

UNIVERSITE PARIS DESCARTES
Faculté de médecine Paris 5
Laboratoire d'Ethique médicale et de Médecine légale

MASTER 2
RECHERCHE EN ETHIQUE MEDICALE

Année 2008-2009

TITRE

**Couverture Maladie Universelle complémentaire :
enjeux éthiques du non recours et des refus de soins**

*Est-ce à l'usager de faire valoir ses droits CMUc ou aux
institutions et aux professionnels de tout mettre en œuvre
pour que ceux-ci soient obtenus et respectés?
Place et responsabilité de chacun face au non recours et
aux refus de soins.*

Présenté et soutenu par
Juliette GUEGUEN
Née le 31/01/1983

Sous la direction de :
Pr. Christian HERVE

Sommaire

Remerciements	4
Glossaire	6
Préambule	7
Généralités sur la CMUc	7
a) Historique	7
b) A quoi donne droit la CMUc ?	7
c) Les bénéficiaires de la CMUc : caractéristiques sociales et état de santé	8
d) Le recours aux soins et la consommation des bénéficiaires de la CMUc	9
e) Le turn-over des bénéficiaires de la CMUc	10
f) Le non recours à la CMUc	11
g) Les refus de soins	12
Introduction	14
Problématique	16
Un constat qui soulève des questions éthiques	16
1) Pour accéder à la CMU complémentaire	16
a) Remplir les conditions d'accès à la CMUc	16
b) Réaliser les démarches nécessaires	17
<u>L'information collective sur le dispositif</u>	18
<u>Les dispositifs d'accompagnement</u>	19
2) Pour accéder aux soins lorsqu'on a la CMUc	19
a) Les refus de soins	19
b) les recours en cas de refus de soins	22
Objectifs	25
Méthodologie	26
1) Choix de la méthodologie	26
2) Entretiens semi directifs	27
a) Grilles d'entretiens	27
b) Choix des personnes rencontrées	29
c) Réalisation des entretiens	32
d) Analyse des entretiens	33
3) Étude de documents	33
a) Choix des documents	33
b) Description et analyse	33
Résultats	35
1) Résultats des entretiens semi-directifs	35
a) Les usagers	35
<u>Caractéristiques socio-démographiques des usagers</u>	35
<u>Tableau synthétique des résultats (usagers)</u>	36
<u>Résultats détaillés</u>	36
b) Les travailleurs sociaux	41
<u>Caractéristiques socio-démographiques des travailleurs sociaux</u>	41
<u>Tableau synthétique des résultats (travailleurs sociaux)</u>	42
<u>Résultats détaillés</u>	43
c) Les médecins généralistes	59
<u>Caractéristiques socio-démographiques des médecins</u>	59

<u>Tableau synthétique des résultats (médecins)</u>	59
<u>Résultats détaillés</u>	60
d) Les institutionnels et les associatifs	71
<u>Caractéristiques socio-démographiques des institutionnels et associatifs</u>	71
<u>Tableau synthétique des résultats (institutionnels et associatifs)</u>	71
<u>Résultats détaillés</u>	72
2) Résultats de l'étude de documents	82
<i>Discussion</i>	86
1) Responsabilités de chacun	86
a) Accès à la CMU complémentaire	86
b) Refus de soins	86
2) Tensions mises en évidence	87
a) Accès à la CMU complémentaire	87
b) Refus de soins	89
3) Limites de l'étude	93
<i>Conclusion</i>	95
<i>Bibliographie</i>	97
<i>Annexes</i>	98
Grilles d'entretiens	99
Délibération n°2006-232 du 6 novembre 2006 de la HALDE	103
Brochures d'information sur la CMUc	106
Circulaire 33 du 30 Juin 2008	110
La lettre de saisie de la HALDE par le CoMeGAS	117

Remerciements

Au Pr. Christian Hervé et à l'ensemble de l'équipe du laboratoire d'éthique médicale, pour m'avoir guidée et aidée à construire ma réflexion tout au long de ce travail.

A Sophie Huel, pour son aide et ses précieux conseils,

A Héléna Brugerolles, pour son écoute et ses encouragements,

Au Dr Grégoire Moutel,

Au Dr Sophie Emery,

Au Dr Isabelle Plu,

A Maya de Saint Martin,

A Céline Gallot et à toute l'équipe du réseau ASDES.

A toutes les personnes qui m'ont accordé un entretien, (que je ne nomme pas pour préserver l'anonymat, mais qui se reconnaîtront) : merci pour votre disponibilité, votre temps, vos réflexions.

Merci particulièrement à celles et ceux qui m'ont aiguillée, transmis des documents et des contacts.

A Marie-Charlotte et à toute l'équipe des étudiants de Master 2, pour les échanges et le soutien tout au long de l'année, et à Sophie pour son œil avisé.

A Mikael pour ton soutien et tes encouragements au quotidien.

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection longue durée
AME	Aide médicale d'état
API	Allocation parent isolé
ASDES	Réseau d'accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé
CASO	Centre de soins d'accueil et d'orientation (Médecins du Monde)
CMU	Couverture maladie universelle
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CoMeGAS	Comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MDM	Médecins du Monde
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Revenu de solidarité active
TI	Travailleur(se) d'insertion
TISF	Travailleur(se) d'insertion sociale et familiale
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Préambule

Généralités sur la CMUc

a) Historique

La CMUc a été créée par la loi CMU du 27 juillet 1999, entrée en vigueur au 1er Janvier 2000, et vient remplacer le dispositif de l'aide médicale départementale.

La loi CMU a créé à la fois la couverture maladie universelle de base, et la couverture maladie universelle complémentaire.

La CMU de base a été créée dans un but d'assurer une couverture sociale de base à toutes les personnes résidant de manière stable (3 mois ininterrompus) et régulière sur le territoire français et ne pouvant bénéficier d'une couverture sociale à un autre titre. La couverture maladie universelle de base est attribuée sans cotisation (si les ressources sont inférieures à un certain seuil) ou moyennant une cotisation (à hauteur de 8% des revenus) au delà du seuil.

La couverture maladie universelle complémentaire a été créée avec l'objectif de permettre un accès aux soins des personnes les plus démunies, n'ayant pas les moyens de cotiser à une mutuelle et pour lesquelles le ticket modérateur représentait un réel obstacle à l'accès aux soins. La CMUc est attribuée sous conditions de ressources (621 euros mensuels -métropole- ou 691-DOM- pour une personne seule au 1er Juillet 2008).

Afin d'éviter un effet seuil, et d'améliorer la couverture maladie complémentaire des foyers à revenus modestes, un dispositif intermédiaire, d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créé : le dispositif d'aide à la mutualisation (entre 2002 et 2004), qui permettait aux personnes dont les revenus n'excédaient pas 10% du seuil de bénéficier d'une aide. Ce dispositif a ensuite été remplacé par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (depuis 2005), avec un élargissement des bénéficiaires aux personnes disposant de ressources ne dépassant pas 20% du plafond CMUc. Malgré la mise en place de ce dispositif, l'accès à une complémentaire santé des foyers les plus modestes reste difficile. En 2006, les ménages les plus pauvres, à taux d'effort supérieur (ils consacrent en moyenne 10% de leurs revenus à une complémentaire santé vs 3% pour les ménages les plus aisés) bénéficient de contrats offrant de moins bonnes garanties¹.

b) A quoi donne droit la CMUc ?

La CMUc permet de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite et du tiers payant

¹ 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, *Questions d'économie de la santé* (132)

intégral.

Elle prend en charge :

- le ticket modérateur en soins de villes (consultations et prescriptions) et à l'hôpital
- le forfait hospitalier
- les dépassements d'honoraires pour prothèses ou appareillages (dans les limites fixées par la réglementation)

Les professionnels de santé, quelque soit leur secteur d'exercice, ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

Les bénéficiaires de la CMUc sont par ailleurs dispensés des franchises.

Les professionnels de santé ont l'obligation de recevoir les bénéficiaires de la CMU, qui sont des assurés sociaux comme les autres, de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale ainsi que de pratiquer la dispense d'avance des frais (tiers payant intégral).

c) Les bénéficiaires de la CMUc : caractéristiques sociales et état de santé

Au 31 Décembre 2008, on dénombrait 4 174 753 bénéficiaires de la CMUc¹.

Les caractéristiques sociales et l'état de santé des bénéficiaires de la CMUc ont fait l'objet de plusieurs études de la DRESS. Les derniers résultats datent de 2006 et montrent que :

- La population est plutôt jeune : 40% des bénéficiaires de la CMUc avaient moins de 20 ans (vs 24% en population générale).
- D'autre part, 30% des bénéficiaires appartiennent à une famille monoparentale.
- Le niveau scolaire de la personne de référence du ménage où vivent les bénéficiaires de la CMUc est en général moins élevé que dans la population générale : 80% ont un niveau inférieur au deuxième cycle du secondaire (contre 23% en population générale), et les ouvriers et employés sont sur représentés.
- D'autre part, 42% des bénéficiaires vivent dans un ménage où la personne de référence est au chômage.
- L'état de santé perçu est moins bon que celui du reste de la population du même âge. Les bénéficiaires de la CMUc sont par ailleurs 1,5 fois plus nombreux à déclarer une ou

1 Fonds CMU *Rapport d'activité 2008*

plusieurs maladies chroniques. Ces données déclaratives sont concordantes avec les taux d'ALD, plus élevés parmi les bénéficiaires de la CMUc.

- La proportion de personnes ayant un indice de masse corporelle élevé (indiquant une obésité) est également supérieure parmi les bénéficiaires de la CMUc.
- Enfin, ils sont également deux fois plus nombreux que les personnes bénéficiant d'une mutuelle ou assurance privée à déclarer un état de santé mauvais ou très mauvais.

d) Le recours aux soins et la consommation des bénéficiaires de la CMUc

Plusieurs études ont été réalisées sur le sujet, avec des divergences dans les résultats observés.

La CPAM du 92 a réalisé en 2006 une étude¹ sur le recours aux soins des bénéficiaires de la CMUc, dont les résultats sont parus récemment. Les bénéficiaires de la CMUc se distinguent par un recours plus fréquent aux soins de premier recours, au détriment des consultations spécialisées et des actes de prévention. D'autre part, le taux de recours aux centres de santé est 2,5 fois plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMUc.

Leur dépense moyenne est de 848 euros par an, contre 1130 euros par an pour les bénéficiaires du régime général. Cependant, ces chiffres bruts ne peuvent être comparés, car ils incluent les dépassements d'honoraires pour les assurés du régime général, et ne sont pas ajustés sur le sexe, l'âge et l'état de santé. Si on compare les dépenses remboursables à âge, sexe et état de santé égal, un bénéficiaire de la CMUc dépenserait alors en moyenne 135 euros de plus par an qu'un non bénéficiaire pour les soins de ville (23,5% de plus).

La CPAM de Valenciennes a également réalisé une étude en 2007-2008², en comparant les consommations de soins de bénéficiaires ayant consommé au moins 50 boîtes d'anti-diabétiques sur 1 an. L'étude a mis en évidence que les bénéficiaires de la CMUc recouraient plus fréquemment au médecin généraliste (pour les consultations, pas pour les visites à domicile), et consommaient plus de soins d'ophtalmologie. Par contre, ils consommaient moins de soins infirmiers, d'actes de cardiologie, de biologie, de pédicurie, et de produits pharmaceutiques.

En 2003, une étude du CreDES³ interprétait la surconsommation des bénéficiaires de la CMUc comme un rattrapage pour les personnes nouvellement couvertes, qui ne bénéficiaient pas antérieurement de l'aide médicale générale et qui s'inscrivaient à la CMUc à l'occasion d'un besoin

1 Étude consultable en ligne sur le site de la documentation du fonds CMU :

<http://www.cmu.fr/userdocs/cpam%20du%2092%20synthese%202.pdf>

2 Étude consultable en ligne sur le site de la documentation du fonds CMU :

<http://www.cmu.fr/userdocs/cpam%20Valenciennes%20doc%20en%20entier.pdf>

3 [Grignon M., Perronnin M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Questions d'économie de la santé IRDES n° 74. Novembre 2003](#)

de soins. D'autre part, ils ont rappelé une notion importante : il serait plus juste d'effectuer des comparaisons en tenant compte de l'ensemble de la population éligible au dispositif de la CMUc, et non des seuls affiliés. En effet, on estime mal le coût du dispositif en le répartissant sur les seuls recourants et non sur l'ensemble des bénéficiaires potentiels.

La DRESS a par ailleurs réalisé un panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMUc en 2006¹. Il en ressort que les généralistes accueillent davantage de bénéficiaires de la CMUc que les spécialistes et les dentistes. Les praticiens exerçant en secteur 1 accueillent davantage de bénéficiaires que les praticiens exerçant en secteur 2, et la répartition est très inégale, ce d'autant plus que le nombre de bénéficiaires et la densité médicale sont élevés. Ainsi, dans les zones où la densité médicale est élevée (>98/100 000) et où la présence des bénéficiaires de la CMUc est importante (>7,7%), 14% des généralistes prennent en charge 50% des bénéficiaires de la CMUc. De la même façon, dans les zones où les dentistes sont bien représentés (>66/ 100 000) et où la part des affiliés à la CMUc est importante (>7,7%), 15% des dentistes prennent en charge 50% des bénéficiaires.

e) Le turn-over des bénéficiaires de la CMUc

D'après les statistiques brutes de la CNAMTS, le taux de rotation des bénéficiaires de la CMUc ressort à 30%, ce qui témoigne d'une dynamique de renouvellement très élevée. Cependant, des études plus approfondies réalisées par les CPAM (Allier et Eure) ont permis de nuancer ce taux et de soulever certaines questions autour du renouvellement. En effet, la synthèse de ces deux études montre que sur 100 personnes devant faire renouveler leurs droits :

- 80% font une demande de renouvellement dans les temps :
 - 70 % l'obtiennent.
 - 10 % ne l'obtiennent pas, parce qu'ils ne répondent plus aux conditions d'accès : ils sortent du dispositif (pour des raisons financières essentiellement). Ils sont majoritairement couverts par une complémentaire (dont la moitié avec l'ACS).
- 20% ne font pas de renouvellement dans les temps :
 - 5% obtiendront la CMUc, mais avec retard et donc interruption de leurs droits
 - environ 7,5% pourraient demander un renouvellement, mais ils ne le font pas, probablement en raison de difficultés administratives.
 - 7,5 % sont à priori sortis du dispositif.

¹ Boisguérin B. et Pichetti S. 2008, «Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 629, mars.

f) Le non recours à la CMUc

On entend par non recours le fait que des personnes ayant droit à diverses prestations d'aide sociale ne font pas valoir leurs droits.

Étudier le phénomène de non recours semble pertinent lorsqu'on souhaite évaluer une politique sociale et savoir si les individus ciblés par cette politique en profitent effectivement ou non.

Dans le cas de la CMUc et de l'ACS, le non recours se traduira par des difficultés d'accès aux soins accrues, et un impact potentiel sur la santé de ces individus.

Les dernières estimations¹ évaluent à 4 175 000 le nombre de bénéficiaires de la CMUc (pour 5,5 à 6 millions de personnes qui y auraient droit), ce qui par une simple soustraction donne 1 325 000 à 1 625 000 « non recourants ». Une étude du LEGOS de 2006 a estimé le nombre de bénéficiaires potentiels ne recourant pas à la CMUc entre 700 000 et 1 200 000. (Mais peut-être est-ce davantage aujourd'hui, car il faut savoir que depuis, le nombre de bénéficiaires de la CMUc a diminué, alors que le nombre de personnes en situation de précarité a plutôt tendance à augmenter).

