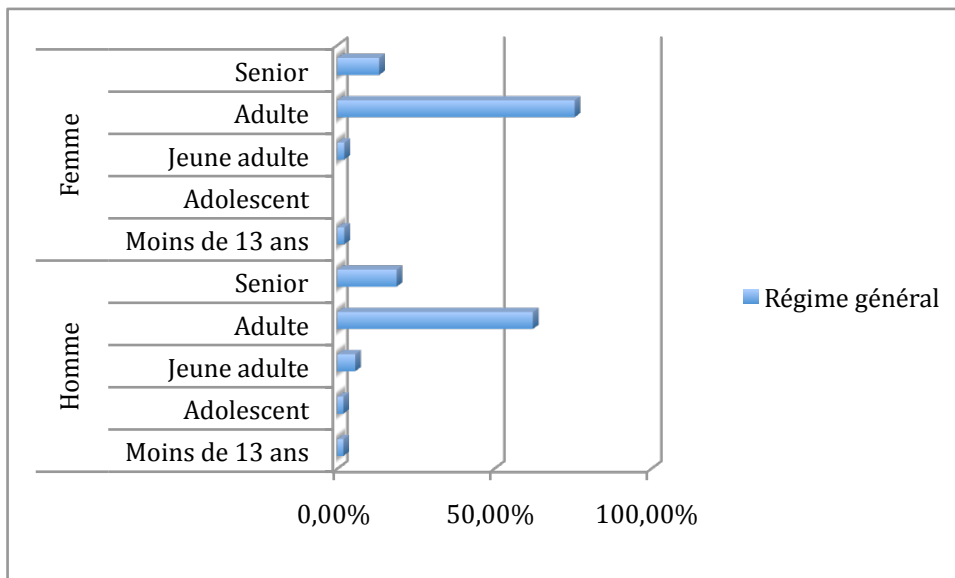


Figure 19 : Répartition des classes d'âge pour les patients au régime général

La majorité des patients au régime général, tous sexes confondus, sont donc des adultes ce qui s'explique notamment par le fait que la classe d'âge des adultes représente près de 52% des fiches.

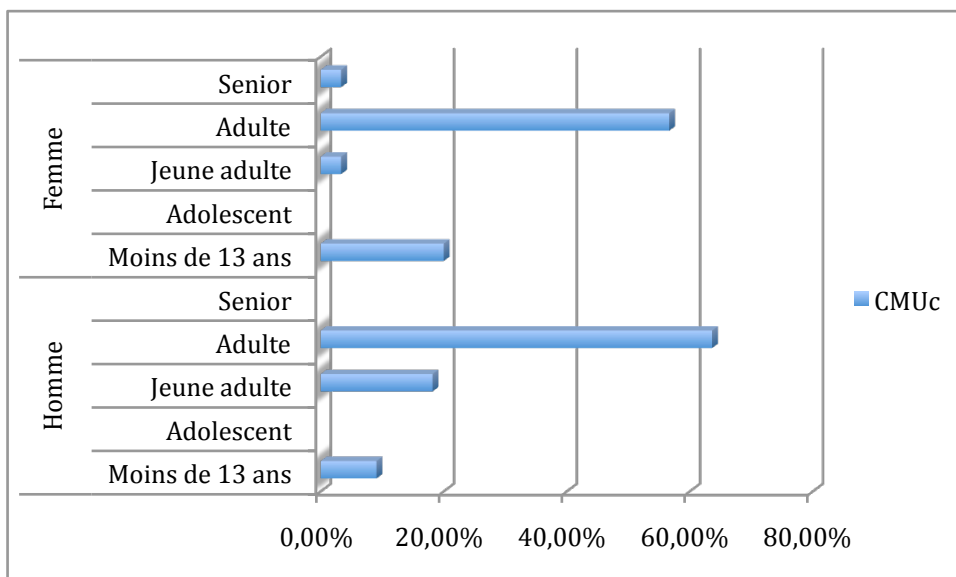


Figure 20 : Répartition des classes d'âge pour les patients bénéficiant de la CMUc

La majorité des patients bénéficiant de la CMU, tous sexes confondus, sont là encore des adultes. On notera cependant que les femmes de moins de 13ans et les jeunes adultes hommes sont près de 20% dans leur catégorie de sexe respectif.

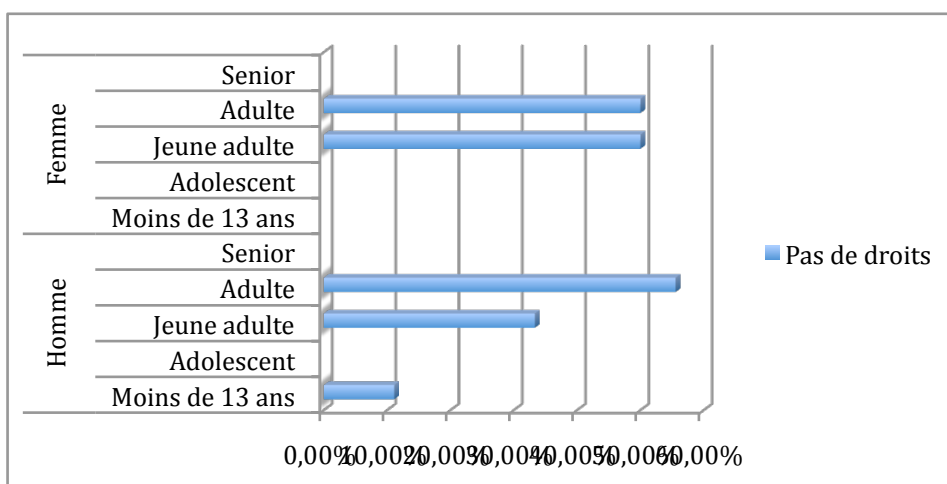


Figure 21 : Répartition des classes d'âge pour les patients sans droits

On remarquera ainsi que parmi les patients sans droits, les jeunes adultes sont particulièrement représentés.

2.7 Situation familiale par classe d'âge et sexe concernant les personnes majeures et détails concernant la profession, les enfants à charge et la couverture sociale

Sexe	âge en classe	Situation familiale		
		Marié/ Vie maritale	Divorcé/ Séparé/ Veuf	Célibataire
Homme	Jeune adulte (16 à 25ans révolus)			72,73%
	Adulte 26 à 59ans révolus)	43,64%	14,55%	30,91%
	Senior: à partir de 60ans	75,00%	16,67%	
Femme	Jeune adulte (16 à 25ans révolus)	40,00%		60,00%
	Adulte 26 à 59ans révolus)	41,27%	30,16%	11,11%
	Senior: à partir de 60ans	36,36%	45,45%	

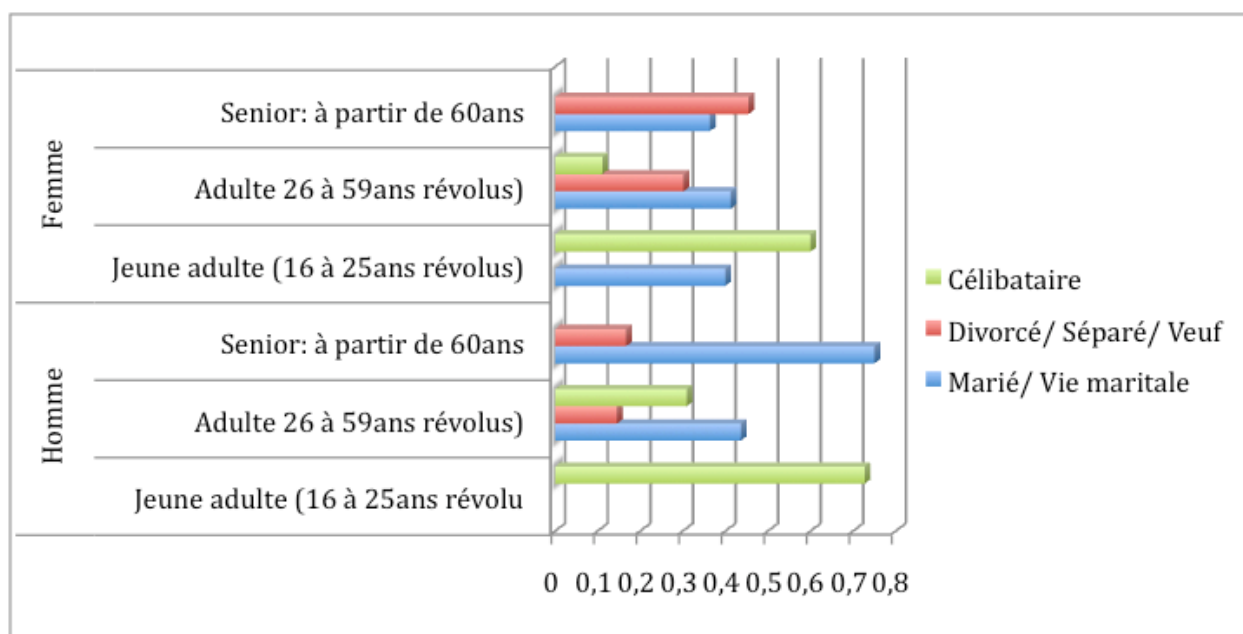


Figure 22 : Situation familiale par classe d'âge et de sexe concernant les personnes majeures

La majorité des jeunes adultes est célibataire, tous sexes confondus.

La majorité des adultes vivent en couple (environ 42%). 30% des femmes sont séparées, et la même proportion d'hommes est composée de célibataires.

Chez les seniors, 75% des hommes vivent en couple, contre 36% des femmes. 45% des femmes sont divorcées, séparées ou veuves.

2.8 Profil sociologique des patients :

Pour les hommes :

Les jeunes adultes :
sont célibataires pour 2/3 d'entre eux, et n'ont pas d'enfant à charge. Ils sont majoritairement sans profession ou au chômage.

Pour les adultes : un peu moins de la moitié sont mariés et parmi le tiers qui n'ont pas d'enfant à charge la moitié travaillent, l'autre moitié est sans profession ou au chômage. Parmi les 2/3 qui ont des enfants à charge 2/3 travaillent et sont au régime général.

Environ 15% sont séparés ou divorcés. La moitié d'entre eux sont sans enfants et sont retraités ou au chômage. Parmi la moitié qui a des enfants à charge, 3/4 sont sans profession.

Environ 1/3 sont célibataires et n'ont pas d'enfant à charge, et plus de 40% d'entre eux sont au chômage ou sans profession/

Pour les Seniors : 3/4 sont mariés et sans enfants à charge, dont la moitié à la retraite et 1/3 sans profession.

Pour les femmes :

Pour les jeunes adultes :
40% sont mariées, avec des enfants et travaillent.

60% sont célibataires, sans enfant, dont 2/3 sont sans profession et n'ont pas de droit.

Pour les adultes :
41% sont mariées, dont près de 90% ont des enfants. Parmi elles, plus d'1/2 sont sans profession.
Environ 1/3 sont séparées et ont des enfants dont plus d'un tiers sont au chômage ou sans profession.
Environ 11% sont célibataires dont 1/3 avec des enfants et au chômage. Parmi les 2/3 sans enfants, 60% d'entre elles sont au chômage.

Pour les seniors :
Plus d'1/3 sont mariées, n'ont pas ou plus d'enfant à charge : 50% sont retraitées, 25% sont sans profession et sont au régime normal, 25% dont le travail n'est pas précisé et qui bénéficient de la CMU. 45% sont séparées dont 80% sont retraitées et 20% sont sans profession.

3. ANALYSE CENTRÉE SUR LES PROBLÈMES ÉVOQUÉS DANS LES FICHES WRESINSKI

3.1 Les disciplines concernées :

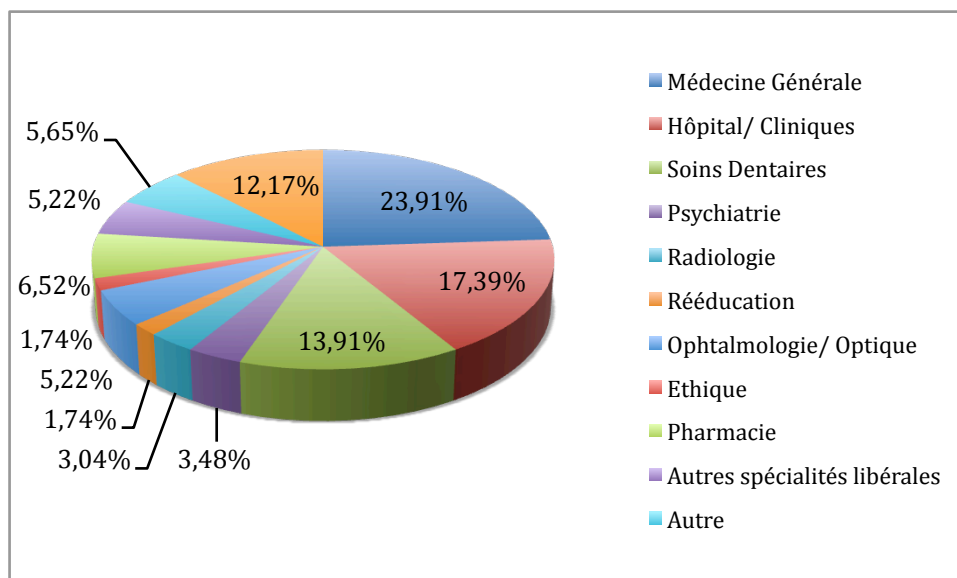


Figure 23 : Répartition des disciplines concernées

3.2 Problèmes évoqués

3.2.1 Etude des fiches à partir du premier problème évoqué

Un problème évoqué	Somme	Pourcentage
Financier	118	51,30%
Refus de soins	10	4,35%
Manque de moyens	9	3,91%
Accès/Transport	8	3,48%
Compréhension	15	6,52%
Conditions de vie	4	1,74%
Pas de droits	26	11,30%
Parcours de soins	4	1,74%
Autre	16	6,96%
Relation soignant/soigné	20	8,70%
Total	230	

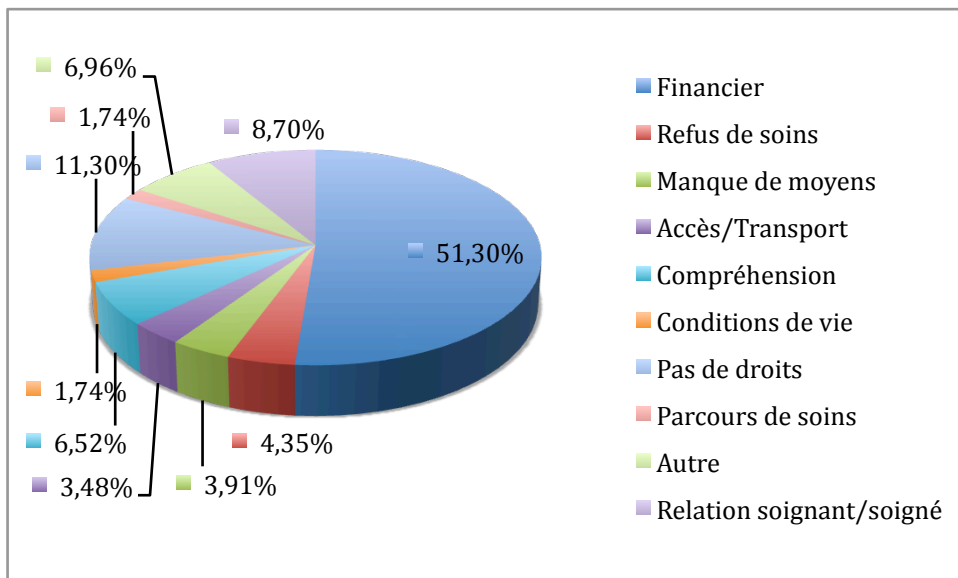


Figure 24 : Répartition des problèmes évoqués

3.2.2 Un deuxième problème est évoqué:

Dans 116/230 fiches, un deuxième type de problème intervient en plus du premier lors de l'analyse de la fiche.

Deuxième problème évoqué	Somme	Pourcentage
Financier	35	30,17%
Refus de soins	6	5,17%
Manque de moyens	5	4,31%
Accès/Transport	6	5,17%
Compréhension	10	8,62%
Conditions de vie	4	3,45%
Pas de droits	16	13,79%
Parcours de soins	7	6,03%
Autre	21	18,10%
Relation soignant/soigné	6	5,17%
Total	116	

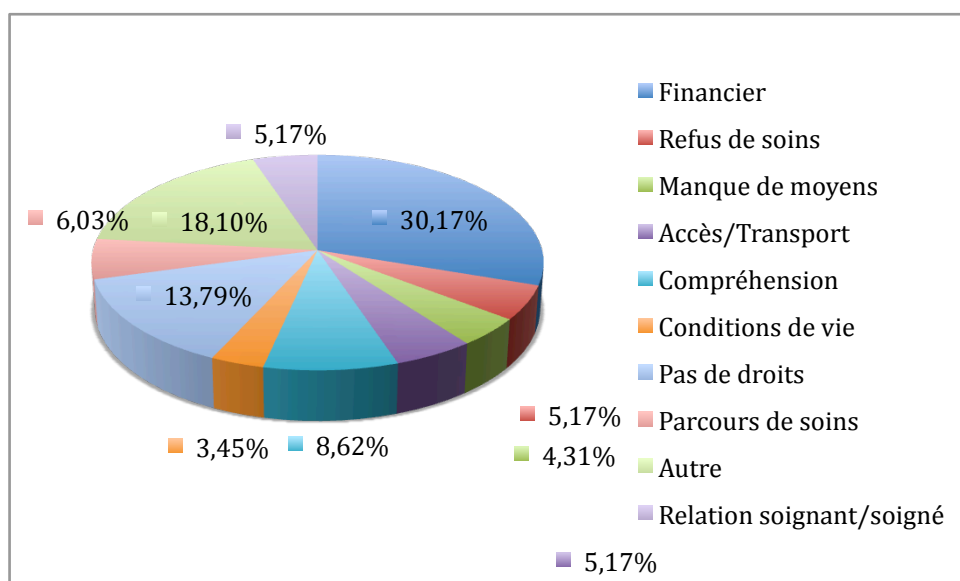


Figure 25 : Répartition des problèmes lorsqu'un deuxième problème est évoqué

3.2.3 Relation entre le type de problème et la discipline concernée

Problème évoqué	Discipline											
	Médecine générale	Hôpital/ Cliniques	Soins Dentaires	Psychiatrie	Radiologie	Rééducation.	Ophtalmologie/ Optique	Ethique	Pharmacie	Autres spécialités libérales	Autre	Sécu
Financier	67,27%	37,5 %	65,63 %	12,5 %	42,86 %	75 %	58,33 %	25 %	73,3 %	50 %	46,15 %	25 %
Refus de soins			18,75 %		28,57 %					8,33 %	7,69 %	
Manque de moyens		2,5 %	3,13 %	62,5 %		25 %	8,33 %					
Accès/Transport	1,82 %	7,5 %							6,67 %	8,33 %	7,79 %	3,57 %
Compréhension	7,27 %	7,5 %		12,5 %	14,29 %		16,67 %		6,67 %		7,69 %	7,14 %
Conditions de vie	1,82 %	2,5 %		12,5 %				25 %				
Pas de droits	14,55 %	7,5 %					8,33 %		6,67 %		7,69 %	42,86 %
Parcours de soins	1,82 %	2,5 %			14,29 %		8,33 %					
Autre		5 %	6,25 %					25 %			15,38 %	21,43 %
Relation soignant/soigné	5,45 %	42,5 %	6,25 %					25 %	6,67 %	33,33 %	7,68 %	
Total par discipline	23,91 %	17,39 %	13,91 %	3,48 %	3,04 %	1,74 %	5,22 %	1,74 %	6,52 %	5,22 %	5,65 %	12,17 %

Médecine générale : 67,27% concernent un problème financier et 14,55% un problème d'accès aux droits

Hôpital/ Cliniques : 42,5% concernent un problème de relation soignant/ soigné et 37,5% un problème financier

Soins dentaires : 65,63% concernent un problème financier, 18,75% un refus de soins

Psychiatrie : 62,5% concernent un problème de manque de moyen (manque de lits, de professionnels...)

Radiologie : 42,86% concernent un problème financier et 28,57% un refus de soins

Rééducation : 75% concernent un problème financier

Ophtalmologie/ Optique : 58,33% concernent un problème financier et 16,67% un problème de compréhension

Pharmacie : 73,33% concernent un problème financier

Autres spécialités libérales : 50% concernent un problème financier, et 33,33% un problème de relation soignant/ soigné

Autre : 46,15% concernent un problème financier

Sécu : 42,86% concernent un problème d'accès aux droits, et 25% un problème financier

Les différents types de problème par discipline seront détaillés plus loin

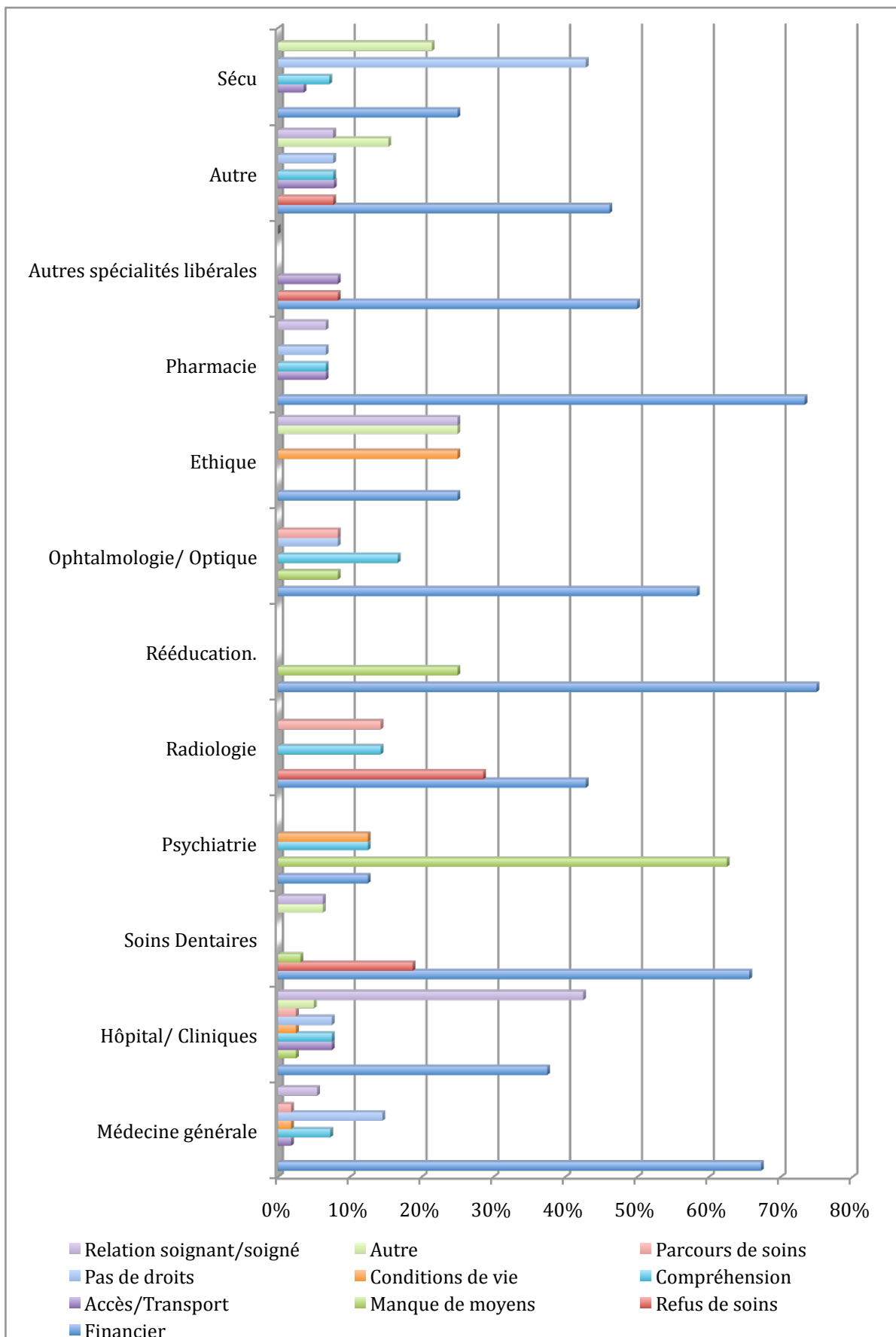


Figure 26 : Les types de problèmes évoqués par discipline

3.3 Refus de soins

Le problème du refus de soins sera abordé sous 3 angles : le problème évoqué est un refus de soins à proprement parler, le problème évoqué risque d'entraîner un retard ou un abandon des soins, les soins sont reçus sans retard grâce aux efforts des soignants ou de l'entourage qui permettent de contourner le problème.

3.3.1 Refus de soins à proprement parler

Ce type de problème est évoqué dans 16 fiches soit **6,96% des fiches**.

Dans ces 16 fiches, les professionnels concernés sont :

Dentiste (7) : 43,75%

Urgences hospitalières (3) : 18,75%

Radiologues (2) et Ophtalmologistes (2) libéraux : 12, 5%

Gynécologue libéral (1) et Laboratoire (1) : 6,25%

Dans ces 16 fiches, la couverture sociale des patients est pour 75% la CMUc et 25% le régime normal

Concernant la catégorie de professionnel et le refus de soins et la couverture sociale du patient :

Dentiste : 5 patients sur 7 ont la CMUc, soit 71,42%

Urgences : 3 patients sur 3 ont la CMUc soit 100%

Radiologie : 2 sur 2 ont la CMUc soit 100%

Ophtalmologiste : 1 sur 2 a la CMUc, soit 50%

Gynécologue : 1 sur 1 a la CMUc soit 100%

Laboratoire : 1 patient en régime normal en ALD (Affection Longue Durée).

Détails des refus de soins:

3 fiches où le refus de soins est le seul problème évoqué (discrimination lors de la prise de rendez-vous par le soignant car CMU : deux dentistes et un radiologue).

3 fiches où l'on note que le problème « financier » intervient dans le refus (deux dentistes : refus de refaire prothèse (CMU), refus de soins en raison de l'origine géographique (quartier défavorisé); 2 ophtalmologistes : déconventionnés donc trop chers ; un gynécologue : discrimination par le soignant lors de la prise de rendez-vous car CMU (et secteur 2) ; un laboratoire refuse de faire examen car impayé du patient).

1 fiche où l'on note que le problème « accès aux soins » va interagir avec le refus: cabinets de dentistes qui ont une patientèle « complète » et qui ne prennent pas de nouveaux patients en urgence (car l'acte d'urgence fait partie de soins globaux et l'acte C correspondant à l'examen et à l'établissement du plan de traitement ne pourra être coté et ne sera pas remboursé) d'autant plus lorsqu'il s'agit de patients défavorisés.

1 fiche où l'on note que le problème « compréhension » de la part du patient (en l'occurrence le manque d'information concernant le réseau de soins pour savoir chez qui s'adresser) et le refus se conjuguent: un patient CMU qui essuie 9 refus de soins avant de trouver un dentiste.

1 fiche où le problème « pas de droit » intervient dans le refus: un patient qui a tardé pour le renouvellement de sa CMU ne peut pas avoir de soins chez un dentiste.

3 fiches où l'on note que le problème « relation soignant/ soigné » intervient: un radiologue hospitalier est méfiant vis-à-vis d'une patiente avec la CMU : pas de scanner si pas de décharge à signer par la patiente avec l'engagement de régler les soins à l'hôpital s'il y a un problème de remboursement en indu avec la sécu ; à l'hôpital, aux urgences : soins minimums car les soignants ont des préjugés sur

une famille pauvre (en fait il s'agissait d'un cancer en stade terminal découvert plus tard) ou sur le patient en raison de ses conditions de vie (caravane...)

1 fiche où le problème « autre » (en l'occurrence une certaine forme de discrimination de la part des soignants) intervient dans le refus : à l'hôpital, aux urgences, il s'agit d'un patient pauvre et éthylique pour qui une consigne est donnée par le chef de service de ne pas poursuivre les soins en raison de son « terrain »

3.3.2 Pas nécessairement de refus mais une situation qui risque d'entraîner retard ou abandon des soins

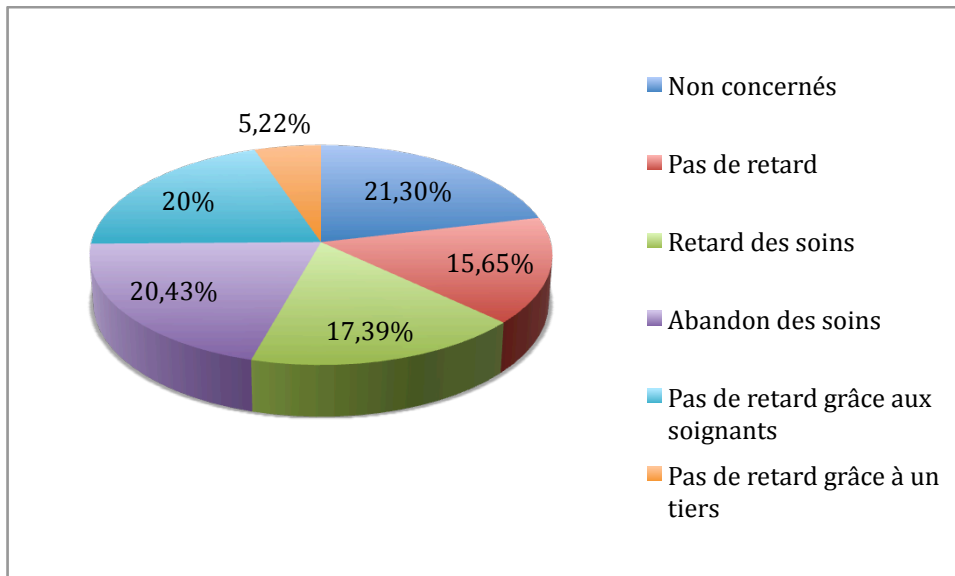


Figure 27 : Conséquence de la situation décrite dans le déroulement des soins

Dans 37,83% des cas, le problème rencontré risque d'entraîner un retard dans le déroulement des soins, voire un abandon des soins.

Dans 25,22% des cas, les patients ne retardent pas leurs soins malgré tout et trouvent une stratégie de contournement de l'obstacle grâce à leur entourage ou aux soignants.

3.3.3 Pas nécessairement de refus, mais des patients obligés de retarder leurs soins

17,39% des patients sont concernés dont :

22,5% à l'hôpital :

2 ont peur et n'y vont qu'au dernier moment

2 concernent des retards de prise en charge par la sécurité sociale qui retardent les prises en charges médicales

2 concernent des préjugés sur des personnes défavorisées et incompréhension qui entraînent des retards de diagnostics.

2 concernent les délais de la consultation en secteur public et honoraire du secteur privé.

1 concerne la difficulté d'obtenir un traducteur rapidement disponible à l'hôpital

15% concernent les soins dentaires :

3 refus de soins pour raisons financières (CMU)

3 impossibilités d'avancer les frais en plus du remboursement, donc on retarde les soins (1 CMU)

12,5% concernent l'ophtalmologie ou optique

3 délais d'attente pour obtenir un rendez-vous très long à l'hôpital (pas les moyens d'aller en secteur2)

2 concernent le prix des lunettes jugé trop élevé

10% concernent la pharmacie

1 ne peut pas acheter les médicaments non remboursés ou les achète de temps en temps

1 attente pour des semelles orthopédiques, longueur des procédures en vue d'un remboursement (en l'occurrence, il s'agit d'une demande d'autorisation de prestation supplémentaire : la patiente l'a faite, mais en a besoin tout de suite)

1 sans couverture sociale (sort de prison) et qui doit avancer les frais.

1 concernant la permanence des soins : éloignement de la pharmacie de garde.

5% concernent les autres spécialités libérales :

1 concernant la difficulté de trouver certains spécialistes (neurologue) en ville ou à la campagne

1 concernant un refus de soin (gynécologue, CMU) pour cause de carnet de rendez-vous complet et renvoyant le patient vers l'hôpital.

5% concernent « autres » :

1 fiche où un médecin souligne : *« Après quelques mois d'exercice en PASS [Permanence d'Accès Aux Soins de Santé dont le rôle est l'accueil et la prise en charge au niveau social et médical de toute personne ayant un problème de santé et une couverture sociale insuffisante ou absente], j'observe que l'accès aux droits est souvent confondu avec l'accès aux soins. Or il y a beaucoup d'autres obstacles que l'accès aux droits pour réellement accéder aux soins curatifs [horaire d'ouverture de la PASS à Nancy: 9h à 12h par exemple, et beaucoup des problèmes qui sont évoqués dans ces fiches et qui seront détaillés plus loin...]. Alors pour le préventif...c'est encore plus compliqué ».*

1 concerne certaines pratiques des mutuelles (« stage » de 6mois)

10% concernent la « SECU » :

1 concernant les conditions d'attribution de la CMU (revenus de l'année précédente alors que la situation a pu se dégrader entre temps : par exemple une personne seule vivant avec un ou deux enfants qui se retrouve au chômage peut voir ses ressources mensuelles chuter en dessous du plafond) pouvant conduire à un retard de certains soins

1 accès à des mutuelles permettant la réalisation du tiers-payant: l'exemple est celui d'une personne qui reçoit des soins dentaires et pour qui le dentiste attend que le patient soit remboursé pour encaisser les honoraires. Le patient est « rattrapé » par une ancienne dette, et les remboursements qui arrivent sur son compte sont automatiquement prélevés par ses créanciers et par conséquent le patient ne peut plus payer le dentiste. Le tiers-payant aurait été possible, le dentiste aurait été réglé... Ce genre de situation peut donc conduire le patient à retarder des soins, voire à les interrompre, et le dentiste à ne plus réitérer ce genre de pratique qui rendait service au patient, et par là même, à refuser les soins.

1 concernant les conditions d'attribution de l'AME : refusée, donc retard de soins.

1 concernant les conditions d'accueil par le personnel de la sécu qui conditionnent pour certains l'ouverture des droits : l'exemple est celui d'un couple à qui la CMU avait été refusée deux ans auparavant. Il y a un manque d'information concernant la motivation de ce refus, car en fait, il ne leur manquait qu'un papier pour que leur dossier soit complet et qu'il puisse être traité. Le personnel de la sécu ne les a pas renseignés à l'époque. Par hasard, au cours d'autres démarches auprès de la sécu, la personne qui les reçoit (« il était gentil ») les aide à régulariser leur situation. Pendant 2 ans, ils ont

retardé autant que possible des soins dont ils pouvaient avoir besoin, n'ayant pas de couverture sociale en rapport avec leurs revenus.

3.3.4 Pas nécessairement de refus, mais des patients qui abandonnent les soins

20,43% des patients sont concernés, dont :

27,65% à l'hôpital :

2 en raison des coûts de transport

2 en raison d'une certaine peur par rapport à l'hôpital

1 qui ne veut pas arrêter de travailler pour aller renouveler sa CMU. Les horaires d'ouverture des Caisses Primaires d'Assurance Maladie sont en général du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 et ne sont pas forcément compatibles avec tous les métiers.

1 qui n'a pas les moyens de payer des dépassements d'honoraires et qui est découragé par les délais d'attente

1 que les délais de remboursement découragent

1 immigré sans papiers à qui on a refusé le renouvellement de ses droits

1 qui annule une hospitalisation car il ne pourra pas payer les frais (pas de mutuelle)

Rééducation fonctionnelle : le patient ne reste hospitalisé que 2 jours car il n'a pas de mutuelle et il ne peut régler les frais.

1 pour un séjour de post-cure sevrage éthylique : annulation car le patient n'a pas de mutuelle

Dont la psychiatrie hospitalière:

2 fiches évoquent le manque voire l'absence de professionnels dans certaines zones géographiques (gérontopsychiatrie dans ces cas). Les patients ne bénéficieront pas de la prise en charge spécialisée dont ils auraient besoin.

21,28% en médecine générale :

2 n'achètent pas de médicament non remboursés (CMU et ALD)

3 ne consultent plus car plus de droits (retard sur renouvellement de la CMU, et suite divorce ; jeune de moins de 25 ans isolé)

1 ne prend plus son traitement et ne consulte plus car n'a pas de mutuelle.

1 ne se fait plus soigner (CMU, VIH) car l'hôpital est à 40km et n'a pas de moyen de transport, et ne supporte plus les regards des soignants.

1 ne va plus voir son médecin en raison des préjugés du soignant.

1 ne veut pas payer la franchise à chaque consultation

1 n'ose plus aller chez son médecin généraliste car il a gardé sa carte vitale en raison d'impayés.

12,77% en soins dentaires :

En raison des coûts (pas de mutuelle ou CMU)

8,51% en autres spécialités libérales :

1 qui refuse le dépistage du cancer du sein par peur « d'avoir mal »

3 abandons en raison des dépassements d'honoraires qu'ils ne peuvent payer.

6,38% en pharmacie :

Médicaments ou prestations non remboursés

6,28% en ophtalmologie et optique :

Ophthalmologie : découragement et abandon en raison du prix des consultations et des délais trop longs
Optique : le prix des lunettes est trop cher

6,28% lors des démarches avec la Sécu

1 SDF qui ne peut recevoir les courriers et qui se retrouve sans droit

1 fiche qui évoque des personnes qui sont découragées des démarches auprès de la sécu car elles sont régulièrement renvoyées car il manque une pièce au dossier ou estiment qu'elles sont mal reçues par le personnel. Si on est renvoyé car il manque un papier, cela veut dire qu'il faudra revenir, refaire la queue, et les usagers habitant parfois loin de la caisse (à la campagne notamment).

Par exemple : « *Mes pauvres grands-mères, pitié c'est pitié dans notre quartier et puis elles osent pas aller soit au centre social, il y a un accueil aussi, il y a une borne pour la CAF, pour le RMI. Ils pleurent qu'est ce que je fais avec le papier là?*

C'est pas toujours évident non plus pour les accompagnants, parce que c'est pas expliqué pour eux non plus. Ils se trouvent parfois dans des zones interdites, ils ne savent pas très bien où s'arrêter, ils font la queue quelque part et puis non c'était pas la bonne queue et personne n'a dit où il fallait être, et quand t'arrive à l'accueil, ils disent ah ben non maintenant c'est trop tard ou bien l'heure du rendez-vous est passée ou bien c'est l'heure de fermer. » Des usagers qui ne sont pas « accompagnés » peuvent abandonner leurs démarches

1 en raison de difficultés et du manque d'information pour le renouvellement à temps de sa CMUc

4,25% en rééducation :

2 en orthophonie : une patiente n'a pas les moyens, et un abandon chez une adolescente de sa rééducation en raison du non remplacement d'une infirmière scolaire qui servait de « pivot » entre tous les intervenants qui la suivaient.

2/47 soit 4,25% en « autre » :

1 dette dans un laboratoire qui refuse de réaliser les examens

1 en raison de l'éloignement de certains professionnels (orthophoniste par exemple), dont la prise en charge peut nécessiter des séances répétées (2 ou 3 par semaine, pendant plusieurs mois). La répétition de transports longs et parfois fastidieux (prendre plusieurs bus pour chaque trajet), peut décourager certains patients

3.3.5 Pas de refus, mais des patients qui peuvent recevoir leurs soins sans retard grâce aux efforts des soignants

20% des patients sont concernés, dont :

65,22% de ces cas sont en médecine générale :

16 pour qui en raison de leurs difficultés financières est réalisé un **tiers payant (+dette)**, restant la part complémentaire à la charge des patients qui ne remboursent que rarement (87,5% n'ont pas de mutuelle, et 12,5% ont un retard de renouvellement de leur CMU)

6 pour qui en raison de leurs difficultés financières est réalisé un **tiers payant sans dette** pour le soignant (5 patients en affection longue durée (ALD) pour qui la dispense d'avance des frais permet de ne rien avoir à avancer, et une mutuelle qui autorise le tiers payant)

4 pour qui une « **illégalité** » est réalisée par le soignant : règlement de la consultation sur la carte d'un autre assuré (2 sans mutuelle, 1 sans papier, 1 sans droits ouverts)

3 pour qui les **soins** sont réalisés **gratuitement** (1 réfugié politique sans droits ouvert, 1 sans mutuelle, 1 sorti de prison sans droits ouverts).

17,39% sont des soins dentaires :

5 sont des soins avancés par le soignant car les patients n'ont pas de mutuelle qui autorise le tiers payant. Les patients sont remboursés par la mutuelle et ne vont pas régler le dentiste après.

Ce genre de cas peut expliquer en partie le refus de certains dentistes de prendre en charge ces patients ou de patients ayant la CMU mais dont la validité des droits n'a pas été prouvée.

2 sont des consultations réalisées gratuitement, car pour la sécurité sociale, une consultation qui ne débouche par sur des soins, mais sur une simple ordonnance n'est pas remboursée.

1 est une situation en dentisterie où dans le cadre de la prise en charge de patients en urgence, le geste salvateur doit s'inscrire dans une globalité de soin (et donc plusieurs séances sont à prévoir), pour poser un acte thérapeutique qui lui seul est coté et rémunéré. Le fait de recevoir un patient défavorisé en urgence tout en sachant que le patient risque de ne pas revenir et ainsi de sortir du cadre de l'acte thérapeutique revient souvent à travailler gratuitement et dépendra donc de la volonté du dentiste

13,04% sont des soins à l'hôpital à public :

2 prolongations de séjour en lit de court-séjour en attendant qu'un lit se libère en moyen séjour ou de long séjour : si les patients avaient les moyens pour avoir un lit dans une structure privée, ils iraient plus vite

1 hospitalisation de jour « abusive » pour réaliser des examens biologiques pris en charge par l'hôpital ce qui n'aurait pas été le cas en ville

1 membre du personnel des urgences prend sur elle de ramener une maman et son enfant (retour de nuit, bon de transport retour non prescrit par l'hôpital)

1 prolongation de séjour d'un immigré sans droit, le temps que les démarches sociales soient réalisées et effectives

1 prolongation de séjour d'un enfant par manque de confiance dans la famille et ses capacités à soigner l'enfant (est également signalé un manque de communication entre l'hôpital et la PMI)

1 cas éthique (à l'hôpital public) :

Refus d'un médecin d'une différence de prise en charge souhaitée par son chef de service en raison du « terrain défavorisé » du patient

1 cas d'un défaut lors du renouvellement de CMU :

Le pharmacien et le médecin généraliste ont avancé les soins en attendant la régularisation.

1 concerne des démarches administratives facilitées **par le personnel de la sécu.**

3.3.6 Pas de refus, mais des patients qui peuvent recevoir leurs soins sans retard grâce à un tiers (entourage, associations)

5,22% des patients sont concernés, dont :

8 concernent des démarches administratives aidées par des associations (ouverture de droit, aide à la mutuelle, AME, allocation supplémentaire, soins dentaires)

3 concernent une aide apportée par l'entourage (prêt d'une attelle non remboursée, d'un tire-lait que la maman n'avait pas les moyens de louer, don d'une paire de lunettes)

1 concerne des frais médicaux avancés par une association en attendant l'ouverture des droits

3.4 Détails des problèmes rencontrés par les patients en affection longue durée (ALD)

34/230 soit 14,78% des patients sont sous le régime de l'ALD

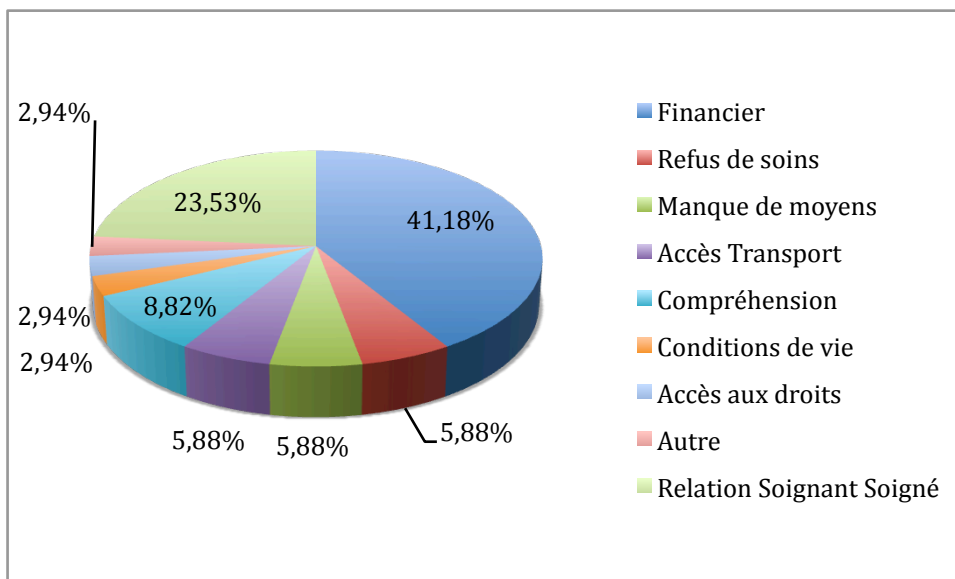


Figure 28 : Répartition des problèmes évoqués pour les patients en ALD

3.4.1 Difficultés financières

41,18% des fiches

35,71% sont des patients qui ne peuvent pas avancer les soins (4 en médecine générale (9,10, 98, 183) et 1 pour une consultation chez un ophtalmologiste (140))

1 fiche concerne un patient qui connaît un cabinet de médecine générale où la dispense d'avance des frais est réalisée systématiquement par le praticien. (117)

5 fiches concernent l'hôpital :

2 fiches concernent des patients en hospitalisation à domicile (HAD) chez qui une partie des soins pourtant en rapport avec l'ALD n'est pas prise en charge (matériel de perfusion...). (159, 209)

1 fiche concerne la difficulté d'avoir un lit en long séjour dans le public si l'on a pas les moyens de payer une structure privée. (92)

1 fiche concerne la prise en charge de la mort : décès à l'hôpital et frais d'obsèques : il s'agit d'une « jeune fille décédée à l'hôpital. Famille démunie.

Les pompes funèbres qui sont sur-place et qui proposent leurs services ne sont pas les moins chères : 4000€. Les aides possibles ne sont pas du tout à la hauteur de ces tarifs (800€). Les familles qui sont en plein désarroi ne vont pas forcément comparer les tarifs... et risquent d'accroître leurs difficultés financières. » (203)

1 fiche concerne la difficulté à payer les médicaments non remboursés intégralement (selon la prescription ALD ou hors ALD : « Pour le diabète, le médecin avait prescrit un médicament remboursé à 30% qui coûtait 60 à 80€ la boîte. Alain n'a pas pu l'acheter. Autre témoignage: Un nouveau médecin généraliste a prescrit un médicament cher (du même type que celui de l'hôpital semble-t-il) sur une ordonnance spéciale qui lui permet de l'obtenir à la pharmacie sans rien payer. Devant l'étonnement d'Alain, son médecin s'est étonné que l'hôpital n'ait pas fait de même?! ») (116)

2 fiches concernent la sécu :

1 fiche concerne un délai de 6 mois pour l'acceptation d'une prise en charge à 100%. Le patient a dû avancer des soins coûteux en attendant la régularisation de son dossier. (202)

1 fiche concerne les franchises médicales : le plafond de 50€ sur les médicaments a été atteint et payé dès le mois de février. (191)

1 fiche concerne le faible remboursement des lunettes et des soins dentaires. (190).

3.4.2 Refus de soins

5,88% des fiches

Chez un dentiste sous prétexte que la prothèse à changer devait durer plus longtemps selon les critères de remboursement de la sécu.

Dans un laboratoire qui refuse de réaliser les examens en raison d'un impayé.

3.4.3 Manque de moyens

5,88% des fiches. En l'occurrence à l'hôpital.

Le sentiment de la patiente est que si l'on a tardé pour la réalisation d'un scanner, c'est parce que le médecin avait « dépassé son quota » dans un hôpital public. (168)

Un adolescent est maintenu dans un hôpital psychiatrique en raison du manque de structure d'accueil de jour (ou du manque de place). (2)

3.4.4 Accès/ Transport

5,88% des fiches. En l'occurrence l'accès à l'hôpital.

2 patients qui habitent loin des lieux de soins, et dont l'une qui doit réaliser une chimiothérapie à Nancy, alors qu'elle habite dans les Vosges reçoit un appel de la sécu : « *vous faites vos courses en VSL? -non- alors les cures, vous pouvez y aller en voiture* ».

3.4.5 Compréhension :

8,82% des fiches

Pour la compréhension de son traitement avec les génériques. (218)

Pour parler le français et comprendre son traitement. (132)

Manque de connaissance pour faire valoir ses droits : une patiente a dû interrompre son traitement antidiabétique et antihypertenseur pendant 3 mois en raison de la perte de couverture sociale après la séparation du couple (était sur la sécurité sociale de son mari).

3.4.6 Conditions de vie

2,94% des fiches

Cas d'un patient schizophrène qui égare sa déclaration de médecin traitant. Il n'y a pas d'adresse où lui renvoyer ses papiers. Il s'agit d'une situation rencontrée à l'hôpital (PASS de Chambéry).

3.4.7 Pas de droits /Accès aux droits

2,94% des fiches

Il s'agit du refus de renouvellement de droits pour les soins chez ce patient diabétique d'origine africaine, alors qu'il est travailleur et bien inséré, mais à présent en situation irrégulière.

3.4.8 Autre

2,94% des fiches

Délais irréguliers et souvent trop longs pour le versement des indemnités consécutives à des arrêts de travail réguliers dans le cadre de la prise en charge d'une ALD, entraînant des difficultés dans la gestion du budget de la patiente. L'employeur a alors fait une subrogation de salaire et a endossé les fluctuations des versements des indemnités maladies de la patiente.

3.4.9 Relation soignant/ soigné

Concerné dans 25,53% des fiches

Il s'agit de cas qui concernent principalement des **soins à l'hôpital**.

2 patientes ont peur d'aller à l'hôpital et y vont soit quand il n'y a plus moyen de faire autrement, soit si elles sont accompagnées. (33,35)

2 concernent le regard que le personnel porte au patient. Sentiment de jugement ou de dévalorisation :

« Monsieur qui décède, pas de mutuelle, la sécu ne prend pas en charge les frais d'obsèques, la mairie non plus; il a été entendu "il aurait fallu dire à la famille d'aller à la mairie pour le truc des indigents" »

Patiente séropositive et bénéficiant de la CMU en situation de rupture thérapeutique car elle *« ne supporte plus le regard des soignants »*, et de plus l'hôpital est trop loin (40km)

1 patiente atteinte d'une maladie orpheline neurodégénérative :

« Je suis hospitalisée toutes les semaines pour un traitement. Suite à ces trois jours de traitement, je suis fatiguée, je souffre de douleurs, de courbatures, de maux de tête, nausées... Il m'est donc nécessaire d'obtenir trois jours d'arrêt de travail.

Depuis janvier 2009, je me heurte à l'incompréhension de l'interne qui ne veut plus me délivrer d'arrêt de travail. A ma dernière hospitalisation, l'interne m'a dit que je n'avais qu'à consulter mon médecin traitant pour obtenir un arrêt.

On nous dit que la SECU est en difficulté, je trouve idiot de faire dépenser à celle-ci 21€ de consultation alors qu'un arrêt pourrait m'être délivré par l'hôpital !

Et là, je suis d'1€ avec le médecin traitant à chaque fois »

1 concerne un manque de communication entre l'hôpital et la médecine de ville lors de la mise en place de soins palliatifs :

« Hospitalisation à domicile (HAD): Enfin les soins palliatifs je les ai eu le dernier mois parce que j'ai mon médecin traitant...

Parce qu'au départ l'hôpital c'est pareil ils disent « vous inquiétez pas il y a un service de soins palliatifs, ils se déplacent » et le jour où toi tu téléphones et tu dis voilà je peux plus gérer toute seule, ça serait bien qu'il y ait quelqu'un de temps en temps qui vienne lui parler, alors : « ah ben non on se déplace pas madame, il faut l'amener à l'hôpital ».

En fait ils se contredisent sans arrêt quoi, y en a un qui te dit blanc, l'autre qui te dit rouge, tu sais jamais quoi »

Incohérence d'après le patient entre le discours de la diététicienne et la réalité du quotidien :

« Alain témoigne des discours qu'on lui tient à chaque rendez-vous à l'hôpital:

La diététicienne : « Qu'est-ce-que vous mangez? Il faut faire ça, ça... »

Mais avec mes revenus, comment je fais? Pas de réponse... ou : « essayez de faire pour le mieux »

Le médecin a même conclu : "puisque vous ne faites pas le régime et que vous ne prenez pas les médicaments que je vous prescris, ce n'est pas sérieux et ce n'est plus la peine de revenir". Une fois de plus, tu en prends dans les gencives! »

1 concerne des propos incompréhensibles pour la patiente de la part d'un cancérologue, en l'occurrence, une métaphore automobile douteuse : *« Le cancérologue me dit : « on ne fait pas de chimio, ça ne sert à rien : c'est comme une voiture, vous en avez envie vous n'avez ni la marque ni les sous, après, vous avez la voiture mais vous n'en avez plus l'envie... La chimio fait partie d'un tout ». 4 fois il a dit, j'ai rien compris, au moins 4 fois je lui ai dit : vous savez maman elle ira jamais mieux . »*

3.5 Mutuelles : Analyse de problèmes évoqués sous l'angle de la couverture complémentaire des patients

153/230 soit 66, 52% des fiches évoquent un problème qui a un rapport direct ou indirect avec la couverture complémentaire des patients

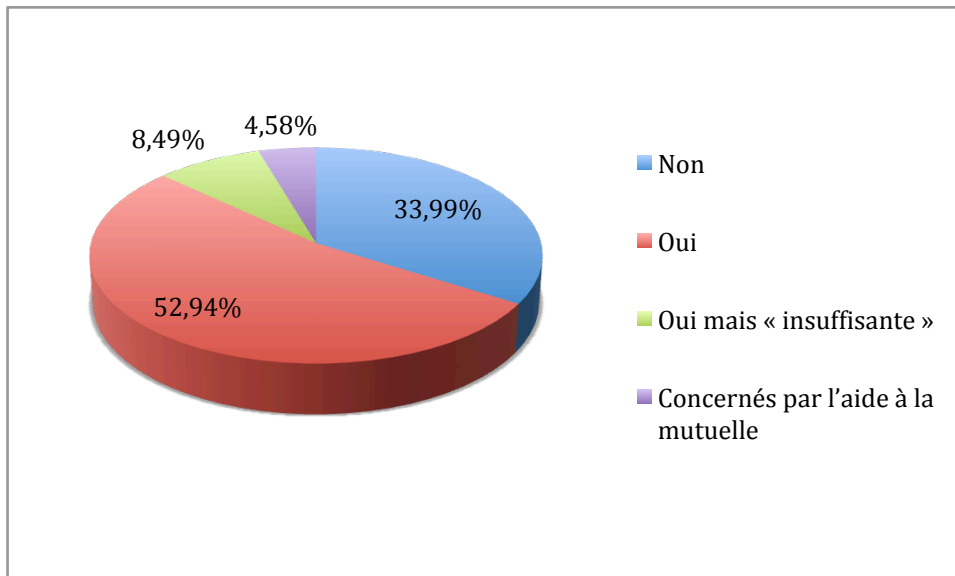


Figure 29 : Répartition de la couverture complémentaire des patients

3.5.1 Patients avec une mutuelle

Concerne 52,94% des fiches

A noter que dans ces cas, le fait d'avoir une mutuelle n'a pas forcément de rapport direct avec le problème rencontré.

3.5.2 Patients sans mutuelle

Concerne 33,99% des fiches

3.5.2.1 Patients sans mutuelle en raison d'un problème « administratif »

13,07% des fiches

En l'occurrence, il s'agit de patients en attente de régularisation de leur CMU ou de l'aide médicale d'état (AME)

4/20 soit 20% concernent des difficultés d'obtention de l'AME

13/20 soit 65% concernent des difficultés concernant la CMU :

7 renouvellements non effectués en temps et en heure : (patients qui n'ont pas reçu de courrier de rappel, un couple qui l'a effectué 3 semaines avant la date de fin des droits, patients qui ont oublié, cas des patients SDF qui ne reçoivent pas les courriers car pas d'adresse fixe)

3 ont un problème de papier qui manque pour régulariser leur dossier (place de l'accompagnement car certains sont un peu perdus dans tous ces dossiers)

2 évoquent le problème des gens au chômage l'année en cours (l'attribution de la CMU se déterminant en fonction des revenus de l'année précédente) et de la difficulté d'obtention de la CMU pour les jeunes de moins de 26ans (pas de RMI, donc pas de CMU d'office et ils ne connaissent pas leurs droits bien souvent)

1 a son dossier en cours et retarde les soins en attendant l'ouverture de ses droits.

3/20 soit 15% concernent des patients sans droits en sortant de prison.

3.5.2.2 Patients sans mutuelle pour d'autres raisons

20,92% des fiches

Il s'agit de patients qui ne peuvent pas payer de mutuelle et donc les soins dans leur intégralité (consultation en médecine générale, médicaments, hospitalisation) :

Par exemple une femme qui travaille, avec 4 enfants à charge dont les revenus sont supérieurs de 5€ au plafond de la CMU ne renouvelle pas son traitement pendant 8 mois en attendant que sa situation financière s'améliore un peu et qu'elle puisse payer une mutuelle.

Il s'agit également de patients (24,24%) qui n'ont pas de droits ouverts (pas de démarche effectuée notamment en raison des conditions de vie :SDF, squat ; patients en situation irrégulière).

Leur situation professionnelle est la suivante :

21,88% non connue ou concernent une situation générale où la profession n'est pas précisée (dont 1 enfant de moins de 13 ans)

25% sont sans profession

31,25% ont un travail

18,75% sont au chômage

3,13% sont retraité

3.5.2.3 Patients qui sont concernés par l'aide à la mutuelle

4,58% des fiches

57,14% sont des patients bénéficiant de l'aide à la mutuelle dont, trois grâce à **l'accompagnement** dans les démarches ou dans la transmission de l'information des associations, et un patient qui constate que la recherche d'une mutuelle est difficile, « mais c'est mieux d'avoir une mutuelle »

42,86% sont des patients qui décrivent un manque d'information quant à l'aide à la mutuelle et aux prestations supplémentaires de la sécu.

3.5.2.4 Patients avec une mutuelle mais dont les remboursements sont insuffisants

8,49% des fiches

69,23% sont des patients pour qui la mutuelle ne prend pas en charge suffisamment :

7 concernent les soins dentaires

1 concerne les lunettes

1 concerne certaines mutuelles qui obligent à un « stage de 6 mois » durant lequel il n'y a pas de remboursement de sa part.

30,77% sont des patients pour qui la mutuelle ne prend pas en charge, ou insuffisamment le forfait journalier.

3.6 Catégories de problèmes rencontrés dans les différentes disciplines

Concerne les fiches où un seul problème est évoqué, et le premier problème évoqué pour les fiches où l'on en rencontre deux

3.6.1 Médecine générale

La médecine générale est concernée dans 23,91% des fiches

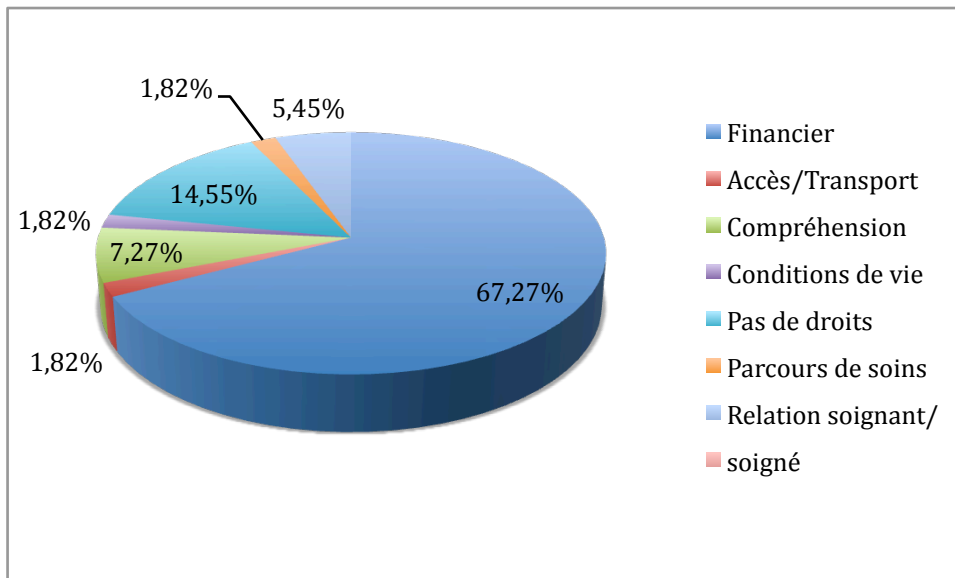


Figure 30: Répartition des différents types de problèmes rencontrés en Médecine Générale

3.6.1.1 Difficultés financières :

Dans 67,27% des cas concernant la médecine générale, il s'agit d'un problème financier

70,27% concernent des difficultés ou l'impossibilité d'avancer l'argent des consultations :

Pour patients qui n'ont pas de mutuelle ou qui dépassent juste le plafond CMU.

Pour ceux qui sont en attente de renouvellement CMU.

Pour ceux qui sont en ALD.

Pour ceux qui ont des mutuelles sans tiers-payant.

C'est aussi dans ce cadre qu'est évoqué le problème des médicaments non remboursés ainsi que la demande de médicaments qui peuvent servir de complément alimentaires.

Les visites à domicile sont aussi évoquées:

2 patients bénéficiant de la CMU : visites considérées par le médecin comme non justifiées et 10€ à la charge des patients malgré CMU (abus ?), un patient au régime général qui décale les visites car il ne veut pas payer à chaque fois la part non remboursée (forfait 1 €)

3.6.1.2 Compréhension :

Il s'agit de problèmes de langage (méconnaissance du français), d'illettrisme, de compréhension des génériques (dosages, confusion dans les noms), ou une méconnaissance de ses droits qui entraîne une interruption des soins.

3.6.1.3 Conditions de vie :

Le problème évoqué est la conséquence des conditions de vie du patient (dépression, alcoolisme).
La déclaration de médecin traitant peut poser une difficulté lorsqu'il n'y a pas d'adresse où lui renvoyer.

3.6.1.4 Accès aux droits :

14,55% des cas.

Il s'agit de patients qui auraient droit à la CMU et en l'occurrence:

Une personne en retard dans le renouvellement de sa CMU.

Une personne qui n'a pas entrepris les démarches et qui est reçue à la PASS.

De jeunes adultes (un qui n'a pas de connaissance sur ses droits, un qui est en situation d'isolement sans RMI (moins de 25 ans) et sans couverture sociale).

Un nouveau-né n'ayant pas été déclaré et donc sans droit.

Une personne en attente d'AME, que le médecin soigne gratuitement.

Une personne sortant de prison, sans droits ouverts, que le médecin soigne gratuitement.

Une personne en situation irrégulière qui par peur de l'expulsion n'a pas entrepris de démarche.

3.6.1.5 Parcours de soins

Situation générale : les médecins qui travaillent en cabinet de groupe doivent porter une attention particulière quant au médecin traitant déclaré par leurs patients (ne pas oublier le code « Médecin Traitant Remplacé » ou « Nouveau Médecin Traitant » par exemple) si l'on voit « le patient » du confrère. Car sinon : ils seront considérés comme « hors parcours » à priori par la sécu.

3.6.1.6 Relation soignant/soigné

Concernent des difficultés à se faire soigner par son médecin (préjugés et impression de sous estimation de la situation par le médecin). Ces deux personnes bénéficient de la CMU

Un cas concerne une patiente CMU, séropositive qui n'en peut plus du regard des autres dont certains soignants, ce qui contribue à sa situation de rupture thérapeutique.

3.6.2 Médecine hospitalière/ cliniques

La médecine hospitalière est concernée dans 17,39% des cas

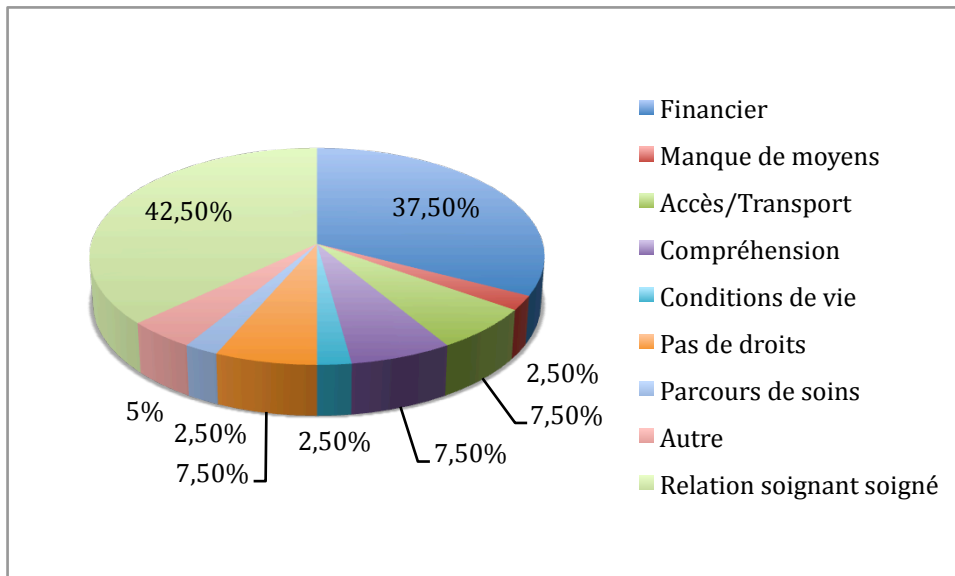


Figure 31: Répartition des problèmes évoqués en Médecine hospitalière/ Cliniques

3.6.2.1 Difficultés financières

Dans 37,5% des cas, il s'agit de problèmes financiers.

20% concernent les cliniques :

1 concerne les dépassements d'honoraires demandé pour des soins (640€ dans ce cas) et que sa mutuelle ne prend pas en charge.

1 patient suivi par des spécialistes en clinique qui ne peut plus y aller car fin de sa CMU (oubli du renouvellement et ne veut pas faire les démarches car cela lui ferait manquer son travail).

1 patient en fin CMU car il a retrouvé du travail peut continuer à se faire soigner grâce à l'aide à la mutuelle. Il peut ainsi poursuivre les soins débutés quand il avait la CMU.

80% concernent l'hôpital public :

2 prolongations d'hospitalisation court –séjour car pas de lit de soins de suite (manque de lits dans le public et pas d'argent pour en trouver un dans le privé).

1 patient qui n'a pas de mutuelle annule une hospitalisation car il ne pourra pas payer les frais.

2 patients sont endettés suite à des soins :

1 personne car sa mutuelle ne prend en charge que 20 jours d'hospitalisation alors que celle-ci se prolonge : nécessité de l'intervention des services sociaux de l'hôpital.

1 couple dont l'enfant est atteint d'un cancer : le père arrête de travailler pour s'occuper de l'enfant, mais leur situation financière qui était stable et sans dette se dégrade très vite (pas d'aide, maison à payer...).

1 patient dont la mutuelle refuse de payer le forfait hospitalier car ses cotisations ne sont pas à jour.

1 patient est hospitalisé pour réaliser des examens biologiques qui seraient à sa charge en ville.

1 personne a l'impression d'être mal ou sous-soignée à l'hôpital public car elle entend de la part des chirurgiens: « pour 80€, on en a assez fait ».

1 patient qui doit réaliser des examens coûteux (suspicion de lymphome) n'en a pas les moyens financiers (pas de mutuelle). 100% demandé dans l'urgence et refusé par sécu (médecin conseil en vacances).

2 concernent le secteur privé à l'hôpital public: patients pas toujours prévenus qu'un rendez-vous est pris en secteur privé (frais supplémentaires) ou sentiment que c'est trop cher.

Arrêt d'une prise en charge hospitalière car le patient n'a pas de mutuelle et ne peut plus payer les transports.

3.6.2.2 Manque de moyens

Dans ce cas, le problème est consécutif à un manque de moyen.

Un retard de diagnostic de cancer interprété par la patiente comme dû à une limitation des examens (« [Le médecin] avait déjà dépassé son quota »).

3.6.2.3 Accès/ Transport

Dans 7,5% des cas, il s'agit d'un problème d'accès ou de transport.

1 patiente arrivée aux urgences en ambulance qui ne peut pas repartir (bon de transport retour non fait).

1 patient qui ne peut se rendre à l'hôpital car trop loin et non pris en charge.

1 patiente qui doit réaliser des cures de chimiothérapie. Propos désobligeants et culpabilisants de la Sécu, à propos de la prise en charge des transports.

3.6.2.4 Compréhension

Dans 7,5% des cas, il s'agit d'un problème de compréhension.

1 patient qui, à cause du décalage entre les soins et la réception des factures ne sait plus à quoi elles correspondent et n'arrive plus à gérer les comptes et est découragé.

1 patient qui aborde les difficultés de communication entre le corps médical et les patients : « on n'a pas le même langage ».

1 patient qui a besoin d'une hospitalisation en urgence, turc, et l'hôpital a besoin d'un délai de 10 jours pour disposer d'un traducteur...

3.6.2.5 Conditions de vie

Dans ce cas, le problème est en partie une conséquence des conditions de vie du patient.

1 patient alcoolique qui refuse les soins.

3.6.2.6 Pas de droits/ Accès aux droits

Dans 7,5% des cas, il s'agit d'un problème lié à l'accès aux droits.

1 patient a une mutuelle qui ne prend pas en charge le forfait journalier.

2 patients sans-papiers (1 diabétique dont les droits ne sont pas renouvelés, et un nécessitant une hospitalisation lourde dont l'ouverture des droits est refusée) : le premier risque de ne plus être suivi, et le second sera hospitalisé aux frais de l'hôpital en attendant une éventuelle régularisation.

3.6.2.7 *Parcours de soins*

Même en respectant le parcours de soins, les délais d'accès à un spécialiste à l'hôpital ne sont pas les mêmes selon que l'on est accueilli en secteur privé ou public.

3.6.2.8 *Autre*

Dans 5% des cas il s'agit d'un problème « autre »

2 concernent l'accès aux chambres individuelles ou mère enfant plus difficile si l'on a la CMU.

1 concerne la prolongation de l'hospitalisation d'un enfant en raison du manque de confiance de l'équipe soignante dans les capacités de la famille à le prendre en charge. Egalement manque de communication avec la PMI dans ce cas.

3.6.2.9 *Relation soignant/soigné*

Dans 42,5% des cas, il s'agit d'un problème qui évoque la relation soignant/soigné.

Toutes ces fiches témoignent principalement de l'incompréhension entre le soignant et le soigné (préjugés blessants pour les patients ; propos discriminatoires ; objectifs parfois différents entre ceux du soignant et ceux du soigné, qui ne sont manifestement pas pris en compte).

3 concernent la peur des patients des examens qui fait qu'ils ne s'y rendent pas s'ils ne sont pas accompagnés.

3 concernent des réflexions désobligeantes de la part du personnel soignant :

2 liées au fait que les patients ont la CMU: « encore une CMU » par exemple.

1 refus arbitraire de la part d'un interne de faire un arrêt de travail (maladie chronique nécessitant des traitements réguliers en hôpital de jour) et obligation d'aller chez son médecin traitant pour avoir l'arrêt entraînant un surcoût pour la sécu et 1 € de retenue pour la patiente.

2 concernent des préjugés de la part des soignants :

Incapacité à prendre ses médicaments qui explique l'état de la patiente alors qu'en fait, elle est atteinte d'un cancer généralisé qui explique autrement mieux son état...

Le mode de vie du patient (caravane) fait qu'il est forcément alcoolique ou drogué.

2 concernent des différences entre le discours entendu à l'hôpital de la part des soignants et la réalité constatée par le patient:

Dû à un manque de coordination entre services : hospitalisation à domicile (HAD) de mise en place difficile alors que l'on devait « s'occuper de tout » et rôle prépondérant du médecin traitant pour arranger les choses.

Objectifs diététiques irréalisables selon l'avis du patient en raison de ses revenus qui risque d'entraîner une incompréhension entre le soignant et le soigné (par exemple : « mauvaise volonté » du patient).

3.6.3 Soins dentaires

Les soins dentaires sont concernés dans 13,91% des fiches

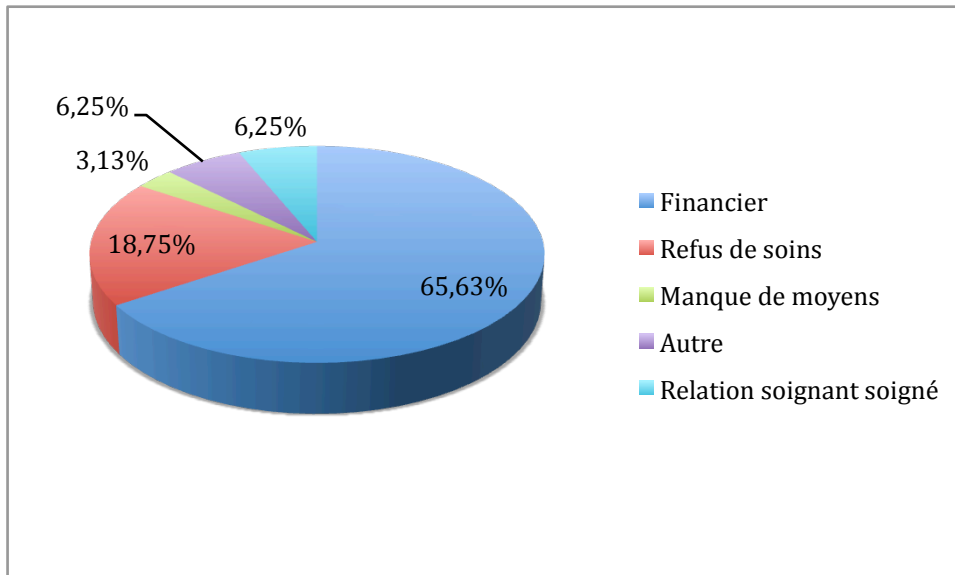


Figure 32: Répartition des types de problèmes évoqués en Soins dentaires

3.6.3.1 Difficultés financières

Dans 65,63% des cas, il s'agit d'un problème financier

10 concernent des difficultés à payer les soins dentaires :

4 patients avec mutuelle sans tiers-payant.

3 CMU dont 1 a des soins incomplets et 1 arrête les soins

1 patient surendetté car les versements de sa mutuelle sont débités pour le remboursement de sa dette...

1 patiente qui n'a pas de mutuelle et a « honte de sa bouche ».

1 patient qui avait bénéficié de soins dentaires avec la CMU qui ne peut continuer le suivi car n'a plus la CMU, ni de mutuelle, et malgré l'accord de la Sécu pour le tiers payant, ne peut régler la part complémentaire. Par conséquent, le travail effectué antérieurement, sera perdu

7 concernent des « abus » des patients :

6 fiches concernent des patients pour lesquels le dentiste attend que les patients soient remboursés par la sécu et par leur mutuelle pour demander les honoraires en raison de leurs difficultés financières. Ils n'ont plus revu ces patients malgré le fait qu'ils ont été remboursés...

A noter 1 cas de carte vitale non à jour qui inscrit la CMU alors que la patiente n'en est plus bénéficiaire.

Ainsi qu'un cas d'un patient qui allait directement chercher la part complémentaire à sa mutuelle et la ramenait aussitôt au dentiste, jusqu'au jour, où, en raison du montant trop important, sa mutuelle ne lui a pas donné l'argent en main propre, mais a effectué un virement sur son compte. L'argent a notamment servi à payer le crédit de la machine à laver, mais pas le dentiste...

1 dentiste refuse que le patient règle les honoraires en plusieurs fois en raison de son origine géographique : il vient d'un quartier dont sont issus des patients qui ne l'ont jamais payé. Par conséquent, il ne fait plus d'arrangement.

1 concerne des soins gratuits délivrés en urgence car le patient n'avait plus droit à un remboursement

(avait déjà eu une consultation suivie d'un plan de traitement dans l'année). La consultation aurait dû être non remboursable. Ses antibiotiques ont été prescrits par son médecin généraliste pour pouvoir être remboursés...

3 concernent des soins réalisés hors du circuit libéral pour des raisons financières :

2 vont à la faculté dentaire où d'une part, tous les soins ne sont pas possibles, et d'autre part, l'appareil réalisé par les étudiants pour un patient est défectueux et à refaire

On constate, qu'en raison des frais dentaires qui peuvent être vite importants financièrement, et sont peu remboursés, les patients peuvent avoir des difficultés à les régler.