Concernant l'ACS, 597 000 attestations ont été délivrées pour l'année 2008 (pour 2 millions qui y auraient droit), et au 30 Nov. 2008, 442 000 avaient été utilisées.

A la demande du fonds CMU, trois études ont été réalisées explorant les causes du non recours à la CMUc : une en population générale, une dans des foyers d'Ile de France et une dernière auprès de bénéficiaires du RMI.

L'étude en population générale, réalisée par le LEGOS, rappelle que la première cause de non recours est de loin le manque d'information. Elle fait émerger d'autres causes, et distingue les non recourants couverts par une mutuelle privée des non recourants sans couverture complémentaire. Pour ceux qui disposent d'une couverture complémentaire privée, la crainte d'un mauvais remboursement de la CMUc, d'une mauvaise articulation au moment du passage d'une complémentaire à l'autre, et la réticence à effectuer des démarches administratives seraient les principales explications du non recours à la CMUc. Pour ceux non couverts par ailleurs, trois profils semblent émerger : les individus jeunes, qui rencontrent peu de problèmes de santé et ne considèrent pas cette question comme une priorité (négligence), les personnes étrangères ayant

1 Fonds CMU, Références n° 35, Avril 2009

des difficultés linguistiques (à nuancer par le fait qu'elles sont souvent insérées dans une communauté qui diffuse l'information sur les droits, et développent des stratégies pour se faire accompagner) et enfin les personnes diplômées, qui semblent être à la fois freinées par un sentiment de gêne et une crainte de la stigmatisation ainsi que par le comportement des médecins.

L'étude réalisée auprès des bénéficiaires du RMI a mis en évidence que même si les bénéficiaires du RMI avaient en général connaissance du lien entre RMI et CMUc, cette connaissance était confuse et très partielle.

L'étude réalisée dans les foyers d'Ile de France a mis en évidence un taux de non recours de 23,7%. La méconnaissance des droits est la première raison évoquée. Le découragement suite à l'absence de réponse, la complexité des démarches, la crainte de ne pas être compris et l'attitude face à la santé constituent d'autres motifs de non recours.

g) Les refus de soins

Plusieurs études ont montré l'existence de refus de soins.

Ils ont été soulignés de façon officielle par le fonds CMU dans un premier rapport d'enquête en 2006¹, suivi d'un rapport de recommandations².

Les refus de soins sont beaucoup plus fréquents à l'égard des bénéficiaires de l'AME, mais la situation vis à vis des bénéficiaires de la CMUc est également préoccupante. En effet, 4,8 % des médecins généralistes (1,6% des praticiens en secteur 1 et 16,7% des praticiens en secteur 2), 41% des spécialistes et 39,1% des dentistes refusent les patients bénéficiaires de la CMUc¹.

La HALDE reconnaît que les refus de soins tant pour les bénéficiaires de l'AME que pour les bénéficiaires de la CMU constituent une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux ainsi qu'une violation des principes déontologiques³.

« Dans sa délibération, la Haute autorité demandait au Ministre de prendre les mesures nécessaires pour mettre un terme à ces pratiques discriminatoires. Elle recommandait une sensibilisation des organismes de sécurité sociale afin d'assurer une information des bénéficiaires de la CMU sur leur droit aux soins, sur le caractère discriminatoire de tout refus et sur les modalités de saisine du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la HALDE. Par ailleurs, elle demandait que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) mène une étude sur

1 Desprès C, Naiditch M. « Analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU », DIES, rapport final, mai 2006.

2 Rapport pour M. le Ministre de la Santé et des Solidarités, « les refus de soins des bénéficiaires de la CMU », J-F Chadelat, IGAS, Nov 2006.

3 Halde, délibération n°2006-233 du 6 Novembre 2006 pour la CMU, cf. annexe

le sujet. »¹

L'IGAS a bien mené une étude sur le sujet, qui a donné naissance au rapport Chadelat. Mais quelle information des bénéficiaires de la CMU sur leur droit aux soins, sur le caractère discriminatoire de tout refus et sur les modalités de saisine du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la HALDE a été réalisée?

Une autre préoccupation réside dans la qualité des soins, est-elle la même que le bénéficiaire soit affilié à la CMUc ou non? Ainsi, la qualité de la remise en état bucco dentaire varie selon la couverture sociale du patient : en 2001, à l'issue des soins préparatoires avant une première prothèse, 31% des patients du régime général avaient encore des dents cariées à traiter et 11% des dents à extraire, contre respectivement 37% et 17% parmi les bénéficiaires de la CMU².

1 Extrait du communiqué de presse du 19/12/2009 de la Halde, relatif aux patients bénéficiaires de la CMU.

2 Borgès Da Silva G., et al « Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé » *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2002, vol 33, p.193-200

Introduction

Actuellement, pour bénéficier de la CMUc, les bénéficiaires potentiels doivent demander l'ouverture de leurs droits auprès de la sécurité sociale, en déposant un dossier rempli et les justificatifs demandés, permettant de vérifier que les conditions requises pour bénéficier de la CMUc sont remplies (conditions de ressources, situation régulière sur le territoire, résidence de 3 mois ininterrompus sur le territoire). Plusieurs études ont mis en évidence **un taux de non recours important à la CMUc, de l'ordre de 15% en population générale**¹, mais pouvant atteindre 23,7% dans des foyers et résidences sociales d'Ile de France². Au total, ce sont 700 000 à 1200 000 personnes en France ne bénéficiant pas de ce dispositif alors qu'elles y auraient droit. Des études qualitatives analysant les causes de ce non recours ont mis en évidence que le premier frein était le manque d'information, suivi par l'absence de motivation pour faire les démarches nécessaires, en particulier pour des personnes non malades et ne considérant pas la santé comme une priorité. D'autres freins coexistent, comme la peur de la stigmatisation, ou le souhait de conserver une mutuelle intéressante (pour les personnes anticipant un retour rapide à des revenus suffisants, et qui craignent un mauvais remboursement de la CMUc). Ce taux de non recours, non négligeable et représentant un nombre très important de personnes concernées, interroge : est-ce à l'individu, même en situation de vulnérabilité, de faire valoir ses droits, ou bien à la société et à ses institutions de s'assurer que chacun puisse bénéficier de ses droits?

Les personnes ayant des droits CMUc ouverts ont, selon la loi, le droit de bénéficier de la dispense d'avance de frais et des tarifs opposables de la sécurité sociale (les praticiens conventionnés, quelque soit leur secteur d'exercice, ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires, sauf exigence particulière du patient³, et doivent pratiquer la dispense d'avance de frais lorsqu'ils reçoivent un patient bénéficiaire de la CMUc⁴). Si l'accès aux soins en médecine libérale est ainsi théoriquement garanti par la loi, plusieurs études ont mis en évidence des refus de soins : selon l'étude du Val de marne réalisée pour le fonds CMU⁵, jusqu'à 41% des spécialistes (secteurs 1 et 2 confondus) et 39% des dentistes refusent les bénéficiaires de la CMUc. En

¹ LEGOS « comprendre les causes de non recours à la CMUc. Rapport final- Septembre 2006

² IRTS- Fonds CMU « comprendre les causes de non recours à la CMUc et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » Rapport final- Avril 2007

³ cf. article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale

⁴ cf. article L. 861-3 du code de la sécurité sociale

⁵ Fonds CMU, 2006, « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle », Étude par testing réalisée en 2005 auprès d'un échantillon de 215 professionnels de santé installés dans six villes du Val-de-Marne

médecine générale, le taux de refus est plus faible (1,6% en secteur 1 et 16,7% en secteur 2, toujours selon la même étude). La situation semble avoir peu évolué depuis, puisque le CISS a récemment publié les résultats préliminaires d'une enquête par testing¹, avec un taux de refus des spécialistes en secteur 2 de 22%, mais pouvant atteindre 50% dans certaines villes (Paris). Si des associations soulèvent régulièrement cette question sur la place publique, il faut savoir qu'en pratique, les usagers victimes de refus de soins ne signalent pas ou très peu les refus et n'utilisent pas les recours disponibles. Plusieurs questions naissent de ce constat : les refus de soins sont-ils condamnables en soi, ou bien est-ce le résultat (conséquence sur l'état de santé) qui importe? Les responsabilités sont-elles partagées, ou bien le médecin est-il le seul responsable? L'apparente stagnation de la situation est-elle le seul fait des médecins? Dans quelle mesure les institutions, les travailleurs sociaux, les associations et les usagers contribuent-ils, de façon volontaire ou non, au maintien du phénomène?

1 CISS, [dossier de presse Actions contre les refus de soins](#), 25 mai 2009

Problématique

Un constat qui soulève des questions éthiques

La CMUc a fait couler beaucoup d'encre et est l'objet de nombreuses études. Si on reprend l'esprit de la loi qui a créé le dispositif, le principe fondateur est de réaffirmer que l'assurance maladie est conçue comme un système universel en France et couvre 100% de la population, d'où l'importance de la CMU de base également.

Ensuite, la CMUc est un second volet du dispositif visant à lever un obstacle financier à l'accès aux soins pour les plus démunis.

En pratique, et nous l'avons rappelé dans le préambule, deux principaux obstacles persistent : l'accès à la CMUc, c'est à dire l'ouverture des droits CMUc, et l'existence des refus de soins.

L'accès à la CMUc est conditionné en premier lieu par le fait de répondre aux conditions permettant d'en faire la demande. Ces conditions sont-elles justifiées? Ne sont-elles pas trop restrictives? L'accès est conditionné ensuite par l'information sur le dispositif : parvient-elle aux bénéficiaires potentiels? Et également par l'aptitude (qu'il s'agisse d'une aptitude linguistique, matérielle, émotionnelle) à effectuer les démarches nécessaires.

Les refus de soins sont confortés par certaines difficultés administratives rencontrées par les médecins (procédures de remboursement etc). D'autre part, l'absence d'utilisation des voies de recours et l'absence de signalement par les usagers donne aux institutions la possibilité de sous-estimer le problème.

1) Pour accéder à la CMU complémentaire

a) Remplir les conditions d'accès à la CMUc

La CMUc est accordée pour un an sous condition de ressources.

Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois précédant la demande.

Actuellement, le plafond des ressources est fixé à 621 euros mensuels -en métropole- ou 691 euros mensuels -dans les DOM- pour une personne seule au 1er Juillet 2008.

Ce plafond est juste en dessous de certaines allocations, comme l'AAH (666 euros), ou le minimum vieillesse (633 euros), ce qui exclue du dispositif leurs bénéficiaires et soulève certaines interrogations.

En effet, si l'on considère la définition européenne du seuil de la pauvreté, celui-ci est fixé à 60% du revenu médian, soit 880 euros par mois pour une personne seule résidant en France (Source Insee, 2006). En France, l'Insee utilise également un seuil de pauvreté fixé à 50% du revenu médian, soit 733 euros mensuel pour une personne seule en 2006.

On remarque donc que le plafond de la CMUc est situé nettement en dessous du seuil de pauvreté, même avec la définition la plus restrictive de celui-ci. Est-ce justifié?

Une revalorisation du seuil est ainsi demandée par de nombreuses associations, et est également recommandée par le rapport sénatorial « La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager » (une de leurs propositions étant « revaloriser les plafonds d'accès à la CMU-c au niveau du seuil de pauvreté »).

b) Réaliser les démarches nécessaires

Déposer une demande de CMUc suppose de remplir un dossier et d'y adjoindre les justificatifs nécessaires :

On peut s'interroger sur la justification même de ces démarches : ne pourrait-on mettre en place un système permettant de repérer les ayants droits afin de leur proposer systématiquement une ouverture de droits ou de leur ouvrir automatiquement leurs droits? Les institutions n'ont-elles pas les moyens de repérer les ayants droits (du fait d'une trop grande complexité administrative, informatique etc.) ou bien est-ce une volonté politique afin de limiter volontairement le nombre de bénéficiaires?

Aucune ouverture de droit n'est effectuée automatiquement. En particulier, bien que les bénéficiaires du RMI aient de fait droit à la CMUc (ce qui ne sera plus le cas avec le RSA), ils devaient remplir un dossier, notamment pour choisir l'organisme de gestion : CPAM ou organisme complémentaire. Ce défaut d'automatisme a été motivé par plusieurs raisons, dont la volonté des complémentaires santé que l'usager ait le choix de l'organisme de gestion. Cependant, la résultante est que du fait des démarches administratives nécessaires, beaucoup n'ont pas fait ouvrir leurs droits. Cela met en évidence le fait qu'une bonne intention (laisser le choix, comme pour tous les autres usagers, de l'organisme de gestion de la complémentaire) peut être accompagné d'effets pervers (moins de personnes bénéficient de ce droit)...

En partant du principe que l'automatisme n'est pas possible et que des démarches sont nécessaires, on peut s'interroger sur plusieurs points :

- Réaliser ces démarches nécessite d'avoir été au préalable informé du dispositif et des modalités d'ouverture des droits. Cela pose donc la question des moyens d'information mis en œuvre.
- D'autre part la complexité même de ces démarches est parfois dénoncée comme un frein et une des causes de non recours, et interroge :

Peut-on demander à des personnes vulnérables, parfois ne parlant pas le français, de passer par ce processus compliqué pour obtenir leurs droits? Est-ce justifié? A défaut, propose-t-on des dispositifs d'accompagnement pour l'ouverture des droits?

L'information collective sur le dispositif

La CMUc relève d'une loi nationale, cependant son application est réalisée au niveau de chaque CPAM (donc au niveau départemental), avec une liberté d'action en ce qui concerne l'information, le dispositif éventuel d'accompagnement mis en œuvre, et dans une certaine mesure, l'interprétation du texte en matière de justificatifs demandés.

Cette **disparité territoriale**, alors qu'il s'agit d'une loi nationale, interroge, et ce point a été discuté avec les personnes que j'ai rencontrées.

Pour revenir sur l'information, on peut distinguer plusieurs émetteurs :

- les institutions (caisses d'assurance maladie, ministère, agences, circonscription vie sociale.)
- les associations,

Avec, à chaque fois, plusieurs niveaux de mise en œuvre :

- National (CNAMTS, ministère, INPES)
- Régional (Conseil général)
- Départemental (CPAM)
- communal (CCAS, ateliers santé ville)
- localisé (implantation d'une association, d'un réseau)

Le maillage est donc assez complexe, avec de ce fait, une assez forte disparité dans l'information diffusée. Rappelons également l'importance du « bouche à oreille » dans la transmission de toute information.

On retiendra qu'il n'y a eu aucune campagne nationale utilisant les médias de masse pour informer sur le dispositif de la CMU complémentaire (pas de spots télé, ni radio, pas d'affichage sur les panneaux publicitaires).

Des brochures ont été émises par la CNAMTS à un niveau national (à 2 millions d'exemplaires)¹, mais d'après l'UNIOPSS et Médecins du Monde, ces brochures ne sont pas arrivées sur le terrain.

Le dispositif est par ailleurs mentionné dans plusieurs brochures grand public éditées par l'INPES (dont les livrets bilingues²).

Les dispositifs d'accompagnement

Là encore, ces démarches peuvent relever soit d'une organisation institutionnelle, soit d'une organisation associative, et sont très variables d'un territoire à l'autre.

– Dans le 92, plusieurs dispositifs coexistent :

→ Un dispositif institutionnel, mis en place il y a environ un an (2008), faisant appel à des « délégués solidarité », qui sont des employés de la CPAM « itinérants » qui se déplacent sur le terrain pour tenir des permanences et aider les personnes à remplir les dossiers pour demander l'ouverture de leurs droits. Ainsi, des permanences sont tenues par exemple dans des épiceries sociales, dans des espaces d'insertion, etc. Un dispositif assez similaire existe à Paris, où des employés itinérants de la CPAM tiennent des permanences dans des associations (Médecins du Monde par exemple), hôpitaux (sorte de PASS sociales, pour l'ouverture des droits) etc.

→ De nombreux dispositifs associatifs : on peut citer le réseau ASDES (accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé), qui s'assure que les patients ont des droits ouverts, et dans le cas contraire les accompagne pour faire ouvrir leurs droits.

On peut également citer l'association Nahda sur Nanterre, qui est chaque jour sur le terrain auprès des usagers, diffuse l'information sur les droits sociaux et aide à remplir les dossiers.

2) Pour accéder aux soins lorsqu'on a la CMUc

a) Les refus de soins

Les refus de soins prennent plusieurs visages :

1 Dépliant de l'assurance maladie : Vous bénéficiez de la CMU complémentaire. Cf. annexe

2 Livret de santé bilingue, Inpes. Exemple du livret bilingue arabe-français, disponible en ligne sur : http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=CFESBases/catalogue/rech_doc.asp

- refus de soins caractérisé
- demande d'avance de frais
- fausse indisponibilité (le médecin répond qu'il n'est pas disponible alors qu'il accepte un autre patient)
- rendez-vous tardif (dans un délai nettement supérieur au rendez-vous proposé à un assuré du régime général)

Comme on l'a rappelé dans le préambule, l'enquête du Val de Marne avait mis en évidence des taux de refus de soins de 4,8% chez les généralistes et d'environ 40% chez les spécialistes et les dentistes. Médecins du Monde a de son côté réalisé plusieurs enquêtes par testing et continue à en réaliser, aucune amélioration ne semble se dessiner. Plus récemment (mai 2009), le CISS vient de communiquer les résultats d'une enquête par testing auprès de 466 spécialistes de secteur 2¹ : 22% des spécialistes refusent les bénéficiaires de la CMU, 5% les acceptent sous conditions (horaires particulières, renvoi vers une consultation publique). Selon, les villes et les spécialités, le pourcentage de refus varie considérablement. Paris est la ville qui concentre le plus fort taux de refus (50% en moyenne). Les psychiatres sont les plus nombreux à refuser les patients (41% de refus, moyenne sur la France entière). D'autre part, le fonds CMUc publiera fin Juin 2009 son 4ème rapport d'évaluation de la loi CMU, et de nouveaux chiffres devraient être disponibles. Globalement, à la lecture des premiers résultats de l'étude du CISS, la situation reste préoccupante.

D'autre part, les recommandations émises par le rapport Chadelat et par l'avis de la HALDE n'ont été que très partiellement suivies d'effet.

Qu'est-ce qui motive le comportement des médecins à refuser les bénéficiaires de la CMUc, alors que ce refus vient en contradiction avec la loi (discrimination), les principes déontologiques (article 7 du code de déontologie, repris par l'article R.4127-7 du code de la santé publique²) et le serment Hippocratique³?

Les explications les plus souvent avancées par les praticiens sont :

- des difficultés administratives (remboursement des soins). Les CPAM de l'Eure et des

1 CISS, [dossier de presse Actions contre les refus de soins](#), 25 mai 2009

2 *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et 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'il peut éprouver à leur égard.*

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.

3 « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera »

Hauts de Seine ont étudié la réalité de ces difficultés. Il en ressort que les taux de rejet (qui impliquent une nouvelle facturation de la part du professionnel de santé) sont effectivement nettement plus élevés pour les dossiers CMU que pour les autres (+42 à +65%), mais se maintiennent à des taux relativement bas : 3,7 et 4,7%. La transmission électronique obtient de meilleurs résultats que la transmission papier (2 à 4 fois plus de rejets pour la transmission papier). Les rejets sont la résultante de responsabilités partagées et peuvent être causés aussi bien par un mauvais remplissage de la feuille par le professionnel, que par une non mise à jour de la carte vitale par l'assuré ou encore par un problème de qualité du fichier CPAM. Au vu de ces résultats, il semble peu probable que les seules difficultés administratives suffisent à elles seules à expliquer les comportements de refus de soins.

– Des difficultés avec les bénéficiaires de la CMUc, liées à des comportements spécifiques de leur part : retards, rendez vous manqués et non annulés, traitements non suivis ou interrompus, avec l'idée que ces comportements seraient encouragés par le côté gratuit et donc selon ces praticiens déresponsabilisant de la CMUc. Cependant, aucune étude ne vient conforter ces impressions, qui restent donc du domaine du ressenti des praticiens, et mériteraient, à mon sens, avant d'être prises en compte, d'être appuyées par des résultats.

– D'autres explications, qui ne sont pas mises en avant par les médecins, mais l'ont été par les dentistes, résident dans le fait que recevoir des bénéficiaires de la CMUc peut constituer un manque à gagner pour le professionnel. Les dentistes avaient ainsi renégocié les tarifs de prise en charge des prothèses dentaires (revalorisation obtenue mi 2006¹). De plus, ils ne paient pas de cotisations sur les actes pratiqués au tarif CMUc. Par contre, les médecins exerçant en secteur 2 ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires, ce qui représente pour eux un manque à gagner (ils ont l'obligation de ne pas refuser les bénéficiaires de la CMUc, pour lesquels ils doivent respecter les tarifs opposables, mais hormis ce cadre, il n'ont aucune obligation de réaliser un pourcentage d'acte au tarif conventionné, contrairement à ce qui a existé par le passé, dans les années 80; on ne peut donc pas dire que recevoir des affiliés à la CMUc leur permet de remplir leur quota d'actes en secteur 1). Par ailleurs, aucun aménagement des cotisations n'a été prévu lorsqu'ils reçoivent des bénéficiaires de la CMUc et à ma connaissance, ils n'en ont pas réclamé.

En cas de refus de soins, il est possible de le signaler à la CPAM et de saisir le conseil de l'ordre

Les personnes autorisées à saisir le conseil de l'ordre sont : les usagers et les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation

1 [Arrêté du 30 Mai 2006 relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé](#)

de précarité. Ce n'est que récemment (Mars 2007), et en réponse aux recommandations du rapport Chadelat, que les associations ont été autorisées à saisir le conseil de l'ordre¹.

En pratique les refus de soins sont très peu signalés. Les premiers résultats de l'enquête du CISS montrent que sur 19 CPAM ayant répondu, 10 ne rapportent aucune plainte, 7 en rapportent (de 4 à 60 plaintes sur l'année 2008), et 2 CPAM remettront leur réponse à une date ultérieure.

b) les recours en cas de refus de soins

Est-ce légitime de signaler les refus de soins? L'accès aux soins étant garanti par la loi, il semble à priori légitime de signaler les cas où la loi n'est pas respectée. Mais cela est-il utile au patient? Faut-il lui conseiller de s'engager dans une procédure complexe, qui risque de ne pas aboutir et de nécessiter beaucoup d'énergie? Faut-il lui conseiller de s'abstenir afin de se préserver, et l'orienter vers quelqu'un qui l'acceptera et lui prodiguera des soins de bonne qualité? Faut-il raisonner en terme d'intérêt immédiat pour le patient qui a été refusé ou bien envisager la question sous un angle plus large, à savoir quel système de santé souhaite-t-on avoir en France, un système avec un égal accès aux soins pour tous, ou un système de médecine à plusieurs vitesses?

Pour signaler un refus de soins, les usagers peuvent s'adresser :

- à la CPAM
- au conseil de l'ordre
- à la HALDE

Le signalement doit se faire par écrit et la procédure est complexe. Par ailleurs, très peu d'information sur les refus de soins et les recours possibles est diffusée auprès des usagers.

Est-il justifié que les recours relèvent de procédures complexes, particulièrement peu accessibles à des populations en situation de vulnérabilité? Comment, par exemple, un usager parlant mal le français pourrait aller signaler un refus de soins? Ces procédures ne sont-elles pas une manière de décourager les usagers à porter plainte afin de protéger les professionnels de santé? Prévoit-on un accompagnement pour aider les personnes victimes de refus de soins à porter plainte?

Par ailleurs, la question de savoir qui doit signaler les refus de soins est également importante :

Les médecins, les travailleurs sociaux, les associations ont-ils un rôle à jouer pour encourager les

¹ Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 (JO du 27 mars 2007)

patients à signaler les refus de soins afin de permettre une meilleure objectivation du problème? Les médecins et travailleurs sociaux ne peuvent pas saisir le conseil de l'ordre, contrairement aux associations, mais peuvent aider les usagers dans leurs démarches, et ils peuvent aussi les orienter vers la CPAM et la HALDE. Dans quelle mesure doivent-ils s'impliquer ? Cela relève-t-il de leur responsabilité ou bien cela est-il contraire à leur déontologie?

Le site du fonds CMU incite à les contacter en cas de refus de soins, en proposant de les contacter par email :

« Les refus de soins doivent être signalés à votre caisse d'assurance maladie et peuvent faire l'objet de poursuites devant le Conseil de l'ordre concerné. [Vous pouvez contacter le Fonds CMU qui vous aidera dans vos démarches.](#)

Cependant, très peu de demandes d'aide sont effectuées via leur site (environ 15 sur toute l'année 2008). Pour Bruno Negroni, du Fonds CMU, les assurés se retournent plus vers les CPAM (car ils ont l'habitude d'être en contact avec leur CPAM, fréquentent le centre etc.). D'autre part, les personnes qui viennent consulter le site du fonds CMUc constituent une fraction très marginale et non représentative de la population des bénéficiaires de la CMUc.

En droit français, c'est à la victime de prouver qu'elle a été refusée pour une raison prohibée par la loi. La Loi HPST prévoyait un aménagement de la charge de la preuve, qui a été supprimé par un amendement adopté le 5 Mars 2009 (suppression maintenue par la commission du sénat). L'article initial :

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou à la juridiction ordinaire compétente, les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. »

a été remplacé par le suivant¹ :

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou 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

¹ [Sénat, compte-rendu de la séance du 29 Mai 2009](#)

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 mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

« En cas de carence du conseil territorialement compétent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa 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. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1. »

De plus, le projet initial introduisait la possibilité de réaliser des actions de testing pour mieux identifier et confirmer des refus de soins ; cette possibilité a également été supprimée par l'assemblée nationale et cette suppression a été maintenue par la commission des affaires sociales du Sénat.

Pourquoi l'aménagement de la charge de la preuve, qui existe dans d'autres secteurs, ne pourrait-il pas être retenu dans ce cadre précis? Pourquoi faudrait-il abandonner la méthode du testing, qui a été reconnue par la HALDE? En quoi les médecins devraient-ils, pour des questions qui ne relèvent pas que du code de déontologie mais aussi de la loi, être soumis seulement aux prérogatives du conseil de l'ordre?

Objectifs

- Objectif principal : mieux appréhender le rôle et la responsabilité des usagers, des médecins, des travailleurs sociaux, des associations et des institutions sur les questions de non recours et de refus de soins

Plusieurs objectifs secondaires concourent à cet objectif principal :

- Mieux connaître les pratiques concourant au recours aux droits (information, orientation, accompagnement, et ce de la part des institutions, associations, travailleurs sociaux et médecins)
- Recueillir les points de vue des professionnels sur leur rôle dans l'aide au recours des droits :
 - Recueillir le point de vue des médecins : cela relève-t-il de leurs missions ?
- Recueillir et analyser les points de vue sur le non recours et les solutions proposées
- Recueillir et analyser les points de vue sur les refus de soins (de la part des usagers, des médecins, des travailleurs sociaux, des institutions et des associatifs)
 - Recueillir le point de vue des médecins : qu'en pensent-ils ? Les condamnent-ils ? Les justifient-ils ? Quelles explications mettent-ils en avant ?
 - Recueillir le point de vue des travailleurs sociaux, institutions et usagers : qu'en pensent-ils ? Les condamnent-ils ? Les justifient-ils ? Pensent-ils que les médecins sont les seuls responsables ?
- Mieux connaître les pratiques de signalement des refus de soins
 - Que font les usagers ?
 - Que proposent les associations, les institutions, les médecins, les travailleurs sociaux ? Estiment-ils qu'accompagner les signalements de refus de soins fait partie de leurs missions ?
- Recueillir et analyser les points de vue sur les attitudes à avoir face aux refus de soins (ne rien faire, signalement, sanctions).
 - Qu'en pensent les victimes ?
 - Qu'en pensent les médecins, les travailleurs sociaux, les institutions, les représentants associatifs ?

Méthodologie

Après avoir réalisé une recherche bibliographique, pour laquelle la documentation du Fonds CMU m'a été fort utile, j'ai retenu deux méthodes : la réalisation d'entretiens semi directifs et l'étude de documents.

1) *Choix de la méthodologie*

Pourquoi avoir choisi de réaliser des entretiens semi directifs?

Afin de mieux appréhender le rôle et la responsabilité de chacun sur les questions de non recours et de refus de soins, il m'a semblé pertinent d'aller rencontrer directement les différents acteurs afin d'échanger avec eux sur leurs pratiques, leurs interactions éventuelles, leur positionnement sur ces questions et leur perception de la responsabilité de chacun.

J'ai donc identifié 5 grands groupes d'acteurs : les usagers (bénéficiaires de la CMUc), les travailleurs sociaux, les médecins, les institutionnels et les associatifs.

Concevant mon travail comme une étude pilote qui me permettrait de faire émerger des axes à approfondir par la suite, et souhaitant faire émerger les interactions entre les différents acteurs, il m'a semblé justifié de ne pas restreindre ma population d'étude à une seule catégorie d'acteurs. D'autre part, afin de faire émerger un maximum d'idées et de représentations sur ces questions, j'ai opté pour une méthode qualitative très ouverte : les entretiens semi dirigés.

Les entretiens semi directifs présentent bien évidemment des limites. Des biais sont possibles : même si j'ai essayé d'adopter une attitude neutre, j'ai pu influencer les réponses de mes interlocuteurs (formulation des questions, communication non verbale etc.).

D'autre part, le temps nécessaire à la réalisation des entretiens a comme corollaire un nombre de personnes interrogé réduit (par rapport à une enquête par questionnaire par exemple) et une représentativité moindre.

Enfin, il peut exister un écart important entre le discours rapporté par les personnes interrogées et leurs pratiques réelles. Il est pour cette raison conseillé d'associer à la réalisation des entretiens une approche observationnelle. Malheureusement, hormis à l'association Nahda, où j'ai pu voir comment se déroulaient les permanences et se comportaient le travailleur social et les usagers, il ne m'a pas été possible d'observer les différentes personnes dans leur activité.

Par ailleurs, il aurait également été pertinent de réaliser des focus groups pour recueillir les points de vue des différents acteurs, creuser les divergences d'opinion et faire ressortir les interactions.

J'ai renoncé à cette solution pour des raisons de faisabilité (logistique, indemnisation des professionnels qu'il faut faire déplacer sur un même lieu etc.).

Au final, les entretiens semi-directifs m'ont permis un recueil d'information qualitative très riche, et ont répondu à l'objectif de faire émerger des points de tension à approfondir dans un travail ultérieur.

Pourquoi y avoir associé une étude de documents?

La CMUc a été l'objet de nombreux débats. Une circulaire relativement récente (Juin 2008) a suscité de vives réactions du monde médical et associatif. Il m'a paru intéressant de l'étudier, car elle me semblait assez bien cristalliser un débat autour de la perception du patient CMUc, et de la stigmatisation dont il peut être l'objet. Il m'a donc semblé intéressant de décrire et d'analyser le contenu de cette circulaire et des réactions qu'elle a suscitées ainsi que de recueillir les réactions des professionnels, institutionnels et associatifs lors des entretiens.