Pour améliorer cet état de fait, et diminuer la tentation des « abus » il peut paraître judicieux que les mutuelles et la sécu facilitent le tiers-payant.

D'autant plus que nous verrons ci-dessous, qu'une des raisons du refus des soins peut venir des expériences malheureuses vécues par les dentistes, dont certains, pour être de sûrs de ne pas avoir d'impayés, préfèrent refuser les patients en situation précaire.

3.6.3.2 *Refus de soins*

Les refus de soins ont été abordés dans le chapitre 3.3

3.6.3.3 *Relation soignant/ soigné*

Concerné dans 6,25% des fiches

Difficultés de la relation soignant /soigné avec certains patients défavorisés (victimisation ; manque d'éducation : retards, rendez-vous non honorés ; agressivité ; procéduriers) pouvant déboucher sur des prises en charges incomplètes

3.6.4 **Psychiatrie/ Psychologue**

La psychiatre est concernée dans 3,48% des fiches

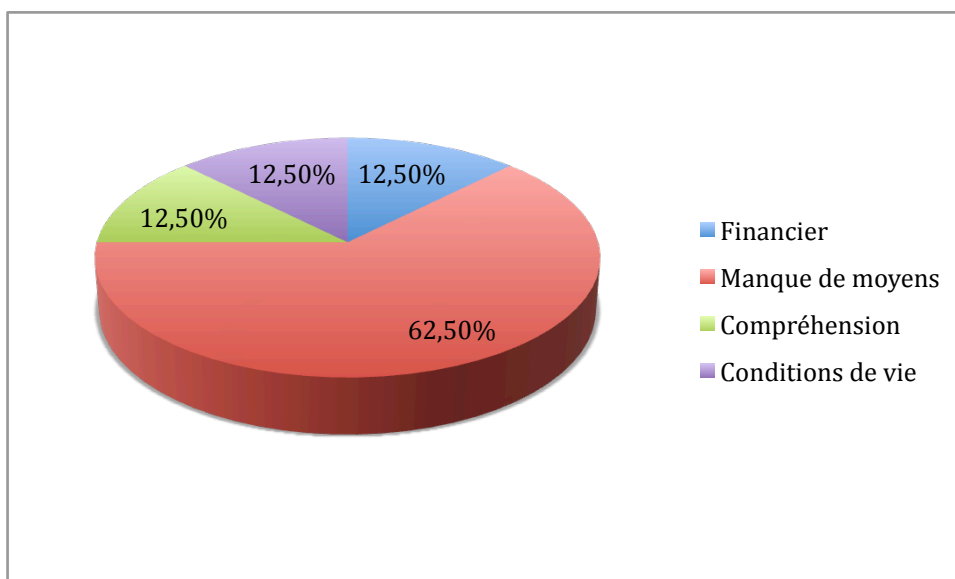


Figure 33: Répartition des types de problèmes évoqués en Psychiatrie/ Psychologie

3.6.4.1 *Manque de moyens*

Concerne 62,5% des fiches

Les fiches décrivent le manque de personnels et de structures pour une prise en charge adéquate.

3.6.4.2 *Difficultés financières*

1 patient qui a besoin d'un suivi psy n'a pas les moyens d'aller en libéral (honoraires secteur 2 pour la plupart) et le CMP de son secteur, où les soins seraient gratuits, est débordé (délai d'attente : 5 mois)

3.6.4.3 *Compréhension/ Conditions de vie*

Il s'agit d'un patient qui nécessiterait une prise en charge psychiatrique en a peur par méconnaissance et préjugés. Et d'un patient dépressif et alcoolique qui illustre la répercussion des conditions de vie sur la santé : il vit avec 7 personnes chez la sœur de son amie dans 3 pièces.

3.6.5 Radiologie

La radiologie est concernée dans 3,04% des fiches

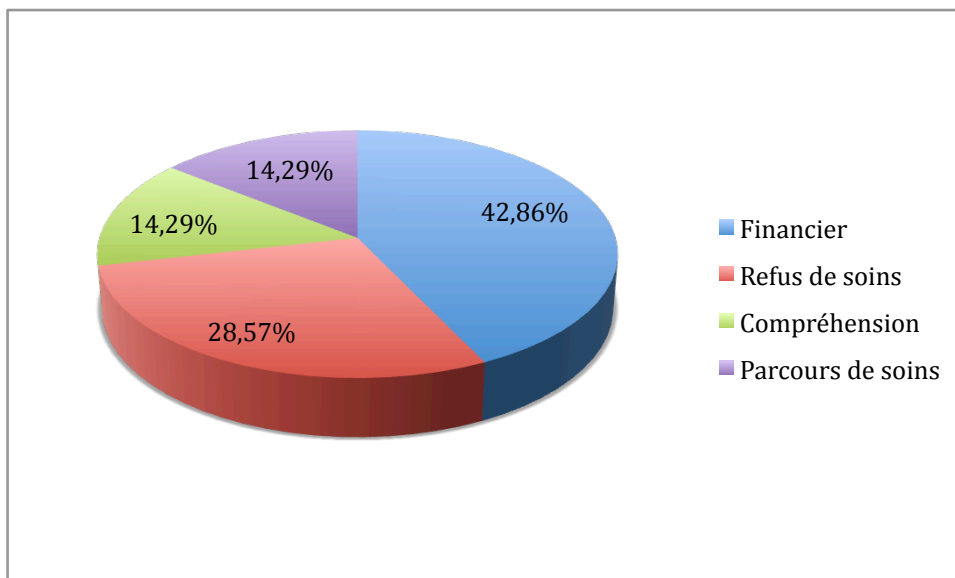


Figure 34: Répartition des types de problèmes évoqués en Radiologie

3.6.5.1 *Difficultés financières*

Concerne 42,86% des fiches

1 patient sans droits ouverts qui ne peut avancer les frais pour un scanner en libéral. Délai plus long dans le public

2 concernent le dépistage du cancer du sein : pas d'avance de frais à faire pour la mammographie, mais si une échographie s'avère nécessaire, il faudra avancer les soins.

3.6.5.2 *Refus de soins*

Concerne 28,57% des fiches

1 refus de soins pour un patient CMU en libéral (échographie)

1 scanner réalisé (à l'hôpital public) sous condition de signer une décharge engageant la responsabilité financière du patient si refus de la prise en charge de la part de la sécu

3.6.5.3 Compréhension

Concerne 14,29% des fiches

Pratique abusive d'un radiologue qui demande les honoraires à une patiente bénéficiaire de la CMU sous prétexte que « l'informatique est en panne »

3.6.5.4 Parcours de soins

Concerne 14,29% des fiches

Découragement d'une patiente qui doit prendre rendez-vous pour une mammographie

3.6.6 Rééducation

Concerne 1,74% des fiches. A noter que la moitié d'entre-elles concernent un service de rééducation hospitalier.

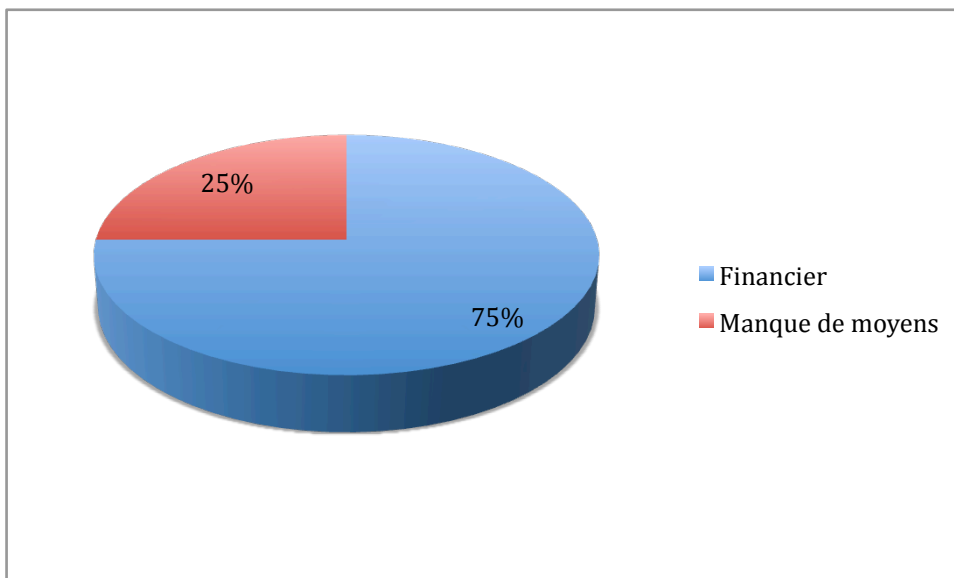


Figure 35: Répartition des différents types de problèmes évoqués en Rééducation

3.6.6.1 Difficultés financières

Concerne 75% des fiches

1 concerne une impossibilité d'avancer les soins pour une rééducation orthophonique.

1 concerne un séjour en post-cure pour un sevrage alcoolique rendu impossible car sa mutuelle ne le prend pas en charge pour un problème lié à l'alcool

1 concerne un séjour en rééducation impossible en raison de l'absence de mutuelle

3.6.6.2 *Manque de moyens*

Concerne 25% des fiches

Concerne l'arrêt d'une rééducation orthophonique chez une jeune fille suite au départ à la retraite de son interlocutrice privilégiée dans son réseau de soins. Départ non remplacé/

3.6.7 **Ophtalmologie/ Optique**

Concerne 5,22% des fiches

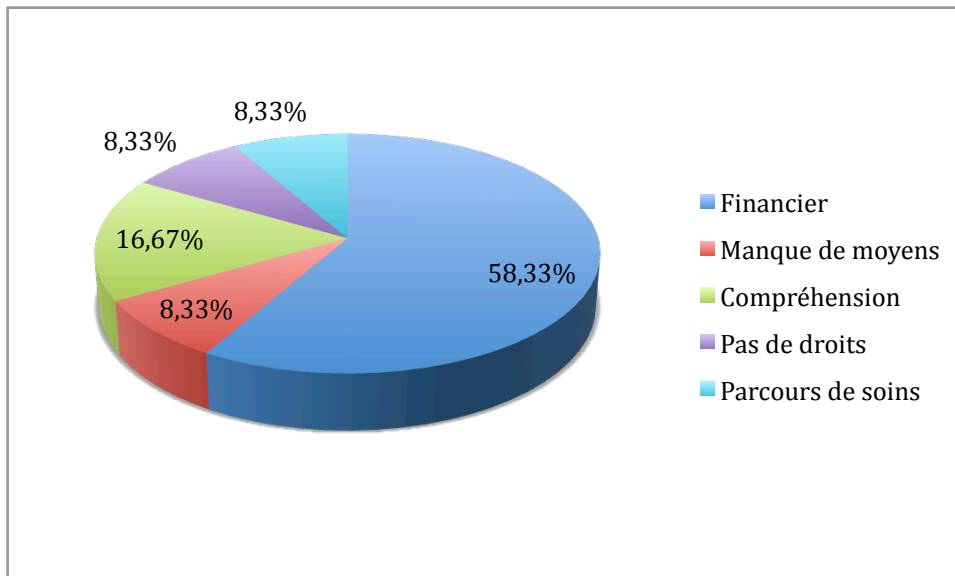


Figure 36: Répartition des différents types de problèmes évoqués en Ophtalmologie/ Optique

3.6.7.1 *Difficultés financières*

58,33% des fiches

A noter qu'il s'agit d'une spécialité souvent montrée du doigt et nous détaillerons de façon plus approfondie les situations rencontrées que précédemment.

6 concernent des difficultés à voir l'ophtalmo en raison des dépassements d'honoraires dont :

1 concerne une intervention chirurgicale que la patiente était prête à ne pas faire en raison de l'importance du dépassement (200€) jusqu'à ce qu'on lui apprenne la possibilité de réaliser un dossier de prestations supplémentaires, qui a été accepté. Elle propose que les praticiens puissent indiquer aux patients l'existence de ce type de prestations.

1 patient qui se voit obligé de consulter à l'hôpital pour ces raisons financières. Son ressenti est le suivant : il a attendu, l'interne a raté sa correction, il doit y retourner, il va de nouveau attendre...

2 concernent des patients qui ne disposent pas d'avance de frais de la part de leur mutuelle dont 1 ne peut payer les honoraires et a peur d'aller chez l'ophtalmo pour cette raison.

1 concerne un patient qui ne peut pas avoir de lunettes parce que c'est trop cher d'aller chez l'ophtalmo et d'acheter ensuite des lunettes et qui menace de se mettre en arrêt maladie pour cette raison : car on a besoin de voir correctement pour travailler.

3.6.7.2 Manque de moyens

8,33% des fiches

Le nombre d'ophtalmologistes est-il assez important ? Une patiente n'avait un rendez-vous que dans un an. Pour l'avancer, elle a du payer plus cher, parce qu'il est en secteur 2.

3.6.7.3 Compréhension

16,67% des fiches

Découragement de certains patients devant les délais de rendez-vous pour voir un ophtalmo, les dépassements d'honoraires, et ensuite le coût des lunettes.

Un patient avec une couverture sociale ne va pas voir l'ophtalmo car de toute façon il pense qu'il n'aura droit à rien en ce qui concerne les prestations sociales, et n'aura pas les moyens de s'acheter des lunettes.

Une patiente trouve que « c'est compliqué d'aller chez l'ophtalmo » et n'a pas de suivi.

3.6.7.4 Pas de droits/ Accès aux droits

8,33% des fiches

Concerne indirectement le prix des lunettes et la communication entre les services sociaux et les patients. Notamment la transmission de toutes les informations concernant les prestations sociales auxquelles les patients ont droit.

Une patiente qui aurait besoin de nouvelles lunettes a demandé trois fois la CMU. Déjà deux refus, et elle n'a pas de réponse pour la troisième. Elle dépasse probablement le plafond et n'a jamais entendu parler des aides à la mutuelle malgré dans son cas l'intervention d' « une dame de la sécu ».

3.6.7.5 Parcours de soins

8,33% des fiches

Une patiente considérée « hors parcours de soins » alors qu'adressée par un premier ophtalmo à un deuxième. Le deuxième n'a pas coché la case qu'il fallait sur la feuille de soins.

A noter que la patiente devrait se faire rembourser les prestations auxquelles elle a droit, mais ne sait comment faire et pas d'information claire pour le patient: « Ben à la Sécu il m'a dit t'es hors circuit... »

3.6.8 Ethique

1,74% des fiches

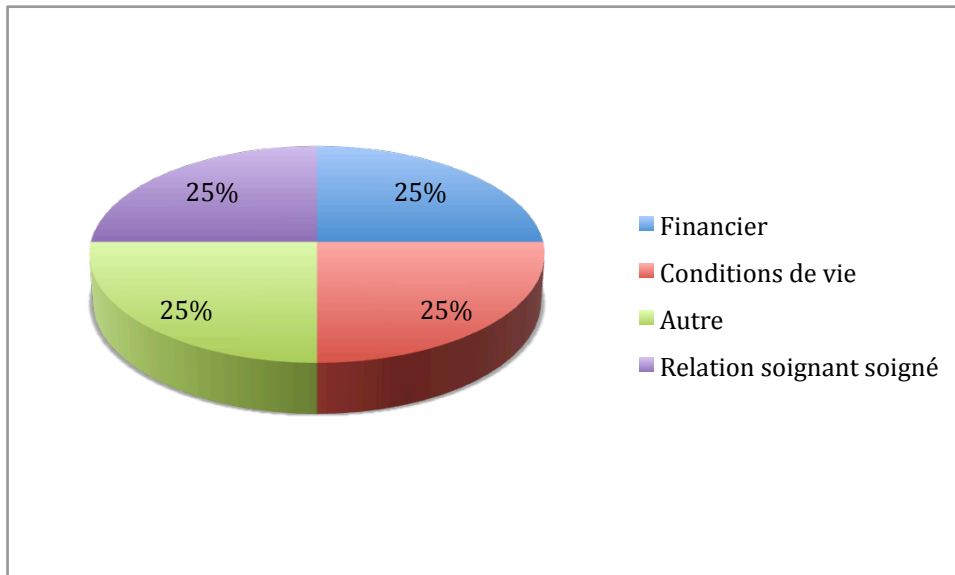


Figure 37: Répartition des types de problèmes évoqués en Ethique

3.6.8.1 Difficultés financières

25%

Organisation d'une HAD (hospitalisation à domicile) pour une personne pauvre en fin de vie. Des aides financières prévues n'ont pas été versées alors que le coût des consommables non remboursés est important : ne fallait-il pas s'assurer que tout l'aspect administratif des différentes prises en charges possibles était bien réglé avant de laisser sortir le malade de l'hôpital ? Est ici abordé le problème de la communication entre les différents acteurs sociaux d'autant que leur temporalité n'est pas la même : nécessité de libérer rapidement des lits dans les services, et délai d'obtention des aides à domicile par exemple. Le patient est au milieu de tous ces intervenants et peut parfois avoir tendance à subir les événements

3.6.8.2 Conditions de vie

25%

Cas d'un patient dont le mode de vie est directement responsable de l'approche de certains soignants : alcoolique, désocialisé. Réanimation d'un arrêt cardiaque et reproche du chef de service : « cela en valait-il bien la peine ? »

3.6.8.3 Autre

25%

Cas similaire au précédent. Patient alcoolique, désocialisé. Consigne donnée au médecin par son chef de service de ne pas le réanimer si son état se dégradait. Refus du médecin en question de respecter cette consigne

Est ici abordé le problème de l'égalité face aux soins, ici dans une situation d'urgence médicale. Une personne défavorisée, dans une situation plus que difficile n'aurait pas le droit de recevoir les mêmes soins qu'un autre patient ?

Ces deux cas concernent le même chef de service. On voit que l'attitude face à ce type de patient dépendra avant tout du médecin qui l'aura pris en charge

3.6.8.4 *Relation soignant/soigné*

25%

Un ophtalmo se permet un jugement de valeur : « vous avez 53 ans, vous ne travaillez pas, vous n'avez pas besoin de lunettes ». Sans commentaire, d'autant qu'il se fait régler la consultation en secteur 2, avec un dépassement donc, réglé par le patient...

3.6.9 Pharmacie

6,52% des fiches

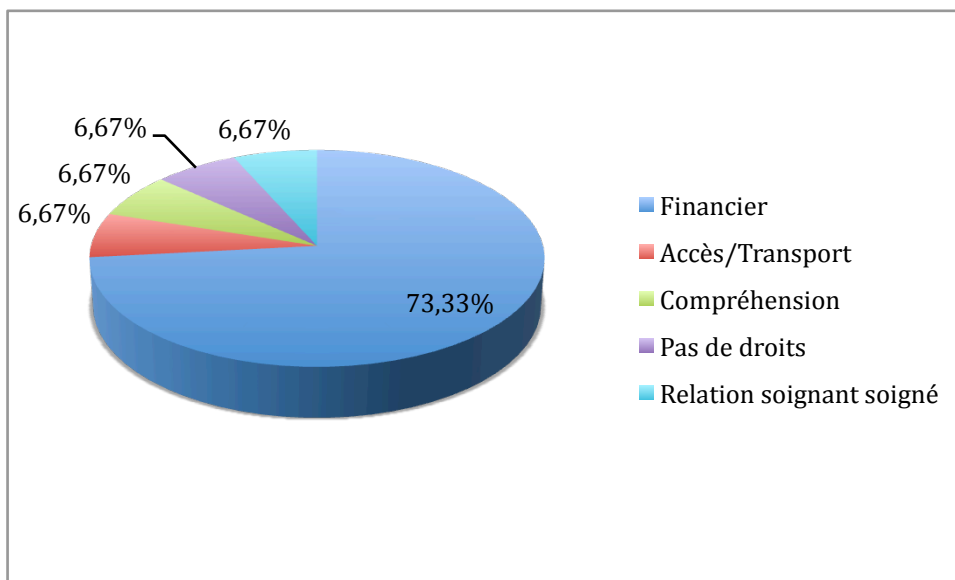


Figure 38: Répartition des types de problèmes évoqués en Pharmacie

3.6.9.1 *Difficultés financières*

73,33%

Plus de 63% concernent les médicaments ou prestations non remboursées (bas de contention, tire lait, attelle):

6/7 ne peuvent les payer et donc refusent dont 3 CMU ; dans le cas du matériel, 2 réussissent à se les faire prêter par l'entourage ou les associations

1/7 peut les payer

Environ 18% concernent les franchises médicales en rapport avec conditionnement des médicaments (boîtes de 28 comprimés) et le fait de repayer une franchise pour un traitement inefficace changé par son médecin au bout de 7 jours

Concernent les autres problèmes, il s'agit de l'obligation de réaliser un nouveau dossier pour la prise en charge de semelles orthopédiques pour un enfant, ainsi qu'un patient sans droit et dans une situation financière précaire (sortant de prison) qui doit avancer tous les frais, médicamenteux notamment

3.6.9.2 Accès/ Transport

Difficulté pour connaître et se rendre à la pharmacie de garde si elle est éloignée

3.6.9.3 Compréhension

Difficultés pour un patient ne parlant pas bien français lorsque le pharmacien a remplacé son traitement par des génériques

3.6.9.4 Pas de droits/ Accès aux droits

Retard à l'ouverture des droits en sortant de l'armée : obligation d'avancer les médicaments

3.6.9.5 Relation soignant/ soigné

Une patiente est « vexée par le pharmacien qui lui a dit devant tout le monde qu'elle devait régler encore des médicaments alors qu'elle avait la CMU ». Le fait de révéler devant des inconnus qu'elle bénéficie de la CMU et l'obliger ainsi à affronter leur regard est presque honteux

3.6.10 Autres spécialités libérales

5,22% des fiches

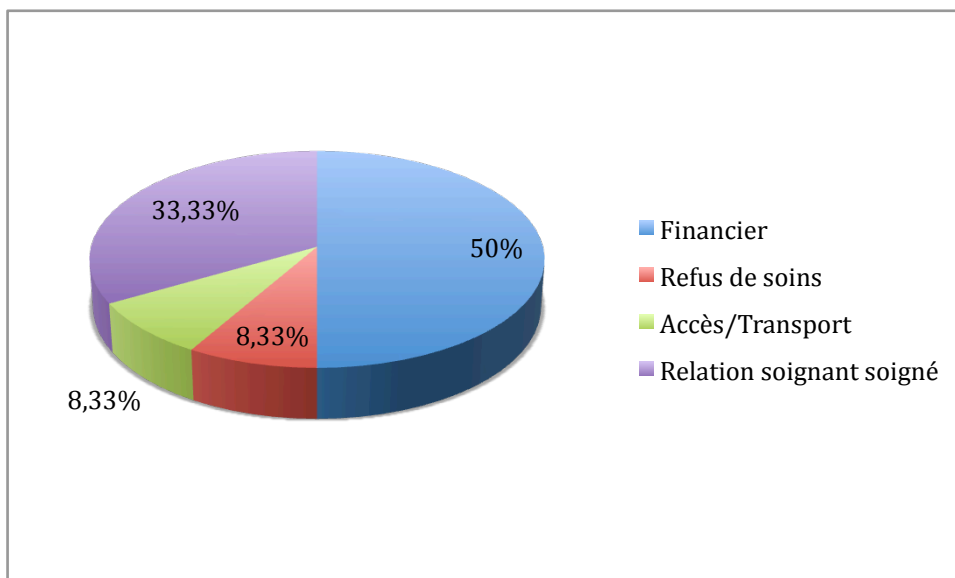


Figure 39: Répartition des types de problèmes évoqués en Autres spécialités libérales

3.6.10.1 Difficultés financières

50%

66,67% concernent les dépassements d'honoraires : 3 ne se font pas soigner en raison du coût (1 n'a pas de mutuelle), 1 a dû payer un dépassement supplémentaire car urgence.

16,67% a été facturé hors parcours de soins par son dermatologue.

16,67% doit payer des dépassements, alors qu'il connaît des gens qui vont à l'hôpital et qu'ils n'en paient pas.

3.6.10.2 Relation soignant/ soigné

33,33%

2 concernent le dépistage du cancer du sein: peur des patientes sur ce qui les attend (modalité de l'examen), tous les médecins ne donnent pas de compte-rendu ou les clichés aux patientes : mauvaise transmission de l'information.

2 concernent des propos tenus par le médecin ressentis comme vexatoires par les patients: un dermatologue : « commencez par vous couper les ongles », un oncologue : « on ne fait pas de chimio, ça ne sert à rien : c'est comme une voiture, vous en avez envie vous n'avez ni la marque ni les sous, après, vous avez la voiture mais vous n'en avez plus l'envie... La chimio fait partie d'un tout »

Problème de la communication entre le soignant et le soigné au sens large...

3.6.10.3 Refus de soins

8,33%

Perçu comme un refus de soins de la part d'un spécialiste car la patiente a la CMU : il lui a dit qu'il était complet et lui conseille d'aller à l'hôpital.

3.6.10.4 Accès/ Transport

8,33%

Difficultés à trouver certains spécialistes dans un délai qui apparaîtra raisonnable par le patient (ici : neurologue).

3.6.11 Autre : rassemble principalement des problèmes éthiques

5,65% des fiches

Les problèmes posés ici abordent notamment : la fin de vie, ainsi que le droit à la santé.

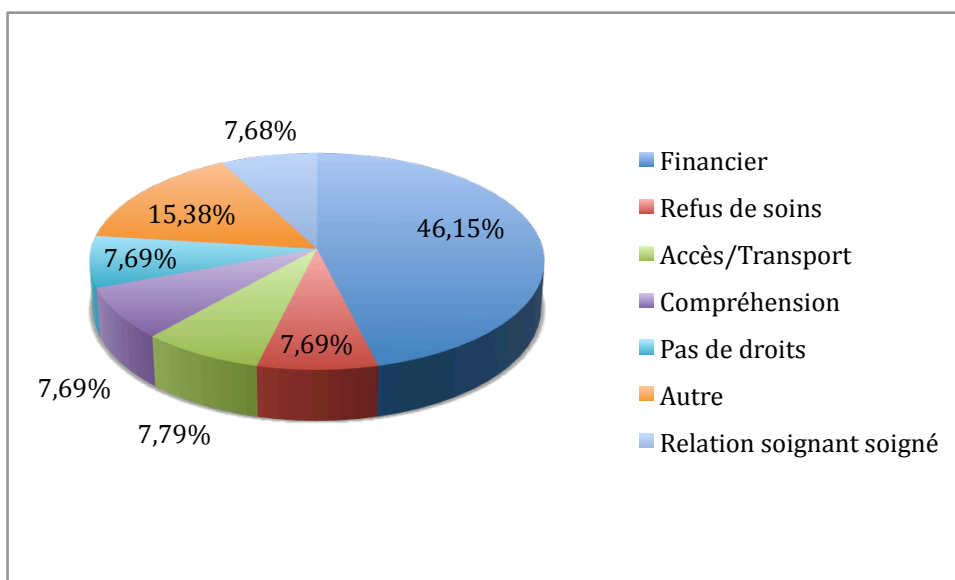


Figure 40: Répartition des types de problèmes évoqués en Autre

3.6.11.1 Difficultés financières

46,15%

1 concerne l'HAD (hospitalisation à domicile) pour une personne en fin de vie : en restant à l'hôpital, elle aurait eu beaucoup moins de frais qu'en rentrant à la maison (consommables non pris en charge : aiguilles, couches, matériel de perfusions ; médicaments, en ajoutant la participation aux aides ménagères par exemple...). Même s'il s'agit de petites sommes prises individuellement, mises bout à bout, l'addition est très importante pour des revenus modestes.

1 concerne la mort. Décès à l'hôpital, se présente auprès de la famille, au sein de l'hôpital une entreprise de pompes funèbres qui n'est pas la moins chère (4000 euros ici). Les aides pour les obsèques sont très faibles par rapport au coût réel (800 € ici). Même si la famille va comparer les prix des différents concurrents elle risque d'accroître ses difficultés financières.

4 concernent l'augmentation des frais de santé en général et le coût des mutuelles:

Un patient dont la femme est atteinte d'une maladie d'Alzheimer vit en maison de retraite. En raison des coûts générés, ayant des revenus au dessus des plafonds, il ne bénéficie d'aucune aide, et les cotisations des mutuelles augmentant, il se voit contraint de prendre une mutuelle moins chère qui le remboursera moins bien...

Une patiente étant juste au dessus des plafonds n'a pas d'aide. Sa mutuelle ne rembourse pas les lunettes. Elle se voit contrainte d'attendre qu'une amie lui donne son ancienne paire car elle ne peut en acheter une nouvelle.

Pratique de certaines mutuelles qui obligent à un « stage de 6mois » durant lequel la mutuelle ne rembourse pas les soins. Le droit à la santé est en cause, car il n'existe pas de « stage » dans la maladie.

Une patiente qui a la CMU. Angoisse de la retraite car elle sera au dessus du plafond et ne bénéficiera plus de la CMU. Elle a peur de ne pas pouvoir payer une mutuelle à ce moment. Est ici posé la problématique de la vieillesse et de la santé.

3.6.11.2 Autre

15,38%

L'accès aux soins, concrètement, ne se résume pas uniquement à l'accès aux droits pour les patients (PASS), car il existe d'autres difficultés: nombre de structures de ce type, débordées, horaires d'ouverture...

Concernant les lunettes, les patients qui bénéficient du tarif de la sécurité sociale n'ont pas le choix des montures (vécu comme un « préjudice » esthétique).

3.6.11.3 Refus de soins

7,69%

Cas d'un patient en ALD pour qui le laboratoire refuse de faire une prise de sang car il a un impayé, alors qu'il est possible d'effectuer un tiers-payant d'autant que la personne est en ALD.

3.6.11.4 Accès/ Transport

7,69%

Enfant qui nécessite une prise en charge orthophonique. Nombreuses séances, et éloignement du cabinet. Risque de découragement des parents devant les difficultés pour s'y rendre (1h à 1h30 l'aller

et retour, deux fois par semaine).

3.6.11.5 Compréhension

7,69%

Grave accident du travail, en partie du fait de la prise en charge initiale très imparfaite, le patient souffre de séquelles très importantes. Avec une meilleure connaissance du système de soins la prise en charge aurait pu être plus adéquate.

3.6.11.6 Pas de droits/ Accès aux droits

7,69%

Patient qui par son acharnement, obtient de la part du professionnel de santé qu'il fasse le nécessaire pour qu'il obtienne les aides auquel il a droit.

3.6.11.7 Relation soignant/ soigné

7,68%

Patient sans ressources, sans mutuelle décédé à l'hôpital. La famille a entendu de la part du personnel : « il aurait fallu dire à la famille d'aller à la mairie pour le truc des indigents ».

3.6.12 Sécurité sociale

12,17%

A noter que le choix de la discipline «Sécu» a été rendu parfois arbitraire par la nécessité de l'analyse, car les problèmes évoqués rejoignent bien souvent un questionnement d'ordre éthique.

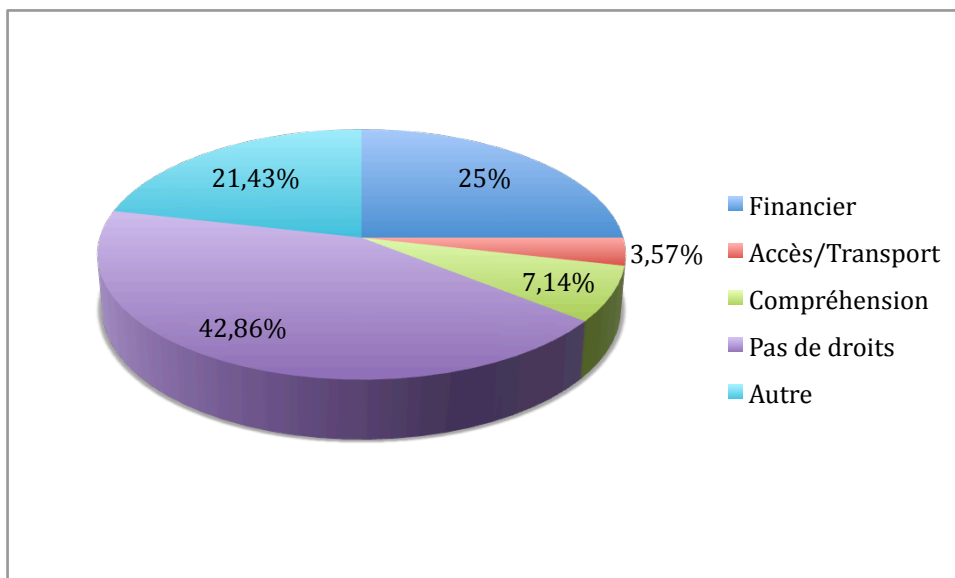


Figure 41: Répartition des types de problèmes évoqués avec la Sécu

3.6.12.1 Difficultés financières

25%

Deux concernent les franchises médicales :

Une personne qui a la CMU voit des sommes s'accumuler progressivement sur ses relevés (70€ sur 4mois) qu'elle n'a pas à régler si elle a la CMU. Refuserait de payer si on lui demandait. Mais si un jour elle ne bénéficie plus de la CMU ?

Une personne a déjà son quota de 50€ atteint au mois de février, et constate qu'on continue à lui appliquer sur l'année. Le plafond est-il respecté ? Pourquoi ne pas répartir le paiement des franchises sur l'année ?

Une personne sans mutuelle, qui bénéficie d'une ALD mise en place dans un contexte d'urgence (infarctus) est remboursée au titre de l'ALD 6 mois après, alors que les dépenses engagées sont coûteuses

Pour la mise à jour d'un dossier concernant un remboursement de 52€, on demande un papier (certificat d'hérédité) que l'on ne peut plus avoir gratuitement (300€)....

Certaines formalités administratives ne sont plus en accord avec les réalités du terrain.

Un patient qui est en instance d'expulsion de son logement est sans droits depuis 15 jours car il a oublié de renouveler sa CMU.

Couple surendetté qui n'a pas les moyens de payer une mutuelle qui pratique le tiers payant, ne peut payer qu'en espèce (plus de chéquier ou de carte bleue). Soins dépendent du bon vouloir du médecin selon qu'il pratique ou non le tiers payant.

Cas d'un patient de 25ans au chômage qui reprend des études. Aurait eu droit à la CMU, mais l'a refusée car sa situation était « conjoncturelle et non structurelle ». Par contre il ne bénéficie pas d'aides pour sa mutuelle étudiante.

3.6.12.2 Accès/ Transport

3,57%

Situation générale : personnes âgées qui ne peuvent se débrouiller toutes seules pour régler les formalités administratives (« qu'est-ce que je fais avec ce papier là ? »). L'accueil des personnes et des accompagnants n'est pas toujours fait pour simplifier les choses (s'adresser au bon guichet, jusqu'où la personne a le droit d'être accompagnée ?) à la CAF par exemple.

3.6.12.3 Compréhension

7,14%

Situations générales : les patients ignorent le plus souvent leurs droits, et notamment les jeunes en situation de précarité.

3.6.12.4 Pas de droits/ Accès aux droits

42,86%

6 soit 50% des fiches concernent la CMU :

D'après certains patients, la Sécu n'envoie plus systématiquement de courrier de rappel pour renouveler ses droits occasionnant ainsi des retards de renouvellement et la fin de la couverture sociale en attendant la réouverture des droits

D'autres patients ont effectué leur demande de renouvellement 3 semaines avant la date de fin des droits, mais leur dossier a été traité avec retard, et ont vu leurs droits fermés pendant 2 mois dans cet exemple

Cas du renouvellement de la CMU pour les SDF : n'ayant pas d'adresse fixe par définition, ne reçoivent pas forcément les courriers de rappel, et risque de perdre leur couverture sociale

Pour l'ouverture des droits à la CMU, sont pris en compte les revenus de l'année précédente. Si la personne est au chômage pendant l'année en cours, il n'aura pas d'accès à la CMU, d'où un risque de

retard de prise en charge, la personne attendant l'ouverture de ses droits (donc l'année suivante) pour solliciter le système de santé

Cas de jeunes de moins de 25 ans pour qui l'accès à la CMU est compliqué (pas de RMI qui permet l'ouverture automatique des droits) et demande de nombreuses démarches qu'ils entreprennent rarement seuls

Deux ans d'attente pour avoir la CMU alors que le couple y avait droit : il manquait un papier pour que le dossier soit complet et les patients n'étaient pas au courant. Par hasard, deux ans après donc, lors de démarches administratives auprès de la caisse, l'agent leur explique qu'ils ont droit à la CMU et les aide à constituer leur dossier. **L'accès aux droits est parfois conditionné par la bonne volonté ou la qualité de l'accueil de l'agent de la caisse**

1 fiche décrit le découragement d'un patient de 50 ans, qui suite à deux contrats de réinsertion dépassait le plafond pour obtenir la CMU. Après ces deux contrats, il fut au chômage. A son âge, il est conscient de l'importance d'avoir une couverture santé et le fait de se réinsérer implique la perte de cette couverture : « Mes amis SDF ont bien raison de ne pas essayer de s'insérer ». Reprise de l'alcool après cette expérience

Patient retraité qui dépasse le plafond pour l'obtention de la CMU. Il obtient une aide à la mutuelle « exceptionnelle » (400€) en raison de son âge et de son état de santé grâce à l'intervention d'une association qui l'a aidé dans ses démarches, sinon, il aurait obtenu une aide à la mutuelle « normale » (200€)

2 fiches évoquent les difficultés d'accès et les délais de réponse concernant l'AME pour un patient immigré venant d'un pays de la CEE (Roumanie) et un patient qui vient d'un pays hors CEE (Algérie). Alors que ces dossiers ont été remplis par des personnes compétentes et sont a priori complets, leur rejet semble être dû à des interprétations de certains éléments qui ne sont pas du ressort du service instructeur de la CPAM. Malgré la nécessité de soins, ils ne peuvent être réalisés

1 fiche concerne le formulaire de déclaration de médecin traitant et les questions qu'il pose :

N'y a-t-il pas un problème d'ordre déontologique dans le fait que le médecin puisse de facto refuser d'être le médecin traitant d'un patient en refusant de signer sa feuille ?

Cela ne signifie pas quelque part un refus de soin ?

1 fiche concerne le formulaire de demande de la carte vitale :

« 1) Formulaire de demande beaucoup trop long pour une personne qui a des difficultés de lecture

2) La formulation qui emploie le « je » met la personne en position d'infériorité et de soumission. Ce n'est plus une demande qui est faite par celui qui fait la démarche. C'est un acte de soumission à une injonction.

3) Chaque item du formulaire est accompagné de formules en petits caractères qui le brouillent ou le complexifient.

4) Ce formulaire n'a pas la neutralité administrative requise. C'est un acte de prise de pouvoir sur quelqu'un.

5) Contradiction entre la formule introductrice : « je ne me déplace pas » et la formule « ou la dépose directement dans la boîte aux lettres de mon organisme ».

6) Ce formulaire ne se limite pas à une indication de pièces à fournir. La première page qui semble être un mode d'emploi est complétée par une deuxième intitulée : « Mode d'emploi ».

7) Pourquoi la photocopie de la pièce d'identité ne doit pas être découpée ? Statistiquement, y-a-t-il tant de copies présentées ainsi qu'il faille en faire un paragraphe spécifique ? De plus, risque qu'une personne lise trop vite et fasse le contraire : elle découpe...

8) Pièce d'identité de moins de 10 ans :

Légalement, la possession d'une pièce d'identité n'est pas obligatoire. Pour celui qui n'en a pas, c'est

une démarche de plus à faire. Il en est de même pour celui qui en a une de dix ans ou plus. Par conséquent, l'obtention d'une carte vitale, peut se transformer en une multiplicité de démarches fastidieuses. Où est le temps où l'Assurance Maladie l'envoyait automatiquement à quiconque avait des droits ouverts.

L'Assurance Maladie a imposé la carte vitale comme une simplification pour l'assuré qui se retrouve maintenant avec une démarche complexe supplémentaire à faire.

L'Assurance Maladie, en demandant une pièce d'identité ou une carte de séjour ou une carte de résident, se fait, de facto, l'auxiliaire du Ministère de l'Intérieur.

Celui qui a un travail mais une situation non régularisée (ou dont les papiers sont en fin de validité) devra, soit renoncer à ses droits en cas de maladie, soit courir le risque d'être découvert. A moins qu'il ne recourt à de faux papiers.

9) *Coût pour la Sécurité Sociale de ce papier ?*

10) *Respect de l'assuré : Les écrits sont répétés 3 fois. Façon de le prendre pour un ... »*

3.6.12.5 Autre

21,43%

2 fiches concernent ce qui paraît être une forme d'ingérence de la « sécu » dans la relation médecin patient : mise en cause de diagnostic, sous quels critères ? Non respect de fait du secret médical. Sont-ce des cas isolés ou une forme de dérive sous prétexte d'un contrôle accru des assurés ?

1 patiente est contactée par téléphone par la sécu :

« *Vous êtes sûre que vous avez mal à l'estomac ?* ». Ingérence de la sécu dans la relation médecin/patient

1 fiche évoque le contrôle des arrêts maladie : alors qu'il n'y a pas à priori de situation d'« abus » de la part de la patiente, non respect du secret médical vis-à-vis de l'employeur.

Détail : « *Une personne est malade. Elle n'avait pas demandé d'arrêt maladie pour un cancer du sein. Est épuisée dans son travail car harcèlement et non reconnaissance de son travail. Le docteur a mis 3 semaines d'arrêt. Convocation : 3 semaines d'arrêt pour : fatigue. Le médecin conseil lui explique que c'est un début de désocialisation et qu'elle aggrave son cas, mais cela ne sera pas aux frais de l'état.*

Elle a dû signer un papier comme quoi elle s'engageait à ne pas demander dans les 3 mois à venir un nouvel arrêt maladie, et le médecin a envoyé un courrier à son employeur comme quoi elle ne devait plus avoir aucun arrêt maladie »

1 fiche évoque les difficultés d'accompagnement des démarches afin d'obtenir les aides pour les personnes qui sont juste au dessus du plafond CMUc : est-ce le rôle des associations, de la Sécu ou bien des deux ? D'autant que lorsqu'il manque un papier par exemple, le dossier est bloqué ce qui peut retarder le renouvellement ou l'ouverture de droits et avoir une répercussion sur l'accès aux soins

1 fiche évoque les cas nombreux de personnes qui abandonnent les démarches administratives pour ouvrir des droits CMUc par exemple en raison de l'accueil ou du fait qu'ils sont régulièrement renvoyés car il manque un papier par exemple (surtout les jeunes)

1 fiche évoque les retards de paiement de la sécu (arrêts maladie) qui compliquent sa vie quotidienne (élève seule ses trois enfants). Elle est atteinte d'une maladie chronique et reçoit un traitement à l'hôpital toutes les six semaines depuis 2 ans. La sécu lui répond « qu'ils sont en retard »

1 fiche évoque la perception que peuvent avoir les gens de la CMUc :

Il s'agit d'une patiente d'origine japonaise qui refuse la CMUc alors qu'elle y aurait droit pour deux raisons : elle ne s'estime pas assez nécessiteuse et elle « ne veut pas gaspiller la générosité de l'état français et surtout, j'ai entendu dire que les médecins ne prennent pas la CMUc, et je veux le meilleur pour mes enfants, je veux qu'ils soient soignés »

3.7 Lorsqu'un deuxième problème est évoqué lors de l'analyse des fiches

Il nous paraît intéressant d'avoir deux autres angles de vue :

Dans quelle discipline rencontre-t-on un deuxième problème ?

Quand deux types de problèmes sont évoqués dans la même fiche, quelle relation existe-t-il entre eux ?

Les situations vécues ne seront pas développées dans le détail car cela a déjà été fait dans la partie précédente qui comprenait l'analyse de toutes les fiches.

3.7.1 Généralités et exemples

3.7.1.1 Problèmes financiers

D'une manière générale, les patients ne peuvent pas, ou ont des difficultés à avancer les soins : spécialistes en secteur 2, structures publiques saturées (CMP, long séjour), médecine générale, soins dentaires (en raison du faible taux de prise en charge).

Ces difficultés le plus souvent « structurelles » (surendettement, faiblesse de revenus) peuvent être accrues par des problèmes d'accès à la couverture sociale (fin des droits ou retard de renouvellement CMU, pas de droit, faible prise en charge des transports, peu ou pas d'aide dans le cas d'un enfant malade dont le père arrête de travailler, difficulté d'accès à la mutuelle, irrégularité ou retard des versements des indemnités lors des arrêts maladie, prestations ou médicaments non remboursés)

De plus, dans le cas de patients ayant des difficultés à obtenir des droits (CMU, AME, aide à la mutuelle, mutuelle ne remboursant pas le forfait hospitalier) dont ils auraient besoin du fait de l'insuffisance ou de la précarité de leurs revenus financiers, les soins risquent donc de déséquilibrer un budget déjà fragile car ils sont soit non remboursés, soit les patients ont l'obligation de les avancer. Les patients et les soignants peuvent développer des stratégies qui ont été détaillées précédemment.

Les difficultés financières peuvent également avoir pour conséquence les problèmes décrits par ces fiches : pas de chéquier : pas de chèque de caution pour l'obtention de lunettes, pas de choix pour les montures au tarif sécu, problème face à la mort et pour assumer les frais d'obsèques, retard de paiement pour un laboratoire par exemple

Le recours aux soins peut donc, paradoxalement, contribuer à fragiliser encore la situation financière de certains patients

Le fait d'avoir des difficultés financières, et de bénéficier de la CMU, peut donner le sentiment de ne pas bénéficier des mêmes prestations que les autres patients : par exemple, à l'hôpital, pas d'accès aux chambres individuelles ou mère/enfant pour des patients bénéficiant de la CMU

3.7.1.2 Refus de soins

Considérant l'état de fait que par exemple, les ophtalmologistes en libéral sont systématiquement en secteur 2, les patients n'ayant pas les moyens sont obligés d'aller à l'hôpital (où ils ont le sentiment d'être parfois moins bien soignés). Cela ne pourrait-il pas être considéré comme un refus de soins tacite ?

3.7.1.3 Manque de moyens

Les délais de prise en charge sont considérés comme trop longs dans un CMP, mais les familles n'ont pas les moyens d'aller en libéral.

3.7.1.4 Accès/ Transport

L'accès aux soins peut être compliqué pour des patients qui habitent loin de l'hôpital (notamment concernant le coût du transport), d'autant qu'ils n'ont pas forcément de moyen de transport individuel pour s'y rendre. Par exemple, un patient arrête les soins car le transport pour se rendre à l'hôpital (40km) n'est pas pris en charge et il n'a pas de mutuelle.

3.7.1.5 Compréhension

Manque de connaissance des patients dans les démarches pour obtenir ou faire valoir ses droits. A contrario, un patient connaît un cabinet médical où le tiers-payant est réalisé systématiquement, et il n'aura pas de difficulté pour régler les honoraires.

Ce manque de connaissance risque d'accroître la vulnérabilité de ces patients qui sont déjà en situation de précarité.

Certains patients sont freinés par certains préjugés (peur de l'hôpital, peur d'avoir mal lors d'une mammographie).

1 fiche évoque les difficultés de la relation soignant /soigné avec certains patients défavorisés (victimisation ; manque d'éducation : retards, rendez-vous non honorés ; agressivité ; procéduriers) et ici une certaine méconnaissance des soins reçus et de leurs conséquences : « (le samedi) *Je lui fais une piqûre et tous les soins. Le lundi, elle téléphone: "j'ai eu mal à la piqûre, vous avez pris des aiguilles usagées, je vais vous dénoncer à la sécu pour m'avoir donné le sida, c'est pas normal que j'ai eu mal... vous m'avez pris des trucs périmés" »*.

3.7.1.6 Conditions de vie

Influence des conditions de vie dans le regard des soignants : méfiance ressentie par le patient, pouvant conduire à un manque de confiance réciproque qui risque de diminuer l'efficacité d'une prise en charge.

Par exemple : un patient n'a pas forcément conscience des conséquences des papiers administratifs qu'il doit renvoyer. Ici, il s'agit d'un patient schizophrène qui a oublié sa déclaration de médecin traitant dans le bureau du psychiatre. Il n'a pas d'adresse où elle peut lui être renvoyée. Il risque donc d'être considéré en dehors du parcours de soins.

3.7.1.7 Pas de droits/ Accès aux droits

Problèmes lors de renouvellements de CMU qui conduit à des interruptions de prise en charge.

Que fait-on avec les patients pour qui les frais dentaires ne sont pas pris en charge par la mutuelle ou qui n'ont pas de droits ouverts ?

3.7.1.8 Parcours de soins

A noter une fiche où une patiente regrette d'avoir respecté le parcours de soins en faisant voir son enfant asthmatique par son médecin traitant plutôt qu'aux urgences, vu qu'il a fallu finalement l'hospitaliser, indication non retenue par le médecin initialement.

On note aussi le cas de patients facturés « hors parcours de soins » pour des raisons qu'ils ne comprennent pas forcément.

3.7.1.9 Autre

Hospitalisation en urgence dans une clinique où l'a adressé par habitude son médecin traitant. 640€ de dépassement d'honoraires : elle n'avait pas été prévenue.

Place des accompagnants (associations par exemple) pour l'aide aux démarches administratives quand les patients ne comprennent pas un papier par exemple.

Impayés pour les dentistes : Il s'agit de patients qui n'ont pas de mutuelle avec le tiers-payant, les

soins sont avancés par les dentistes, mais les gens ne les payent pas. Dont un cas particulier : le problème du surendettement : les professionnels de soins ne sont pas prioritaires par rapport aux créanciers.

3.7.1.10 Relation soignant/soigné

Communication avec le patient pour améliorer la connaissance et la compréhension de son traitement (génériques notamment).

Un patient reçoit un traitement qui est changé au bout d'une semaine, il se plaint de payer la franchise sur la première boîte alors qu'il lui reste les trois-quarts de la boîte. Un nouvel élément est à intégrer dans la relation médecin/ patient : le fait qu'il y ait une sorte de dichotomie entre une science qui, malgré tout, n'est pas exacte (tous les médicaments n'ont pas la même efficacité chez chaque patient dans ce cas) et une mesure d'application mathématique (une boîte de médicament signifie l'application d'une franchise). Ce problème pourrait être en partie résolu avec un conditionnement différent des médicaments (cachets vendus à l'unité par exemple).

Soins dentaires : il semble que les propositions thérapeutiques dépendent plus de la couverture sociale du patient que de l'aspect clinique. De plus, est évoqué le fait que tous les professionnels ne sont pas disposés à conseiller les patients sur les aides supplémentaires dont ils pourraient disposer (par manque de temps, et/ou de connaissance dans ce domaine).

Dans ce cas, la patiente qui bénéficie de la CMUc ne comprend pas pourquoi il y a une différence de plan de soins entre deux dentistes et le fait que celui qui propose la solution la plus conservatrice, lui conseille de demander une aide supplémentaire pour les soins dentaires.

L'aspect financier s'est immiscé au cœur de la relation soignant/ soigné :

Rappelons également le cas de la patiente qui a dû, malgré sa CMUc signer une reconnaissance de dette dans un CHU pour un scanner, ou le cas de la patiente pour qui le médecin refuse de réaliser un scanner car il a déjà utilisé « *son quota* » (la patiente a entendu cette explication de la part du médecin) et chez qui on diagnostique un cancer généralisé 6 mois après.

Ce genre de situation de fait ne pose-t-il pas des questions d'ordre déontologique qui risquent d'avoir des répercussions sur la relation médecin/patient et la nécessaire confiance qui doit la fonder ?

3.7.2 Relation entre la discipline concernée et le deuxième problème évoqué :

3.7.2.1 Médecine générale

14,66% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernant la médecine générale

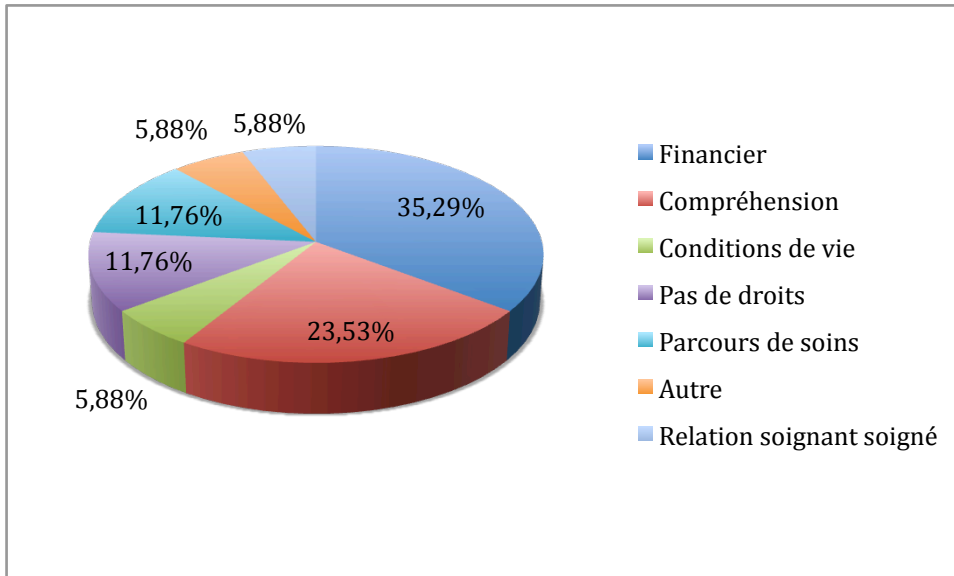


Figure 42: Relation entre le deuxième problème évoqué et la Médecine Générale

Pour mémoire, le premier problème évoqué majoritairement en médecine générale est un problème d'ordre financier.

3.7.2.2 Hôpital/ Cliniques

25,86% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernant l'hôpital ou les cliniques .

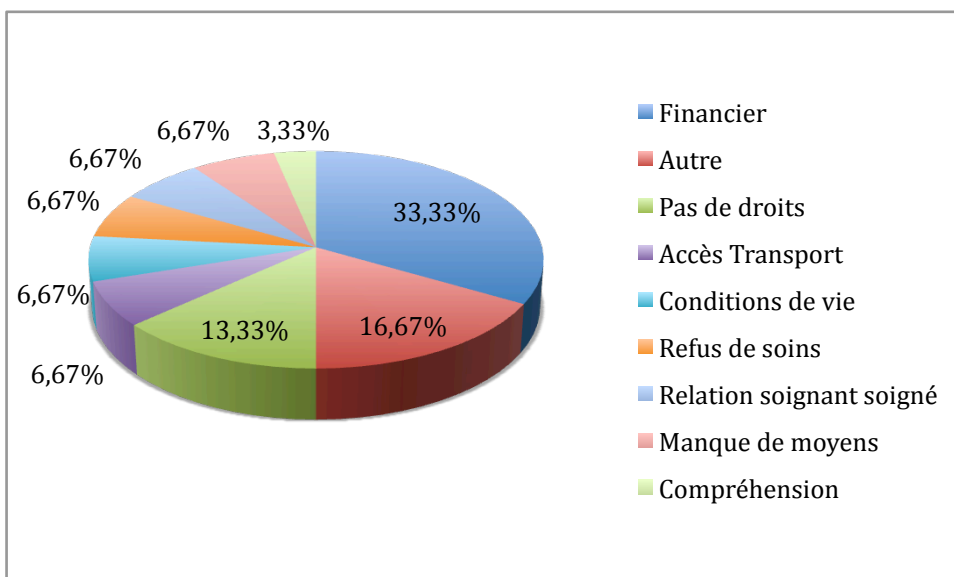


Figure 43: Relation entre le deuxième problème évoqué et les Hôpitaux et Cliniques

A noter que dans ce cas « Autre » concerne des surcoûts à la charge des patients, les dépassements d'honoraires, les difficultés d'accès au secteur public, déjà évoqués précédemment.

3.7.2.3 Soins dentaires

15,52% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernant les soins dentaires

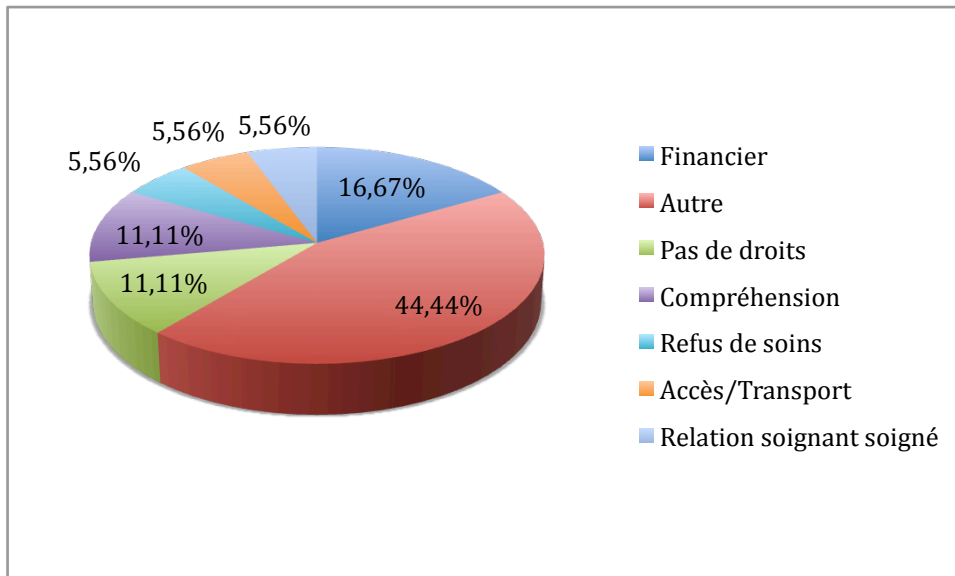


Figure 44: Relation entre le deuxième problème évoqué et les Soins dentaires

A noter que « Autre » concerne le cas des patients qui n'ont pas réglé les honoraires (surendettement ; mutuelle sans tiers-payant et une fois le versement effectué sur leur compte, les patients disparaissent dans la nature), ainsi que des patients qui vont à la faculté dentaire ne sont pas satisfaits de la qualité des soins.

A noter également que l'on rencontre peu de problèmes qui évoquent directement la relation soignant/soigné. L'aspect financier et les refus de soins apparaissent en priorité dans les fiches concernées par les soins dentaires, et l'item « relation soignant/soigné » n'a pas été relevée dans ces cas. On pourrait peut être néanmoins discuter sur la place de l'aspect financier des soins et des refus de soins dans la relation soignant/soigné...

3.7.2.4 *Psychiatrie/ Psychologie*

3,45% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernent la psychiatrie

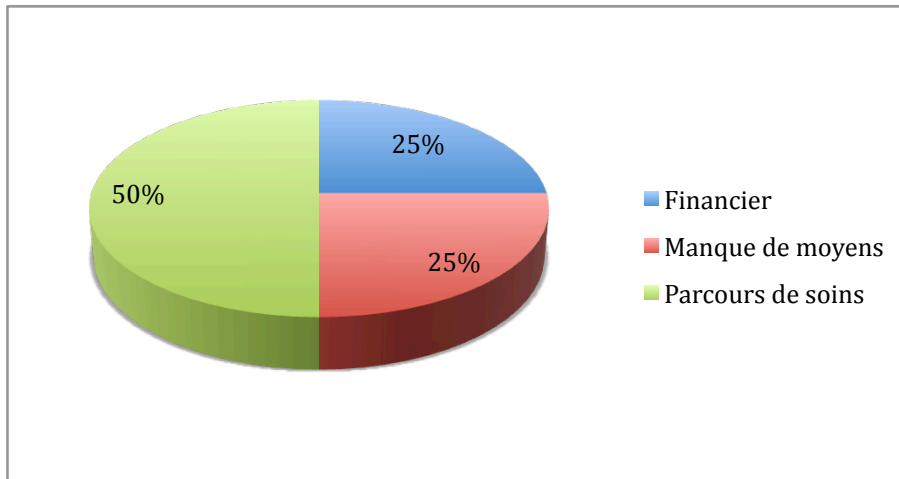


Figure 45: Relation entre le deuxième problème évoqué et la Psychiatrie/ Psychologie

A noter que l'item « parcours de soins » a été relevée dans ces cas en raison du manque de professionnels spécialisés qui laisse le médecin généraliste parfois démuné face à certains patients. La notion de parcours de soins a-t-elle encore un sens dans ces cas ?

3.7.2.5 *Radiologie*

3,45% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernent la radiologie

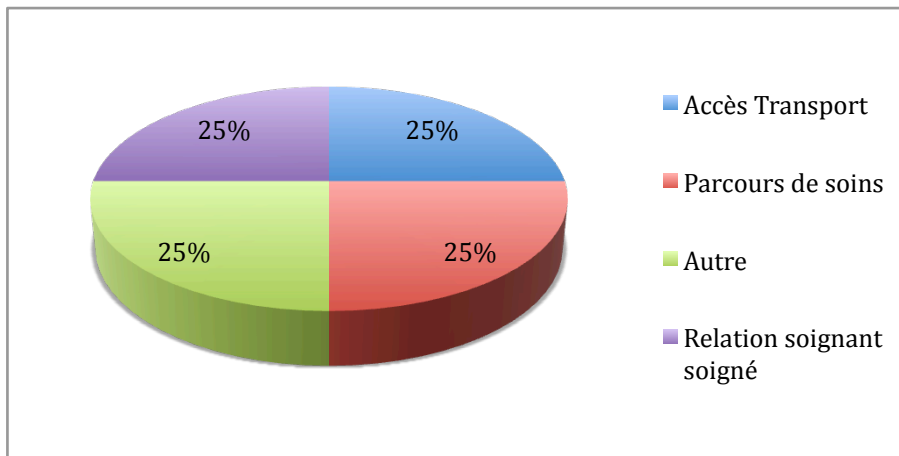


Figure 46: Relation entre le deuxième problème évoqué et la Radiologie

3.7.2.6 *Ophtalmologie/Optique*

6,90% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernent l'Ophtalmologie/ Optique

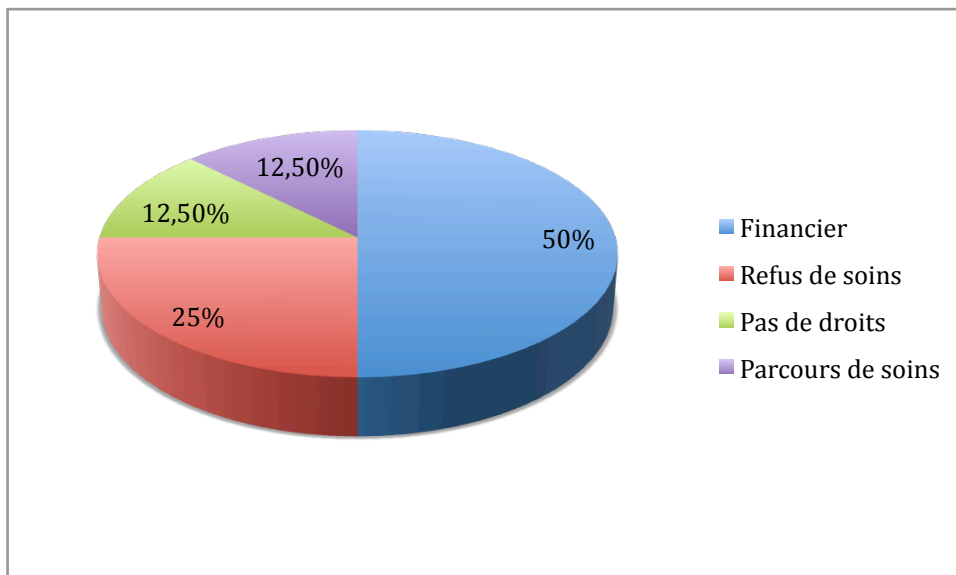


Figure 47: Relation entre le deuxième problème évoqué et l'Ophtalmologie/ Optique

Les problèmes financiers concernent les difficultés à régler les dépassements d'honoraires ou à payer les lunettes.

Par rapport aux refus de soins : considérant l'état de fait que les ophtalmologistes en libéral sont systématiquement en secteur 2, les patients n'ayant pas les moyens sont obligés d'aller à l'hôpital (où ils ont le sentiment d'être parfois moins bien soignés). Cela ne pourrait-t-il pas être considéré comme un refus de soins tacite ?

3.7.2.7 Pharmacie

2,9% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernent la pharmacie

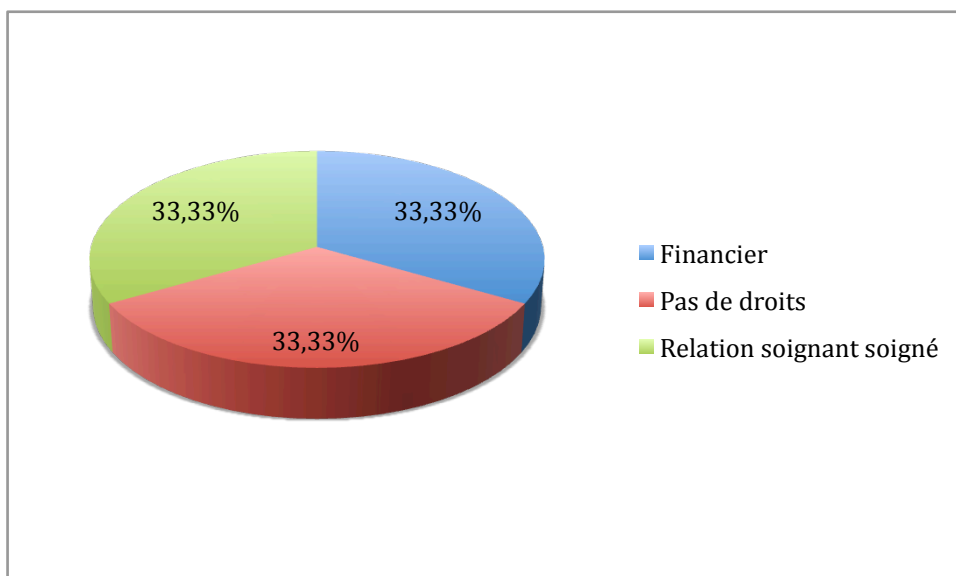


Figure 48: Relation entre le deuxième problème évoqué et la Pharmacie

3.7.2.8 *Autres spécialités libérales*

5,17% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernent les autres spécialités libérales

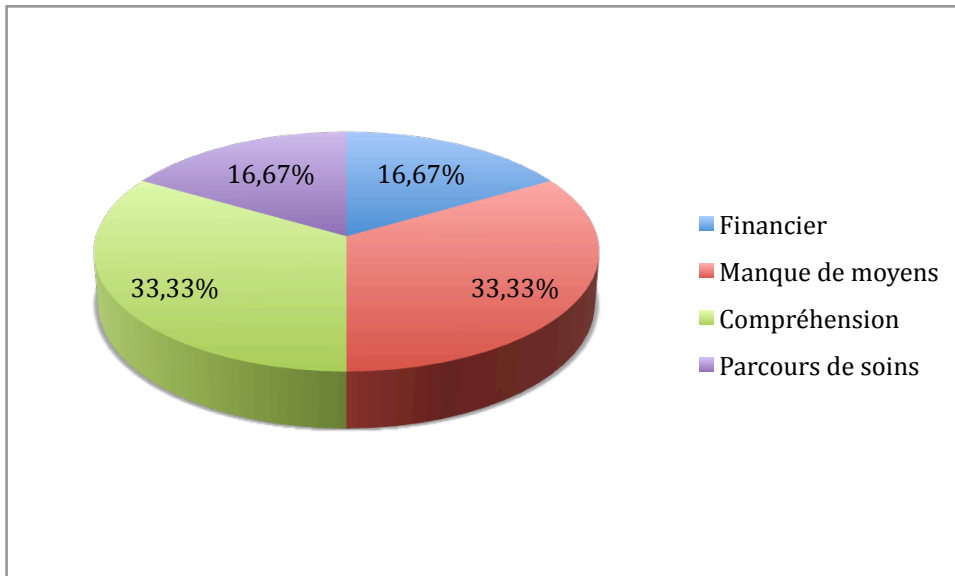


Figure 49: Relation entre le deuxième problème évoqué et les Autres spécialités libérales

3.7.2.9 *Autre*

6,90% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernent « autre »

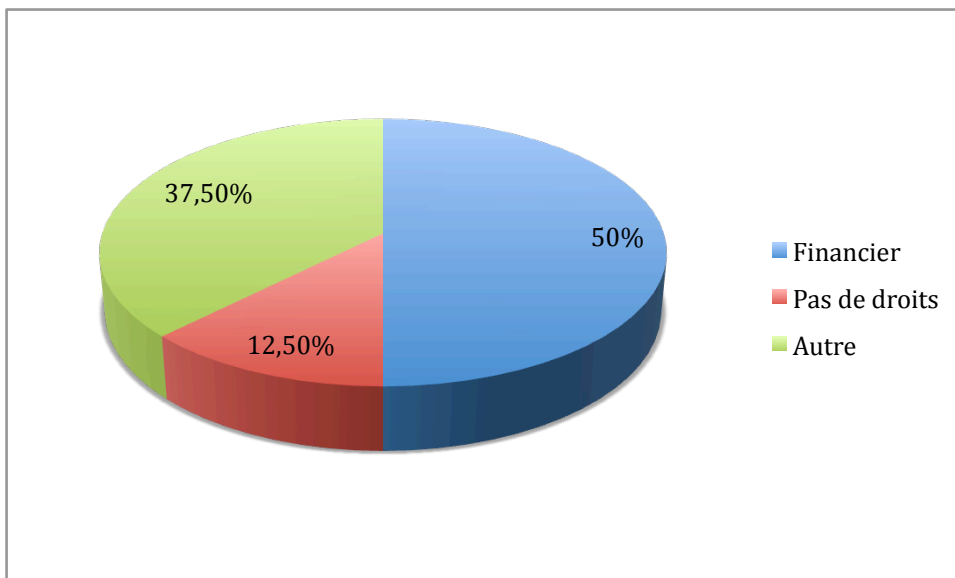


Figure 50: Relation entre le deuxième problème évoqué et un problème « Autre »

Par exemple, Les difficultés financières peuvent avoir pour conséquence les problèmes décrits par ces fiches :

Pas de chéquier donc pas de chèque de caution pour l'obtention de lunettes chez un opticien, pas de choix pour les montures au tarif sécu, problème face à la mort et aux frais d'obsèques, retard de paiement pour un laboratoire.

3.7.2.10 Sécurité sociale

14,66% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème concernant la Sécu

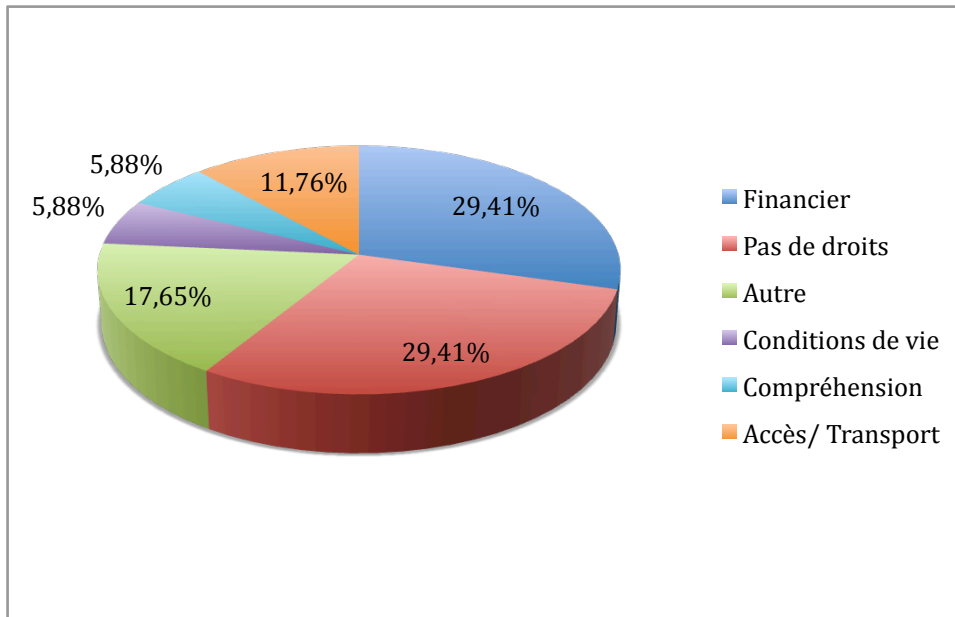


Figure 51: Relation entre le deuxième problème évoqué et la Sécu

Les retards de renouvellement de droit (199), les difficultés à obtenir des prestations sociales (197, 198, 115), les retards d'indemnités des arrêts maladie (170) peuvent compliquer la situation de patients déjà en difficulté financière.

Concernant l'accès aux droits :

Accès à l'information sur ses droits : « Y a pas de prospectus...ça se sait nulle part... non moi l'aide là, ça se sait nulle part ». (229)

Pour la mise à jour d'un dossier concernant un remboursement de 52€, on demande un papier (certificat d'hérédité) que l'on ne peut plus avoir gratuitement (300€). (212)

Difficultés d'accès aux droits pour les jeunes de moins de 26ans (200). Pas d'aide à la mutuelle pour un étudiant. (146)

Couple surendetté, pas de moyen de paiement (CB, chèque). Ils n'ont pas de mutuelle.