2) Entretiens semi directifs

Une vingtaine d'entretiens semi directifs a été réalisé aussi bien avec des représentants d'institutions, d'associations, des professionnels de terrain -médecins et travailleurs sociaux- et des usagers, dans un but de :

- décrire les connaissances, attitudes et pratiques des personnes interrogées autour de la CMUc
- confronter les différents avis sur la place et la responsabilité de chacun dans le recours à la CMUc et les refus de soins.

Cette confrontation de différents regards a été réalisée dans le but de faire émerger :

- des logiques différentes, selon les catégories
- des approches différentes, au sein d'une même catégorie, dont on peut se demander si elles sont liées à une éthique personnelle

a) Grilles d'entretiens

Des grilles d'entretiens différentes ont été conçues pour chaque catégorie de personnes rencontrées.

Elles ont servi de trame aux entretiens, mais il s'agissait d'entretiens semi directifs, et bien souvent d'autres questions ont émergé, venant compléter ou approfondir certains points.

De manière générale, elles s'articulaient autour de plusieurs points, dont les principaux sont repris

ci-dessous pour chaque catégorie :

→ **grille d'entretien auprès des usagers :**

- parcours réalisé pour obtenir la CMUc ou la renouveler, difficultés éventuelles et suggestions d'amélioration
- connaissance des droits et perception des devoirs
- accès aux soins, difficultés éventuelles, refus de soins
- réaction et démarches entreprises face à un refus de soins, propositions pour améliorer l'accès aux soins.

→ **grille d'entretien auprès des travailleurs sociaux :**

Pratiques :

- information des personnes sur la CMUc (existence, conditions d'accès, démarches, panier de soins, devoirs)
- accompagnement dans les démarches
- information sur les obligations des médecins, sur les recours possibles en cas de refus de soins
- accès aux soins : est-ce une thématique systématiquement abordée?
- orientation vers des professionnels de santé

Attitudes :

- perception des droits et des devoirs des bénéficiaires de la CMUc
- point de vue sur les refus de soins
- point de vue sur la circulaire n°33 de Juin 2008

Propositions d'amélioration

→ **grille d'entretien auprès des médecins :**

Pratiques :

- pourcentage de patients CMUc,
- information des patients sur la CMUc et sur les droits sociaux

- orientation sociale,
- orientation médicale des bénéficiaires de la CMUc (vers un spécialiste)

Connaissances :

- obligations des médecins,
- droits des patients CMUc

Attitudes :

- perception des devoirs des bénéficiaires de la CMUc
- rôle des différentes structures dans la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc
- point de vue sur les refus de soins
- point de vue sur la circulaire n°33 de Juin 2008

Propositions d'amélioration

➔ **grille d'entretien auprès des représentants institutionnels et des associatifs:**

- point de vue sur le non recours
- point de vue sur l'information : suffisante ou non, adaptée?
- point de vue sur les démarches nécessaires, les justificatifs à rassembler : est-ce justifié?
- rôle des institutions et des usagers dans l'ouverture des droits CMUc, comment trouver un juste équilibre?
- perception des droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUc
- accès aux soins : à quelles structures la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc doit elle incomber?
- point de vue sur les refus de soins
- point de vue sur la circulaire n°33 de Juin 2008
- propositions d'amélioration

Le détail des grilles est présenté en annexe.

b) Choix des personnes rencontrées

J'ai réalisé des entretiens dans le but de recueillir une palette de points de vue autour de la

CMUc, et d'explorer les questions du non recours (sous tendues par les questions de l'information, et des dispositifs d'accompagnements), et des refus de soins.

J'ai identifié quatre grands groupes d'acteurs sur ces questions :

- Les usagers, en l'occurrence les bénéficiaires de la CMUc
- Les travailleurs sociaux, qui jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement pour l'ouverture des droits, et qui peuvent être amenés à orienter les usagers vers des professionnels de la santé et être dépositaires de leurs mauvaises expériences (par exemple les refus de soins).
- Les médecins, pour leur responsabilité fondamentale dans les refus de soins, mais aussi pour leur rôle éventuel d'orientation vers les droits sociaux
- Les institutionnels et les associatifs : ce dernier groupe est très hétéroclite et regroupe à la fois des représentants des catégories suivantes :
 - instructeurs des droits (CPAM)
 - politiques en charge de la cohésion sociale (conseil général)
 - associations en prise directe avec le terrain et en contact quotidien avec des usagers en situation de précarité et collectifs d'association menant des réflexions sur le sujet.

Ce panorama des acteurs intervenant sur le sujet est incomplet, il manque notamment les agents d'accueil des CPAM, qui sont parfois les premiers interlocuteurs des usagers dans leur parcours pour faire ouvrir leurs droits.

Il peut par ailleurs paraître surprenant que j'aie choisi d'interroger les 4 catégories à la fois sur les questions d'ouverture des droits et de refus de soins. En effet, on peut par exemple se demander ce qu'a à voir le travailleur social avec la question du refus de soins. Mais si la responsabilité du médecin semble évidente sur ce sujet, de par le serment hippocratique et la déontologie médicale, les travailleurs sociaux ont peut-être un rôle à jouer en se faisant le relais des usagers confrontés à un refus de soins, et en les accompagnant dans les démarches de signalement ? Voici un exemple de question qui a motivé mon choix d'interroger tous les acteurs à la fois sur l'ouverture des droits et sur les refus de soins.

Pour chacune de ces catégories j'ai donc rencontré 3 à 5 personnes pour des entretiens approfondis.

Mon objectif n'était évidemment pas d'établir un panorama représentatif sur le sujet, auquel cas j'aurais du avoir des effectifs nettement supérieurs et une méthode d'échantillonnage tout autre, mais de recueillir des points de vue variés pour une analyse qualitative et une confrontation des points de vue sur le sujet, permettant de faire émerger des tensions, des questions et des

hypothèses.

Étant en stage au réseau ASDES, j'ai bénéficié de contacts sur le 92, et j'avais par ailleurs des contacts sur Paris (notamment via Médecins du Monde). J'ai ainsi pu rencontrer :

→ au niveau institutionnel :

- Un membre de direction d'une CPAM
- Un conseiller général (cohésion sociale)
- Le CCAS, l'épicerie sociale et le café 115 d'Issy les Moulineaux (qui m'ont expliqué leur activité et la politique de la ville en matière d'aide sociale. Cependant, comme ils n'intervenaient pas directement sur la CMUc, je n'ai pas retenu l'entretien pour l'analyse).
- Une coordinatrice d'atelier santé ville

→ au niveau associatif :

- Une chargée de missions à l'UNIOPSS
- Une représentante de la commission Mission France de médecins du monde
- L'association culture du cœur (qui m'a présenté un projet d'accès aux soins en médecine de ville pour les bénéficiaires de la CMUc. Actuellement, ils ne sont pas encore en contact direct avec les bénéficiaires de la CMUc à propos des questions d'ouverture des droits et de refus de soins; je n'ai donc pas abordé ces questions là avec eux).

→ au niveau des professionnels de terrain (social)

- Des travailleurs sociaux à la CVS d'Issy les Moulineaux
- Une assistante sociale d'un centre d'accueil de soins et d'orientation de médecins du monde
- Des professionnels de l'association Nahda

→ au niveau des professionnels de terrain (médical)

- deux médecins généralistes libéraux adhérents au réseau ASDES
- un médecin généraliste travaillant en institution adhérent au réseau ASDES
- un médecin généraliste exerçant en libéral et aussi bénévole dans un CASO de médecins du Monde ainsi que membre du CoMeGAS (Comité des médecins généralistes pour l'accès aux soins).

J'ai rencontré plusieurs usagers (n=4), bénéficiaires ou anciens bénéficiaires de la CMU complémentaire, dont j'ai eu les contacts via l'association Nahda et un des médecins.

D'autres demandes n'ont malheureusement pas pu aboutir, entre autre :

- la commission éthique du conseil national de l'ordre des médecins n'a pas répondu à ma demande.
- je n'ai pas réussi à obtenir de rendez-vous avec les agents d'accueil des centres de sécurité sociale du 92 (refus de la direction), ni avec un délégué solidarité (après échec d'un contact direct, on m'a renvoyé vers la DRH pour solliciter un rendez-vous, mais les contraintes de temps ne m'ont pas permis de passer ces barrages).
- certains usagers : 1 absence à un rendez-vous; plusieurs personnes que j'aurais pu relancer mais pour lesquelles le temps m'a manqué.

Dans l'idéal, j'aurais par ailleurs souhaité rencontrer des professionnels travaillant sur les questions d'accès aux soins à la DDASS, ainsi que des médecins connus pour refuser des bénéficiaires de la CMUc (sachant qu'il est difficile de recueillir ce genre de propos en entretiens puisque ce n'est pas légal).

Le choix des personnes rencontrées s'est donc essentiellement effectué par opportunisme (pas de sélection aléatoire).

L'expertise ou l'engagement de certaines personnes rencontrées sur la thématique de l'accès aux soins était volontairement recherché, afin de pouvoir, bien que le nombre de personnes rencontrées soit faible, bénéficier de la réflexion avancée de ces personnes dans la discussion.

c) Réalisation des entretiens

Pour chaque catégorie de personnes rencontrées, une trame d'entretien a été utilisée (grille d'entretien), en laissant évidemment un espace de parole très ouvert pour faire ressortir d'autres éléments et en compléter ou approfondir certains.

J'ai contacté les personnes par email ou téléphone pour leur demander un entretien. Si elles étaient d'accord, nous prenions rendez-vous et avant tout entretien, je rappelais :

- l'objet de ma recherche
- qu'ils étaient libres de répondre ou non aux questions
- que l'entretien serait traité de façon anonyme

et je leur demandais s'ils étaient d'accord pour un enregistrement ou non (15 accords, 1 refus, 3 cas où les lieux ne s'y prêtaient pas).

La phase de réalisation des entretiens s'est déroulée de fin Janvier à début Avril.

Les entretiens ont duré entre 20 minutes et 2h30 minutes.

d) Analyse des entretiens

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits (intégralement ou en partie).

Une première analyse a visé à réorganiser les éléments de chaque entretien pour les classer par thématique. Après avoir regroupé pour chaque question tous les éléments de réponse, une synthèse a été réalisée catégorie par catégorie. Les faits les plus marquants ont été repris dans le détail.

3) Étude de documents

a) Choix des documents

Certaines des personnes que j'ai rencontrées (associations, médecins) ont appuyé leur propos de documents : rapports d'enquête, circulaires, articles de journaux, propositions d'amendements pour la loi HPST, courriers divers etc. Pour certains de ces documents, j'en avais déjà pris connaissance suite à ma recherche bibliographique, mais d'autres, plus spécifiques aux associations ou aux personnes rencontrées (par exemple : courriers, propositions d'amendement, projet de partenariat avec des CPAM pour des séances d'information des bénéficiaires sur leurs droits etc.) sont venus enrichir le panorama de documents à ma disposition. Une analyse approfondie de ces documents aurait pu s'avérer pertinente, permettre d'étudier les arguments avancés par les associations dans le combat contre les refus de soins et les recours, les solutions proposées (avantages, effets pervers éventuels etc.) et d'analyser leur réflexion éthique sur le sujet. Les articles de journaux auraient pu permettre entre autre d'analyser les rumeurs véhiculées sur les bénéficiaires de la CMUc (ce qui aurait peu être complété par une analyse des blogs sur Internet etc.). Cette méthode, tout à fait intéressante, représentait un travail très conséquent et n'était pas faisable dans son ensemble vu le temps imparti.

J'ai donc restreint l'étude de document à une circulaire et à la lettre de saisie de la HALDE qui l'a suivie : la circulaire CNAMTS 33 du 30 Juin 2008 et la lettre du CoMeGAS de saisie de la HALDE.

Mon choix s'est porté sur cette circulaire, car elle me semblait assez bien cristalliser un débat autour de la perception du patient CMUc, et de la stigmatisation dont il peut être l'objet. Il m'a donc semblé intéressant de décrire et d'analyser le contenu de cette circulaire et des réactions qu'elle a suscitées ainsi que de recueillir les réactions des professionnels, institutionnels et associatifs à ce sujet lors des entretiens.

b) Description et analyse

Le contenu des documents a dans un premier temps été décrit : les faits présentés par la

circulaire, les motifs de saisie de la HALDE avancés par le courrier du CoMeGAS.

Lors des entretiens, j'ai demandé aux professionnels, aux institutionnels et aux associatifs s'ils avaient connaissance de cette circulaire. Si oui, je leur ai demandé leur positionnement. Si non, je leur ai présenté brièvement les grandes lignes de cette circulaire et demandé ce qu'ils en pensaient. J'ai essayé de présenter cette circulaire de manière neutre, mais il est possible que mon résumé ait influencé les réponses de mes interlocuteurs.

Résultats

1) Résultats des entretiens semi-directifs

Nous aborderons les résultats des entretiens par groupe de personnes interrogées.

a) Les usagers

Caractéristiques socio-démographiques des usagers

	Sexe	Tranche d'âge	Situation familiale	Enfant à charge	Durée de séjour en France	Nationalité	Situation professionnelle	Niveau d'études	CMUc
U1	F	30-35	Célibataire	2	toujours	Française	RMI	CAP	En cours (depuis 7-8 ans)
U2	F	30-35	En couple	1	toujours	Française	employé	Post bac	L'a eu de 2000 à 2007. Aujourd'hui : sécu + mutuelle
U3	M	65-70	Marié- enfants	7 0	28 ans	Marocaine	retraité	collège	CMUc en cours (depuis 4-5 ans)
U4	M	60-65	Marié- enfants	5 2	44 ans	Marocaine	retraité	primaire	L'avait il y a 3 ans. Aurait droit à l'ACS, mais ne l'a pas.

Tableau synthétique des résultats (usagers)

Obstacles rencontrés pour obtenir la CMUc	- déficit d'information - recours à une tierce personne (obstacle non perçu comme tel par l'utilisateur, mais observé)
Propositions pour faciliter l'accès à la CMUc	- aucune réponse spontanée - après discussion : utiliser les mass média pour communiquer sur la CMUc
Connaissance des droits donnés par la CMUc	- méconnaissance : pensent que les médecins sont libres de les accepter ou de les refuser, et de leur demander des dépassements d'honoraires. - U1 ne savait pas s'il s'agissait d'un dispositif national ou pas.
Perception des devoirs	- comme les autres usagers
Expériences de refus de soins	- fréquentes - pas toujours perçues comme telles - visages variables (refus explicite, demande de dépassement, horaires réservés etc.)
Démarches réalisées en cas de refus de soins	- aucun recours, aucune saisie - les usagers consultent ailleurs ou avancent les frais/ paient les dépassements d'honoraires. - un numéro de téléphone pour signaler les refus de soins serait utilisé
Propositions d'amélioration	- liste de médecins acceptant la CMUc (2 demandes !)

Résultats détaillés

1) Les obstacles rencontrés pour obtenir la CMUc :

Certains usagers rapportent des obstacles directement, d'autres n'en rapportent aucun, mais cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne rencontrent pas d'obstacle, mais simplement qu'ils ne les perçoivent pas comme tels (difficultés de langue, recours à une tierce personne etc.)