« Autre » concerne la place des accompagnants (associations par exemple) pour l'aide aux démarches administratives quand les patients ne comprennent pas un papier par exemple. (207) (163,164)

3.7.3 Relation entre les deux types de problème évoqués

3.7.3.1 Lorsque le premier problème évoqué est un problème financier

35,34% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

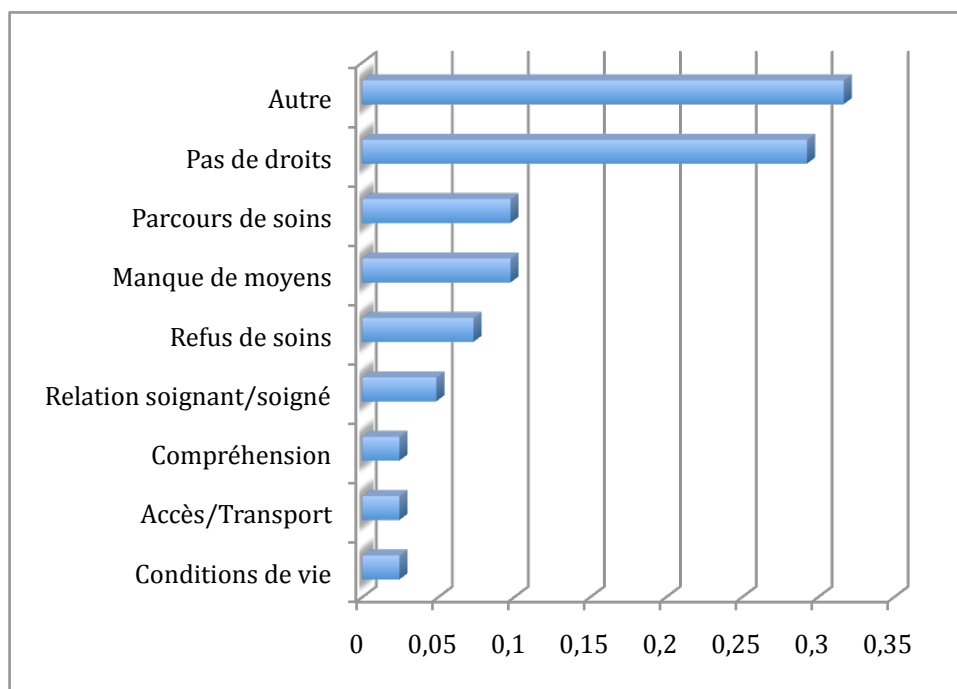


Figure 52: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est financier

A noter que « Autre » concerne ici :

Les soins dentaires à 53,85%

Il s'agit de patients qui n'ont pas de mutuelle avec le tiers-payant, les soins sont avancés par les dentistes, mais les gens ne les payent pas (123, 124, 125, 126,127,128). Dont un cas particulier : le problème du surendettement : les professionnels de soins ne sont pas prioritaires par rapport aux créanciers. Une solution serait le tiers-payant. Ceci étant dit, dans cet exemple, il s'agit de soins dentaires, donc par définition mal remboursés... (128)

Une personne n'ayant pas les moyens d'aller chez un dentiste libéral va à la fac dentaire pour la réalisation d'un dentier, qui est raté. (62)

Perte de chance pour les personnes qui vont à la fac dentaire en raison du manque de moyens (professionnel et matériel). (46)

L'hospitalisation à domicile (HAD) : pas de prise en charge du matériel de perfusion et de certains médicaments. Les soins à domicile n'auraient pas pu être possibles sans l'intervention de la famille alors que de rester et mourir à l'hôpital lui aurait coûté beaucoup moins cher... (209)

L'hôpital ou clinique :

Intervention chirurgicale en urgence dans une clinique (640€ de dépassement d'honoraire) car le médecin traitant a envoyé la patiente par habitude. Puis prescription de pansements dont une partie n'est pas remboursée. De plus, la clinique impose et ne propose pas à la patiente de réaliser des injections d'anticoagulants elle-même à domicile en refusant de prescrire une infirmière à domicile : « ah ben on va vous apprendre comme ça on sera quitte de payer une infirmière... pour éviter les quotas quoi.. » (192)

Peur de payer le secteur privé à l'hôpital. (176)

L'angoisse de la retraite pour une personne au chômage et en fin de droit. Sa retraite risque d'être supérieure au plafond de la CMU. Elle a peur de ne pas pouvoir payer de mutuelle. (120)

Un médecin généraliste garde la carte vitale en raison d'un impayé. La patiente n'ose plus aller chez le médecin. (37)

3.7.3.2 Lorsque le premier problème évoqué est un problème d'accès aux droits

18,10% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

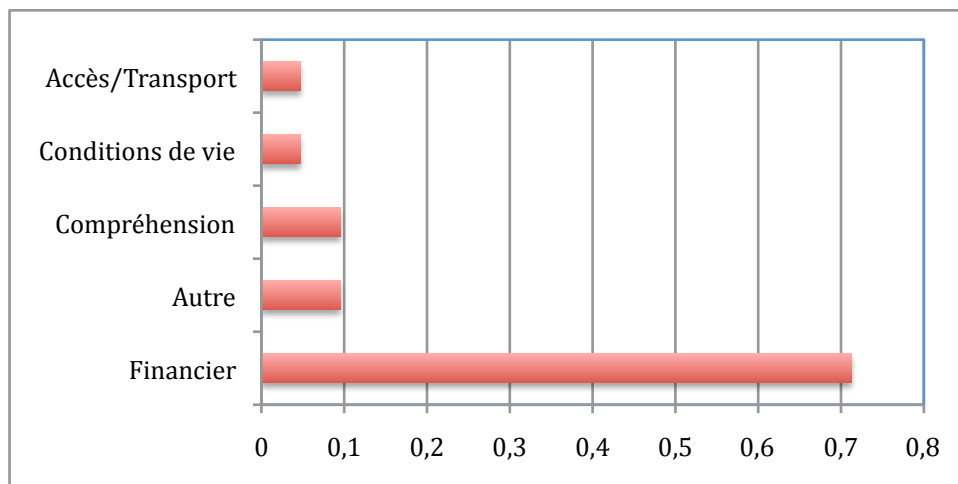


Figure 53: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème d'accès aux droits

3.7.3.3 Lorsque le premier problème évoqué concerne la relation soignant/soigné

11,21% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

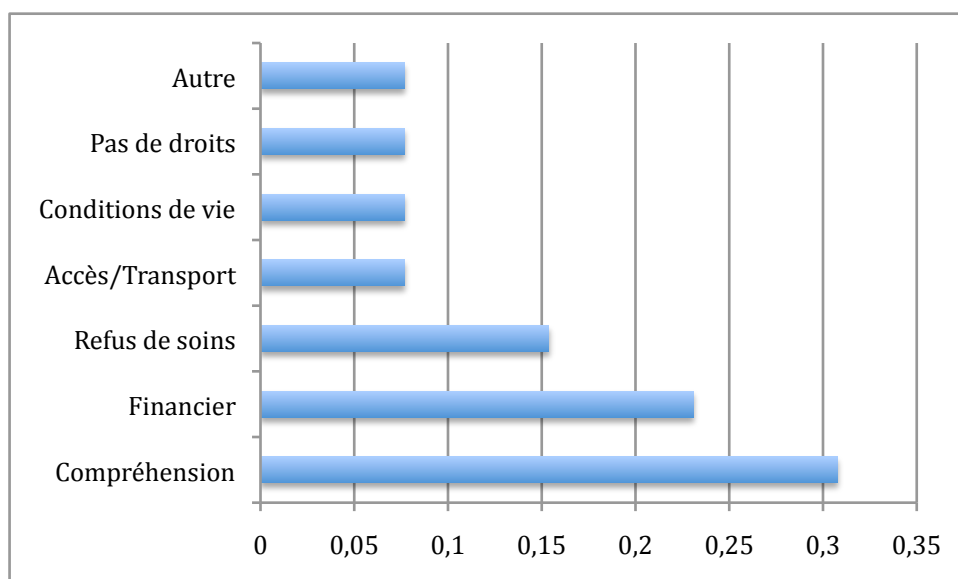


Figure 54: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème de relation soignant/soigné

A noter que l'item compréhension signifie ici : la peur face aux soins, le manque de communication de la part du médecin ressenti par certains patients pouvant générer des conflits par incompréhension mutuelle.

3.7.3.4 *Lorsque le premier problème évoqué est un problème de compréhension*

6,90% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

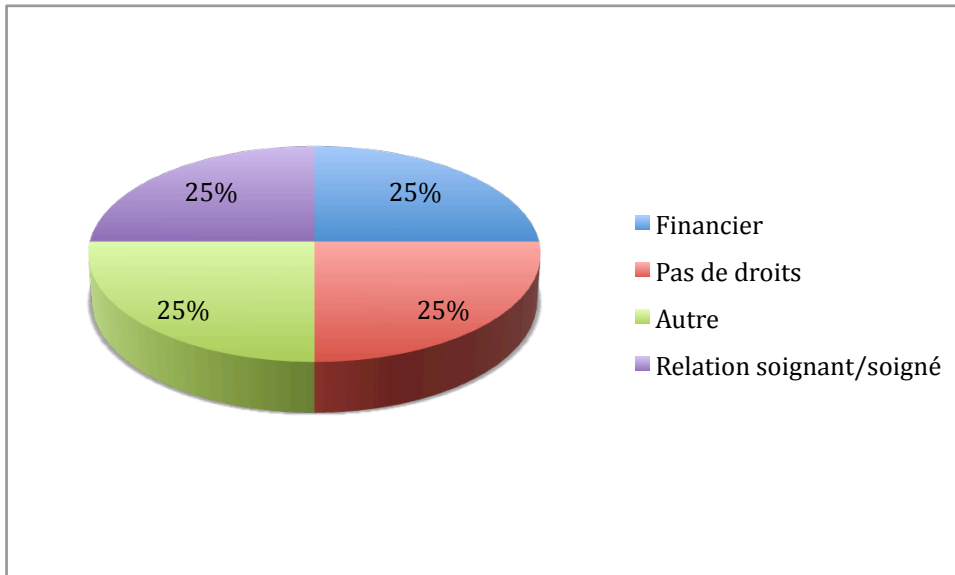


Figure 55: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème de compréhension

Par manque de connaissance (accès aux prestations sociales, gestion d'un budget), des patients, déjà en difficulté financière, vont soit abandonner des soins, ou dépassés par les différents papiers (factures, remboursements) reçus risquent de ne pas remarquer des erreurs (prestation non remboursée par exemple). Ils nécessiteraient un accompagnement.

3.7.3.5 *Lorsque le premier problème évoqué est un problème « autre »*

6,90% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

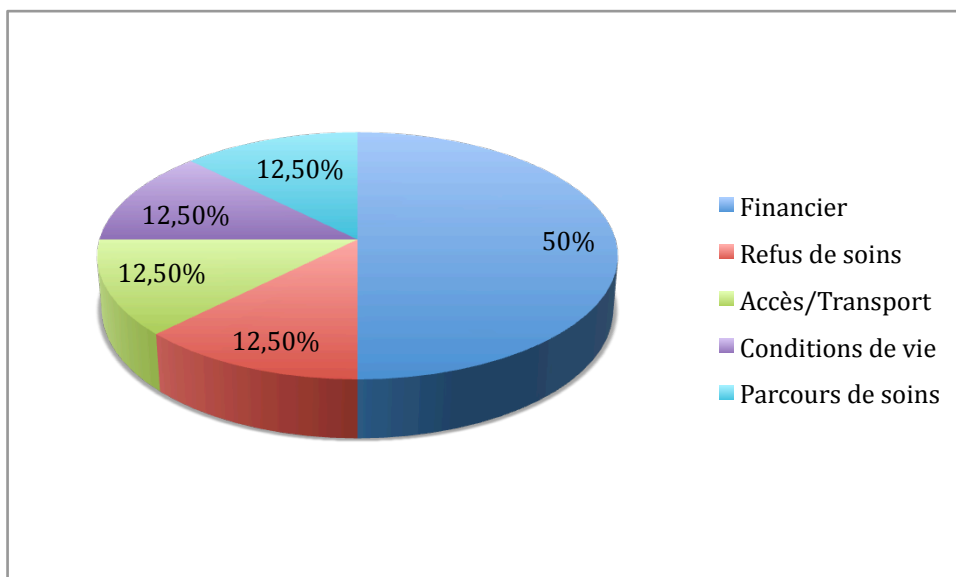


Figure 56: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème "Autre"

3.7.3.6 Lorsque le premier problème évoqué est un problème de refus de soins

6,03% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

2° problème évoqué	Refus de soins	Pourcentage
Financier	3	42,86%
Refus de soins	1	14,29%
Compréhension	1	14,29%
Conditions de vie	1	14,29%
Pas de droits	1	14,29%
Relation soignant/soigné	1	14,29%
Pourcentage des fiches quand il y a 2 problèmes évoqués	7	6,03%

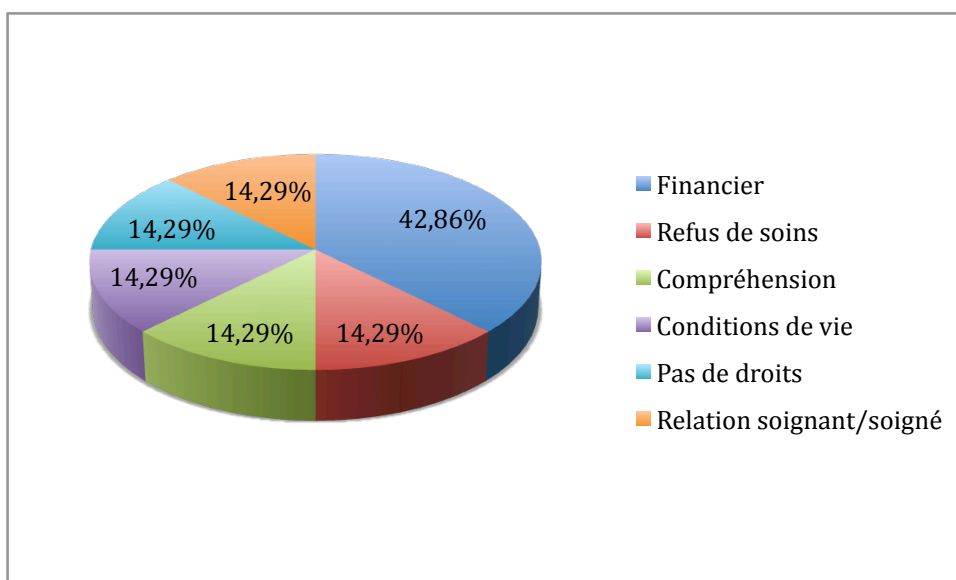


Figure 57: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un Refus de soins

3.7.3.7 Lorsque le premier problème évoqué est un problème d'accès/ transport

5,17% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

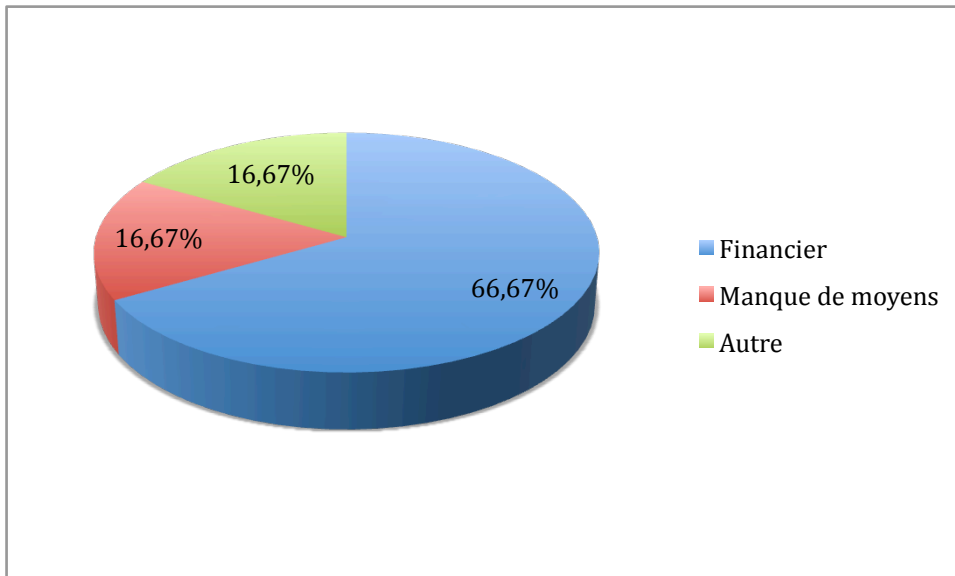


Figure 58: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème d'Accès/ Transport

3.7.3.8 Lorsque le premier problème évoqué est un problème de manque de moyens des structures de soins

4,31% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

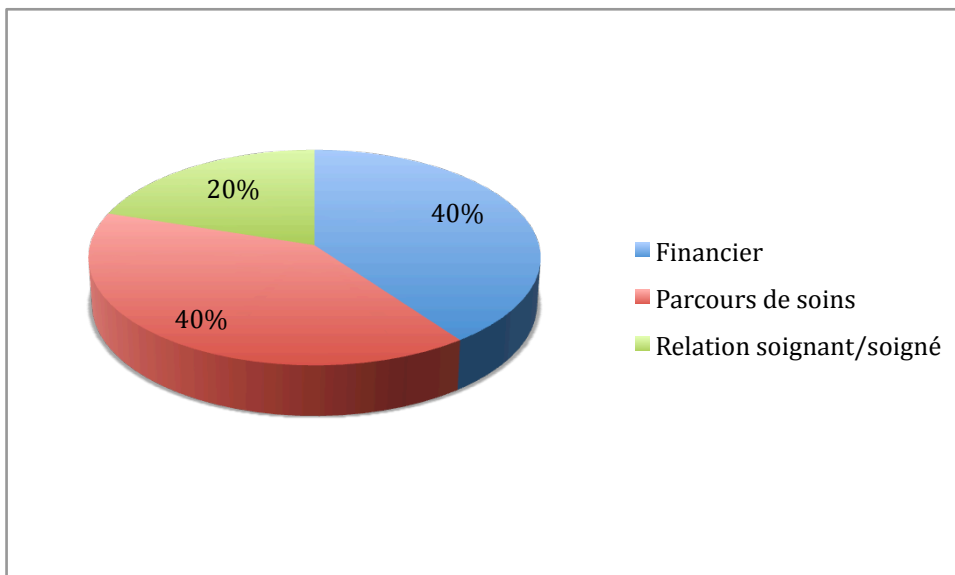


Figure 59: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème de Manque de moyens

Par exemple, le manque de spécialistes en secteur 1 en ville (ophtalmologiste par exemple) implique des dépassements d'honoraires à la charge des patients. Ou le manque de lits de soins de suite qui peut obliger à prolonger des hospitalisations si les patients n'ont pas les moyens d'aller dans des structures privées.

3.7.3.9 Lorsque le premier problème évoqué est un problème de Parcours de soins :

3,35% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

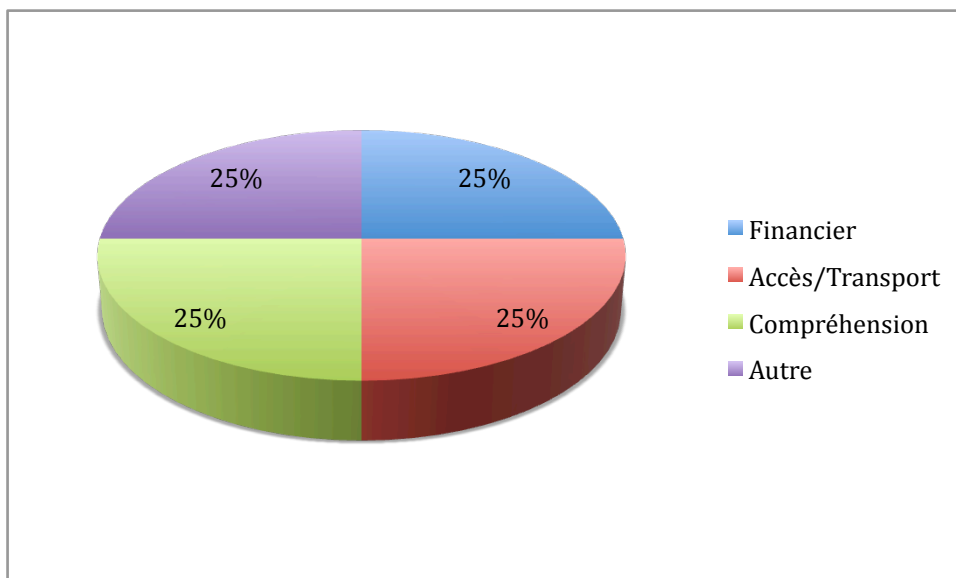


Figure 60: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème lié au Parcours de soins

3.7.3.10 Lorsque le premier problème évoqué est un problème lié aux conditions de vie des patients

2,59% des fiches où l'on rencontre un deuxième problème sont concernées

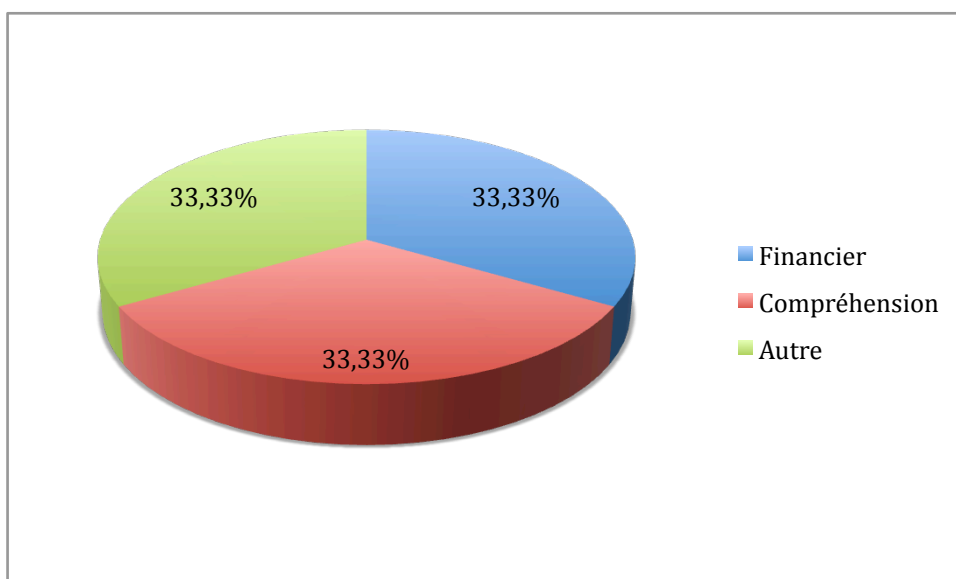


Figure 61: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est lié aux Conditions de vie

3è PARTIE : DISCUSSION

1. *Résumé de l'analyse*

1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Profession :

Quand la profession est précisée, seuls 20% des patients ont un emploi, environ 1/3 des patients sont sans profession ou au chômage, et environ 8% des patients sont retraités.

Concernant la répartition de la profession par sexe, pour les femmes, elle est plus difficile à interpréter, en raison des 41% de fiches sans précision sur ce point. Pour les hommes, plus de 43% sont au chômage ou sans emploi.

D'une manière générale, les jeunes adultes, tous sexes confondus, sont particulièrement touchés par le non emploi (plus de 80%).

La répartition de la profession dans l'étude est comparable à celle retrouvée dans » l'étude réalisée par le groupe national « Accès aux droits fondamentaux » (ADF) au sein d'ATD Quart-Monde en 2009³⁰.

Couverture sociale :

Tous sexes confondus, environ 25% des patients bénéficient de la CMUc et 8% n'ont pas de droits.

On remarque que les hommes sont sans droits plus souvent que les femmes(10% contre 4%), et les femmes bénéficient plus souvent de la CMUc (1/3 contre 1/4).

On remarque que les jeunes adultes sont les plus touchés par la CMUc ou l'absence de droits. En effet, ils bénéficient dans environ 1/3 de la CMUc, ils sont dans la même proportion à ne pas avoir de droits et ils sont dans seulement 1/4 des cas au régime général. Ces chiffres paraissent cohérents avec les précédents sur le chômage et le non-emploi.

A noter qu'en plus de cette catégorie d'âge, on en retrouve une deuxième avec une surreprésentation de la CMUc ou de l'absence de droits: les moins de 13 ans. En effet, 2/3 bénéficient de la CMUc le dernier tiers se partageant équitablement entre l'absence de droits et le régime général. Ils bénéficient de la protection sociale de leurs parents.

De même, la **situation familiale** : se superpose à l'étude précitée.

La majorité des jeunes adultes est célibataire, tous sexes confondus

La majorité des adultes vivent en couple (environ 42%). 30% des femmes sont séparées, et la même proportion d'hommes est composée de célibataires

Chez les seniors, 75% des hommes vivent en couple, contre 36% des femmes. 45% des femmes sont divorcées, séparées ou veuves

En résumé :

Même s'il est difficile de comparer la répartition des hommes et des femmes étant donné le nombre de fiches où la profession des femmes n'est pas renseignée, dans tous les cas, au moins 33% des patients sont sans profession ou au chômage.

Les jeunes adultes (moins de 25 ans), quel que soit le sexe sont particulièrement concernés.

Chez les adultes, les femmes sont plus touchées que les hommes par le non emploi. Chez les seniors,

³⁰ ATD Quart Monde, « *Stratégies de recours à la médecine de proximité dans les populations démunies* », Octobre 2009 URL : <http://www.atd-quartmonde.asso.fr/?Strategies-de-recours-a-la>

la répartition est inverse.

Nous sommes donc, sans surprise, en présence d'une population où le non emploi est sur représenté par rapport à la population générale (environ 10%)

Concernant la couverture sociale, environ 50% des patients sont au régime normal.

1/4 bénéficient de la CMU et près de 8% sont sans droits, avec cependant, un nombre plus important d'hommes qui n'ont pas de droits ouverts.

Les jeunes adultes, déjà les plus touchés par le non emploi, sont également plus nombreux à bénéficier de la CMU ou à ne pas avoir de droits ouverts que les autres catégories d'âge. A noter que lorsque l'on regarde parmi les fiches renseignées concernant le sexe et la couverture sociale, les jeunes adultes, tous sexes confondus sont majoritairement sans droits, ce qui semble indiquer une fragilité accrue par rapport aux autres classes d'âge (problème qui est d'ailleurs l'objet de fiches sur ce sujet).

1.2 Problèmes évoqués

Concernant l'analyse des problèmes évoqués :

Le premier problème évoqué est un problème d'ordre financier dans 51,30% des fiches, puis viennent des problèmes d'accès aux droits dans 11% des fiches.

Lorsqu'un deuxième problème est évoqué : on retrouve un problème d'ordre financier dans environ 1/3 des fiches, ainsi qu'un problème d'accès aux droits dans 13% des fiches. Un troisième type de problème se détache cependant : « autre », dans 18% des fiches. Non avons vu que cet item regroupe des situations qui rejoignent souvent des problématiques d'ordre éthique (droit à la santé par exemple).

Par conséquent, la majorité des problèmes rencontrés par les patients face au système de soins est un problème pour financer ses soins ou pour accéder à ses droits sociaux, préalable à une démarche de soins.

1.3 Disciplines

Les disciplines concernées sont par ordre décroissant : la médecine générale, la médecine hospitalière et les cliniques, les soins dentaires, la sécu, et pharmacie. Pour mémoire, les principaux types de problèmes par discipline sont les suivants :

Médecine générale : 67,27% concernent un problème financier et 14,55% un problème d'accès aux droits

Hôpital/ Cliniques : 42,5% concernent un problème de relation soignant/ soigné et 37,5% un problème financier

Soins dentaires : 65,63% concernent un problème financier, 18,75% un refus de soins

Psychiatrie : 62,5% concernent un problème de manque de moyen (manque de lits, de professionnels...)

Radiologie : 42,86% concernent un problème financier et 28,57% un refus de soins

Rééducation : 75% concernent un problème financier

Ophtalmologie/ Optique : 58,33% concernent un problème financier et 16,67% un problème de compréhension

Pharmacie : 73,33% concernent un problème financier

Autres spécialités libérales : 50% concernent un problème financier, et 33,33% un problème de relation soignant/ soigné

Autre : 46,15% concernent un problème financier

Sécu : 42,86% concernent un problème d'accès aux droits, et 25% un problème financier.

1.4 Concernant la problématique du refus de soins

Il est caractérisé dans 16 fiches sur 230. Ce chiffre peut paraître relativement faible. On notera donc qu'il ne s'agit donc pas du problème le plus fréquent sur lequel on est interpellé. A mettre en perspective avec le fait que médiatiquement cette problématique est longuement abordée.

Néanmoins, on notera un chiffre qui paraît élevé : 18,50% de ces fiches concernent les urgences hospitalières. Certes l'échantillon de cette étude n'est pas représentatif, donc ce chiffre est à relativiser, mais on notera que le refus de soins est relativement bien étudié concernant les médecins libéraux, mais beaucoup moins au sein de l'hôpital.

On constate également que parmi les patients qui vont **retarder leurs soins** : les soins à l'hôpital sont concernés à 22,5% alors que les dentistes, l'ophtalmologie/ optique, et la sécu se situent chacun entre 10 et 15%.

De même, parmi les patients qui **abandonnent les soins**, l'hôpital est concerné dans 27,6% des cas.

L'accès à l'hôpital semble donc poser des difficultés pour les populations pauvres en plus de problématiques d'ordre culturel ou du regard (peur des soins, ou peur d'être mal reçu). On citera notamment le manque de professionnels (en psychiatrie par exemple), ou l'accès aux soins (transports).

Concernant la médecine générale (21%), les patients abandonnent principalement en raison de problèmes de droits et en raison de médicaments ou prestations non remboursés.

Les soins dentaires et les spécialités libérales (en dehors de l'ophtalmologie) sont concernés sans surprise en raison de leur coût.

On notera également que l'ophtalmologie et la Sécu sont concernées dans le même nombre de cas: 6,28% : en raison principalement du manque de spécialistes en secteur 1 pour la première discipline, ou des difficultés à obtenir ses droits dans la deuxième.

Efforts des soignants qui permettent d'éviter un retard ou un abandon des soins:

Dans 2/3 des cas ce sont les médecins généralistes qui aident à trouver une solution pour que les soins soient reçus sans retard. Suivent les dentistes (17%) et les médecins hospitaliers (13%).

Concernant la relation des patients avec la Sécu, on constate donc que 10% des patients retardent leurs soins, 6,28% les abandonnent et peu de dynamiques sont relevées de la part de la sécu pour résoudre les problèmes d'accès aux droits des patients.

1.5 ALD

Les difficultés financières sont encore une fois le premier problème évoqué. Surtout en médecine générale (difficulté à avancer les soins) et à l'hôpital. Vient ensuite le relation soignant/ soigné, principalement à l'hôpital.

1.6 Couverture Mutuelle :

1/3 des patients n'ont pas de couverture mutuelle (environ 1/3 en raison d'un problème « administratif », et 2/3 parce qu'ils n'ont pas les moyens de la payer).

8,5% des patients ont une couverture mutuelle dont le panier de soins est insuffisant pour les soins dont ils auraient besoin.

1.7 Perspectives de travail

Si l'on veut démontrer les chiffres plus avant, il faudrait faire des études détaillées pour chaque discipline. Ici : on dispose majoritairement de fiches pour l'hôpital et la médecine générale et par contre, relativement peu pour les autres disciplines. Il conviendrait donc de réaliser des études concernant les autres spécialités (testing par exemple), parce que dans cette étude, on ne peut dégager que des tendances.

Quelques idées ressortent également (qui seront développées plus loin):

La cohabitation entre la gestion des financements en terme d'orientation de santé publique, et les soignants sur le terrain est parfois difficile: problème des rapports entre les médecins conseils, les praticiens et les usagers qui peuvent soulever des problèmes éthiques (« ingérence » de la Sécu cf. § 3.6.12.5).

Le recours aux soins peut, paradoxalement, contribuer à fragiliser encore la situation financière de certains patients

2. Dynamiques vers les soins relevées dans les fiches

2.1 De la part des patients dans le domaine de

2.1.1 L'accès à l'information

Des patients cherchent l'accès à l'information dont ils ont besoin, notamment sur internet. Une des propositions est également de dispenser une information sur ses droits « *au lycée ou à l'école* ». On notera aussi, que les plus pauvres sont plus réactifs à ce sujet que l'on pourrait parfois imaginer :

« La plupart des jeunes majeurs ne sont pas au courant de leurs droits (sécu, mutuelle...). Alors s'ils se retrouvent en situation de précarité, ils ne savent pas comment faire pour se faire soigner. Par contre les jeunes issus de familles défavorisées sont bien mieux renseignés en général... »

2.1.2 De l'accès aux médicaments non remboursés

Un témoignage qui remet en perspective ce que peut impliquer le fait de payer un médicament pour des patients en situation de précarité³¹ :

³¹ Pour la France métropolitaine, c'est le rSa (Revenu de Solidarité Active) qui est applicable depuis le 1er Juin 2009. Son montant mensuel est égal à la différence entre le montant maximum du RMI et le montant total de l'ensemble des ressources du foyer (salaire, allocation chômage, retraite, pension, indemnités journalières, prestations familiales...). Si le bénéficiaire perçoit une aide au logement, son RMI sera réduit d'un montant forfaitaire.

Par exemple, pour une personne seule sans aide au logement, le montant du RMI sera de 460€ par mois au premier janvier 2010. Auquel il faut déduire les charges fixes (loyer, téléphone, électricité...) qui peuvent correspondre à 70% de ce montant... autrement dit il reste 138€ pour le mois, soit 34,5€ par semaine pour s'alimenter, s'habiller... Donc, on comprendra que devoir payer 5€ pour des

« Faut quand même être réaliste. Je sais qu'moi le moindre médicament qui est pas remboursé je l'refuse hein, je l'prends pas. J'ai j'ai pas les moyens de l'payer, donc je l'prends pas. Pis l'pharmacien y fait la gueule parce que.....j'lui dit vous m'mettez un truc qui est remboursé à la place. »

« Si y a,si y a pas ben y y garde son médicament pas remboursé. J'lui ai dit euh six euros pour moi c'est c'est c'est du pain c'est du lait. »

« Pis c'est tout...j'préfère manger que que d'acheter un médicament. »

Un autre exemple : « Les médicaments qui sont pas remboursés systématiquement je les refuse, je peux pas ... je lui dis excusez moi mais 5 euros c'est un minimum mais je peux pas ça fait mon pain pour une semaine. »

La dynamique peut se caractériser ici par la responsabilité de refuser le soin pour ne pas s'endetter, mais est-ce encore une dynamique lorsque les patients n'ont pas d'autre choix ?

2.1.3 Soins dentaires et Optique

Ils sont trop mal pris en charge.

Un exemple concret :

« Valeur de la couronne : forfait CMU : 250€.

[Pour une] couronne acier, le devis du dentiste est de : 320€. Prise en charge mutuelle ; il reste à la charge du patient : 124€. ». Le patient voudrait une « Aide pour que la dent ne se désagrège pas ».

Chez des patients ayant de multiples pathologies (ici une patiente retraitée, au régime général, et en ALD). Leur réflexion est la suivante :

« L'addition de tout ce qui n'est pas remboursé (lunettes, soins dentaires) peut être très lourde. On essaie d'étaler les dépenses, et donc les soins [parfois au détriment de la santé du patient: risque d'accident si mauvaise vue, ou risque infectieux si mauvais état bucco-dentaire par exemple] ».

Un exemple concernant l'optique :

« Cette dame paie une mutuelle de 44€ par mois. Elle est juste au-dessus de la limite de la CMU; elle ne peut pas aller chez l'opticien pour changer ses lunettes car elle ne peut pas avancer d'argent. Elle attend que son amie ait une nouvelle paire de lunettes et lui donne son ancienne paire de lunettes ».

On constate que dans ces cas, la dynamique, c'est l'attente ou l'abstention afin de pouvoir étaler les dépenses.

2.1.4 Casser le cercle vicieux du surendettement

Quand l'argent devant servir au remboursement de sa santé est détourné par les banques d'autorité, malgré la bonne volonté du patient au profit du remboursement des dettes, brisant ainsi la dynamique mise en place par le soigné et le soignant :

médicaments peut paraître compliqué voire impossible pour certains patients. (Source : <http://www.rmi-fr.com/#MontantduRMI>)

« M. X. venant de la misère, parcours pour le relever, CMU, travail... Il a une mutuelle qui rembourse très bien. Il décide de faire les 2 couronnes sur des dents fracturées et de renouveler un dentier. Entre temps, il arrête de boire. Après les soins dentaires, on envoie les feuilles, il n'a pas de chéquier et nous promet de venir déposer l'argent dès qu'il est sur le compte. Ça marche au début, mais un jour l'argent arrive sur son compte et il n'a pas prévu que le surendettement duquel il était sorti reviendrait pour une facture oubliée. L'argent du remboursement venait d'arriver sur le compte et a été prélevé par la banque. Résultat: il ne peut plus payer et doit 1570,60€ au cabinet. On a assisté à sa course pour arriver à retirer l'argent des soins avant que son compte ne soit vidé. C'est pathétique, mais nous ne le soignerons plus, nous ne le poursuivrons pas mais que faire!!! »

2.1.5 Il semble exister un climat de suspicion entre la « Sécu » et les patients

Que l'on considèrera ici comme une dynamique négative.

Concernant les arrêts de travail :

Nous Reprenons ici l'exemple cité dans le paragraphe 3.6.12.5 : « Une personne est malade. Elle n'a pas demandé d'arrêt maladie lors de son cancer du sein. Elle est épuisée dans son travail car harcèlement et non reconnaissance de son travail. Le docteur a mis 3 semaines d'arrêt pour : fatigue.

Convocation par le médecin conseil qui lui explique que c'est un début de désocialisation et qu'elle aggrave son cas, mais cela ne se fera pas aux frais de l'état. Elle a dû signer un papier comme quoi elle s'engageait à ne pas demander dans les 3 mois à venir un nouvel arrêt maladie, et le médecin a envoyé un courrier à son employeur comme quoi elle ne devait plus avoir aucun arrêt maladie. »

La patiente ne se sent pas écoutée : « Pour eux la dépression n'existe pas, la personne se la crée ».

Les soins :

« Une amie qui est suivie par son médecin généraliste et qui reçoit un coup de téléphone de la sécurité sociale: "vous êtes sûre que vous avez des douleurs à l'estomac?" »

Les transports :

« Une personne âgée qui a un cancer du foie demande un VSL pour ses séances de chimio (habite dans les Vosges, cures à Nancy). La sécurité sociale lui téléphone: "vous faites vos courses en VSL? - non- alors les cures, vous pouvez y aller en voiture". »

Parcours de soins :

Les patients semblent considérés de principe par la Sécu comme « fraudeurs » : « hors parcours », « double consultation ». Ces considérations sont souvent bien éloignées de la réalité du terrain... et après il faut encore que le patient effectue des démarches pour justifier de sa bonne foi :

Un exemple :

« Tu vas chez un ophtalmo, qui t'envoie chez un autre ophtalmo qui est son confrère parce qu'il fait pas par exemple le nettoyage des vaisseaux qui pleurent...

Donc il m'a dit, il a pris ma femme et déjà 50 euros... donc ça je fais pas, il faut que vous alliez voir mon confrère.

Eh ben, donc on a été chez l'autre, 50 euros, enfin j'arrondi, je crois que c'est 52, enfin ça fait 50 et 50... Et la SS quand elle rembourse le 2ème elle le compte pas parce que tu vas plus de la part de ton médecin... »

« Et l'ophtalmo on est pas obligé de passer par son médecin. »

« Non mais, quand tu vas d'un ophtalmo à un autre ophtalmo, il y a une marche à suivre, que si tu le sais pas et puis si l'autre il fait mal les papiers, parce que nous on l'avait bien la lettre de celui là pour aller chez celui là... mais si l'autre il fait mal. »

« Et ça n'a pas marché? »

« La secrétaire... si elle fait mal... la sécu elle sait que t'as été là et que tu vas là... elle rembourse pas. Hors circuit, ils appellent ça hors circuit ou double consultation, ils appellent ça double consultation. »

« Pas mal hein? »

« Et qu'est ce que vous avez fait? »

« Ben rien j'ai payé »

« Non mais il y avait pas moyen d'avoir gain de cause? »

« Ben à la Sécu il m'a dit t'es hors circuit... »

On remarquera que dans cet exemple, la dynamique du patient est de contacter la sécu pour faire valoir ses droits. Par contre, il est vite découragé par l'accueil du personnel qui ne répond pas à sa question.

2.1.6 Communication soignant/soigné : l'incompréhension de certains patients est une dynamique

Un exemple :

« Une femme fait son dépistage du cancer du sein. [La mammographie révèle des anomalies, et nécessite des investigations complémentaires. Suite à ces examens, elle] apprend qu'elle a un cancer généralisé.

Le cancérologue me dit : « on ne fait pas de chimio, ça ne sert [plus] à rien : c'est comme une voiture, vous en avez envie vous n'avez ni la marque ni les sous, après, vous avez la voiture mais vous n'en avez plus l'envie... La chimio fait partie d'un tout ».

4 fois il a dit, j'ai rien compris, au moins 4 fois je lui ai dit : vous savez maman elle ira pas jamais mieux ».