Nous distinguerons donc les obstacles directement exprimés et ceux perçus au cours de l'entretien :

- les obstacles directement exprimés :

→ Le déficit d'information

U1 ne se rappelle pas avoir eu des difficultés particulières, mais explique qu'elle ne savait pas que ça existait avant que son médecin lui en parle. Avant d'obtenir la CMU-c elle renonçait régulièrement aux soins « *avant de l'avoir j'avais beaucoup de difficultés. Quand j'étais malade j'y allais pas* ». Pour elle, la CMU-c marque une réelle avancée dans son accès aux soins et celui de ses enfants: « *ça a été un grand soulagement, pour moi et mes enfants* »

- les obstacles perçus/observés lors de l'entretien :

U3 m'explique qu'il n'éprouve aucune difficulté. Pendant que je discute avec lui, un membre de l'association NAHDA est en train de remplir sa demande de renouvellement. U3 ne peut pas être autonome et réaliser seul les démarches nécessaires. Cependant, le recours à une tierce personne est tellement intégré qu'il ne le considère pas comme une difficulté.

U4, quant à lui, ne relève plus du dispositif CMU mais ACS. Il a droit, vu son âge, à 400 euros d'aide annuelle pour cotiser à une mutuelle. Cependant, il ne sait pas comment les toucher et cotise donc seul, sans aide, à sa mutuelle. Il envisage d'arrêter la mutuelle car il trouve qu'elle ne le rembourse pas assez bien. Lorsqu'il bénéficiait de la CMUc, il recourait à l'aide de l'association Nahda pour remplir les dossiers et déposer ses demandes. Il touche actuellement 720 euros par mois, mais envoie régulièrement de l'argent au pays. Déduction faite de l'argent envoyé au pays, il lui reste moins de 620 euros par mois.

- En résumé, les obstacles directement exprimés sont surtout relatifs à l'information.
- Les obstacles perçus lors de l'entretien sont surtout d'ordre administratif (complexité des démarches, capacité à remplir le dossier et à rassembler les justificatifs nécessaires). Ce type d'obstacles est vraisemblablement sous-déclaré par les usagers, qui adoptent des comportements d'évitement de l'obstacle (recours à une tierce personne etc.) et ne le considèrent plus comme tel. Ainsi, la méthode permettant de mieux objectiver ce type de difficultés est probablement l'observation.

2) Les propositions pour faciliter l'accès à la CMUc :

J'ai le sentiment que les usagers que j'ai rencontrés se sont sentis pris au dépourvu par cette question : « *alors là comme ça je vois pas* ».

Cependant, lorsque je leur suggère certaines améliorations, autour de l'information notamment, ils semblent assez convaincus qu'il y a un déficit d'information, et penseraient utile de réaliser des spots télé ou radio expliquant brièvement ce qu'est la CMUc, qui y a droit et comment la demander.

3) La connaissance des droits donnés par la CMUc :

Les personnes que j'ai rencontrées savent que la CMUc est l'équivalent d'une mutuelle et qu'ils peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais. Cependant, ils n'ont pas, dans la plupart des cas, la notion que les professionnels de santé ont l'obligation de les accueillir, de respecter les tarifs opposables de la sécurité sociale et de pratiquer la dispense de l'avance des frais. Certains pensent que les médecins sont libres de les accepter ou de les refuser et demandent, pour faciliter

leur orientation, que les listes des médecins acceptant la CMUc soient réalisées et accessibles aux usagers.

Les usagers méconnaissent leurs droits. Ils sont nombreux à penser que le professionnel de santé est libre de les accepter ou de les refuser.

4) La perception des devoirs :

Les personnes que j'ai rencontrées estiment qu'elles ont autant de devoirs que les autres usagers, ni plus, ni moins.

J'explique à U1 que certains médecins se plaignent et trouvent que les patients bénéficiaires de la CMUc font moins d'efforts que les autres (retards aux rendez-vous, annulations sans prévenir etc.). Je lui demande son impression par rapport à ça. Elle me répond :

« Il y en a qui en profitent un petit peu, faut pas le cacher, c'est vrai. Moi je connais des gens qui en profitent énormément, je trouve ça même inadmissible, quoi parce que si après, si on retire la CMU à cause des personnes qui en ont profité au maximum, moi je trouve ça dégueulasse, (...) Il y a des choses que je peux pas comprendre :

c'est une personne qui a 4 enfants, elle a des allocations à gogo, c'est une personne aussi qui travaille, elle a la CMU, allez comprendre pourquoi? Cette personne là, sa mère ou un autre membre de sa famille, elle va lui demander d'aller voir le médecin et de marquer ça ça ça; elle va voir le médecin et il lui marque ça ça ça, c'est la CMU qui paie. Non je suis pas d'accord, c'est des choses...ça passe pas.

je vois pas pourquoi le médecin accepte de faire des ordonnances avec un tas de mêmes boîtes, je trouve ça inadmissible (..) ça vient surtout du médecin (...) si le médecin n'est plus d'accord, cette personne là elle n'en profitera plus. »

- Les usagers rencontrés semblent sensibilisés aux « règles de bonne conduite ». Ils rapportent avoir connaissance de personnes ne les respectant pas, mais cela ne prouve en rien que le problème est plus fréquent parmi les bénéficiaires de la CMUc.
- Il est par ailleurs difficile d'obtenir une réponse objective à cette question par le biais d'entretiens. L'observation serait probablement une méthode plus adaptée.

5) L'accès aux soins :

L'accès aux soins des personnes rencontrées semble bon dans l'ensemble. Ils ont tous déclaré un médecin traitant et sont suivis régulièrement.

6) les expériences de refus de soins :

Certains usagers rapportent des refus de soins caractérisés qu'ils perçoivent comme tels. D'autres usagers rapportent au cours de l'entretien des situations de refus de soins, mais qu'ils ne perçoivent pas comme telles. Nous distinguerons donc les expériences de refus de soins directement exprimées de celles rapportées par l'utilisateur, mais non reconnues comme telles :

- expériences de refus de soins directement exprimées :

– U1 me fait part de plusieurs refus de soins :

- un dermatologue en ville.
- le remplaçant du médecin traitant de sa sœur.
- un médecin généraliste sur Nantes. A ce propos, elle me demande « *la CMU, est-ce que c'est juste pour la région parisienne?* ». Elle m'explique qu'elle va partir une semaine en vacances cet été avec ses enfants et s'inquiète « *j'espère que j'aurai pas de soucis là-bas.* »

– U2 m'explique que plusieurs dentistes et ophtalmologistes lui ont dit au téléphone :

- soit qu'ils ne prenaient pas la CMUc
- soit qu'ils réservaient une plage horaire pour les bénéficiaires de la CMUc

Elle raconte que plusieurs ont été désagréables au téléphone et qu'elle ressentait du mépris de leur part « *Non non la CMU je prends pas* » « *si vous avez la CMU ce sera à telle heure* » et précise « *ceux qui m'énervaient le plus c'étaient ceux qui faisaient ça de manière fourbe. Ceux qui disaient non direct ça m'agaçait, mais bon. Ceux qui donnaient une plage horaire : c'était humiliant, **sous-entendu on n'a rien d'autre à faire que de venir à cet horaire là*** ». Elle s'interroge sur les femmes avec enfants scolarisés, les personnes qui travaillent, comment font elles pour venir à ces horaires là? « *Clairement c'était pour limiter* ».

- expériences de refus de soins non reconnues comme telles par l'utilisateur mais existantes :

U3 n'identifie pas les refus de soins comme tels. Lorsque je lui demande s'il a déjà eu des refus de soins, il me répond que non, il n'a jamais eu de problèmes. Cependant, au décours de l'entretien, il me parle d'un opticien qui a refusé de prendre la CMUc, et il semble résigné « *c'est comme ça* ». Il m'explique aussi que pour consulter un dentiste, il s'est fait conseillé par un ami « *un dentiste qui accepte la CMU* ». Ce dentiste lui a d'ailleurs confirmé « *il y a des dentistes qui n'acceptent pas la CMU* ».

Au contraire, U4 ne rapporte aucun refus de soins lorsqu'il avait la CMUc, il n'a eu aucune difficulté avec son médecin traitant, ni avec les spécialistes qu'il a consultés (son médecin traitant l'orientait

vers l'hôpital ou vers des dispensaires). Il a de plus pu réaliser des prothèses dentaires au dispensaire. Il a depuis cassé son appareil et est bien embêté car sa mutuelle ne lui permet pas de s'en procurer un nouveau.

- Les expériences de refus de soins sont fréquentes.
- Elles sont vécues de diverses manières :
 - banalisées pour certains, qui ne les identifient même plus comme telles,
 - humiliante pour d'autres (sentiment d'être méprisé)
 - ou encore inquiétantes (crainte de ne pas trouver un médecin qui les accepte)

7) les démarches réalisées en cas de refus de soins :

Leur préoccupation première est de se faire soigner.

Pour cela, différentes stratégies sont adoptées :

– La plus courante est la recherche d'un autre médecin acceptant la CMUc. Ainsi, U1 a cherché d'autres médecins acceptant la CMU et en a trouvé. Pour U3, les refus de soins semblent être une réalité parfaitement intégrée, mais dans un certain sens banalisée : si on lui refuse la CMU, il va voir ailleurs, « *c'est comme ça* ». Il pense que ces professionnels de santé n'ont pas besoin de travail, alors que lui, il se « *casse la tête pour 20 euros* ». Même s'il pense que ce n'est pas normal, il ne voit pas ce qu'il peut faire « *la loi elle est où? Tu lui dis « la loi »...mais va chercher la loi...* ».

– Mais parfois, la personne préfère faire l'avance des frais et payer des dépassements d'honoraires, avec la contrepartie de renoncer à certains soins. U2 m'explique ainsi être allée voir des dentistes/ophtalmologistes qui n'acceptaient pas la CMUc et pratiquaient des dépassements d'honoraires, mais avoir limité sa consommation de soins (prothèse dentaire etc.).

Ensuite, aucun des usagers que j'ai rencontrés ne savait qu'il pouvait signaler un refus de soins et qu'il existait des recours dans ces cas là.

En particulier, ils ne savent pas qu'ils peuvent signaler l'évènement à la CPAM, ni qu'ils peuvent saisir le conseil de l'ordre ou la HALDE.

U1 et U2 m'ont rapporté que si elles avaient eu connaissance d'un numéro de téléphone où signaler les refus de soins, elles l'auraient fait.

Il est nécessaire de rappeler qu'à ce jour, les procédures pour signaler un refus de soins sont très compliquées et nécessitent un engagement et une volonté forte de la part de l'utilisateur afin de les mener à bout.

- Leur préoccupation première est de se faire soigner, le plus souvent en cherchant un autre professionnel qui les acceptera. D'autres préfèrent payer des dépassements d'honoraires.
- Les usagers ne sont pas au courant des possibilités de signalement (ils ne sont même pas au courant que les médecins n'ont pas le droit de les refuser).

8) les propositions

Les usagers proposent des améliorations au vu de la réalité du terrain et non de la loi. Ils prennent pour acquis que les professionnels peuvent les refuser. Ainsi, ils demandent à ce que des « listes de médecins acceptant la CMUc » soient disponibles, sur Internet et auprès des CPAM.

b) Les travailleurs sociaux

Caractéristiques socio-démographiques des travailleurs sociaux

	Sexe	Tranche d'âge	Lieu de travail	Durée d'exercice	Fonction
S1	F	35-45	CVS Issy les Moulineaux	6 ans	Travailleuse d'insertion
S2	F	30-35	CVS Issy les Moulineaux	5 ans	TISF
S3	F	25-30	Médecins du Monde	2 ans	Assistante sociale
S4	F	45-55	Association Nahda	10 ans	Permanences dans les foyers de travailleurs migrants (volet droit et volet santé)

Tableau synthétique des résultats (travailleurs sociaux)

Pratiques	Information des personnes sur la CMUc	<ul style="list-style-type: none"> - à des degrés divers - + ou – repris par d'autres intervenants ou lors de séances collectives - pas toujours systématique
	Accompagnement dans les démarches	<ul style="list-style-type: none"> - plus ou moins, selon la fonction - si non, orientation - prise en compte de l'autonomie de la personne et adaptation en fonction
	Information sur les obligations des médecins, sur les recours possibles en cas de refus de soins	<ul style="list-style-type: none"> - non, ou très incomplète - parfois par méconnaissances des obligations des médecins et des recours possibles. - préfèrent communiquer sur la « réalité du terrain » et non sur la réalité de la loi
	Discussion systématique sur l'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - selon le cadre - non si ce n'est pas une structure de soins ou la thématique faisant venir la personne - jugé trop intrusif et stigmatisant
	Orientation vers les professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - stratégies adaptatives - évitement des professionnels connus pour refuser des patients CMU
Attitudes	Point de vue sur les conditions d'accès et les démarches nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> - complexité - frein si la santé n'est pas considérée comme une priorité, ce qui est souvent le cas
	Perception des droits et des devoirs des bénéficiaires de la CMUc	<ul style="list-style-type: none"> - les mêmes que les autres usagers
	Point de vue sur l'accès aux soins : à quelles structures la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc doit elle incomber?	<ul style="list-style-type: none"> - reconnaissent l'intérêt des structures spécialisées - mais mise en garde forte contre le risque de ghettoïsation - avantages du prise en charge selon un même modèle que les autres usagers (même mieux de soins) pour favoriser la réinsertion.
	Point de vue sur les refus de soins	<ul style="list-style-type: none"> - attitude de compréhension des professionnels de santé, recherche des causes multiples contribuant au problème - mais, comprendre ne signifie pas cautionner - attitude plutôt passive (évitement des professionnels qui refusent, pas d'encouragement au signalement)
Propositions d'amélioration	Pour améliorer l'accès à la CMUc	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer la communication avec l'utilisateur (améliorer le retour d'information) - modifier la prise en compte des ressources (tenir compte des pensions alimentaires envoyées au pays pour les travailleurs migrants) - revaloriser les seuils
	Pour lutter contre les refus de soins	<ul style="list-style-type: none"> - formation et sensibilisation des médecins - sanctions financières et disciplinaires

Résultats détaillés

→ leurs pratiques :

1) information des personnes sur la CMUc (existence, conditions d'accès, démarches, panier de soins, devoirs) :

Tous informent sur la CMUc, mais à des degrés divers.

Par exemple, S1 n'est pas en première ligne pour informer de l'existence de la CMUc. Selon l'organisation de sa structure, l'information sur l'existence de la CMUc a normalement déjà été donnée, et des séances d'information collective (animée par une déléguée solidarité) sur les conditions d'accès, les démarches, le panier de soins sont proposées. Par contre, elle vérifie que l'information a été reçue et la complète au besoin. Elle informe sur les modalités de renouvellement et sur le médecin traitant, ainsi que sur la nécessité de mettre à jour la carte vitale, toujours en partenariat avec la déléguée solidarité.

Pour tous les travailleurs sociaux rencontrés, il ne semble pas y avoir un déficit d'information sur l'existence de la CMUc (contrairement à l'ACS par exemple). Cependant, l'information sur les droits donnés par la CMUc n'est pas toujours très exhaustive. D'autre part, les informations données concernant les démarches annexes à réaliser (déclaration de médecin traitant, renouvellement, mise à jour de la carte vitale etc.) sont assez variables.

Par exemple, S2 rappellera systématiquement l'importance de déclarer un médecin traitant, en allant jusqu'à donner des formulaires de déclaration aux usagers. Pour S3, par contre, ce n'est pas systématique. Pourtant, depuis le 31 Janvier 2009, un bénéficiaire de la CMUc qui n'a pas déclaré de médecin traitant n'est remboursé qu'à 30% pour ses consultations¹. Elle découvre ce changement et me dit qu'elle essaiera à l'avenir d'intégrer ce point de manière systématique.