Ce qui ressort de ce témoignage, c'est que le discours du médecin a été incompréhensible pour la fille de la patiente et elle ne comprend pas l'intérêt du dépistage, qui pour elle doit permettre de guérir systématiquement la pathologie en question :

« Le dépistage c'est un souci de plus sur les épaules des gens. Si ça marchait encore, elle l'a fait et rien, elle est morte ! »

Un autre exemple :

« Au service des urgences tu te fais engueuler, on te prend pas au sérieux si t'as l'air pauvre. Elle est pas bien, elle prend pas bien ses médicaments, on les emmerdait, on venait trop souvent. Elle était pauvre maman. Vous n'êtes pas pris au sérieux par les médecins, alors qu'on rentre à la maison, elle va mal, on retourne à l'hôpital. Maman veut pas voir le docteur : c'est 1 euro à chaque fois. A l'hôpital, le docteur m'appelle : « je peux vous voir en privé ? On a peur que vous vouliez la laisser, on ne fait pas rentrer quelqu'un pour une bronchite ». Mais je lui dis que ce n'est pas moi qui l'ai rentrée, elle est mal...

En fait, quand ils ont fini par faire l'examen, ils ont diagnostiqué le cancer stade terminal ! Une bronchite ! Tu parles, elle était toute jaune : cancer du foie.

J'en ai trop marre de me faire engueuler comme si je voulais abandonner ma mère ou la placer ! Alors que s'ils m'avaient pris au sérieux, elle aurait été diagnostiquée.

Ils la renvoyaient avec les antibiotiques. La sécu m'a engueulé au téléphone [en raison de cette surconsommation d'antibiotiques] : « c'est pas moi qui prescris ! » j'ai dit. »

Le sentiment de l'entourage est le suivant : il faudrait « *prendre aussi au sérieux les pauvres, ils souffrent aussi, ils méritent d'être soignés. Sinon il faut les piquer... Ils coûteront moins cher.* »

2.1.7 Concernant le délai de versement des indemnités en cas d'arrêt de travail

« Depuis 2 ans, je suis en arrêt de travail toutes les six semaines pour un traitement reçu à l'hôpital, et depuis 2 ans, je ne peux pas compter sur des revenus réguliers car la sécurité sociale tarde toujours à régler les indemnités.

Ils me disent qu'un dossier ne passe pas avant trois semaines car ils ont beaucoup de retard, à cela s'ajoute régulièrement des papiers qui ne leurs parviennent pas ce qui entraîne parfois des retards de règlement qui peuvent aller jusqu'à deux mois. J'élève seule mes trois enfants, devoir vivre avec des trous dans les revenus est parfois, même souvent, très compliqué. »

L'irrégularité de revenus est source d'appauvrissement et d'insécurité. En cela, la maladie est un facteur d'appauvrissement et de déstabilisation sociale.

La patiente propose :

« Comme l'arrêt de travail est régulier, que la Sécu me paye immédiatement peut être avec une assistante sociale pour les Allocations Adulte Handicapé dans mon cas. »

Le professionnel propose :

« Que les entreprises versent le salaire et qu'ils soient remboursés par la sécu en cas d'absence. »
C'est en l'occurrence la dynamique qui a été mise en place : l'employeur a fait une subrogation de salaire et a endossé les fluctuations des versements des indemnités maladies de la patiente, lui permettant ainsi de continuer à travailler.

2.1.8 Secteur privé à l'hôpital

Le patient voudrait que l'on « *fasse plus clair* » lorsque l'on prend rendez-vous en consultation à l'hôpital : sera-t-on en secteur privé ou public ?

« Les hôpitaux, c'est infernal. Ils te mettent dans le secteur privé, il y en a plein qui doivent des sous, ils ont peur. Le Privé dans l'hôpital, les gens osent pas se défendre, ils donnent les sous, mais ils te le disent pas forcément à la prise de rendez-vous, ils le disent après : c'est plus cher, c'est privé. Ou bien ils disent si c'est pas privé, c'est dans longtemps le rendez-vous. »

2.1.9 Franchises médicales

« Ils avaient atteint le quota des 50 à la mi-février, donc ça ça pose déjà un problème.

Il faudrait pouvoir étaler ces 50 euros sur l'année...

En plus, sur mes décomptes, je les ai dépassés depuis longtemps et je continue à payer. C'est pas clair. »

La réflexion de la patiente est la suivante : « *Etaler le paiement des franchises sur l'année. Tout payer d'un coup peut poser des problèmes.* »

Certains patients ont le sentiment d'avoir été « piégés » par le conditionnement des médicaments, les obligeant à acheter plus de boîtes :

« Franchises, conditionnement des médicaments : pourquoi 28 ou 30, au bout d'un certain temps, on a des boîtes en trop. » En effet, pour un patient qui souffre de plusieurs pathologies chroniques (insuffisance coronarienne et diabète par exemple), sur les multiples médicaments prescrits, certains sont conditionnés en boîte de 28 (comprimés par exemple) alors que la majorité des autres médicaments sont conditionnés en boîte de 30. Donc pour un patient pour qui le traitement est renouvelé tous les mois par exemple, le patient est obligé de revenir tous les 28 jours pour ne pas interrompre son traitement. Par conséquent d'une part, il doit voir son médecin tous les 28 jours et non tous les 30 jours, et donc il paiera plus de consultations. Et d'autre part il lui restera des médicaments conditionnés par 30 en trop. Certains ont donc le sentiment de payer plus de boîtes et donc plus de franchises à cause des médicaments conditionnés en boîte de 28.

2.1.10 L'accès à ses droits est parfois un combat

Une personne qui sait être vindicative aurait-elle plus de chance d'avoir accès à ses droits qu'une autre plus « soumise » ?

L'exemple concerne un retraité au régime général, qui a une mutuelle sans tiers-payant, et qui ne peut avancer les frais pour une paire de lunettes et qui aurait donc besoin d'une « aide financière individuelle » ou « prestation supplémentaire ».

« Mais je te dis quand j'y allais, la dame qu'était en face de moi quand elle m'a dit qu'il fallait que je fasse un chèque et que je lui ai dit que j'avais pas de chéquier.

Ben là elle a été quand même embêtée parce que je lui ai demandé si elle avait pas un chéquier elle.

Et puis que devant le fait accompli elle a dit ben je vais peut être pas donner un chèque donc elle a fait ce qu'il fallait: Elle a fait les démarches, parce que je me suis pas laissé faire, j'aurai dit ça moi j'ai pas de chéquier je peux pas, donc j'aurai pas eu de lunettes.

Bon ben j'ai pas de chéquier c'est rien tant pis je retourne à la maison puisque malheureusement les personnes qui sont dans une situation autre ben ils rentrent à la maison puis ils font pas faire le dossier.

Ils traînent, ils traînent et ils vont plus rien faire.. Moi j'ai dit non, moi je veux me battre, et je lui ai dit voilà, c'est pour ça que quand elle était, quand j'étais en face de la dame et que je lui ai dit écoutez donnez moi vot chèque, un chèque barré, la dame là elle a du se dire, y a quand même quelque chose qui va pas donc elle a fait le nécessaire... pour que j'obtienne les lunettes...

Non mais faut se battre alors je me suis pas laissé faire. »

Devant son insistance, le professionnel l'aide à constituer son dossier.

2.2 De la part des professionnels dans les domaines de

2.2.1 L'accès financier

2.2.1.1 Pour avancer les soins

Elles concernent toutes les disciplines : médecine générale, spécialistes en libéral, hôpital, dentiste, orthophonie, optique.

Une solution proposée et déjà souvent appliquée par certains généralistes est de faciliter le tiers-payant, quitte à ce que la part complémentaire ne soit que très rarement réglée dans leur cas. (les

patients bénéficiant de la CMUc ou d'une ALD n'ont pas de part complémentaire à régler et le tiers-payant ne posera pas de « problème » de cet ordre).

Dans les cas où les patients n'ont pas leurs droits à jour, certains professionnels peuvent utiliser des stratégies à la limite de la légalité (utiliser une autre carte vitale que celle du patient par exemple, mettre de côté des feuilles de soins) ou réaliser des actes gratuits.

Par exemple, une patiente a connu un problème lors du renouvellement de sa CMU entraînant une interruption des droits : « *Donc le pharmacien tout il avait mis des feuilles de maladie de côté, eh ben tu sais ce qu'on a fait? On a été voir la doctoresse, la doctoresse a refait toutes les ordonnances au premier janvier [date de la réouverture des droits]* ». La patiente a pu ainsi être remboursée des soins reçus durant cette période d'interruption.

A noter le cas particulier du dépistage du cancer du sein où la mammographie est réalisée sans avance de frais, mais pas les examens ultérieurs si une anomalie est détectée sur la mammographie (des patientes peuvent refuser le dépistage pour cette raison). Nous remarquerons 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.

Dans le cas des soins dentaires, faciliter le tiers-payant pourrait limiter le nombre d'impayés pour les dentistes : « *Améliorer fluidité Tiers-payant soins dentaires, car risque de refus de soins à force de voir les praticiens non remboursés* ».

On pourra rajouter dans ce cas qu'une révision de la grille des actes remboursés pour les dentistes pourrait faciliter la prise en charge des patients en situation de précarité (un exemple : autoriser et rembourser plus d'une consultation par an, et sans la nécessaire obligation de déboucher sur un plan de soins ; autrement dit, comme chez un médecin, qui n'est pas obligé de justifier les consultations qu'il dispense ou de prescrire à chaque consultation), Et notamment laisser une place pour la prévention (cf ci-dessous)

2.2.1.2 Nécessaire attention du praticien à l'adéquation entre les soins qu'il peut proposer, et ce que peut payer le patient.

Prévention buccodentaire : quelle est sa place étant donné que la sécu ne rembourse qu'une consultation par an ?

« *La CPAM nous refuse de coter 1 C pour une consultation d'examen dentaire 2 fois/ an (examen dentaire recommandé deux fois par an dans le cadre de la prévention par les mutuelles) sous prétexte que le C est un examen approfondi endobuccal avec réalisation d'un plan de traitement.* »

Place de la prise en charge de l'urgence dentaire :

De même, le fait qu'une consultation par an soit remboursée (et à condition que celle-ci débouche sur un plan de soins) peut, comme nous l'avons vu dans l'analyse, poser problème pour la prise en charge de patients, d'autant plus quand ils sont défavorisés.

Pourquoi donc ne pas permettre que la consultation chez le dentiste soit remboursée, au même titre que la consultation chez le médecin ?

On peut d'ailleurs élargir cette notion aux médecins : il semble qu'un nouvel aspect de la relation soignant/ soigné est à prendre en compte dans la prise en charge du patient : ses revenus et sa couverture sociale. En effet, si une hospitalisation s'avère nécessaire pour un patient qui n'a pas de mutuelle par exemple, la structure qui entraînera le moins de problèmes sur le plan financier pour le patient sera l'hôpital public, car il risque d'avoir des frais importants à sa charge (forfait hospitalier), et par conséquent, le fait de payer en plus des dépassements d'honoraires dans une structure privée risque de compliquer encore la situation.

2.2.1.3 *Prise en charge des personnes handicapées*

Une personne handicapée qui travaille et qui a en plus comme source de revenus l'allocation adulte handicapé (AAH), et une pension d'invalidité a le sentiment qu'il faudrait « *permettre aux handicapés l'accès aux soins comme les autres.* » (en l'occurrence, difficulté à avancer les soins pour une consultation chez l'ophtalmo et pour le financement de lunettes).

Le professionnel propose d' « *être vigilant quant aux mutuelles des AAH : il leur faut au moins le panier de soins CMU.* »

2.2.2 **L'accompagnement**

Est-ce le rôle des professionnels, de l'institution (hôpital, services sociaux), ou des associations ?

Traducteur : Accélérer les délais de disponibilité d'un traducteur pour les patients ne parlant pas français, car le décalage entre un délai de prise en charge médical urgent et l'obtention du traducteur peut être préjudiciable pour le patient : cas d'une consultation en urgence et délai de 10 jours demandé par l'hôpital pour un traducteur.

La démarche de soins peut être compliquée et non effectuée par certains patients découragés à l'avance devant les difficultés auxquelles ils vont être confrontés : « *dit ne pas avoir de lunettes parce que c'est compliqué d'aller chez l'ophtalmo* » ou tout simplement du fait de leur isolement (patient agriculteur qui vit seul et éloigné de toutes les structures de soins en dehors du cabinet de médecine générale, sdf, jeune...).

Un accompagnement dans ce genre de cas serait d'informer le patient de l'existence d'un « réseau » de professionnels qui pourraient le prendre en charge dans des délais raisonnables ou pour l'aider dans ses démarches administratives. Ce réseau proposé s'envisage de façon informelle. Il s'agit d'une proposition des professionnels.

En effet, les démarches administratives peuvent être compliquées pour les patients et les décourager. Le rôle des associations est important pour les aider, mais est aussi évoqué l'importance que l'information passe également par le soignant qui peut l'adresser à une association, ou l'informer de l'existence de prestations comme l'aide à la mutuelle par exemple, et ainsi l'orienter vers les organismes adéquats, d'autant plus quand certains frais risquent d'être élevés. Car les patients peuvent être découragés par le sentiment d'être dans une impasse : « *la patiente a dû avancer 220 E pour une prise en charge ophtalmo, elle a peur de devoir à nouveau sortir de l'argent pour la visite de contrôle si elle y retourne* ». Rôle du médecin et/ou association : « *les patients ignorent les aides pour les soins qui peuvent exister. Les soignants souvent aussi* ».

On remarquera le cas particulier des jeunes de moins de 25 ans qui concerne aussi la problématique de l'isolement :

« *Pas de RMI pour les jeunes de moins 25 ans. Alors que si une personne touche le RMI, elle a automatiquement la CMU.*

Démarches très compliquées pour avoir la CMU pour les moins de 25 ans : elle a travaillé quatre mois et a perdu deux fiches de paie (période où était SDF car s'est faite expulsée de chez ses parents). Elle ne peut pas avoir sa CMU car il faut toutes les fiches de paie, or elle est enceinte et a donc besoin de soins.

Grâce au milieu associatif qui contacte le pôle précarité, elle peut bénéficier d'une procédure d'urgence. »

La réflexion du professionnel est la suivante :

« Couverture sociale des jeunes de moins de 25ans :

Ce type de parcours est fréquent : un jeune est intérimaire, il vit chez ses parents. S'il a des problèmes familiaux comme une rupture familiale, ou une toxicomanie par exemple, il peut se retrouver à la rue, ne plus travailler et se retrouver sans couverture sociale. S'il a entamé une démarche de sevrage avec un traitement substitutif comment fait-il pour payer les soins ?

Certains sont soutenus par les réseaux associatifs (hébergement...) mais les autres ? »

Certains patients ont peur d'aller à l'hôpital et peuvent avoir tendance à retarder les soins : un accompagnant pourrait aider à lever cette inhibition.

« *Complication médico chirurgicale grave d'un diabète chez une patiente de 55 ans. Elle a peur d'aller à l'hôpital. C'est loin. Accompagnée à 2 reprises par une amie. Quand il a fallu y aller seule, elle a laissé tomber la prise en charge* »

En dehors de la peur de la maladie elle-même et de ses conséquences éventuelles sur sa santé, d'autres facteurs vont rentrer en ligne de compte dans cette peur de l'hôpital ou du soignant en général : la situation sociale et l'accueil: « encore une CMU ! », les difficultés de compréhension du langage des soignants, la peur de se faire « engueuler » qui retarde parfois le recours aux soins : par exemple une patiente diabétique ne comprend plus son traitement depuis qu'on lui donne des médicaments génériques et confond certaines posologies :

« *Je lui ai jamais dit [à son médecin généraliste] qu'il y avait un gros gros écart [entre certaines posologies] »*

« *Mais faut lui dire, avant qu'il t'envoie à l'hosto »*

« *C'est pour ça que j'évite de lui montrer mon carnet, mais quand je vais aller à l'hosto ils vont me le demander »*. La patiente n'ose pas en parler à son médecin, ce qui risque d'avoir une répercussion négative sur l'équilibre de son diabète et risque de conduire à une hospitalisation...

Génériques : un patient analphabète, a du mal à comprendre son traitement d'autant plus qu'il y a des génériques. Son médecin l'accompagne en se rendant chez lui pour l'aider à faire le tri dans ses boîtes de médicaments.

Un exemple illustre l'importance de l'accompagnement dans la **création d'un lien de confiance** (en l'occurrence par un groupe de professionnels) qui permet un bon déroulement des soins chez une adolescente:

« *Un orthophoniste réalise des séances de rééducation auprès de cette jeune fille, ayant des difficultés importantes de dysorthographe. Cette jeune a des à priori par rapport aux résultats tant les difficultés sont importantes. Tout un travail d'équipe est réalisé avec le proviseur, CPE, l'orthophoniste, l'infirmier et les éducateurs de l'établissement où est elle placée. Tout se passe bien ou à peu près bien étant donné que l'infirmière fait le lien entre tous.*

Après le départ (en retraite) de l'infirmière, l'orthophoniste essaie de continuer le travail, mais les rendez-vous ne sont pas honorés et personne ne prévient le professionnel de santé. Ces rendez-vous ratés occasionnent beaucoup de désagréments au professionnel de santé, refus à d'autres patients, factures non réglées... » Après ce départ en retraite non remplacé, les soins sont anarchiques et n'ont plus l'efficacité qu'ils avaient auparavant.

2.2.3 Accès aux soins/ transports

Réfléchir à la prise en charge des transports notamment pour **les patients qui habitent loin des lieux de soins** et qui n'ont pas de moyen de transport individuel. « *Une patiente habitant loin de l'hôpital. Ne peut pas venir en consultation car pas d'argent pour payer le VSL qui n'est pas pris en charge par la sécu »*. La dynamique ici est donc de renoncer aux soins

Dans une autre fiche, on retrouve une dynamique différente face à ce type de situation : un membre du personnel ramène une mère et son bébé à leur domicile.

L'éloignement constitue un handicap supplémentaire pour l'accès aux soins. Cependant, on ne retrouve pas de proposition concrète dans les fiches à ce sujet.

D'autant que cette notion d'éloignement dépend aussi de l'évolution de l'offre de soins:

Elle concerne à la fois la réduction de l'offre de soins en secteur 1 en médecine de ville (qui de fait, risque d'éloigner encore un peu plus les patients qu'ils soient citadins et encore plus s'ils habitent à la campagne, s'il n'ont pas les moyens financiers d'aller voir un médecin en secteur 2 plus proche de chez eux). De plus, la réduction de l'offre de soins des structures hospitalières va s'accroître (certaines « petites » maternités ou services de chirurgie qui seront à terme regroupées en « pôles d'excellence » et qui concernent plutôt les patients habitant hors des grandes agglomérations).

On notera aussi que l'évolution de la démographie médicale, avec la diminution globale du nombre de médecins jusqu'en 2020, risque d'accroître encore les inégalités en terme d'offre de soins : les zones déjà déficitaires en soignants sont globalement les zones rurales, elles seront donc plus sensibles à une diminution de la densité médicale et l'éloignement géographique de certains patients par rapport à l'offre de soins va s'accroître³².

2.2.4 Communication soignant/soigné

La prise en considération de l'histoire personnelle et professionnelle des patients est parfois difficile, mais pourrait améliorer la compréhension entre le personnel soignant (notamment certains médecins) et le soigné en général et particulièrement la personne en situation précaire.

Un cas met en perspective plusieurs problèmes : discrimination et communication soignant soigné, éthique (secret médical), transport, manque de moyens, accompagnement :

« Cet homme [de 40ans vit en caravane, en camping sauvage, et tire ses revenus de la mendicité] est dyslexique; il a quitté sa famille à 16 ans. Perte de connaissance suffisamment complète et prolongée pour qu'une amie pratique les gestes de secourisme. Appel des pompiers. Le médecin appelé par les pompiers suspecte une prise de toxique illicite. Aussitôt, quatre voitures de gendarmerie viennent contrôler les 4 autres personnes qui habitent les 2 caravanes et la tente dans le bois au bord de l'Hérault. Aucune saisie. Le malade est amené par les pompiers aux urgences du CH de référence. Là, un seul examen est pratiqué (une prise de sang). L'intéressé entend qu'il est question de l'hospitaliser en psychiatrie. Il demande à partir ; personne n'essaie de le persuader de rester, ni ne lui fait signer de décharge. Il demande si on peut lui fournir un moyen de transport, qu'il paierait plus tard : c'est non. Il fait 30km à pied dans la nuit pour retourner au campement.

Il semble que pour le médecin appelé, les personnes sans logis soient des suspects avant d'être des malades. Quid du secret professionnel? Comment les gendarmes sont-ils venus sur les lieux? La gendarmerie n'a pas effectué de fouille très approfondie : pour les gendarmes, la suspicion de détention de toxiques semblait moins crédible qu'aux yeux du médecin. Par contre, ils ont effectué des contrôles d'identité à cette occasion (sans arrestation).

³² ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Études et Résultats n° 679 Février 2009, DRESS

Pourquoi une orientation en psychiatrie suite à une syncope? Le taux d'alcoolémie a-t-il fait conclure à un coma éthylique? (de quelques minutes?). Il me semble qu'il s'agisse encore d'une catégorisation: un SDF est forcément un Psy. Il n'était pas possible de faire prendre en charge le retour en ambulance, mais ne devait-on pas proposer une nuit en observation, et essayer d'appivoiser le monsieur dans ce sens?

Il ne veut même pas aller voir son médecin pour rechercher la cause de ses malaises. Echaudé par tout ce qui est sanitaire ou social (a été victime d'un accident thérapeutique dans le passé : 3 semaines dans le coma après une injection de bêtalactamines auxquelles il est allergique)

J'ignore le nom du médecin appelé sur les lieux; j'ai évoqué ce fait dans une rencontre du Réseau Santé Béziers Méditerranée, un confrère a répondu par l'énorme charge de travail aux urgences.

J'ai averti ce monsieur que sa CMUC prendra fin en mars 2008, et sera remplacée par l'AME. Malgré cela il n'est pas prêt à consulter pour l'instant.

Depuis je garde mon portable ouvert la nuit (il avait essayé de m'appeler cette nuit là mais mon téléphone était éteint); un autre membre du groupe local ATD a insisté pour être appelé aussi en cas de coup dur. Je pense qu'en cas de nouveau malaise, il faudrait absolument accompagner ce monsieur et rester avec lui tout le temps... dans la mesure du possible ».

On note la difficulté pour les soignants d'intégrer dans ce cas l'histoire personnelle du patient dans son rapport aux soins et aux professionnels. D'autant plus que nous sommes dans un contexte de consultation aux urgences (avec la charge de travail souvent excessive qui incombe aux soignants, avec un manque de lit en aval, un manque de temps...). Certains préjugés n'ont-ils pas influé dans l'écoute du patient et la prise de décision médicale (patient sdf donc forcément drogué, alcoolique ou psychotique)?

En tout cas c'est très mal vécu par le patient et finalement, renforce sa méfiance vis-à-vis du corps médical.

Se pose là encore la question de l'accompagnement :

De la part du personnel soignant, il pourrait paraître éthique d'avoir l'attention nécessaire afin d'avoir du patient une meilleure compréhension et ainsi d'« essayer de l'appivoiser », l'accompagnant ainsi dans une démarche de soins qui le conduirait à se soigner. Une fois encore, l'application de ce principe est à confronter avec la dure réalité du terrain : urgences débordées et difficulté de consacrer le temps nécessaire à cette démarche par exemple.

D'autre part, l'intervention d'un tiers serait-elle une solution pour améliorer la communication avec le patient ? Quoi qu'il en soit, le membre de l'association propose de laisser brancher son portable, même la nuit, pour accompagner le patient en cas de nouvel épisode.

Un autre cas évoque les difficultés de la réinsertion qui peuvent marquer l'histoire personnelle et professionnelle d'une personne et qui aura forcément une répercussion sur sa façon d'aborder sa santé et les soignants:

On notera un problème soulevé en radiologie dans le cadre du dépistage du cancer du sein : la communication des résultats d'examen ne semble pas homogène : « les gens allaient faire la mammographie et ils avaient pas les clichés et ils avaient pas de résultats et ils avaient pas de réponse. Ca dépend du radiologue. »

Dans ce cas, comment font les patientes concernées qui voudraient connaître le résultat de leur examen ? Ne risquent-elles pas de se sentir dépossédées de quelque chose ? Elles ne sont plus impliquées dans leur démarche de soins, en l'occurrence de prévention.

3. Définitions

3.1 Droit à la protection sociale

Nous rappellerons ici quelques principes fondamentaux :

Concernant la **définition de la santé**.

Selon la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rédigée en 1946 :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. »

Par conséquent, l'absence de maladie ne signifie pas être en bonne santé.

Concernant le **droit à la santé**.

La *Déclaration universelle des droits de l'homme* mentionne le droit à la santé dans son article 25 :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales.

Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

Concernant le **droit à la protection sociale**.

L'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 proclame que *« La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs »*.³³

Le code de la sécurité sociale édicte dans l'article L111-2-1³⁴:

« La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.

L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. »

³³ Tanguy H, « Droit et santé », Ceras - revue *Projet* n°263, Septembre 2000. URL : <http://www.ceras-projet.com/index.php?id=2019>

³⁴ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 1 JORF 17 août 2004

Par conséquent, le droit à la protection sociale est inscrit dans la loi. En pratique, on constate dans cette étude, que certains de ces principes ne sont pas encore réalisés, et notamment en ce qui concerne « la répartition territoriale homogène de l'offre de soins ».

3.2 Discussion sur la notion de refus de soins :

Les situations qui sont relevées dans l'étude concernent des refus de soins de la part des soignants. Nous nous intéresserons donc à ce cas de figure.

Pour mémoire, le patient a le droit de refuser des soins comme stipulé dans l'article L 1111-4 du code de santé publique³⁵ :

« Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »

La loi qui précise un droit au consentement du patient (le consentement éclairé), et également un droit au refus, bien spécifié par les dispositions suivantes :

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Concernant le refus de soins de la part des soignants, on pourrait considérer comme refus de soins toute pratique qui conduirait directement ou indirectement à une absence de soins ou de traitement adaptés à la situation du patient.

Dans l'étude les motifs relevés sont les suivants :

Discrimination lors de la prise de rendez-vous de patients bénéficiant de la CMUc.

Impossibilité ou difficulté pour régler les honoraires (CMUc, pas de droits).

Problème d'accès aux soins (insuffisance de l'offre de médecins ou de spécialistes en secteur1).

Soins reçus insuffisants en raison de l'origine sociale des patients (aux urgences hospitalières principalement).

En élargissant comme dans la proposition ci-dessus, la notion de soin on aurait pu rajouter dans les refus de soins, un refus de prescription pour des soins infirmiers à domicile, ou un refus de prescription d'arrêt de travail suite à un traitement à l'hôpital par exemple.

On constate donc qu'il y a des refus explicites (refus de recevoir un patient par exemple, ou de réaliser un soin pour des raisons financières) et des refus implicites (dissuasion financière en raison des honoraires des spécialistes en secteur 2, ou un patient ne « mérite » pas une prise en charge en réanimation en raison de son terrain)³⁶.

³⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
<http://web.ordre.medecin.fr/rapport/refusdesoins.pdf>

³⁶ CNS, *Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010*, URL : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html>

D'un point de vue juridique, la notion de refus de soins revêt deux aspects : la loi distingue en effet un refus de soins licite et par conséquent, il existe donc un refus de soins illicite.

Pour les médecins, le support juridique est le suivant :

L'article 47 du code de déontologie (article R.4127-47 du code de la santé publique) précise :
« *Hors les cas d'urgence et celui, où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Le médecin peut se dégager de sa mission, à condition de ne pas nuire de ce fait à son malade, de fournir au médecin désigné par le patient, les renseignements utiles à la poursuite des soins.* »

Quelles que soient les circonstances, la **continuité des soins** aux malades doit, en effet, être assurée.

Le médecin a donc la possibilité de ne pas donner ses soins :

Hors l'urgence, en s'assurant de la continuité des soins et en fournissant si besoin, tous les renseignements utiles à la gravité du cas par un autre confrère.

On remarquera que le code de déontologie ne donne pas de définition précise de l'urgence. Elle n'existe pas non plus d'un point de vue juridique. « *L'urgence semble abandonnée à l'appréciation souveraine des professionnels de la médecine et des juges du fond.* »³⁷

Et à condition de respecter ses devoirs d'humanité dont la définition est précisée dans l'article 7 du code de déontologie (article R.4127-7 du code de la santé publique) :

« *Le médecin doit, non seulement, soigner mais aussi écouter, examiner, conseiller, avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.* »

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Refuser de soigner un patient pour une de ces raisons constitue une discrimination, définie ainsi par l'article 225-1 du code pénal :

Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs mœurs, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une Ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

Le médecin qui refuse ses soins, en fondant son refus sur l'état de santé du patient (par exemple un patient séropositif) s'expose à une poursuite pénale (cf. article 225-2) ou déontologique (cf. code de déontologie article 7).

Code pénal article 225-2 :

La discrimination définie à l'article 225-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste à refuser la fourniture d'un bien ou d'un service.

Par contre, ne constitue pas une discrimination le refus d'une couverture par une police d'assurance du risque décès, des risques portant atteintes à l'intégrité physique ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, de même un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur une inaptitude

³⁷ Garay A, La Lettre 15-16-17-18, Hiver 2001-2002, Espace éthique AP-HP http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=2975

médicalement constatée (cf. article 225-3).

De plus, l'Article L1110-3-1 du Code de la santé publique précise les modalités pour signaler un refus de soins illégitime:

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission composée de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné.

En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa du présent article ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins (...)

On remarquera que cette procédure peu paraître peu adaptée à des personnes en situation de précarité, qui, même s'ils la connaissent, sont souvent isolées, et ont d'autres priorités que de se lancer dans des démarches administratives complexes supplémentaires. On comprendra donc que bon nombre de refus de soins ne sont pas signalés car ils concernent principalement des problèmes financiers et touchent principalement des populations précaires.

Quant à l'aspect financier, on rappellera l'article 53 du code de déontologie qui signale en son premier alinéa : *"Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières..."*.

Concernant le secteur ambulatoire comme hospitalier, les praticiens doivent appliquer le tarif conventionnel. Depuis 1980, certains médecins sont autorisés à appliquer un dépassement d'honoraires dès lors qu'ils sont installés en secteur 2 dit à honoraires libres.

Les praticiens conventionnés en secteur 2 ne peuvent pas demander de dépassement aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ces derniers. Ils doivent également appliquer le tiers payant intégral et l'Assurance maladie leur verse directement le montant de leurs honoraires au tarif opposable (base de remboursement de l'Assurance maladie).

La CMU complémentaire constitue l'équivalent d'une mutuelle de niveau moyen. Elle prend en charge les dépassements pour les prothèses dentaires ou appareillages (dentaires ou optiques) largement au-dessus des montants habituels de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, toutefois dans les limites d'un forfait. Concernant les prothèses pour lesquelles les dentistes ont normalement la liberté d'en fixer le prix, pour les bénéficiaires de la CMUC, ils sont dans l'obligation de rester dans les limites du forfait³⁸.

Cette organisation pose plusieurs problèmes en termes d'accès aux soins aujourd'hui. Le premier est lié au montant des dépassements (rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 24 mai

³⁸ Refus de soins : le testing 2009 rapport (Fonds CMU, juillet 2009) <http://www.cmu.fr/userdocs/IRDES%20refus%20de%20soins.PDF>

2007) ; le second est celui d'une baisse sensible de l'offre de soins aux tarifs opposables, notamment dans certains secteurs géographiques. Ces éléments génèrent des difficultés d'accès aux soins en particulier pour les ménages les plus modestes d'autant plus qu'ils n'ont pas de couverture complémentaire ou une couverture complémentaire qui ne prend pas ou mal en charge les dépassements.

On remarquera que dans l'étude, les refus de soins concernent principalement des patients bénéficiant de la CMUc. Mais on notera que parmi les patients qui abandonnent leur démarche de soins, les motifs principaux restent un problème financier ou de couverture mutuelle insuffisante : certains préfèrent abandonner les soins plutôt que de risquer un refus de la part des soignants.

Le refus de soins de la part du soignant est donc une notion complexe à analyser et à caractériser d'autant plus s'il est implicite.

3.3 Renoncement aux soins

L'indicateur principal en ce domaine est le renoncement aux soins pour des raisons financières.

L'enquête de l'IRDES, enquête Santé et Protection Sociale (SPS) de 2008³⁹, conclue :

« Qu'en 2006 14 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. C'est le cas de 32 % des personnes non protégées par une complémentaire, contre 19 % des bénéficiaires de la CMUC et 13 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

L'écart de renoncement aux soins entre les bénéficiaires de la CMUC et les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée est de 6,5 points en 2006. L'indicateur semble ainsi se stabiliser autour de 6% depuis 2002. Sa réduction est visée à l'horizon de 5 ans dans le cadre de l'engagement national de réduction de la pauvreté 2008-2013.

(L'indicateur est la différence entre le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois déclaré par les bénéficiaires de la CMUC et celui déclaré par les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée. Une baisse de l'indicateur s'interprète donc comme une baisse des inégalités sociales de renoncement aux soins). »

On constate donc les patients qui n'ont pas de complémentaire santé sont plus nombreux (32%) à renoncer aux soins pour des raisons financières que les patients bénéficiant d'une complémentaire (privée ou CMUc).

L'accès à une couverture complémentaire varie selon le milieu social. Moins de 5 % des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence est cadre ne sont pas couvertes, tandis que cette proportion est d'environ 15 % dans les ménages d'employés de commerce et d'ouvriers non qualifiés. Cette différence résulte non seulement de plus faibles ressources financières, mais également d'un moindre accès à la couverture d'entreprise.⁴⁰

Avec 18 % de personnes non couvertes, les chômeurs représentent la population pour laquelle l'accès à la complémentaire santé est le plus difficile. À la faiblesse de leurs ressources financières vient s'ajouter l'impossibilité de bénéficier d'un contrat d'entreprise.

Plus généralement, les raisons financières constituent le principal motif invoqué par plus de la moitié

³⁹ http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/523_fiche_renoncement_aux_soins_1_.pdf

⁴⁰ -KAMBIA-CHOPIN B, PERRONNIN M, PIERRE A, ROCHEREAU T,

La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006) Questions d'économie de la santé 4 n° 132 - Mai 2008

des intéressés (53 %) pour expliquer l'absence de couverture complémentaire privée. Les autres motifs renvoient au fait d'être en bonne santé (17 %) ou au contraire de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (14 %).

On notera que dans l'étude, parmi les patients qui n'ont pas de couverture complémentaire, dans 61,5% des cas, il s'agit d'une raison financière, et dans 38,5% des cas il s'agit d'un problème « administratif » concernant l'accès aux droits.

Il pourrait être intéressant d'étudier ultérieurement ce volet administratif concernant l'accès à une couverture complémentaire et à l'accès aux droits en général concernant particulièrement les populations défavorisées.

3.4 Notion de soins urgents

Comme nous l'avons déjà évoqué, il n'existe pas de définition légale de l'urgence.

Dans les services d'urgences hospitalière, le degré d'urgence est néanmoins défini par **la Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée (CCMU)**

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR (Service Mobile d'Urgence ou de Réanimation) ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré :

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

On constate donc, que dans cette classification les critères sont avant tout techniques et le principal à prendre en compte est celui du pronostic vital : si celui-ci est engagé, les moyens techniques appropriés sont à mettre en œuvre (examens complémentaires, techniques de réanimation).

Le ressenti du patient n'est pas pris en compte à ce niveau. Or, le degré d'urgence ressenti par le patient (palpitations, douleur par exemple) peut être en décalage avec l'évaluation clinique du médecin : s'il s'agit d'un trouble fonctionnel, le degré d'urgence pour le médecin sera moindre que s'il s'agit d'un trouble organique qui va nécessiter des soins appropriés.

D'ailleurs, ce manque de définition précise de la notion d'urgence, est sans doute un des facteurs qui entraîne une surcharge des services hospitaliers d'accueil des urgences par des patients dont la pathologie n'est pas une « urgence » d'un point de vue médical. En effet, comment le patient peut-il faire une distinction entre ce qui est urgent ou non, alors que justement, il n'existe pas précisément de définition ?

3.5 Soins indispensables :

Si l'on retient comme définition de l'urgence le fait que le pronostic vital soit engagé à court terme, qu'en est-il pour les autres pathologies, et notamment les pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2 ? Ce n'est pas la pathologie en tant que telle qui mettra en cause à long terme le pronostic vital du patient, mais ses complications (risque cardiovasculaire par exemple). Traiter ces pathologies a pour but principal de retarder et de prévenir l'apparition de ces complications.

Or dans l'étude, on constate que des patients retardent ou renoncent à ces soins pour des raisons financières ou pour des difficultés liées à l'offre de soins. Certains attendent une dégradation de leur état de santé pour aller « à l'hôpital », où ils seront plus facilement pris en charge et hospitalisés, car une décompensation d'une maladie chronique (cardiaque par exemple) mettra en jeu leur pronostic vital...

Se pose donc aussi ici la question de la prévention en général. Pour mémoire, selon la définition de l'OMS, on peut distinguer trois types de prévention :

La prévention primaire qui est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme (vaccination par exemple).

La prévention secondaire qui vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées (dépistage du cancer du sein par exemple).

La prévention tertiaire qui tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

Certes tous les soins pourraient ne pas paraître indispensables (rhume par exemple), mais il apparaît que cette distinction passe par l'évaluation clinique du professionnel de santé.

Aussi apparaît-il indispensable de diminuer les obstacles concernant l'accès aux soins des plus pauvres et de la population en général, afin d'atteindre les buts fixés par les grands principes énumérés précédemment.

4. Synthèse des problèmes évoqués

On remarquera qu'il y a dans environ la moitié des fiches deux catégories de problèmes identifiées. Une interprétation pourrait être la correspondance avec le fait que les personnes défavorisées qui sont la cible de cette étude ont tendance à accumuler un certain nombre de handicaps (précarité financière, logement, éducation par exemple).

Les principaux problèmes rencontrés sont donc les suivants :

4.1 Sur le plan financier, la maladie peut engendrer la pauvreté et réciproquement...

Les patients sont dans des situations financières précaires et peuvent avoir des difficultés à avancer les soins chez le médecin généraliste et d'autant plus chez les spécialistes en secteur 2, ou le secteur privé à l'hôpital. Ces difficultés peuvent conduire à un retard voire à un abandon des soins. Ce problème concerne également les soins mal remboursés et onéreux que sont les soins dentaires et l'optique.

A noter que les patients n'ayant pas de moyen de transport individuel peuvent être confrontés à des difficultés pour se rendre à l'hôpital (ou pour rentrer chez eux dans le cas d'une consultation aux urgences la nuit par exemple) d'autant plus qu'ils habitent loin des structures de soins.

Pour une hospitalisation, se posera le problème du forfait hospitalier qui n'est pas forcément pris en charge par la mutuelle quand les patients en ont une. Dans le cas d'une hospitalisation dans une

clinique, il y aura en plus des dépassements d'honoraires à régler. Le praticien qui adresse un patient pour une hospitalisation doit-il en plus de l'aspect médical connaître la situation sociale du patient pour savoir où l'adresser : clinique ou hôpital public ?

Des patients peuvent voir leur situation financière déséquilibrée à cause de leur santé et de son coût. Par exemple, des patients qui ne peuvent bénéficier de la CMU pour quelques euros (effet plafond) n'ont pas toujours les moyens de payer une mutuelle ou quand ils en ont les moyens, paient une mutuelle aux prestations souvent insuffisantes, notamment concernant l'optique et les soins dentaire. De plus, les dépassements d'honoraires chez les spécialistes ne sont pas pris en charge le plus souvent et cette situation va restreindre le choix des patients pour consulter un spécialiste : ce sera l'hôpital public lorsqu'il y existe une proposition possible (dans certaines villes moyennes, des services ont été fusionnés entre les cliniques privées et l'hôpital, afin de rationaliser les coûts de chaque structure. En général, la fusion se fait au détriment d'une structure. Ainsi, il existe des lieux où il n'y a qu'une offre de soins privée pour certaines spécialités et réciproquement). Si ces patients sans mutuelle sont victimes d'un problème de santé qui nécessite une hospitalisation par exemple, ils devront régler le forfait hospitalier (18 euros par jour), ce qui peut contribuer à fragiliser leur équilibre financier déjà précaire.

Un autre exemple décrit dans l'étude: un père qui arrête de travailler pour s'occuper de son enfant gravement malade. La situation financière familiale jusque là stable se voit fortement déstabilisée et les dettes commencent à s'accumuler

Les patients peuvent également avoir des difficultés à payer les médicaments non remboursés, pas forcément indispensables dans le cas des médicaments au SMR (service médical rendu) insuffisant, ou non remboursés intégralement qui eux peuvent s'avérer bien plus importants dans un protocole de soins (bas de contention ou pansements après une intervention chirurgicale par exemple), dont l'absence risque de mettre en échec ou de compliquer le soin en question. Certains sont confrontés au choix suivant : acheter un médicament ou manger...

Le délai de prise en charge au titre d'une ALD alors que les soins engagés en urgence sont onéreux peut poser problème (exemple d'un accident cardiaque, ALD accordée 6 mois après)

Le délai de versement des indemnités en cas d'arrêt de travail peut également poser problème : l'irrégularité de revenus est source d'appauvrissement et d'insécurité. En cela, encore une fois, la maladie est un facteur d'appauvrissement et de déstabilisation sociale.

Le cas des franchises médicales n'est « *pas clair* » pour certains patients pour qui le montant de l'année a été retenu en deux mois, ce qui peut entraîner des difficultés auprès de leurs banques (découverts par exemple), d'où leur proposition d'étaler le montant des franchises tout au long de l'année

Ces situations sont-elles isolées aux quelques fiches de cette étude ou est-ce la description d'une évolution de notre système de santé qui nous ramènerait plusieurs dizaines d'années en arrière où l'hôpital public était réservé aux indigents ?

Le fait de « responsabiliser » les patients en leur faisant payer de plus en plus de frais (déremboursements, parcours de soins, franchises, hausse du forfait hospitalier...) ne risque-t-il pas de fragiliser encore un peu plus les plus pauvres, ou du moins les patients qui ne sont pas assez riches pour bénéficier des minima sociaux ? Sans aborder la question des refus de soins pour les patients qui en bénéficient (CMUc).

Dans tous les cas, le problème d'un libre et égal accès aux soins pour tous est posé et donc celui d'une médecine à plusieurs vitesses. Mieux vaut avoir les moyens d'avoir une couverture sociale efficace et pouvoir payer des dépassements d'honoraires pour se faire soigner dans des délais raisonnables

4.2 Nécessaire attention du praticien à l'adéquation entre les soins qu'il peut proposer, et ce que peut payer le patient

Ce problème découle de la fragilité financière des populations pauvres décrite ci-dessus.

4.3 Sur le plan des refus de soin

Dans l'étude, ils concernent principalement les spécialistes en ville en secteur 2 dont les radiologues ou les dentistes. Il apparaît que les praticiens ont souvent été échaudés par des expériences où leurs honoraires n'ont pas été réglés et refusent de renouveler ce genre d'expérience, pouvant ajouter ainsi un à priori sur ce « type » de patient.

Dans le cas des dentistes, pour les patients bénéficiant de la CMUc : les patients n'ont pas toujours leurs papiers justificatifs à jour sur eux, croire en leur bonne foi peut être aux risques et périls du soignant (valable pour les médecins également), d'autant plus que les soins entrepris seront coûteux.

Par exemple : « *Une jeune femme qui a la CMUc se présente au cabinet dentaire. Sa carte n'est pas à jour, elle ne l'a pas remis dans la borne mais elle passe sur le lecteur comme si elle avait la CMU. Elle a été remboursée et nous n'avons pas été payés. On ne peut jamais revoir cet argent chez les gens remboursés qui n'ont pas pu avancer les soins. Alors faire le tiers-payant oui, mais s'il y a l'erreur de remboursement, que la caisse ne nous dise pas d'aller voir les patients qu'elle a remboursés à tort... tu parles on peut courir* ».

S'ajoute le fait que dans le cas d'un patient ne bénéficiant pas de la CMU, mais qui a une mutuelle « bas de gamme », les soins dentaires ne sont pas bien pris en charge, et le tiers-payant rarement autorisé. Il y a un « arrangement » avec le dentiste : les notes d'honoraire pouvant être importantes, le patient ne règlera qu'une fois son remboursement effectué. Egalement aux risques et périls du soignant car le patient a quelquefois disparu dans la nature entre-temps...

4.4 Sur le plan du manque de moyens

Sont concernés principalement le manque de lits en hospitalisation de moyen ou de long séjour, le manque de place et de soignants en psychiatrie (CMP, structures d'accueil, lits d'hospitalisation), le manque de spécialistes libéraux en secteur 1 (ophtalmologistes principalement). Les patients qui n'ont pas les moyens de payer des dépassements d'honoraires sont souvent dirigés vers l'hôpital et ont le sentiment d'être obligés d'attendre plus longtemps et d'être parfois moins bien soignés (lunettes prescrites à l'hôpital, ou soins dentaires réalisés à la faculté qui ne conviennent pas).

A noter aussi le cas des soins dentaires : les patients ne seront remboursés que pour une consultation par an, et à condition que celle-ci débouche sur un projet thérapeutique. Où est la place de la prévention ? Que faire s'il y a la nécessité d'une deuxième consultation dans l'année (un enfant qui a fait une chute par exemple) ?

4.5 Sur le plan de l'accès ou du transport

Certains patients qui n'ont pas de moyen de transport individuel et qui habitent loin du lieu de soins (hôpital, orthophoniste) peuvent avoir des difficultés pour s'y rendre surtout quand il s'agit de soins itératifs, d'autant que la prise en charge des transports, même dans le cadre d'une ALD peut être remise en cause par la sécu : par exemple, une patiente qui habite dans les Vosges et qui doit réaliser une chimiothérapie à Nancy s'entend dire : "*vous faites vos courses en VSL? -non- alors les cures, vous pouvez y aller en voiture* »...

Une proposition concernant l'accès aux soins en général pourrait être la constitution de maisons de santé (médecin, dentiste, infirmière, orthophoniste, kiné, pharmacien), mais qui ne résoudrait pas le problème des personnes vraiment isolées géographiquement et le problème des patients qui nécessitent des soins spécifiques comme dans l'exemple ci-dessus.

D'autant que la tendance actuelle de regrouper les services hospitaliers dans des pôles « d'excellence », donc à proximité des grandes villes, risque de majorer ces difficultés.

Cette tendance doit donc s'accompagner d'une réflexion sur le transport des patients isolés pour leur permettre un accès aux soins au moins égal aux patients qui habitent à proximité de la structure de soins. Cette réflexion, à mon sens, pourrait débiter par le fait d'éviter de culpabiliser les patients qui ont réellement besoin d'un transport comme dans l'exemple précédent...

4.6 Sur le plan de la compréhension

On note principalement que certains patients ne connaissent pas leurs droits, les professionnels pas toujours non plus (aide la mutuelle, droit aux prestations supplémentaires qui pourraient aider les patient) et ils ne les conseillent pas toujours. Certains patients connaissent un « réseau » de soignants qui réalisent systématiquement le tiers-payant, d'autres non, et ont des difficultés à trouver un spécialiste ou un dentiste qui reçoit les patients avec la CMUc par exemple.

Certes beaucoup d'informations, et de plus en plus, sont accessibles sur internet (notamment sur les sites de cmu.fr et ameli.fr), mais d'une part tout les patients n'y ont pas accès, et tout le monde n'est pas forcément à l'aise avec ce support.

De plus, cette diminution de fait des rapports avec un interlocuteur humain, est à mon sens à mettre en perspective avec le soin dans sa globalité et dans la relation soignant/ soigné. En effet, la relation médecin/ malade est basée sur la rencontre entre deux individus, de cette rencontre, va naître une relation certes inégalitaire (le patient qui souffre d'un symptôme qu'il souhaite soulager, est dans une position de demande, et de son côté, le médecin est détenteur du savoir, et de la compétence pour le soulager et éventuellement le guérir) qui n'est ni amicale, ni familiale, ni commerciale et qui doit déboucher sur une relation de confiance, préalable à tout projet thérapeutique que l'on souhaite voir aboutir. En élargissant cette notion de rencontre entre deux individus, on pourrait soutenir que cette indispensable relation de confiance est nécessaire à chaque étape du parcours de soins du patient. Avant d'aller consulter son médecin, théoriquement, le patient devrait avoir ses droits d'assuré social à jour pour que sa demande envers le système de soins se déroule dans de bonnes conditions. Il s'agit de la première étape dans la démarche de soins et qui va donc conditionner la suite : un patient sans couverture sociale aura des difficultés à régler les honoraires du médecin, les médicaments, les soins infirmiers...sans parler d'une éventuelle hospitalisation. De nombreuses fiches décrivent des conditions de réception auprès des organismes sociaux et des conditions de transmission de l'information sur les prestations auxquelles les patients auraient droit qui s'avèrent inefficaces voire décourageantes. Si certains patients connaissent des difficultés pour faire valoir leurs droits, alors qu'ils ne sont donc qu'au début de la chaîne dans leur démarche de soins, on peut présumer qu'ils ressentiront une certaine méfiance vis-à-vis du dit système. Cette méfiance ne risque t-elle pas d'avoir des répercussions négatives lorsqu'ils seront à l'autre bout de la chaîne, c'est-à-dire face au soignant ? Dans ces conditions, on peut s'interroger sur l'efficacité réelle en terme de coût humain et financier du transfert toujours plus important des moyens humains (personnel dévoué à l'accueil des usagers par exemple) vers les moyens immatériels (informations à rechercher sur internet, numéros de téléphone surtaxés), sous prétexte de responsabiliser l'utilisateur et de diminuer les coûts pour la société. Une fois encore, les populations en situation de précarité seront les plus sensibles à ce genre d'évolution : un patient dont la situation financière, professionnelle ou familiale l'entraîne vers une désocialisation, aura avant tout besoin, pour pouvoir ne serait-ce que ralentir cette spirale, de relations humaines.

4.7 Sur le plan des conditions de vie

Il s'agit principalement de patients SDF qui vont donc avoir des problèmes pour recevoir des convocations ou des papiers administratifs. A noter une fiche qui évoque la répercussion des conditions de vie sur la santé (forte densité dans un petit logement qui peut influencer sur l'état dépressif du patient).

4.8 Sur le plan de l'accès aux droits

Il s'agit principalement de problèmes de renouvellement de CMU entraînant une fermeture des droits, du cas des patients sans droits ouverts en sortant de prison, ou des patients en situation irrégulière (pas de droit, ou pas de renouvellement des droits) ou non (délai de mise en place de l'AME).

Encore le fait que pour le calcul des revenus en vue de l'attribution de la CMU, il existe un décalage de 1 an qui ne correspond pas forcément à la situation présente du patient (chômage l'année en cours par exemple) et risque de retarder un recours aux soins.

Faire valoir ses droits peut parfois s'assimiler à un « parcours du combattant » :

« Oui ils m'ont sucré la CMU pendant 2 mois car on a pas fait soi-disant le renouvellement à temps, on l'a fait 3 semaines avant.

On l'a fait 3 semaines avant mais comme ils ont deux mois de retard, le truc c'est qu'ils estiment que si t'as pas fait à temps comme si tu savais forcément que l'administration a 6 mois de retard.

C'est long. Donc d'un coup ils estiment que j'ai pas fait à temps donc ils m'ont sucré, ils m'ont remis ma CMUc qu'à partir du premier janvier.

Donc le pharmacien tout il avait mis des feuilles de maladie de côté, eh ben tu sais ce qu'on a fait? On a été voir la doctoresse, la doctoresse a refait toutes les ordonnances au premier janvier et malheureusement le kiné, mon ordonnance elle démarre au 31 décembre, mais j'ai commencé le kiné que le 5 ou 6 février euh le 5 ou 6 janvier eh ben ils voulaient pas rembourser parce que l'ordonnance elle était du 31 décembre.

- non mais vu les problèmes que tu as eus, est ce que tu as réussi à les convaincre que tu...

- ben oui

- mais tu as du te déplacer

- oh ! mais je ne fais que ça... ça fait quand même 40 km à chaque coup.

- ce qui est débile c'est qu'avant ils écrivaient, attention votre CMU prend fin à telle date. Maintenant ça fait un an qu'ils écrivent pas, faut repérer à quel moment. »

4.9 Sur le plan du parcours de soins coordonnés

On remarque que les patients n'ont pas toujours compris le système, ou que les médecins parfois ne précisent pas que le patient leur a été adressé par un confrère (oubli, inattention, autre raison ?).

Les patients ne comprennent pas pourquoi ils ont été facturés « hors parcours de soins ». Et les démarches pour se faire rembourser correctement paraissent compliquées. Théoriquement, il faut demander au médecin qui a réalisé l'acte considéré « hors parcours » par la sécu de refaire une feuille de soins en cochant la bonne case (« médecin traitant remplacé » pour un généraliste ou « patient adressé par le médecin traitant » pour un spécialiste par exemple) et la renvoyer à la caisse qui doit faire le nécessaire pour corriger l'erreur. Mais dans les fiches qui traitent ce sujet, on constate que les patients n'osent pas retourner voir le médecin en question, ou ne savent tout simplement pas comment faire, et les renseignements qu'ils peuvent recevoir auprès de leur caisse n'apportent pas réellement de solution : « vous êtes hors parcours ».

A ce propos, on citera un bilan concernant la réforme du médecin traitant réalisé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en 2007⁴¹. Un sondage réalisé par la TNSsofrès y est cité, et relève que :

« La notion de « médecin traitant » est comprise par 96% des personnes interrogées, soit une progression de 5 points entre mai 2005 et novembre 2006.

*La compréhension de la notion de « parcours de soins coordonnés » a progressé quant à elle de 7 points entre mars 2006 et novembre 2006 (soit de plus de **24 points** entre mai 2005 et novembre 2006) pour atteindre un résultat de 51% ».*

Puis, dans ce même bilan, une étude menée auprès des bénéficiaires du régime général permet de souligner les principales caractéristiques des patients ayant choisi un médecin traitant :

« 80% des assurés du régime général, de plus de 16 ans, ont choisi un médecin traitant. On observe que le taux d'adhésion augmente avec l'âge : 95% des personnes âgées de 71 à 80 ans ont déclaré un médecin traitant contre 59% pour les 16-20 ans. Le déclic apparaît dans la tranche des 31-40 ans, où l'on passe à 75% d'assurés ayant un médecin traitant, soit 11 points de plus que les 21-30 ans.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont moins enclins à déclarer un médecin traitant avec un taux de 66%. On retrouve pour ces bénéficiaires les mêmes caractéristiques que celles de la population générale : les plus jeunes sont 50% à avoir choisi un médecin traitant alors que les plus âgés sont 86% ; les femmes sont également plus nombreuses à adopter le système : 70% contre 61% pour les hommes ».

On constate donc que les patients qui ont le mieux compris, ou en tous cas qui ont le mieux assimilé ce système sont les personnes les plus âgées, plus susceptibles d'avoir recours aux soins en raison de leur état de santé.

De plus, *« Les personnes sans couverture complémentaire ni CMU complémentaire (CMUC) ont près de trois fois plus de chances de ne pas avoir de médecin traitant. Les personnes ayant la CMUC ont également, toutes choses égales par ailleurs, une relativement moindre propension à désigner un médecin traitant »*⁴².

Pour mémoire, depuis le 1er janvier 2009, en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, le montant des remboursements est diminué :

de 40 % si le montant de l'acte est inférieur ou égal à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin généraliste de secteur 1) ;

de 10 euros pour tout acte supérieur à 25 euros (exemple : une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1).

A noter qu'un patient bénéficiant de la CMUC qui ne respecte pas le parcours de soins ne sera pas pénalisé financièrement car il n'a pas à avancer les soins.⁴³

Sur ce sujet, les patients au niveau socio économique faible sont doublement pénalisés : ce sont eux

⁴¹ Assurance maladie (janvier 2007), En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs. Point mensuel

<http://www.lesml.org/old/exerciceMedical/pdf/Bilan%20parcours%20de%20soins.pdf>

⁴² DOURGNON P, GUILLAUME S, NAIDITCH M, ORDONNEAU C, *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme*. Questions d'économie de la santé n° 124- Juillet 2007

⁴³ <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/vous-etes-hors-du-parcours-de-soins.php>

qui ont le moins bien intégré la notion de parcours de soins coordonnés et ce sont eux qui seront le plus pénalisés par le montant des pénalités financières.

4.10 Sur le plan de la relation soignant/ soigné et médecin/ patient en particulier

On constate des problèmes de communication entraînant des incompréhensions au niveau du traitement (médicaments génériques notamment), ou par rapport aux soins à l'hôpital (« *on n'a pas le même langage* »).

On constate également des propos tenus par les professionnels jugés désobligeants par les patients voire discriminatoires, pouvant décourager les patients et qui peuvent en outre avoir une répercussion sur la prise en charge médicale : pas de réanimation pour ce patient en raison de son mode de vie.

On remarque encore le fait que certains patients ont peur de se rendre à l'hôpital.

La perception du coût des soins et le caractère prioritaire de la santé peut être différent entre le soignant et le soigné : par exemple : « *nécessité d'une attelle pour entorse. Coût de 100E, dépannée par la voisine, "100E c'est mon loyer"* ». Si le patient ne respecte pas la prescription médicale, pour une raison financière par exemple, le médecin en a-t-il conscience ? Pas toujours. Cette différence peut être à l'origine ou peut conforter des préjugés.

De même, la perception pour savoir qui doit réaliser certaines prestations (prescription d'un arrêt de travail par exemple) peut être différente entre le soignant et le soigné, d'autant plus lorsque cela implique un coût en terme de temps et d'argent pour le patient. Par exemple :

« *Maladie dégénérative neurologique orpheline :*

Je suis hospitalisée toutes les semaines pour un traitement. Suite à ces trois jours de traitement, je suis fatiguée, je souffre de douleurs, de courbatures, de maux de tête, nausées... Il m'est donc nécessaire d'obtenir trois jours d'arrêt de travail.

Depuis janvier 2009, je me heurte à l'incompréhension de l'interne qui ne veut plus me délivrer d'arrêt de travail. A ma dernière hospitalisation, l'interne m'a dit que je n'avais qu'à consulter mon médecin traitant pour obtenir un arrêt.

On nous dit que la SECU est en difficulté, je trouve idiot de faire dépenser à celle-ci 21€ de consultation alors qu'un arrêt pourrait m'être délivré par l'hôpital !

Et là, je suis d'1€ avec le médecin traitant à chaque fois. »

Le sentiment de la patiente est celui-ci :

« Limiter les doubles consultations. Les arrêts sont comptabilisés pour le médecin traitant, et il ne veut pas les faire en raison des quotas. Les arrêts : idem pour l'hôpital : quota ! »

4.11 Concernant les relations avec la « Sécu »

Se pose la place de l'accueil des patients : outre un certain manque de courtoisie parfois signalé, les renseignements donnés par les professionnels ne sont pas uniformes, pouvant entraîner un retard pour l'attribution des prestations sociales ou un abandon des démarches dû à certain découragement de certains patients. D'autant que les documentations fournies ne leur apparaissent pas toujours claires.

Se pose par conséquent la question de l'accompagnement des patients dans ces démarches. Grâce aux associations, un certain nombre de problèmes est résolu et ils peuvent bénéficier de prestations dont ils ignoraient même l'existence (aide à la mutuelle, prestations supplémentaires).

Par exemple : « *Mes pauvres grands-mères, pitié c'est pitié dans notre quartier et puis elles osent pas aller soit au centre social, il y a un accueil aussi, il y a une borne pour la CAF, pour le RMI. Ils pleurent qu'est ce que je fais avec le papier là?*

C'est pas toujours évident non plus pour les accompagnants, parce que , c'est pas expliqué pour eux non plus. Ils se trouvent parfois dans des zones interdites, ils ne savent pas très bien où s'arrêter, ils font la queue quelque part et puis non c'était pas la bonne queue et personne n'a dit où il fallait être, et quand t'arrive à l'accueil, ils disent ah ben non maintenant c'est trop tard ou bien l'heure du rendez-vous est passée ou bien c'est l'heure de fermer. »

Le règlement des franchises médicales n'est pas toujours compris (relevés de prestations complexes à comprendre pour certains patients par exemple), et repose la question de l'accompagnement.

Se pose également la question d'un certain interventionnisme de la sécu.

En effet, 2 fiches concernent ce qui paraît être une forme d'ingérence de la Sécu qui risque d'avoir des répercussions négatives dans la relation médecin patient. Le diagnostic est manifestement dans le premier cas remis en cause (« Vous êtes sûre que vous avez mal à l'estomac ? »), et dans le deuxième cas, le motif d'un arrêt maladie a été transmis à l'employeur de la patiente. Dans le premier cas, sous quels critères le diagnostic est-il critiqué? Dans les deux cas, dans les faits, le secret médical n'a pas été respecté. Sont-ce des cas isolés ou une forme de dérive sous prétexte d'un contrôle accru des assurés ?

Dans le même ordre d'idée, on citera l'exemple de la remise en cause d'une indication de transport pour cette patiente vosgienne qui doit effectuer une chimiothérapie à Nancy.

4.12 Concernant les mutuelles

Outre la difficulté de certaines personnes à les payer, l'insuffisance de certaines couvertures par rapport aux besoins de certains patients (forfait hospitalier, dentiste...). On notera des pratiques qui peuvent poser question (« stage » de 6 mois sans remboursement)

4.13 Concernant le cas particulier de la mort

Les patients en situation de précarité peuvent avoir une couverture sociale (CMUc par exemple) de leur vivant. Par contre comment font-ils lorsque survient un décès ? Si le décès survient à domicile ou dans une maison de retraite, il faut dans un premier temps faire venir un médecin qui doit rédiger un certificat de décès et dont les honoraires pour cet acte ne donnent droit à aucune indemnisation pour la famille du patient. Même si ce cas particulier n'est pas évoqué dans les fiches recueillies, le praticien peut en pratique agir de diverses manières : faire payer la famille, rédiger le certificat gratuitement, ou réaliser une feuille de soins (illégal donc) pour permettre un remboursement. Si le décès survient en milieu hospitalier, il n'y aura pas de frais pour la famille. Dans un deuxième temps, il faudra s'occuper des frais d'obsèques. Quel sera leur choix ? Encore une fois, les fiches évoquent l'importance d'un accompagnement : savoir où s'adresser pour obtenir des aides, ne pas nécessairement se fier au premier prestataire de service qui les contacte à l'hôpital car il n'est pas toujours le moins cher...

4.14 Concernant le cas particulier de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Est posée la question de la communication et de la coordination entre les différents services d'un hôpital et la médecine de ville :

« Enfin les soins palliatifs je les ai eus le dernier mois parce que j'ai mon médecin traitant...Parce qu'au départ l'hôpital c'est pareil ils disent « vous inquiétez pas il y a un service de soins palliatifs, ils se déplacent » et le jour où toi tu téléphones et tu dis voilà je peux plus gérer toute seule, ça serait bien qu'il y ait quelqu'un de temps en temps qui vienne lui parler, alors »

« Ah ben non on se déplace pas madame, il faut l'amener à l'hôpital »

« En fait ils se contredisent sans arrêt quoi, y en a un qui te dit blanc, l'autre qui te dit rouge, tu sais jamais quoi. »

De plus, dans le cadre de l'hospitalisation, la patiente n'avait rien à régler alors qu'une fois à domicile, la facture du matériel non pris en charge peut atteindre des sommes importantes et d'autant plus difficile à accepter que la patiente n'a pas été prévenue...

Dans ce cas les revenus de la patiente sont faibles (minimum vieillesse) et c'est la famille qui permet d'assumer cette charge financière :

« En hospitalisation maman elle avait ce qu'on appelle une chambre implantable, c'est-à-dire que là elle avait un truc et puis il lui faisait les perfusions directement dedans, parce qu'elle était sous perfusion en permanence, elle était nourrie par là et tout.

Une fois par semaine ils sont obligés de changer l'aiguille; eh ben rien que sur l'aiguille j'ai donné déjà 2,70 euros par aiguille.

Je les bouffe pas les aiguilles on est d'accord. Sur les poches de perfusion, je redonnais des sous, sur les tubulures, sur les fils je redonnais des sous. Sur tout, j'ai dit elle aurait été à l'hôpital je payais rien. Même les couches, on tournait à 35 euros par semaine de couches. Eh ben oui.

- Et c'est toi qui a fait la demande, ou c'est elle qui voulait

- Non maman voulait. Mais moi on m'a dit vous inquiétez pas vous serez aidés.

- Oui aidés mais pas remboursés totalement.

- Tu ne recommencerais pas une HAD c'est ça que tu dis?

- Déjà financièrement, tu dis.

- Ah oui financièrement ben déjà on a eu 350 euros par mois de frais de piqûres de machins de poches qui ne sont pas remboursés de trucs de nourriture parce qu'on me dit ah ben oui mais si vous lui achetiez de la nourriture et ben oui mais c'est quand même pas le même prix de nourriture que ce que tu lui achètes ... enfin bon tout un tas de trucs qu'est pas remboursé, qu'est pas pris en charge.

- Oui c'est pas normal ça.

- Tu sais t'arrives vite.

- Ils considèrent la participation tu sais comme quand t'es à l'hôpital, il y a un forfait journalier.

- Et à combien celui là maintenant.

- 18 euros.

- 18.

- Mais c'est pris sur la mutuelle.

- Ah oui maman elle aurait été dans le forfait, elle aurait été à l'hôpital elle aurait pas payé, je veux dire.

- Oui.

- Quand on te dit on va vous aider, moi le Conseil Général nous a dit on la prend en APA, et dans l'APA il y a l'aide ménagère, donc tu donnes un petit peu sur l'aide ménagère mais quand même c'est 3 francs 6 sous, ils sont même pas comptés dans les 350 euros l'aide ménagère, elle venait qu'une fois par semaine 1H30 alors je vais te dire et encore parce que tu sais qu'on a été jusqu'à faire la réflexion, elle devrait pas nettoyer les toilettes, et la douche puisqu'elle n'allait plus au toilette. Elle avait vu qu'elle faisais sur le plat bassin et que je mettais dans les toilettes, elle pouvait bien quand même de temps en temps faire les toilettes non mais enfin bon je veux dire, tu vois c'est le genre de choses, que t'entends et tu te dis ils sont cons. Et ils nous doivent encore 700 euros de plus. Et quand tu téléphones ils te disent non mais vous les aurez les sous...

- Dans 10 ans ... »

« Tu sais quand je lisais dans les rapports d'ATD Quart-Monde que t'as des gens qui ont des cancers et qui pouvaient plus se soigner moi j'en n'arrivais pas à comprendre pourquoi. Maintenant si. »

Le patient est toujours celui qui subit le plus les incohérences du système de soins. D'où parfois un sentiment de solitude et d'injustice.

4.15 Effet pervers de l' « effet plafond » dans l'attribution ou non de la CMU

Il apparaît qu'il vaut mieux être « très malade » pour bénéficier d'une ALD et ainsi d'une prise en charge à 100% pour les personnes qui sont juste au dessus du plafond d'attribution de la CMU plutôt que « moins malade » et être mal pris en charge:

De même pour les personnes approchant de la retraite ou au RMI, qui en l'occurrence n'ont pas forcément intérêt à retrouver un travail car ils risqueraient de dépasser le plafond :

« Donc on a des gens maintenant qui sont malades chroniques, qui sont sortis du dispositif de CMU pour pas grand chose et qui peuvent pas se soigner. Parce que les mutuelles qu'on a mises et qu'on arrive à avoir comme celles qu'on a pour vous elles sont à 100% sans avance de frais. Donc ça veut dire que c'est pas possible, on ne peut pas tout avancer. Donc c'est vrai que la CMU, ce qu'on appelle de biens couverts, est quand même très important par rapport aux mutuelles. »

« Une dame de 58 ans témoigne qu'elle attend la retraite avec angoisse, car elle est chômeuse en fin de droits et bénéficie donc de la CMU et autres avantages liés aux minimas sociaux mais quand elle aura sa retraite qui sera peut être de 200€ de plus, elle perdra tout cela et surtout la CMU. Elle dit que sa fille qui est caissière gagne 900€ et qu'elle ne peut pas se payer une mutuelle. Elle a une petite fille. »

Et nous rappellerons l'exemple suivant, à mon sens très révélateur :

« Mr A. a eu deux contrats dans des entreprises de réinsertion. Pas de troisième. Refus renouvellement CMUc car ses revenus dépassent le plafond. A essayé de travailler à son compte dans l'horticulture mais n'a pas eu de soutien pour le prêt d'un terrain. Il est de nouveau au chômage. Il pourra retravailler dans une entreprise de réinsertion, mais il attend que ses revenus retombent sous le plafond pour CMUc car il est conscient qu'à son âge (50ans) on peut tomber malade et que cela le mettrait dans des difficultés pires que celles qu'il affronte déjà... »

4.16 Perception de la Mutualisation

A contrario du paragraphe précédent, des patients ne souhaitent pas recourir trop longtemps à la CMU dès lors que leur situation socio économique se stabilise:

« En 2006, le monsieur était au chômage. Des problèmes aux poumons l'ont conduit chez un pneumologue; en clinique privée, il a été découvert un polype, une pathologie qui demandait des soins coûteux. Une aide de la Sécurité Sociale a été accordée à titre exceptionnelle, et la CMU a été accordée pendant un an.

En 2007, ce monsieur a repris des petits boulots en intérim mais ces revenus ajoutés aux prestations de chômage ne lui ont plus donné droit à la CMU (2 mois à 14,74€ par jour + 10 mois à 755€). "Il faudrait arrêter le travail pour avoir la CMU".

Une aide à la mutualisation 200€ (pour un an) a été accordée en août 2008 ce qui a fait baisser le tarif de la mutuelle de 39€ à 23€ par mois (le chèque de la sécu a été remis à la mutuelle).

Ce monsieur constate que la recherche d'une mutuelle est difficile, mais c'est mieux d'avoir une mutuelle. "Moins on se sert des droits sécu (CMU...), mieux on se porte". »

Ou s'ils peuvent en bénéficier, ils estiment, notamment en raison de préjugés qu'il vaut mieux l'éviter.

« Cas d'une dame japonaise qui désire s'installer en indépendant comme traductrice assermentée. Elle paie la mutuelle de son mari décédé depuis 5ans (MGEN). Elle doit s'inscrire à la sécurité sociale des indépendants. On lui propose la CMU car elle a peu de revenus, mais elle refuse, « je peux payer » dit-elle, « j'ai des épargnes, je laisse aux plus malheureux, je ne veux pas gaspiller la générosité de l'état français » « J'ai entendu dire que les médecins ne prennent pas la CMU. Il faut que mes enfants soient le mieux soigné. Je ne veux pas prendre le risque qu'ils soient refusés Je veux être prête à faire le plus possible pour mes enfants, le bonheur, la santé, l'argent après » ».

« Suite à une mauvaise orientation scolaire, le jeune homme change de formation, il entre en faculté de droit. Mais il tombe malade en mai ; doit quitter ses études. En septembre, il s'inscrit à l'ANPE ; on ne lui fait aucune proposition (autre filière d'études...). On lui propose le RMI + la CMU. Il refuse

car dit-il, « mon cas ne relève pas de la grande pauvreté, mais de difficultés conjoncturelles ». Il fait une évaluation de ses capacités (inscription par lui-même). Il finit par se réinscrire à la faculté. Il adhère à une mutuelle par ses propres moyens (payée sur ses économies). »

De plus, pour illustrer la perception et les à priori négatifs que l'on peut avoir de la CMU, citons l'exemple d'une patiente « vexée par le pharmacien qui lui a dit devant tout le monde qu'elle devait régler encore des médicaments alors qu'elle avait la CMU ». Le fait de révéler devant des inconnus qu'elle bénéficie de la CMU est presque honteux.

On constate donc qu'il peut exister une différence entre la perception des besoins par les patients et les critères sociaux pour l'attribution de la CMU. Et ce, dans les deux sens.

Ces exemples soulignent aussi la peur d'une certaine stigmatisation par rapport à la population générale lorsque l'on bénéficie de la CMU.

5. Discussion autour de la relation soignant/ soigné et de l'accès aux soins

On constate dans l'étude que, devant des difficultés rencontrées pour l'accès aux soins, des stratégies de contournement pour permettre le soin peuvent être mises en œuvre par les professionnels:

- Soins dispensés gratuitement
- Soins avancés aux risques et périls financiers du praticien
- Tiers-payant réalisé avec la part complémentaire restant théoriquement à la charge du patient, et qui dans les faits reste le plus souvent aux frais du médecin car le patient n'a pas les moyens de régler cette part complémentaire
- Dispense d'avance des frais facilitée pour les patients en affection longue durée (ALD)
- Illégalité : utiliser la carte vitale d'une autre personne que le patient
- Soutien du milieu associatif ou de l'entourage

Ces stratégies sont au cœur de la relation soignant/ soigné. Comment se fait-il que certains les mettent en œuvre et d'autres non ?

On peut considérer cette question sous deux aspects : celui du soignant et celui du soigné

5.1 Le soignant d'une part: différents facteurs vont influencer sur son comportement

Sa spécialité : le montant des frais engagés sera plus élevé chez un dentiste ou un radiologue que chez un médecin généraliste. Ce montant est d'ailleurs à mettre en perspective avec les frais de fonctionnement de la structure de soins : d'une manière générale, plus ils sont élevés (matériel coûteux à amortir par exemple), plus le coût des actes le sera. Des soins gratuits « coûteront » moins cher à un médecin généraliste qu'à un dentiste ou un radiologue. De même, le fait d'être conventionné en secteur 1 ou non (dépassements d'honoraires) va d'une part « sélectionner » les patients, et d'autre part, des soins gratuits « coûteront » là aussi plus cher pour le soignant en secteur déconventionné.

Par conséquent, sur un plan strictement financier, il paraît plus « facile » pour un médecin généraliste de réaliser ce genre de pratique.

Ensuite, le lieu d'exercice conditionne en partie la patientèle du cabinet : un soignant exerçant dans un quartier défavorisé risque d'être confronté plus souvent à des patients en situation de précarité qu'un soignant exerçant en centre-ville. Il aura une certaine « habitude » des spécificités de ses patients (difficultés financières, rapport à la santé et aux soignants).

Dans le même ordre d'idée, on ne peut négliger une certaine « pression » de la salle d'attente. En effet,

il peut exister une certaine crainte que le regard des autres face à un patient qui affiche parfois des signes extérieurs de précarité (hygiène, aspect parfois négligé, éducation, ethnique...) et les préjugés qui y sont associés, fasse « fuir » une partie de la patientèle du médecin.

Les relations du soignant avec la sécu peuvent également conditionner sa pratique. En effet, un soignant qui aura été contraint de reverser des honoraires à la sécu en raison de pratiques non conformes, sera moins arrangeant par la suite:

Par exemple : prescrire des médicaments qui ne sont pas en rapport avec l'affection longue durée (ALD) dans la case ALD et donc remboursés à 100% pour « arranger » un patient en difficulté financière ou effectuer des soins dentaires à un patient bénéficiant de la CMU en jouant sur la nomenclature -inadaptée- de certains actes afin que le patient puisse bénéficier du meilleur soin possible).

Nous avons également vu que le fait de ne pas avoir été payé plusieurs fois, dans le cas des dentistes, peut conditionner leur accueil afin d'éviter d'avoir à faire face à nouveau à ce type de situation.

On citera l'exemple d'un dentiste qui recevait plus de 15% de patients bénéficiant de la CMU. Suite à des sanctions financières de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en raison de sa pratique (accueil inconditionnel, consultations, soins de gencives, détartrages en trop grand nombre par rapport à un référentiel de pratiques régional) il ne reçoit aujourd'hui plus que 3% de patients bénéficiant de la CMU. Où vont se faire soigner les 12% manquant ? Probablement nulle part.

Un des avantages de l'exercice libéral est que le soignant peut pratiquer son art avec une certaine liberté. Même si cette liberté est à la limite de la légalité dans certains cas, d'un point de vue déontologique peut-on laisser ces patients sans soins ? Ou faut-il les soigner gratuitement au risque de fragiliser l'équilibre financier de la structure de soins ?