S4 leur explique que la CMUc est l'équivalent d'une mutuelle et qu'ils bénéficient de la dispense d'avance de frais. Elle rappelle aussi que le renouvellement doit se demander 2 mois à l'avance. Elle n'explique pas tout sur le moment. Comme elle « suit » les personnes, elle leur expliquera que tout n'est pas remboursable à l'occasion d'une ordonnance par exemple etc.

S3 précise que la CMUc ne signifie qu'ils n'auront aucun médicament à payer « *On leur dit que il y a certains médicaments qui sont pas pris en charge, donc même si vous avez une CMU, il y a des médicaments que vous êtes obligés d'acheter.* »

Ils donnent parfois des informations complémentaires sur le droit à la carte solidarité transport.

- Le degré d'information donné varie selon les professionnels.

¹ Avis relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur le montant de la majoration de la participation de l'assuré, publié au Journal officiel du vendredi 30 janvier 2009

- Il peut être difficile pour ceux-ci d'intégrer les modifications fréquentes des droits (par ex : conditions de remboursement etc.) dans l'information qu'ils délivrent et d'adapter leurs messages afin d'orienter au mieux les bénéficiaires.
- Globalement, les travailleurs sociaux ont le sentiment que l'information sur la CMUc est bonne. Cela doit être interprété avec prudence : ils travaillent dans des structures qui délivrent de l'information, mais cela ne signifie pas qu'en dehors de ces structures, l'accès à l'information soit facile.

2) accompagnement dans les démarches

Parmi les 4 personnes rencontrées, deux étaient réellement dans une démarche d'accompagnement rapprochée (cela relevait de leurs missions professionnelles), et deux autres n'avaient pas pour mission de remplir elles-mêmes les dossiers et d'épauler les individus dans leurs démarches, mais elles savaient repérer les personnes nécessitant un accompagnement rapproché et les orienter vers une aide adaptée.

S4 remplit les dossiers pendant les permanences et vérifie qu'il y a les justificatifs nécessaires.

Pour S2, TISF, il est évident que sa mission inclue une aide directe à la constitution du dossier, mais cette aide s'insère dans une démarche plus large d'éducation, avec l'objectif de rendre les personnes autonomes pour les fois prochaines. Pour elle, cette démarche relève d'une éthique professionnelle. *« Oui, c'est mon rôle. Bien sûr que c'est mon rôle de le faire. Si j'aide, il faut que je sois vraiment efficace. Je vais pas venir à domicile entendre les besoins de la personne et puis lui dire « y a qu'à », ou « faut qu'on » (...) De toute manière dans la mission de la TISF, dans notre éthique professionnelle, dans notre déontologie aussi, on est dans le faire avec, on est là pour montrer, on fait de l'éducatif, donc c'est pour cela qu'on va jusqu'à faire. On fait avec la personne, on lui explique, on lui apprend comment faire dans l'espoir, enfin dans le but déjà de la rendre autonome et dans l'espoir que lorsqu'on ne sera plus avec elle elle pourra faire toute seule. »*

- Les travailleurs sociaux modulent les démarches d'accompagnement en fonction du degré d'autonomie de la personne.
- S'ils ne réalisent pas eux-mêmes l'accompagnement, ils se préoccupent d'orienter la personne afin qu'elle reçoive un accompagnement adapté.

3) information sur les obligations des médecins, sur les recours possibles en cas de refus de soins

Ce sujet est loin d'être systématiquement abordé.

Cette question a d'ailleurs été l'occasion de mettre en évidence que plusieurs d'entre eux ne connaissaient pas les obligations des médecins envers les bénéficiaires de la CMUc, ni les recours possibles en cas de refus de soins.

Ainsi, S4 ne savait pas que les médecins avaient l'obligation de pratiquer la dispense d'avance de frais et de respecter les tarifs opposables de la sécurité sociale.

L'information véhiculée prend en compte non les droits, selon la loi, mais la réalité pratique du terrain. Ainsi S1 précise : *« alors là on peut pas dire n'importe quoi parce qu'on sait très bien que ce n'est pas la réalité. Donc on alerte quand même les personnes sur le fait qu'il est important qu'ils choisissent un médecin traitant sympathique, qui soit prêt à les accepter, que la loi est telle que tous les médecins doivent les recevoir mais que la réalité du terrain n'est pas tout à fait celle là. » « il y a une distorsion entre la loi et la réalité du terrain, ça ils le savent »*

Concernant les refus de soins et les recours possibles, S1 me dit : *« On en parle. On dit que « malheureusement ça arrive ». ça n'est pas la légalité mais malheureusement ça arrive, que après évidemment ils ont des recours, ils peuvent toujours se plaindre, ils peuvent toujours... on leur dit, mais franchement euh, c'est pas les gens dans des galères qui vont se lancer dans des procédures. »*

S3 n'en parle pas dans sa pratique quotidienne, mais pense que ça pourrait être utile, seulement modifier ses pratiques en fonction de ce constat lui pèse : *« donc moi je pense qu'il faudrait, c'est triste à le dire, mais quelque part il faudrait mais c'est triste d'en arriver là , de se dire « bon vous avez la CMU, mais attention, hein vous avez le droit de porter plainte » ».*

- Les travailleurs sociaux abordent très peu la question des refus de soins et ce pour plusieurs raisons :
 - Certains trouvent décourageant de partir vaincus, et de reconnaître de fait que la loi n'est pas respectée
 - D'autres pensent que ça ne servirait à rien, l'essentiel étant que la personne trouve un médecin avec qui elle ait une bonne relation.
- Les travailleurs sociaux n'abordent pas du tout la question et des recours possibles, et ce pour plusieurs raisons :
 - ils sont réticents à encourager les personnes à porter plainte, craignant de les engager dans des démarches complexes, qui les détourneraient de leurs priorités

et qui ne leur apporteraient pas de bénéfice direct.

- Certains ne sont tout simplement pas au courant de la possibilité des recours, ni des démarches à suivre
- De plus, tous ne sont pas convaincus de la responsabilité des médecins sur la question des refus de soins : comment pourraient-ils alors encourager les patients à signaler les médecins qui les refusent ?

4) accès aux soins : est-ce une thématique systématiquement abordée?

Selon la personne interrogée, sa fonction et son lieu d'exercice, la réponse varie sensiblement. Par exemple, pour S3, qui travaille à Médecins du Monde, la question est évidemment abordée, puisque c'est un lieu de soins, et que les usagers y viennent justement pour accéder aux soins.

Pour S1, « *Parler de soins à des personnes qui ont une difficulté d'insertion professionnelle mais qui ne vont pas mal, c'est un peu stigmatisant.* » Elle explique qu'à la place de la personne au RMI, elle ressentirait comme intrusif et déplacé qu'on aborde systématiquement la question de la santé

« *La santé, moi je me mets à la place des gens tout le temps. Si moi demain je suis au RMI, ça peut arriver à n'importe qui -je suis fonctionnaire maintenant mais c'est y a pas longtemps- donc si je peux me retrouver au RMI demain en me disant faut que je retrouve du boulot et puis faut éventuellement qu'on m'aide un peu parce que là je vais, financièrement, ça va pas, on me dirait « et votre santé? », ça va m'agacer, donc euh.* »

Elle pense donc que c'est une problématique qui doit être abordée par l'utilisateur lui-même s'il le souhaite, mais pas imposée par le travailleur social. Lorsque je lui demande si poser une question du type « vous n'avez pas eu de problème pour accéder à des soins, ou est ce que vous avez renoncé à des soins récemment? » serait envisageable, elle me répond :

« *Non, j'ai l'impression que si c'était une problématique, les gens ils en parleraient. Si ils me disent « moi il faut que me fasse refaire les dents parce que j'ai les dents pourries » ou « il faudrait que je (?) la nuit », ça arrive souvent, « j'arrive pas à me lever le matin pour chercher du travail parce que la nuit je peux pas dormir », je vais aborder, je vais dire « mais est ce que vous avez bien un médecin traitant? Est ce que vous l'avez vu? Est ce que vous savez comment vous pouvez faire? » à ce moment là évidemment je vais embrayer dessus. **Mais s'ils n'en parlent pas ça n'a pas lieu d'être, c'est vrai que mes entretiens sont très axés autour de l'emploi.*** »

Pour S2, TISF, cette thématique est assez intrusive et elle n'abordera pas d'emblée ce sujet. Cependant, comme elle suit des personnes sur plusieurs mois, l'occasion d'aborder la thématique se présentera à un moment ou à un autre. « *pour ne pas être intrusif, on est obligé d'attendre qu'il*

y ait quelque chose ». Elle me précise que dans un cas seulement, elle se permet d'être intrusive d'emblée est lorsqu'elle a en face d'elle une jeune maman : « *Le seul moment où on est intrusif; on parlera toujours de la contraception à une maman qui vient d'accoucher, c'est le seul truc, mais sinon pour le reste...non* ». Lorsqu'elle aborde la thématique, elle insiste sur la nécessité d'avoir un médecin traitant, et encourage les personnes à en choisir un si elles n'en ont pas encore « *je pose des questions, de savoir si, est ce que la personne a un médecin généraliste, si elle l'a bien déclaré à la sécu, et si la personne ne l'a pas fait je fais, je donne un petit papier et puis je l'encourage vivement à le faire (...)* »

- Hormis dans les lieux de soins, les travailleurs sociaux sont réticents à aborder d'emblée la thématique de l'accès aux soins. Ils préfèrent que le sujet soit amené par l'utilisateur et ce pour plusieurs raisons :
 - Pour certains, aborder la thématique de l'accès aux soins, et plus largement de la santé a un côté stigmatisant.
 - Pour d'autres, c'est beaucoup trop intrusif d'aborder cette thématique sans l'accord explicite de la personne
- Peut-être y a-t-il ici un amalgame entre parler d'accès aux soins et parler de santé? Autant poser des questions à la personne sur sa santé semble intrusif et déplacé de la part d'un travailleur social, autant interroger la personne sur son accès aux soins, afin de vérifier qu'il n'est pas limité, me paraît tout à fait légitime.

5) orientation vers des professionnels de santé

On peut distinguer deux niveaux : l'orientation vers la médecine générale, et l'orientation vers le dentiste ou le médecin spécialiste. Si les travailleurs sociaux orientent parfois en libéral pour la médecine générale c'est beaucoup moins souvent le cas pour la médecine spécialisée et les soins dentaires : dans ces cas là, ils orientent plutôt vers des structures publiques (CMS, hôpitaux).

S2 m'explique qu'elle utilise le guide de la ville pour orienter les nouveaux arrivants vers un médecin généraliste, et leur conseille plutôt des médecins acceptant la CMUc et/ou ayant des doubles compétences :

« Je connais pas les tarifs de tel ou tel médecin, c'est pas tellement en fonction des tarifs que nous on va orienter,

Ce serait plutôt en fonction de si il accepte ou pas la CMU, s'il fait à la fois pédiatre parce qu'il y en a très peu

si le généraliste a une option enfant (...) ou bien une option gynécologie,

c'est plutôt ce genre d'orientation qu'on va faire, parce que les tarifs on les connaît pas (...) »

Lorsqu'elle doit orienter vers un dentiste ou vers un spécialiste, elle oriente plutôt vers les CMS ou les hôpitaux.

Elle leur déconseille les médecins connus pour refuser la CMUc : *« Si on sait qu'il y a un médecin qui n'aime pas les personnes qui ont la CMU, on va leur dire de ne pas aller là. On sait qu'elles ne sont pas de taille à se battre, donc c'est pas la peine de les envoyer non plus au casse pipe. On va dire plutôt ça va pas, mieux vaut ne pas aller voir celui là, allez en voir un autre pour ne pas avoir de problème »*. Je lui demande alors s'ils ont une sorte de « liste noire », mais elle reste très discrète dans sa réponse *« non on n'a pas une liste. On connaît de bouche à oreille c'est eux qui nous rapportent l'information, c'est comme ça qu'on sait (...) heureusement ils ne sont pas pléthore sur la place. Il y en a 1 ou 2 comme ça on sait très bien »*

S4 explique que ce type d'information circule de bouche à oreille : *« Dans le quartier les gens sont au courant de qui ils peuvent aller voir ou pas (...) C'est eux qui relaient l'information « elle -le dentiste- elle prend » »*

On remarque ainsi que les travailleurs sociaux ont adapté leurs orientations du fait de l'existence des refus de soins, en contournant le problème, mais sans dénoncer les pratiques des professionnels de santé.

- De fait, l'orientation se fait plus vers les centres de santé ou les hôpitaux dès qu'il s'agit de spécialistes. Cela s'explique par 2 raisons :
 - Ils ne peuvent orienter vers un spécialiste particulier exerçant en libéral, car la loi le leur interdit.
 - Ils limitent volontairement les orientations en médecine libérale, afin d'épargner un éventuel refus de soins à l'utilisateur, et préfèrent orienter vers les structures publiques, où ils sont sûrs qu'il n'y aura pas de problème.

→ leurs attitudes :

6) point de vue sur les conditions d'accès et les démarches nécessaires :

Selon les travailleurs sociaux que j'ai rencontrés, l'information sur le dispositif est plutôt bonne.

Ainsi, une personne travaillant dans une structure associative très implantée sur le terrain

m'explique que les gens sont si bien informés que même « *de temps en temps, c'est eux qui nous annoncent les nouvelles lois* ».

Par contre, ils rapportent un manque d'information sur l'ACS, dispositif encore très méconnu, y compris des travailleurs sociaux : « *je pense que la méconnaissance elle est là. Même les travailleurs sociaux. C'est un dispositif qui n'est pas connu, autant du côté social que du côté médical. (...)C'est ça qu'il faudrait un peu plus mettre en avant* »

Si l'information leur semble plutôt bonne, le dossier est par contre parfois perçu comme trop compliqué, et représente un frein pour des personnes qui ne considèrent pas la santé comme une priorité « *Quand on voit un dossier de CMU c'est assez impressionnant.(...) Quand on voit tous les documents qu'on demande, les justificatifs etc., pour la personne qu'est pas très paperasse déjà elle se décourage (...) on n'est pas malade tous les jours, donc quand la personne elle va voir ça « ohlàlà c'est compliqué » elle va mettre de côté. La santé c'est pas forcément une priorité. Si ils ont un rhume une fois dans l'année.(...), » (S3). De plus, le dossier est parfois mal compris, les personnes ne comprennent pas quels justificatifs elles doivent fournir : « *on va te donner la liste des papiers à fournir. Les gens pensent qu'il faut fournir tous les papiers, alors que non, tu fournis les papiers par rapport à ta situation à toi. (...) et ça, ça décourage. Des fois tu te demandes si c'est pas fait exprès, (...) si c'est pas une stratégie fait exprès pour décourager les gens.* »*

Pour des individus qui ne considèrent pas la santé comme une priorité, les démarches nécessaires à la constitution d'un dossier et à l'ouverture de droits vont représenter autant d'obstacles. Pour S2, certaines personnes sont dans un schéma où ils ne répondent qu'à l'urgence, et il est d'autant plus difficile de faire de la prévention avec eux, et faire une demande de CMUc peut s'apparenter à une démarche préventive (anticiper un besoin de soins curatifs, mais aussi pouvoir avoir un suivi régulier et bénéficier d'actions de prévention (vaccin, dépistages etc.). « *les personnes elles répondent à l'urgence de la santé (...) On a énormément du mal à travailler en prévention avec ces personnes. Plus il y a de difficultés et moins on peut travailler en prévention, que ce soit sur le plan social ou sur le plan médical Parce qu'elles viennent toujours nous solliciter en dernier recours, quand elles ont épuisé leurs ressources à elles, (...)autant financières que relationnelles* »

Pour S4, le médecin n'informe pas assez sur les différents dispositifs de prise en charge tels que CMU, ACS, AME, mais aussi ALD. A plusieurs reprises, S4 s'interroge sur les « négligences » des médecins, qui n'informent pas les patients sur les dispositifs de prise en charge auxquels ils ont droit, notamment le 100%, et ne font pas ces démarches automatiquement, ce qui n'est pas sans conséquence. Elle raconte l'anecdote suivante : « *Un résident avait une maladie de Parkinson et avait interrompu son traitement car il n'avait pas les moyens de l'acheter, n'ayant pas de mutuelle. Remarquant qu'il tremblait, je lui demande : « tu as été voir le médecin? » « T'as arrêté ton traitement? ». je prends RDV avec lui chez le médecin, et lui explique que les médicaments sont à*

prendre à vie -il n'avait pas compris. Chez le médecin, je demande pourquoi le patient n'est pas à 100%. Le médecin répond « il ne me l'a pas demandé ». Je lui rétorque « et bien je vous le demande ». »

Enfin, ils sont plusieurs à s'interroger sur le plafond de ressources de la CMUc et à se demander si c'est une stratégie de fixer le seuil à quelques dizaines d'euros de moins que l'AAH ou le minimum vieillesse, pour éviter d'inclure de « grands consommateurs de soins » parmi les bénéficiaires de la CMUc...

- Les travailleurs sociaux trouvent dans l'ensemble que le plafond des ressources est trop bas et souhaiteraient une réévaluation des seuils.
- Ils constatent que la complexité des démarches peut freiner certains usagers.
- Certains pensent que l'orientation vers les droits sociaux est insuffisamment réalisée par les médecins, ce qui porte préjudice aux patients.

7) perception des droits et des devoirs des bénéficiaires de la CMUc

Pour tous les travailleurs sociaux que j'ai rencontrés, les devoirs des bénéficiaires de la CMUc sont **les mêmes** que ceux des autres usagers.

S1 précise : « *J'estime de toute façon que tout le monde se doit d'être à l'heure chez le médecin, tout le monde se doit d'être correct, tout le monde se doit de ne pas aller voir 5 médecins quand 1 suffit.* »

S4 rapporte que certaines règles, comme être à l'heure aux rendez-vous, mettre à jour sa carte vitale etc, ne sont pas toujours bien intégrées « *il faut le dire et le répéter, car les personnes sont souvent déconnectées du système.* ». Lorsque je lui rapporte que certains médecins se plaignent que les bénéficiaires de la CMUc respecteraient moins que les autres les horaires des rendez-vous, elle rigole « *de toutes façons, en ce moment les rdv chez le médecin, vous attendez 2 heures* »

8) point de vue sur l'accès aux soins : à quelles structures la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc doit elle incomber?

Pour tous les travailleurs sociaux que j'ai rencontrés, il est fondamental d'offrir les mêmes possibilités de prise en charge aux bénéficiaires de la CMUc qu'aux autres, aussi bien en médecine de ville qu'en centres de santé, hôpitaux etc. Si certains voient un avantage à développer des structures spécialisées, la peur de la ghettoïsation qu'induirait ce type

d'organisation prédomine. « *C'est vrai qu'avec le contexte actuel, je crains que ce soit plus une ghettoïsation que autre chose, mais l'idée est intéressante, voilà* » (S1). « *Oh non, tu mets les gens dans les cases quoi. Bon d'accord, il y a des médecins qui sont plus sensibilisés à la précarité et d'autres pas, mais là c'est vraiment mettre les gens dans les cases* » (S3)

De plus, beaucoup des personnes rencontrées considèrent la CMUc comme un passage, (*les études analysant le turn over montrent d'ailleurs que 25 % des bénéficiaires sortent du dispositif chaque année*) et pointent, avec justesse, que flécher la prise en charge vers des structures spécialisées paraît dans ces cas là peu adapté : « *Si vous voulez, le danger c'est quand même, moi je pars du principe que les gens qui sont à la CMU le sont pas pour la vie entière, alors on a des familles CMU, au RMI, qui le sont, mais, ou des gens dont on peut penser à juste titre qu'ils vont y rester longtemps, mais le principe de la CMU c'est que c'est un passage, un moment de la vie où il y a une difficulté qui fait qu'on peut plus payer, et que, voilà. Donc si à cause de ça on est écarté de son médecin traitant qui vous connaît depuis toujours, qui a votre dossier, euh, que vous pourrez payer tout à fait normalement dans 6 mois ou 1 an, c'est ridicule, c'est ça le problème.* »

S2 nous offre une analyse intéressante, tirée de sa propre expérience, et argumente pourquoi, selon elle, des structures spécialisées, même si elles étaient constituées de professionnels formés aux questions de santé précarité, ne pourraient constituer une réponse adaptée :

« Les personnes en situation précaire veulent être comme monsieur tout le monde. (...)

C'est pour ça qu'on a de plus en plus de mal à faire des actions collectives.

le fait de regrouper des personnes qui sont toutes dans une même situation, autour d'une même difficulté, c'est pour ça je pense qu'elles ne répondent pas.

On a fait une action (...) Sur 50 invitations, il y en a 4 qui sont venus.

L'invitation était pour leur expliquer quelles sont les différentes étapes de l'expulsion, pour qu'elles puissent se préparer, et comment nous on peut les aider à chaque étape. (...)

ça prouve bien que les gens n'aiment pas être regroupés autour de leurs problèmes, ils n'aiment pas avoir en face d'eux des gens qui leur renvoient leurs problèmes (...)

Même pour les professionnels qui reçoivent ça va être usant, (...) de recevoir que les gens, les pauvres, les précaires, les plus en difficultés. C'est difficile de travailler comme ça (...)

Si on veut que les gens se fassent suivre et viennent spontanément, on va être obligé de travailler dans la mixité, si on fait pas ça au contraire les gens vont nous échapper, c'est à dire qu'on verra que ces lieux qu'on aura fait pour eux seront désertés, ils viendront pas, parce que quand ils viennent dans la salle d'attente ils voient l'autre qui est encore plus pauvre qu'eux et qui est en train de leur projeter ce que eux ils vont devenir d'ici les mois à

venir et ils veulent pas voir ça les gens »

Cependant, des orientations différentielles sont souvent pratiquées, les patients bénéficiaires de la CMUc étant orientés vers des dispensaires et les autres vers des médecins libéraux.

- « JG : mais en même temps en pratique, les orientations c'est quand même vers des dispensaires en fait?
- S3 : c'est vrai, c'est vrai en pratique ça va sur les dispensaires. Mais bon je me dis parce qu'à Paris on a la chance d'avoir beaucoup de dispensaires, mais bon en province, cette étiquette quand même...
- JG : Et est-ce qu'il faudrait essayer de se battre pour que les patients qui ont la CMUc les aillent plus chez le médecin libéral?
- S3 : Ben oui, moi je pense, parce que là on est en train de créer une médecine à deux vitesses quelque part, hein, ça veut dire quoi toi t'es un peu riche t'as un peu de moyens donc tu peux aller voir le médecin libéral en ville dans son joli cabinet, et toi, bon, t'as pas trop de moyens donc... »

Pour d'autres (surtout des médecins, comme on le reverra par la suite), cette orientation différentielle est un faux problème, l'essentiel étant que chaque individu ait accès aux soins.

- Les travailleurs sociaux pensent que les bénéficiaires de la CMUc doivent être pris en charge dans les mêmes structures que tous les autres usagers.
- Ils rappellent les risques de créer des structures spécifiques :
 - stigmatisation
 - inefficacité : les bénéficiaires fuiraient ces lieux qui leur rappelleraient leur sentiment d'exclusion
 - développement d'une médecine à deux vitesses

9) point de vue sur les refus de soins

Les travailleurs sociaux que j'ai rencontrés cherchent tous à comprendre les raisons des professionnels de santé qui refusent des bénéficiaires de la CMUc et se montrent très prudents dans leurs accusations. Ils leur attribuent des difficultés administratives, ou liées à des problèmes de remboursement, d'isolement, de manque d'information et de sensibilisation. Ils se montrent très indulgents vis à vis des professionnels de santé et ont beaucoup de réserves à émettre des critiques.

La recherche d'explications au refus de soins, comme des difficultés de remboursement est mise en avant par S2 : « Moi j'ai plutôt envie de me demander pourquoi la CPAM ne paie pas les médecins dans un délai raisonnable. C'est plutôt à l'envers que j'ai envie de poser la question.

Parce que s'ils n'acceptent pas, c'est pour ça, c'est uniquement une question de sous. » Lorsque je lui explique qu'avec la télétransmission, les délais sont passés en moyenne à 2 à 3 jours, elle s'étonne « *c'est pas ce qu'ils disent au patient (...) ils disent que c'est un délai de 2 à 6 mois. Alors c'est des mensonges alors? Si ce que vous dites est vrai alors moi je vois pas alors pourquoi ils refuseraient la CMU* ».

S1 compare l'attitude des médecins à celle des pharmaciens, et après avoir passé en revue les complexités des démarches et le manque de sensibilisation des professionnels de santé, s'interroge aussi sur le rôle de « la peur du pauvre » : « *Cela dit, les pharmaciens, au départ, étaient complètement débordés sur la CMU (et maintenant pas de problème). Donc je pense que tout est faisable. C'est une question d'information, de leur simplifier les choses, pourquoi pas de les aider financièrement à mettre en place les nouveaux logiciels, avoir des terminaux corrects, je sais pas hein. Peut-être leur donner un coup de main, parce que moi quand je vois je vous dis un mec comme mon dentiste, des fois je lui demande pourquoi ça l'agace. Euh c'est un type qu'a pas de dépassements d'honoraires, je crois vraiment pas, je suis très bien remboursée, je crois qu'ils ont l'impression de se faire avoir, c'est curieux. Et puis il y a la peur du pauvre, qu'il soit désagréable. Néanmoins, il est comme tout le monde, c'est à dire, qu'il y a autant de pauvres désagréables que de pauvres pas désagréables. C'est le même que chez les autres. Mais, on le remarque plus quoi.* »

Chercher à comprendre ne signifie pas pour autant cautionner, comme le précise S3 : « *alors on comprend mais faut pas non plus, faut pas cautionner* ». Des efforts sont faits de la part des travailleurs sociaux pour se mettre à la place des médecins : « *mais faut voir aussi pour un médecin aussi c'est hyper compliqué, moi je me mets à leur place (...) le problème social il comprend rien(...) CMU, la sécurité sociale, tous ces trucs, l'aide médicale, même je vois dès qu'ils ont un patient sans couverture sociale ils sont complètement paumés, (...) je sens qu'il y a une détresse à ce niveau là (...) le médecin libéral qui est tout seul dans son cabinet et qui a pas de liens avec l'extérieur, c'est à dire qui a pas de partenaires avec qui il pourrait parler de cette situation tout ça, et ça je comprends cette détresse un petit peu, mais c'est au service public d'essayer d'y répondre et faut arrêter aussi systématiquement de taper sur le médecin parce qu'ils sont pas tous mauvais, quoi, non mais c'est vrai on a toujours tendance à mettre les mauvaises étiquettes ce médecin il aime pas la CMU, il aime pas les pauvres, il aime pas ceci il aime pas cela, alors que le problème de fond il est pas là, et c'est ça qu'il faut traiter, quoi. Voilà.* »

La plupart des travailleurs sociaux n'envisagent pas de signaler les refus de soins dont ils ont connaissance à la CPAM, car ils considèrent cela comme de la délation. S1 me dit « *Je ne fais pas de délation (...) vous voyez ce que je veux dire, on va le dénoncer, oui peut-être qu'il faudrait, mais on va le dénoncer à l'ordre, à la sécu machin...de toute façon il (le médecin) va le faire à contre cœur après, il va recevoir la personne, il va la recevoir comment?*

C'est important que en face de vous ce soit quelqu'un qui soit quand même à l'écoute, qui soit, surtout pour des personnes (précaires). Quelqu'un qui reçoit à contre cœur parce qu'il est obligé et qu'il le fait très mal, c'est moyennement intéressant dans ces cas là.(...)Après que les personnes le fassent, oui très bien, hein. (...)Je leur dis « vous savez que c'est interdit ». Si elle me dit « mais qu'est-ce que je peux faire? », ben je dis « vous pouvez le dire à la sécurité sociale » ça je peux le faire. A la limite l'orienter vers un écrivain public en lui disant vous voyez « l'écrivain public peut faire une lettre ».c'est par flemme, hein, je vous le dis franchement. »

S2 pense que son rôle n'est pas de le signaler elle-même à la sécurité sociale, mais d'encourager l'assuré à le faire : *« mon rôle serait plutôt de dire à la personne d'aller le signaler à la sécu (...) on va être débordé si on doit se faire le relais de toutes les plaintes des usagers après. Ça n'en finit plus.(...)on est là pour leur apprendre à faire les choses de façon autonome »*

Pour S4, la réaction première est la même que S1 *« on ne fait pas de la délation »*. Mais après discussion, elle pense que ça pourrait avoir du sens de conseiller les gens de signaler les refus de soins à la CPAM, et seraient ravis d'avoir un numéro direct à transmettre aux plaignants.

S3 a conscience qu'il y a dans cette remontée d'informations un enjeu important. Lorsque je lui demande si ça peut être le rôle d'une association de faire remonter les refus de soins, elle me répond : *« Je sais pas si c'est une solution, mais ça permet quand même de faire remonter un petit peu du terrain, parce que le problème c'est que si personne ne dit rien on n'est pas censé savoir, donc ça c'est important de faire remonter, après je dirais c'est comme tout hein, si on s'est fait arnaqué par sa banque, si on le dit pas, personne ne va le savoir donc c'est vrai qu'il faut faire cette démarche là même si on a tendance à négliger parce que ça paraît compliqué, on se dit « oh là là faut prendre un avocat faut prendre ceci. » mais même faire une lettre en disant (...) , le dire, interpellé c'est déjà bien, parce que au siège le directeur de la CPAM va recevoir une lettre par rapport à ce médecin là, ça va pas lui en parler, mais si il voit plusieurs lettres avec les mêmes remontrances à un moment donné les gens vont réagir donc voilà moi je pense qu'il faut être interpellé »*

Pour S2, le concept même de profession libérale s'oppose avec le fait d'avoir des obligations. *« C'est une profession libérale, donc j'aurais préféré que les médecins choisissent et le disent clairement, c'est à dire que ce soit affiche dans la salle d'attente ce que eux ils acceptent de faire ou de ne pas faire au regard de la loi. Comme ça le client, le patient qui arrive voit si la CMU est accepté et il reste ou il part et va ailleurs (...) si effectivement on obtient trop de dérivés et que dans une ville il y a un seul qui accepte la CMU et les autres pas, alors on pourrait imposer des quotas (...) comme c'est une profession libérale je vois pas pourquoi on obligerait »*. Son interprétation semble être en accord avec celle d'un certain nombre de praticiens, qui oublient que même s'ils relèvent du régime libéral, ils ont également passé une convention avec la sécurité

sociale, ce qui les oblige à respecter un certain nombre de règles, et que par ailleurs ils doivent respecter le code de déontologie et le serment d'Hippocrate...