L'intensification des cadrages en fonction de l'analyse de l'activité des praticiens ne risque-t-il pas de limiter à terme cette marge de manœuvre ?

Afin de nuancer ce propos, on précisera que d'un autre côté, dans les cas où les médecins effectuent beaucoup de tiers-payant, il existe en pratique une certaine « tolérance » de la part des caisses d'assurance-maladie concernées qui les règlent en général sans difficulté et sans obligation de passer un accord entre le patient, la caisse, et le médecin sur ce sujet.

Le fait que le soignant connaisse l'existence de certaines prestations auxquelles le patient peut avoir droit (aide à la mutuelle ou prestations supplémentaires) et puisse le renseigner signifie qu'il s'est intéressé et renseigné sur le sujet. On pourrait d'ailleurs considérer que cela devrait faire partie de la formation continue du professionnel

En pratique, le fait d'aborder ce genre de sujet est chronophage, et peut paraître à la fois complexe et peu gratifiant. Il risque de plus d'empiéter sur le temps dévolu à l'aspect strictement médical de la consultation. Certains n'ont pas nécessairement l'envie ou le temps de faire cet effort, d'autant plus si leur salle d'attente déborde et s'ils ne connaissent pas suffisamment le sujet. Il s'agit d'une prestation de service qui n'est pas rémunérée.

Quelle que soit la pratique, proposer une solution pour contourner l'obstacle dépend à mon sens de la sensibilité du soignant face à ce genre de situation, et est une affaire de choix individuel et personnel :

Par exemple, citons le cas décrit dans l'étude d'un médecin hospitalier qui ignore les consignes de son chef de service de refuser une éventuelle réanimation en raison du « terrain » du patient .

Lors de mon internat, à l'hôpital, j'ai entendu des médecins seniors qui disaient ouvertement que tel ou tel cas ne les intéressaient pas car ils n'étaient pas payés, ni formés pour « faire du social ».

Un médecin généraliste, que j'ai remplacé, ne réalise pratiquement jamais de tiers-payant, car

« responsabiliser » le malade lui tient à cœur. Un autre que je remplace régulièrement, le réalise systématiquement pour ses patients qui ont des difficultés financières.

Un pharmacien (cas décrit dans l'étude) qui attend, pour percevoir ses honoraires, que la situation du patient soit régularisée.

Par conséquent les pratiques dépendent du praticien, d'ailleurs, les patients ne s'y trompent pas et après mes premières expériences de médecin généraliste remplaçant, je constate que la patientèle d'un cabinet médical est en quelque sorte à l'image du médecin qui y exerce.

On retrouve encore une fois ces aspects dans les refus de soins :

Praticiens qui ont été « échaudés » par des honoraires qui n'ont pas été réglés et qui ne souhaitent pas renouveler ce genre de situation.

Praticiens qui ne souhaitent pas tenter l'expérience.

5.2 Du côté du soigné

On a déjà fait remarquer l'importance de l'accompagnement : entourage, associations, qui peuvent « dépanner », aider à transmettre les informations et faire le lien entre les différents acteurs. Le fait de ne pas être isolé permet en effet d'obtenir des informations. La bouche-à-oreille va avoir une influence sur la connaissance des patients quant à la qualité d'accueil ou d'écoute de tel ou tel médecin.

Deux exemples issus de ma jeune expérience de médecin remplaçant :

Un cabinet médical au centre d'une petite ville composé de trois médecins généralistes. Un des trois médecins a une patientèle composée en grande partie de patients bénéficiant de la CMU et d'anciens toxicomanes sous traitement substitutif. La patientèle des deux autres est considérée « normale » dans la mesure où une petite minorité de leurs patients sont dans ce cas. Il y a encore une dizaine d'années, sa patientèle était elle aussi « normale », puis progressivement, elle s'est constituée ainsi, notamment grâce au bouche-à-oreille donc. D'autant qu'une partie de ses anciens patients ont changé de médecin traitant sans qu'il ait eu d'explication de leur part. Le regard de ses confrères sur cette évolution est qu'il est sûrement « trop gentil », car ce genre de patient peut avoir tendance à « abuser » quelque peu des soins étant donné qu'ils ne paient pas.

Je remplace régulièrement dans un cabinet médical proche du centre de Nancy, composé de deux médecins, où une bonne part de la patientèle est constituée comme dans l'exemple précédent, de patients bénéficiant de la CMUc ou d'anciens toxicomanes. Dès que les patients sont dans une situation financière difficile, le tiers-payant est effectué. Concernant les anciens toxicomanes, certains viennent d'autres communes que Nancy (Lunéville par exemple), car leur médecin de famille a refusé de les prendre en charge pour cette pathologie. En général, ils ont appris par un proche que ces médecins acceptent de prendre en charge les toxicomanes désirant se sevrer, donc ils viennent.

5.3 Accès aux soins et notion de « responsabilisation » des patients

Ces aspects posent encore une fois la question de l'accès aux soins pour tous. La conjoncture économique actuelle risque d'accroître encore le nombre de patients en situation de précarité.

Parallèlement, la notion de « responsabilisation » des patients consiste dans les faits à les faire payer de plus en plus pour leur santé (déremboursement des médicaments, franchises médicales, hausses du forfait hospitalier) afin de limiter les dépenses de santé et les « abus », avec le risque de stigmatisation au passage des patients bénéficiant de la CMU, par définition « irresponsables » vu qu'ils ne paient pas.

Les patients bénéficiant de la CMU restent en quelque sorte relativement « protégés » de ces évolutions (en dehors des médicaments déremboursés) pour cette raison : ils ne paient pas ces hausses.

Le fait que les patients puissent bénéficier de la CMU, et ainsi, théoriquement, être soignés de la même façon que la population générale est d'ailleurs un acquis d'une valeur inestimable pour notre société, même s'il persiste des difficultés pour un accès égal aux soins.

Par contre, la conséquence pour le reste de la population est donc une participation financière individuelle de plus en plus importante, et notamment par l'augmentation des tarifs des mutuelles.

Les difficultés pour les patients qui ne sont pas assez pauvres pour bénéficier des minimas sociaux risquent donc de s'accroître (cf § « perception de la CMU » et « mutuelles »)

Est-il tolérable qu'il faille choisir entre le droit à la santé ou le droit au travail ?

Ce concept de « responsabilisation » semble mettre l'accent principalement sur l'aspect financier – certes primordial - de la santé. Mais ne serait-ce pas quelque peu réducteur ? Ne serait-ce pas quelque part une façon d'éviter de s'interroger sur la complexe définition de la santé - si tant est qu'il y en ait une - , sur le système de soins en général et, quelle est sa place dans notre société ?

N'y a-t-il pas une contradiction dans le fait d'organiser d'un côté des campagnes de prévention de masse (cancer du sein, cancer du côlon,) où les patients reçoivent par courrier un appel à se rendre dans une structure de soins (cabinet de radiologie pour la mammographie, cabinet de médecine générale pour recevoir le test de recherche de sang dans les selles), sans avoir pratiquement de frais à avancer dans un premier temps, alors que dans un deuxième temps, si le résultat du test est douteux il faut réaliser un examen pour lequel il faudra avancer les soins (échographie ou coloscopie). Ce qui comme nous l'avons vu peut poser des problèmes à certains, sans que l'on puisse ici parler de consumérisme médical de la part des patients...

Le fait par exemple que la France soit le premier consommateur mondial de psychotropes est-il simplement la conséquence de patients quémandeurs, ou de médecins irresponsables qui cèdent à la facilité ? Ou n'y aurait-il pas d'autres facteurs explicatifs que l'on pourrait prendre en compte ? Comme par exemple la précarisation de plus en plus importante du travail en général, source d'incertitudes et d'angoisses pour les personnes qui travaillent ou qui n'ont plus d'emploi ?

Dans ce contexte, « responsabiliser » les patients est-il le seul levier sur lequel on puisse avoir une action ?

Le système de rémunération des médecins libéraux, à l'acte, ne peut-il pas avoir comme effet pervers de favoriser un certain clientélisme ?

Est-il justifié de consulter son médecin pour un rhume ? Est-il justifié que celui-ci rédige une ordonnance comprenant beaucoup de médicaments qui ne serviront pas à grand-chose ? On soigne les nourrissons pour une rhinopharyngite avec du sérum physiologique et du paracétamol. Et ils guérissent. Pourquoi n'en serait-il pas de même avec les adultes ? Pourquoi certains patients auront l'impression d'être mieux soignés en prenant des médicaments et d'autres non ?

Qu'est-ce qu'un « abus » ? Est-ce qu'une maman qui fait venir le médecin de garde à 4h du matin parce que son enfant de 3 ans est tombé de son lit et qu'elle a peur qu'il fasse « un hématome au cerveau », alors que l'enfant se porte comme un charme, abuse de la générosité de notre système de soins ? Cette question en soulève d'ailleurs une autre : comment la société a-t-elle enlevé à l'individu sa responsabilité sur son corps ? Le rôle du soignant n'est-il pas aussi de rassurer les patients et de les éduquer ?

Il me semble que les soins ne se résument pas à la prescription de médicaments. Nous sommes encore ici au cœur de la relation soignant/ soigné. Le patient qui consulte pour un rhume veut peut-être exprimer autre chose. Encore faut-il que le soignant soit disponible pour le percevoir et l'entendre. Ce qui nous en conviendrons n'est pas toujours facile.

Résumer l'usager comme un simple consommateur de soins me semble un peu réducteur. On oublie parfois qu'il s'agit d'un être humain, qui a son histoire, ses bonheurs, ses malheurs, qui influent sur sa perception de la santé et sur son rapport à la santé et aux soignants: « *La santé, c'est le corps, c'est privé, c'est comme une armoire normande, on la tient bien fermée.* »

On nous apprend à la faculté à considérer le patient dans sa « globalité ». Mettre en application cette notion, ne pas se satisfaire du concept comme un mot-clé pour un examen de fin d'année, n'est pas facile au quotidien. Ceci dépend du soigné qu'il soit en situation de précarité ou non, du soignant, et du contexte des soins (différent par exemple selon que la consultation ait lieu dans un service d'accueil des urgences saturé ou dans un cabinet médical où la salle d'attente est vide...). Il s'agit donc d'une relation, souvent complexe, entre deux êtres humains.

Je n'ai pas de réponse à toutes ces questions, je n'ai qu'une intime conviction. C'est pour tenter de nourrir cette réflexion que j'ai accepté ce sujet de thèse, de participer et de tenter d'analyser cette étude.

Conclusion

Pour conclure, notre système de soins permet de prendre en charge de façon performante la majorité de la population, et même ceux qui ont des faibles revenus grâce à la CMUc. Néanmoins, il reste un nombre non négligeable de patients qui rencontrent des difficultés pour accéder aux soins. Et si la santé est un droit, il persiste des inégalités.

L'analyse de ces fiches relève que les premiers problèmes évoqués sont des difficultés financières et des difficultés d'accès aux droits.

Or pour faciliter l'accès aux soins, il faut que tous les citoyens accèdent à leurs droits. Ceci fait partie intégrante de l'acte de soin, et rentre dans la relation soignant/ soigné, qui doit rester une relation humaine.

L'accès à l'information ne peut donc se résumer à une recherche sur internet, qui peut certes convenir à certains patients, mais pas à d'autres. Il doit pouvoir passer par une transmission de l'information et pour cela il nécessite un ou des interlocuteurs :

- les soignants devraient être sensibilisés et formés (soit lors de leur formation initiale, et dans tous les cas au cours de la formation continue)
- l'accompagnement par les associations
- le personnel des organismes sociaux

Suite à l'analyse de ces fiches, des données sont également obtenues concernant : les dynamiques relevées, l'observation des pratiques et des propositions de certains professionnels (très souvent en médecine générale) sensibilisés à la prise en charge des pauvres qui sont marqués dans leur chair à cause de la violence continue que constitue la misère, sur le plan des maladies, des traumatismes, des handicaps, et dans leur psychisme. Ces professionnels constatent au quotidien les inégalités de santé dans notre pays. Dans ce contexte, on pourrait considérer que la justice en matière de soins de santé voudrait que les plus pauvres soient prioritaires.

Par conséquent, une proposition est de réunir ces données avec les travaux existants sur ce sujet, afin de réaliser des recommandations de bonnes pratiques à l'usage des professionnels afin d'améliorer cet accès aux soins.

Dans un deuxième temps, se posent les différences de couvertures mutuelles. Les mutuelles « bas de gamme » couvrent moins bien que la CMUc (panier de bien), ce qui peut être source de difficulté. Notamment pour avancer les soins, même si certains leur seront remboursés intégralement. Faciliter le tiers-payant intégral pourrait être une proposition.

Ensuite, une fois ce versant « administratif » et financier de la santé résolu, reste le problème de l'accès aux soins d'un point de vue « géographique » : répartition inégale des spécialistes notamment en secteur 2, éloignement de certains patients des structures de soins hospitalières

Si des patients élaborent avec leur soignant des stratégies pour contourner l'obstacle, un certain nombre de patients retardent ou abandonnent une démarche de soins par découragement ou par lassitude devant ces difficultés.

Ce point soulève quelques questions pour un jeune médecin: où les soigner ?

Faudra-t-il attendre qu'ils soient réellement en mauvaise santé pour les prendre en charge à l'hôpital, dans une situation d'urgence ? En « espérant » qu'ils aient la « chance » de souffrir d'une affection longue durée (donc prise en charge à 100%) ? Quelle est la place de la prévention pour ces personnes ? Faudra-t-il recréer des dispensaires pour soigner gratuitement les nécessiteux, sans condition de ressources ? Ne serait-ce pas une forme d'échec de la CMU et de son caractère à visée « universelle » ?

Cependant, pour comprendre ces difficultés afin d'essayer de les corriger, il paraît indispensable de continuer à les analyser. C'est pourquoi le réseau santé Wresinski, dans le cadre de son étude des dynamiques de soins des plus pauvres poursuit son travail. Ainsi, les membres du réseau de toute la France remplissent régulièrement des fiches Wrésinski.

Voici quelques sujets abordés :

Défense du droit des usagers (en l'occurrence du secret médical : pour une demande de titre de séjour au titre d'étranger, refus de la préfecture car il n'a pas amené son dossier médical au guichet...)

Manque de communication entre les soignants, le soigné en fin de vie et son entourage dans le cadre d'une HAD

Perte de couverture sociale pour un patient victime d'un AVC en raison des délais de prise en charge de son dossier auprès de sa Cnam

Difficulté à ouvrir des droits en raison de la multiplication des justificatifs à fournir par des patients en grande difficulté et de l'intransigeance de certaines caisses.

Retards ou renoncement à des soins pour des raisons financières (consultation chez le cardiologue ou opération chirurgicale)...

Des solutions ne sont malheureusement pas toujours trouvées, mais quand elles le sont, c'est très souvent grâce à l'investissement et à l'accompagnement des professionnels de santé (médecin hospitalier ou assistante sociale dans ces quelques fiches).

Il paraît urgent d'ouvrir des perspectives de travail plus généralisées entre les différents acteurs du système de soins (généralistes et leurs confrères, spécialistes, hôpitaux) auprès de la Haute Autorité de Santé afin de pouvoir travailler sur des recommandations adaptées aux populations pauvres.

Références Bibliographiques

- 1) 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
- 2) AUDOLLENT DG, FAYARD D, *Combattre l'exclusion*, Ed Les essentiels Milan, 1999
- 3, 4) WRESINSKI J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987
- 5) COLLET M, MENAHEM G, PARIS V, PICARD H, *Précarités, risque et santé*, Questions d'économie de la santé, bulletin n°63 janvier 2003, CREDES
- 6) WRESINSKI J, *Les plus pauvres, révélateurs de l'indivisibilité des droits de l'homme*, Cahier de Baillet, Editions Quart Monde 1998
- 7) Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté 2007-2008– ONPES <http://www.onpes.gouv.fr/Le-Rapport-2007-2008.html>
- 8) http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCF04405 (Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007)
- 9) http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS04401 (Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux 1970 à 2005, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2007))
- 10) http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS04604
- 11) Rapport d'activité 2008 du fonds CMU <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=89>
- 12) <http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=6&style=&col=>
- 13) http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=CMRSOS04238 (source : Insee (comptes économiques régionaux des ménages - base 2000)
- 14) http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=CMRSOS03311®_id=99 (Source : Insee - Taux de chômage localisés)
- 15) SERVVRANCKX P, Insee Lorraine , *Économie Lorraine* N° 174-175 - Juin 2009
- 16) HENNION-AOURIRI M, NAUZE-FICHET E, SIGURET I, *Le nombre d'allocataires du RMI au 31 mars 2009*, Etudes et Résultats n°693 Juin 2009, DREES
- 17) INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18
- 18) INSEE, *Pauvreté-précarité en Lorraine :Tableau de bord 2006 – Économie Lorraine* n° 136 – Juillet 2008
- 19) La Déclaration universelle des droits de l'homme, coll. « Folio », Gallimard, 1988
- 20) WRESINSKI J, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*, Conseil économique et social, JO n° 4074 du 28 février 1987
- 21) Loi du 1er décembre 1988, Ministère des solidarités de la santé et de la famille www.sante-gouv.fr
- 22) Loi du 29 juillet 1992 sur la réforme de l'aide médicale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr
- 23) Haut Comité de Santé publique, *La santé en France*, Rapport général, La Documentation Française, Paris, Novembre 1994
- 24) Loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994 et Circulaire n°95-08 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.santegouv.fr
- 25) Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté, Rapport au Comité Economique et Social, JO du 27 juillet 1995.
- 26) 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
- 27) 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
- 28) Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, www.sante-gouv.fr
- 29) FENINA A, LE GARREC MA, DUÉE M, *Les comptes nationaux de la santé en 2008*, Etudes

- et Résultats n°701 Septembre 2009, DREES
- 30) ATD Quart Monde, « *Stratégies de recours à la médecine de proximité dans les populations démunies* », Octobre 2009 URL : <http://www.atd-quartmonde.asso.fr/?Strategies-de-recours-a-la>
 - 31) <http://www.rmi-fr.com/#MontantduRMI>
 - 32) ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, Études et Résultats n° 679 Février 2009, DREES
 - 33) TANGUY H, « Droit et santé », Ceras - revue *Projet* n°263, Septembre 2000. URL : <http://www.ceras-projet.com/index.php?id=2019>
 - 34) Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 1 JORF 17 août 2004
 - 35) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé URL : <http://web.ordre.medecin.fr/rapport/refusdesoins.pdf>
 - 36) CNS, *Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010*, URL : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html>
 - 37) GARAY A, *La Lettre 15-16-17-18, Hiver 2001-2002, Espace éthique AP-HP* http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=2975
 - 38) Refus de soins : le testing 2009 rapport (Fonds CMU, juillet 2009) <http://www.cmu.fr/userdocs/IRDES%20refus%20de%20soins.PDF>
 - 39) http://www.developpementdurable.gouv.fr/IMG/pdf/523_fiche_renoncement_aux_soins_1_.pdf
 - 40) KAMBIA-CHOPIN B, PERRONNIN M, PIERRE A, ROCHEREAU T, *La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)*, Questions d'économie de la santé 4 n° 132 - Mai 2008
 - 41) Assurance maladie (janvier 2007), En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs. Point mensuel <http://www.lesml.org/old/exerciceMedical/pdf/Bilan%20parcours%20de%20soins.pdf>
 - 42) DOURGNON P, GUILLAUME S, NAIDITCH M, ORDONNEAU C, *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme*, Questions d'économie de la santé n° 124-Juillet 2007
 - 43) <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/vous-etes-hors-du-parcours-de-soins.php>
 - 44) INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18
 - 45) BOISGUERIN B, *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004*, Etudes et Résultats n°433 octobre 2005, DREES

Table des figures

Figure 1 : Répartition des répondants	38
Figure 2 : Répartition par sexe	39
Figure 3 : Répartition par classe d'âge	39
Figure 4 : Répartition des femmes par classe d'âge	40
Figure 5 : Répartition des hommes par classe d'âge	40
Figure 6 : Situation familiale	41
Figure 7 : Situation familiale des femmes	41
Figure 8 : Situation familiale des hommes	42
Figure 9 : Répartition profession	42
Figure 10 : Répartition profession chez les femmes	43
Figure 11 : Répartition profession chez les hommes	43
Figure 12 : Répartition de la profession chez les femmes en fonction de la classe d'âge	44
Figure 13 : Répartition de la profession chez les hommes en fonction de la classe d'âge	44
Figure 14 : Répartition couverture sociale	45
Figure 15 : Répartition couverture sociale pour les personnes dont le sexe est non renseigné	45
Figure 16 : Répartition couverture sociale chez les femmes	46
Figure 17 : Répartition couverture sociale chez les hommes	46
Figure 18 : Couverture sociale en fonction de la classe d'âge	47
Figure 19 : Répartition des classes d'âge pour les patients au régime général	48
Figure 20 : Répartition des classes d'âge pour les patients bénéficiant de la CMUc	49
Figure 21 : Répartition des classes d'âge pour les patients sans droits	49
Figure 22 : Situation familiale par classe d'âge et de sexe concernant les personnes majeures	50
Figure 23 : Répartition des disciplines concernées	52
Figure 24 : Répartition des problèmes évoqués	53
Figure 25 : Répartition des problèmes lorsqu'un deuxième problème est évoqué	54
Figure 26 : Les types de problèmes évoqués par discipline	56
Figure 27 : Conséquence de la situation décrite dans le déroulement des soins	58
Figure 28 : Répartition des problèmes évoqués pour les patients en ALD	63
Figure 29 : Répartition de la couverture complémentaire des patients	67
Figure 30 : Répartition des différents types de problèmes rencontrés en Médecine Générale	69
Figure 31 : Répartition des problèmes évoqués en Médecine hospitalière/ Cliniques	71
Figure 32 : Répartition des types de problèmes évoqués en Soins dentaires	74
Figure 33 : Répartition des types de problèmes évoqués en Psychiatrie/ Psychologie	75
Figure 34 : Répartition des types de problèmes évoqués en Radiologie	76
Figure 35 : Répartition des différents types de problèmes évoqués en Rééducation	77
Figure 36 : Répartition des différents types de problèmes évoqués en Ophtalmologie/ Optique	78
Figure 37 : Répartition des types de problèmes évoqués en Ethique	80
Figure 38 : Répartition des types de problèmes évoqués en Pharmacie	81
Figure 39 : Répartition des types de problèmes évoqués en Autres spécialités libérales	82
Figure 40 : Répartition des types de problèmes évoqués en Autre	83
Figure 41 : Répartition des types de problèmes évoqués avec la Sécu	85
Figure 42 : Relation entre le deuxième problème évoqué et la Médecine Générale	92
Figure 43 : Relation entre le deuxième problème évoqué et les Hôpitaux et Cliniques	92
Figure 44 : Relation entre le deuxième problème évoqué et les Soins dentaires	93
Figure 45 : Relation entre le deuxième problème évoqué et la Psychiatrie/ Psychologie	94
Figure 46 : Relation entre le deuxième problème évoqué et la Radiologie	94
Figure 47 : Relation entre le deuxième problème évoqué et l'Ophtalmologie/ Optique	95
Figure 48 : Relation entre le deuxième problème évoqué et la Pharmacie	95
Figure 49 : Relation entre le deuxième problème évoqué et les Autres spécialités libérales	96
Figure 50 : Relation entre le deuxième problème évoqué et un problème « Autre »	96
Figure 51 : Relation entre le deuxième problème évoqué et la Sécu	97
Figure 52 : Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est financier	98

Figure 53: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème d'accès aux droits	99
Figure 54: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème de relation soignant/ soigné	99
Figure 55: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème de compréhension	100
Figure 56: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème "Autre"	101
Figure 57: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un Refus de soins	101
Figure 58: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème d'Accès/ Transport	102
Figure 59: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème de Manque de moyens	102
Figure 60: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est un problème lié au Parcours de soins	103
Figure 61: Répartition du deuxième problème évoqué si le premier est lié aux Conditions de vie	103

Annexe 1 : Les différentes approches de la pauvreté⁴⁴

La pauvreté peut être appréhendée selon plusieurs méthodes, chacune prenant en compte une dimension particulière de la pauvreté. Dans tous les cas, la pauvreté est associée à un ménage (tous les individus vivant ensemble et partageant leurs ressources) et non à un individu pris isolément.

* **La pauvreté monétaire** : il s'agit d'un critère reposant uniquement sur le niveau de revenu des familles rapporté au nombre d'unités de consommation (cf. page 22). Au sein de la pauvreté monétaire, deux approches sont possibles.

- **la pauvreté monétaire absolue** : est considérée comme pauvre une famille dont les revenus sont inférieurs à la somme nécessaire à l'achat d'un panier de biens considérés comme indispensables. La définition de ce seuil absolu est sujette à débat (que signifie « indispensable » ? ce qu'il faut pour ne pas vivre, pour vivre « décentement »... ?) et l'Insee ne réalise pas actuellement des estimations de l'ampleur de la pauvreté avec cette définition.

- **la pauvreté monétaire relative** : est considérée comme pauvre une famille qui touche des revenus très inférieurs aux autres familles. Le seuil de pauvreté est statistique (la moitié de la médiane le plus souvent, la médiane étant le niveau de revenu tel que 50% de la population est en dessous de ce niveau) et sa valeur varie dans le temps en fonction des revenus de l'ensemble de la population : si tous les individus voient leur revenu augmenter, le nombre de pauvres selon cette définition, peut rester constant. La pauvreté relative diminue lorsque les disparités de revenu au sein d'une population décroissent, notamment l'écart entre les bas revenus et le revenu médian.

* **La pauvreté institutionnelle** : est considérée comme pauvre une famille qui bénéficie des aides institutionnelles réservées aux revenus les plus faibles. On repère alors le plus souvent les bénéficiaires de minima sociaux (RMI, Allocation parent isolé, Allocation adulte handicapé, Allocation spécifique pour les chômeurs en fin de droits, minimum vieillesse pour les retraités). Cela revient à considérer que les critères d'attribution de ces aides (combinant niveau de revenu et structure de la famille notamment) sont aussi des critères pour définir la pauvreté.

* **La pauvreté par les conditions de vie** : est considérée comme pauvre une famille qui manque globalement d'éléments de bien-être matériels. Cette définition se rapproche par son caractère non purement statistique, de la pauvreté monétaire absolue, mais s'en distingue par l'indicateur utilisé : non pas une des causes que constitue le plus souvent le revenu, mais les conséquences de la pauvreté en terme de conditions de vie. Ce type d'approche est développé dans les enquêtes portant sur les équipements du foyer notamment.

* **La pauvreté subjective** : est considérée comme pauvre une famille qui se déclare elle-même pauvre. Cette approche délibérément subjective est développée dans les enquêtes qualitatives portant sur l'évaluation par la famille de sa propre situation financière et matérielle. La difficulté de cette approche est qu'elle repose sur un référentiel de la pauvreté propre à chacun, fonction de ce que l'on souhaite, de ce que l'on observe chez les voisins, du niveau des minima sociaux...

⁴⁴ INSEE sous la direction de William ROOS, *Pauvreté, précarité en Lorraine 2004*, rapport d'avril 2004, Economie Lorraine Dossiers n°18

Annexe 2 : les dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées : la CMU, l'AME, et l'ACS

La CMU

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), la CMU est entrée en vigueur le 1er janvier 2000. Ce dispositif comporte deux volets, la CMU de base et la CMU complémentaire.

. L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base

La CMU de base permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie (caisse de sécurité sociale). Les personnes dont le revenu fiscal annuel est supérieur à un seuil doivent acquitter une cotisation annuelle de 8% sur le montant des revenus supérieurs à ce seuil. Les personnes dont le revenu fiscal se situe au dessous de ce seuil, les bénéficiaires du RMI et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont exemptés de cotisations.

Le montant de ce seuil est fixé à 7521 euros pour une personne seule depuis le 1^{er} juillet 2009.

. La CMU complémentaire

La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources fixée par décret. Elle remplace l'aide médicale dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée. Les personnes qui bénéficiaient en 1999 de l'aide médicale, y compris les titulaires du RMI ont été transférées automatiquement à la CMU complémentaire au 1er janvier 2000. L'affiliation à la CMU complémentaire permet la prise en charge, avec dispense d'avance des frais, du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audioprothèses...).

Le demandeur choisit si les prestations seront gérées par une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire ayant indiqué vouloir assurer cette gestion. Le choix d'un organisme complémentaire permet à la personne de bénéficier à la sortie du dispositif d'une protection complémentaire auprès de cet organisme pendant un an à un tarif privilégié.

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie. Le plafond de ressources concerne les ressources des douze derniers mois précédant la demande et varie selon la composition du foyer. Il est majoré de 50 % pour la deuxième personne, de 30% pour les troisièmes et quatrièmes personnes et de 40% à partir de la cinquième personne. Le foyer CMU se compose du demandeur et de son conjoint et des enfants de moins de 25 ans sous certaines conditions.

Le plafond de ressources, fixé à 534 euros mensuels pour une personne seule au 1er janvier 2000 a été revalorisé périodiquement pour atteindre 566,5 euros du 1er juillet 2003 au 30 juin 2004 et 576,1 euros pour la période allant du 1er juillet 2004 au 30 juin 2005. Il est actuellement de 627€ par mois. Depuis le 1^{er} septembre 2003, le montant applicable aux Dom est majoré. Il est actuellement de 698€ par mois.

L'Aide médicale de l'Etat (AME)⁴⁵

L'Aide médicale de l'Etat est destinée à prendre en charge, sous conditions de ressources, les frais de santé des personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier de la CMU complémentaire. La loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 a conditionné l'accès à l' AME par une résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat précise les pièces justificatives permettant la vérification de ces conditions de résidence en France.

L'Aide Complémentaire Santé :

L'aide complémentaire santé, initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 % (752€ par mois pour une personne seule actuellement).

Le montant de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

La demande d'aide complémentaire santé est à faire auprès de la caisse d'assurance maladie du patient. En cas d'accord, celle-ci lui remet une attestation de droit à l'aide complémentaire santé. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, il bénéficie de la réduction sur le contrat santé individuel choisi. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Si le contrat vaut par exemple 400 € et que la réduction est de 200 €, le patient ne paiera que la différence, soit 200 €.

⁴⁵ BOISGUERIN B, *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004*, Etudes et Résultats n°433 octobre 2005, DREES

Annexe 3 : Parcours de soins coordonnés, Franchises médicales, Déremboursements

Instauration d'un parcours de soins:

On notera que la loi d'août 2004 instaure également le « parcours de soins coordonné », qui vise officiellement à favoriser la qualité des soins et à organiser un accès optimisé au système de santé en instaurant un dispositif qui doit permettre au médecin traitant (spécialiste ou généraliste) d'assurer un véritable suivi médical de ses patients. En effet, son rôle consiste à coordonner le "parcours de soins" de chacun de ses patients, c'est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de sa santé.

C'est lui que l'assuré consulte en premier recours. Si besoin, avec son accord, son médecin traitant l'adressera dans un deuxième temps, au professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation.

En cas de non respect du parcours de soins une majoration de la participation de l'assuré (en diminuant la base de ses remboursements) est instaurée et donc régulièrement augmentée depuis 2006.

Pour bénéficier du meilleur taux de remboursement de ses dépenses de santé chaque bénéficiaire de l'assurance maladie de plus de 16 ans est invité à choisir un médecin traitant et à faire connaître son choix à l'organisme d'assurance maladie dont il relève (1). Ce médecin est librement choisi par le patient qui garde la possibilité d'en changer à tout moment.

Si l'assuré préfère ne pas choisir de médecin traitant ou décide de consulter un médecin sans passer par son médecin traitant, il continue à être pris en charge par la sécurité sociale, mais à un niveau de remboursement moins avantageux (voir infra) car il est hors parcours de soins coordonné.

L'accès à certains spécialistes ne nécessite pas de prescription du médecin traitant. Ils sont « d'accès direct spécifique ». Il s'agit des gynécologues, psychiatres et neuropsychiatres. Les patients en affections de longue durée (ALD) peuvent accéder directement à leurs spécialistes sans prescription médicale préalable lorsqu'ils choisissent leur médecin traitant dans le cadre de leur protocole de soins. Enfin, certaines situations dispensent d'une consultation du médecin traitant : notamment l'urgence médicale ou le déplacement hors du lieu de résidence.

L'instauration d'une majoration de la participation de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins coordonné vise à responsabiliser les patients quant à leur consommation médicale et à contribuer au redressement des comptes de l'assurance maladie.

La loi du 13 août 2004 a prévu que le bénéficiaire des soins qui n'a pas choisi de médecin traitant ou qui consulte un autre praticien sans son accord serait moins remboursé. Dans ce cas, l'assuré supporte un taux de participation (ticket modérateur) plus important.

C'est l'Union nationale des caisses d'assurances maladie qui fixe le niveau de remboursement notamment dans ce cas. L'article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale (tel que modifié par le décret n° 2007-1170 du 2 août 2007 relatif à la majoration de participation de l'assuré) prévu à l'article L. 162-5-3 du même code, a fixé une limite en pourcentage (de 17,5 % à 22, 5 % de la base de remboursement) à l'intérieur de laquelle l'UNCAM doit déterminer le taux de la majoration précitée.

Depuis l'instauration du parcours de soins coordonné par la loi précitée, la majoration de ticket modérateur prévue à l'article L. 162-5-3 du CSS a été fixée une première fois à 10 % du tarif des consultations de médecins par décision de l'UNCAM du 17 novembre 2005, soit un taux de prise en charge par l'assurance maladie de 60 % de la base de remboursement en cas de non respect du parcours de soins et par décision du 29 août 2007 publiée au J.O. du 1er septembre 2007, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a fixé, à compter du 2 septembre 2007, le

montant de la majoration de participation de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins coordonné, à 20 % de la base de remboursement à compter du 2 septembre 2007, soit un taux de remboursement de 50 %⁴⁶.

Instauration de « franchises médicales »:

Depuis le 1er janvier 2008, une franchise annuelle s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est :

de 50 centimes d'euros par boîte de médicaments et par acte paramédical
de 2 euros par transport sanitaire.

Pour éviter de pénaliser les plus malades, le montant de la franchise ne pourra excéder un plafond global de 50 euros par an. Il a aussi été mis en place un plafonnement journalier à hauteur de 2€ par jour pour les actes paramédicaux et de 4€ par jour pour les transports sanitaires.

En pratique, cette somme est déduite au fur et à mesure des remboursements effectués par les caisses d'assurance maladie. En cas de tiers payant, la franchise est déduite des premières prestations ultérieures versées par les caisses d'assurance maladie.

Pour tenir compte de la situation des plus modestes, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs et les femmes enceintes en sont exonérés.

Avec un rendement estimé à 850M€ la franchise permettra de financer les besoins nouveaux de santé publique en matière de lutte contre le cancer, de la maladie d'Alzheimer et d'amélioration des soins palliatifs. Un rapport sera présenté tous les ans devant le Parlement pour préciser les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés⁴⁷.

Déremboursement (annexes):

Dans une logique d'économie, et devant l'importance des coûts des médicaments pour la collectivité, il a notamment été décidé depuis 2000 par arrêté de dérembourser les médicaments les moins performants, afin de s'inscrire dans le progrès médical et de prendre en charge les plus efficaces

La décision de dérembourser ou de maintenir le remboursement d'un médicament appartient au ministre de la Santé et des Solidarités. Pour se prononcer, il s'appuie sur la Haute Autorité de Santé (HAS), organisme public d'expertise scientifique indépendant (de l'État, de l'assurance maladie et de l'industrie pharmaceutique).

La loi fixe donc parmi les missions de la HAS d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie.

Elle précise le niveau de service médical rendu (SMR) par un médicament qui déterminera son degré

⁴⁶ Avis relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixant le taux de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale JORF n°202 du 1 septembre 2007 page 14500 texte n° 151 http://www.securite-sociale.fr/textes/maladie/particip_assure/ticket_moderateur_parcours.htm

⁴⁷ Article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Site Legifrance]

Article L322-2 du code de la sécurité sociale [Site Legifrance]

Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif à l'application de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale [Site Legifrance]

de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un critère qui prend en compte plusieurs aspects (comme la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est utilisé, son efficacité et ses effets indésirables, son intérêt pour la santé publique, l'existence d'alternatives thérapeutiques)

Il y a trois niveaux de SMR : SMR majeur ou important, SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ; SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité.

Un SMR insuffisant ne signifie pas pour autant que le médicament est inefficace.

La Haute Autorité de Santé considère que le déremboursement de la plupart des spécialités à SMR dits insuffisants est nécessaire pour contribuer à garantir la solidarité nationale et continuer à permettre l'accès de tous aux traitements les plus performants.

Il y a eu trois vagues de réévaluation des médicaments. Les 1^{ère} et 2^e vagues en avril 2003, et septembre 2005 concernaient des médicaments qui pouvaient être délivrés sans ordonnance). La troisième, publiée en octobre 2006, concernait principalement des médicaments à prescription médicale obligatoire (notamment des vasodilatateurs par exemple)⁴⁸.

Une fois ses recommandations publiées, c'est donc le Ministre de la Santé qui prend la décision finale. En général, la part de remboursement par l'assurance obligatoire se fait de façon progressive. Pour résumer, il passe ainsi de 65 % à 35% puis à 15% pour enfin être déremboursé intégralement.

⁴⁸ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_456114/les-medicaments-soumis-a-reevaluation

Annexe 4 : Fiche Wresinski



Mouvement ATD Quart Monde
Réseau Wrésinski Santé

Fiche de faits (ou fiche Wrésinski) Problème constaté/Expérience positive

Date :

Coordonnées du déclarant

Nom :
Téléphone :
Email :

Caractéristiques de l'utilisateur

Sexe :
Age :
Etat civil :
Situation familiale :
Enfants : à charge :
Logement :

Ressources :
Couverture sociale :
Niveau études :

Situation professionnelle
lors des 6 derniers mois :

Profession :

Exposé du problème rencontré ou de l'expérience vécue

Discussion et première analyse

Propositions de la part

- de l'utilisateur :

 - du professionnel :
-

Cette fiche est à renvoyer à : Mme PICARD Marie-Christine
18 allée des Primevères
54840 VELAINES-EN-HAYE
Téléphone : 03 83 23 20 33 Email : julien.picard2@wanadoo.fr

Date de Mise à jour : 01/02/2008