Comme solution au problème, ils envisagent plus la formation des professionnels que la mise en place de sanction. Quand je demande à S1 si elle pense qu'il faudrait sanctionner les médecins qui refusent des bénéficiaires de la CMUc, elle me répond :

« je pense que ça serait plus de l'information. Je pense que s'il y avait une réunion obligatoire une fois tous les je sais pas combien, ou pour tous les nouveaux, ou reprendre à zéro et puis où on leur expliquerait « voilà le RMI c'est tant, donc la moyenne des gens ont quand même un loyer à payer en plus quand même et qu'ils ont tant pour vivre par mois, c'est ça que ça veut dire pour eux, voir pour la sécurité sociale, si on refuse de les soigner maintenant, ça coûtera beaucoup plus cher dans 10 ans, parce que... » Je sais pas, il faut les sensibiliser. Moi je crois plus à l'intelligence, à faire appel quand même à l'intelligence des gens. »

Pour S3, ce n'est pas aux médecins de payer alors que c'est le système entier qui est à revoir *« faut pas qu'on aille jusqu'à la sanction je pense que c'est pas... Bon ok ils sont coupables mais c'est pas les seuls coupables à 100%. C'est pas le médecin qui fait que. le médecin il est là aussi quelque part pour gagner sa croûte (...) faut pas non plus taper systématiquement sur les doigts du médecin...je pense que c'est le système qui est à revoir (...) »* Et elle embraye sur la nécessité d'améliorer la formation et la sensibilisation : *« je crois que c'est plus les sensibiliser et les informer. Ils sont demandeurs hein. La plupart des médecins quand ils nous appellent ils savent pas, ils ont envie »*

Cependant, une collègue de S4 me répond sans hésiter *« moi je les rayerais de l'ordre des médecins »*

- Les travailleurs sociaux adoptent une attitude de compréhension des professionnels de santé. Ils ne cherchent pas à les condamner mais plutôt à leur trouver des excuses : ils mettent en avant les causes multiples à l'origine des refus de soins.
- Certains pensent que les médecins libéraux devraient être libres de choisir d'accepter ou de refuser les patients bénéficiaires de la CMUc, et qu'une information claire sur les médecins qui acceptent ou qui refusent devrait être diffusée aux patients.
- Globalement, ils ont une attitude plutôt passive à l'égard des refus de soins (évitement des professionnels qui refusent, pas d'encouragement au signalement).

→ propositions d'amélioration :

- pour améliorer l'accès à la CMUc :

Certaines propositions m'ont été faites, pour améliorer l'information, faciliter la procédure ou

améliorer la qualité du service et de la communication avec l'utilisateur.

Concernant l'information, le rôle clé que pourraient jouer le médecin traitant ou pharmacien est évoqué : *« Je me demande si la personne peut être la mieux placée après la sécurité sociale pour renseigner les personnes ce serait pas le pharmacien ou le médecin généraliste, parce que maintenant comme on est censé avoir un médecin régulier (...) je dis pas qu'il faut qu'il leur donne une information précise hein, après avoir évalué grosso modo, je sais pas, ce serait mieux de leur dire « avez vous pensé à faire votre demande de CMU ou de complémentaire auprès de votre caisse de sécurité sociale? Allez-vous informer là bas » »*

Pour améliorer la communication avec l'utilisateur, il a été proposé de donner le numéro de téléphone de la personne qui instruit le dossier à l'utilisateur, afin que celui-ci puisse suivre l'évolution de sa demande, avoir des renseignements plus rapidement en cas de non réponse après un délai de 2 mois etc.

« La seule chose je pense qui les arrangerait, c'est (...) de savoir qui la traite et d'avoir peut être un numéro de ligne directe pour joindre quelqu'un.(...) »

« Que les personnes reçoivent un petit mot : nous avons bien reçu votre demande, elle sera traitée dans un délai de tant, le dossier est traité par Mme untel, vous pouvez la joindre à tel numéro » ce serait sympa. »

Une modification de la prise en compte des ressources m'a été suggérée par S4. En fait, les résidents des foyers ADOMA (travailleurs migrants, pour la plupart retraités dans les foyers où je suis allée) envoient presque tous de l'argent au pays, ce qui pourrait être considéré comme l'équivalent d'une pension alimentaire. En effet, si on soustrait le montant envoyé au pays des revenus, beaucoup passent sous le seuil de la CMUc. Seulement, il n'est pas clair si cet équivalent de pension peut être déduit des ressources. Elle l'aurait été par le passé pour certaines personnes, qui avaient conservé les justificatifs des virements. Mais cela ne serait plus possible aujourd'hui. Et de plus, beaucoup ne conservent pas les justificatifs des virements... S4 me rapporte le sentiment d'injustice éprouvé par beaucoup de ces retraités, qui ne comprennent pas que des personnes puissent bénéficier de l'AME ou de la CMUc et que eux, qui ont pourtant cotisé pendant 40 à 50 ans soient moins bien couverts. De plus, quand ils basculent dans le régime de retraite, leur famille au pays n'a plus le droit à la sécurité sociale...

Mais globalement, les travailleurs sociaux du 92 sont tous très satisfaits de la mise en place du dispositif des délégués sociaux et le considèrent comme une réelle avancée *« je dois dire que le dispositif des délégués est parfait pour moi » « c'était terrible jusqu'à maintenant. » « Franchement, on avait l'impression d'une nébuleuse totale, on avait des personnes qui étaient vraiment en difficultés quoi ».*

- Les travailleurs sociaux pensent que les médecins, pharmaciens, et autres professionnels de santé pourraient jouer un rôle clé dans l'orientation vers les droits sociaux et que ce potentiel est à exploiter (ce qui nécessite l'accord des professionnels concernés et une formation).
- Par ailleurs, ils proposent une réévaluation des conditions d'accès (revalorisation des seuils) et une meilleure communication des instructeurs des dossiers avec l'usager (retour sur l'avancement du dossier, possibilité d'accélérer le processus etc.).

- pour lutter contre les refus de soins :

Pour tous les travailleurs sociaux que j'ai rencontrés, un travail de formation des médecins est nécessaire. Plutôt que de les sanctionner, ils font tous la promotion d'une démarche de sensibilisation et de formation des professionnels de santé sur les droits sociaux.

Pour S1, il est évident que les professionnels de santé ne se rendent pas compte de ce que bénéficier de la CMUc signifie : *« je crois que même s'ils sont pas de mauvaise foi, les dentistes ou les médecins qui ont quand même des revenus corrects, même s'ils sont pas toujours aussi élevés qu'on le pense mais enfin ils ont quand même des revenus très corrects par rapport à la moyenne des gens, ils peuvent même pas imaginer ce que ça représente de payer 50 euros de plus ou 100 euros de plus je veux dire. On comprend que c'est pas imaginable pour le commun des mortels, de penser que ça va être un tiers des ressources de la personne pour un mois. (Si on leur demande) c'est combien le montant pour accéder à la CMU, y en a pas un qui sait, je pense pas. Ils sont de bonne foi et gentils je veux dire. »*

Ils demandent aussi que les démarches des professionnels de santé soient simplifiées. Comme nous l'avons vu précédemment, certains attribuent les refus de soins exclusivement à la complexité des démarches. *« Et puis surtout, et puis leur simplifier les démarches. Il faut que ce soit très facile pour eux. Très facile. Je sais pas comment c'est actuellement, mais il faut vraiment qu'ils aient rien à faire quoi. »*

D'autre part, ils sont plusieurs à penser qu'il faut développer le travail en équipe entre professionnels de la santé et travailleurs sociaux. Ainsi, pour S2,

« Oui (il faut plus de formation sur les droits sociaux), et plus aussi sur la façon de travailler avec toutes les autres personnes qui sont autour de leur patient. Ça il faut absolument qu'on arrive à faire des liens comme ça (...) quand on échange à propos des personnes ça soulage (...) même si on est médecin on ne peut pas traiter la personne que en tenant compte de sa pathologie, on est obligé de tenir compte des autres aspects. »

- Loin devant les sanctions, ce que les travailleurs sociaux appellent de leurs vœux, c'est une **formation et une sensibilisation des professionnels de santé**, ainsi que le développement d'une culture de travail en équipe avec les travailleurs sociaux.
- Certains pensent cependant que des sanctions sont nécessaires et proposent des sanctions allant jusqu'à la radiation de l'ordre des médecins.

c) Les médecins généralistes

Caractéristiques socio-démographiques des médecins

	Sexe	Tranche d'âge	Lieu d'exercice	Durée d'exercice	Mode d'exercice
M1	F	45-55	Paris 20ème	23 ans	Libéral + activité bénévole à Médecins du Monde
M2	F	35-45	92	10 ans	Libéral (adhérent au réseau ASDES)
M3	H	45-55	92	20 ans	Libéral (adhérent au réseau ASDES)
M4	H	45-55	92	30 ans	Salarié (+ libéral) (adhérent au réseau ASDES)

Tableau synthétique des résultats (médecins)

Pratiques	Pourcentage de patients CMUc	- 11-12% à 20% chez les 3 médecins exerçant en libéral - 80% chez le médecin salarié (exerçant en centre de santé et dans des associations)
	Information des patients sur la CMUc et sur les droits sociaux	- une mission qui ne fait pas l'unanimité
	Orientation sociale	- réseau d'accès aux soins - assistantes sociales de secteur - permanences de la sécurité sociale
	Orientation médicale (vers un spécialiste)	- orientations différentielles des patients en fonction des moyens - orientations différentielles mais avec un souci de garantir la même qualité - orientations identiques (choix d'un réseau qui accepte tous les patients, quelque soit leur couverture sociale) - ces différentes stratégies se basent sur des visions éthiques différentes : conséquentialiste (l'important est que le patient soit soigné), de principe (rôle du médecin de soigner tout le monde)
Connaissances	Connaissances des obligations des médecins	- ¼ les connaissait les vraiment - méconnaissance des interdictions de dépassements
Attitudes	Perception des droits et des devoirs des bénéficiaires de la CMUc	- les mêmes que les autres usagers - pour certains : moins d'efforts de la part des bénéficiaires de la CMUc, et ils attribuent cette attitude à la gratuité.

	Point de vue sur l'accès aux soins : à quelles structures la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc doit elle incomber?	- comme pour les autres usagers
	Point de vue sur les refus de soins	- grande diversité de points de vue - de la non reconnaissance des refus de soins au militantisme actif pour les combattre - dans l'ensemble favorables aux sanctions - pour un des médecins, effet stigmatisant et contre productif de militer contre les refus de soins
Propositions d'amélioration	Pour améliorer l'accès à la CMUc	- automaticité
	Pour lutter contre les refus de soins	- Revalorisation des actes - Sanctions - Politique claire de la part de l'Ordre des médecins - Remettre au patient un formulaire pour signaler le refus de soins
Autres	Dérives	- Certains médecins font de fausses ordonnances : utilisent la carte vitale d'un autre, à la demande du patient qui n'a pas de droits ouverts ou est en rupture de droits, ou du fait de leur propre initiative, pour que le patient ait un accès plus rapide au traitement.

Résultats détaillés

Les 4 médecins généralistes que j'ai rencontrés ont tous une sensibilisation particulière dans le domaine de l'accès aux soins, de par leur engagement personnel dans des structures associatives (Médecins du Monde, CoMeGAS), leur appartenance à un réseau d'accès aux soins (réseau ASDES) ou leur mode d'exercice (CMS, associations).

Les propos rapportés sont donc ceux de médecins sensibilisés, cependant des méconnaissances du dispositif CMUc ressortent très nettement des entretiens.

→ pratiques :

1) pourcentage de patients CMUc :

Le pourcentage de patients CMUc (déclaré) variait de 11-12% à 20% chez les 3 médecins généralistes exerçant en libéral, et était de 80% pour le médecin exerçant en institutions et associations.

2) information des patients sur la CMUc et sur les droits sociaux :

La mission d'information sur les droits sociaux n'était pas considérée du même œil par les

médecins que j'ai rencontrés.

Sur les 4 médecins interrogés, 3 estiment que cela fait partie des missions du médecin généraliste d'informer.

M2 estime que cela fait partie des missions du médecin généraliste d'informer et d'orienter les patients qui n'ont pas de couverture sociale complète, afin de s'assurer du réel accès au traitement ou à la prise en charge.

« Si je fais une belle ordonnance et qu'ils vont pas chercher les médicaments et qu'ils me le disent pas, j'estime que je les ai pas soignés ».

Elle évoque ses collègues plus âgés pour qui le social grignote trop sur la partie médicale. *« ça les fait beaucoup râler; ils estiment qu'ils sont là pour soigner et pas pour s'assurer ou mater les gens ou vérifier effectivement que les gens ont les moyens pas les moyens ».* Mais pour elle, on ne peut pas ne pas prendre le social en compte dans un processus de soins. M2 pense que cette différence d'approche est peut-être liée à sa formation, avec un passage dans un réseau d'accès aux soins, où elle a pris conscience de l'intrication du médical et du social et de la prise en compte de ce volet social comme absolument nécessaire. M2 considère qu'il est important de s'assurer que le patient aura un accès réel au traitement sinon on n'aura fait que la moitié de son boulot.

M2 illustre son propos en citant l'exemple d'un patient diabétique insulino-dépendant qui n'avait pas de frigo où conserver l'insuline. *« On peut toujours imaginer qu'on a soigné un diabète en donnant un médicament qui ne va pas être conservé, mais voilà il est reparti avec son ordonnance, c'est du papier ».*

M1 estime également que cela fait partie des missions du médecin généraliste d'informer et d'orienter les patients qui n'ont pas de couverture sociale complète *« sinon on est face à des patients non observant »*

Leur point de vue sur la mission sociale du médecin généraliste n'est évidemment pas partagé par tous leurs confrères et si certains considèrent que la prise en compte du champ social est nécessaire à l'activité médicale, ce n'est pas le cas de tous :

« on est tellement détourné de nos activités médicales dans le social, que j'ai pas envie, pour une raison très simple c'est que, que les gens ont tendance à te bouffer le doigt et après tout le bras et puis ils t'en auront de toute façon pas de reconnaissance

J'ai pas envie de mettre le doigt dans l'engrenage parce que sinon les gens vont me considérer comme écrivain public et ils vont venir systématiquement (...) et c'est pas bon de polluer la relation »

De plus, à l'échelle de la consultation, l'impact d'une question sur la couverture sociale lui semble assez mineur : *« s'il vient il a pas de mutuelle je peux pas lui faire une réduction (...) tu n'as pas le droit de faire des gestes commerciaux et de demander moins que le tarif légal de la consultation.*

Ou tu fais un acte gratuit ou tu demandes le tarif sécu. (...) ensuite il est dangereux sur un plan

éthique de se laisser prendre dans une spirale d'économie de la médecine. OU les gens ont les moyens de payer et ils paient ou tu fais un acte gratuit (...) ». Je lui présente alors un exemple où s'enquérir des droits aurait pu permettre d'éviter à une femme de s'endetter, en repoussant une opération non urgente (fibrome), le temps de renouveler sa CMUc. Je lui demande si ça pourrait renforcer l'idée qu'on s'enquière systématiquement des droits pour adapter la prise en charge, et il me répond : **« il faut mettre deux baffes à la personne. Il n'est pas logique qu'une personne ait une rupture de droits dans ses renouvellements de CMU. Elle a une rupture de droits parce qu'elle pense pas à ses dossiers. »**

Peut-on considérer le patient comme seul responsable et exempter le médecin de toute part de responsabilité, alors que la relation est de fait très asymétrique dans le partage du savoir?

Cependant, ce médecin concède que la salle d'attente pourrait être un lieu d'information, *« ou alors, ça c'est quelque chose que la sécu pourrait faire, mettre dans les salles d'attente des présentoirs avec des documents à la disposition des gens, les gens prennent, prennent pas. »*

Et même, après discussion, que le médecin généraliste pourrait informer des personnes sans mutuelle de l'existence des dispositifs CMUc et ACS, par exemple au moment du paiement, s'il voyait en insérant la carte vitale de la personne si elle était affiliée ou non à une mutuelle. Mais cela supposerait, afin de faciliter la tâche du médecin généraliste, un affichage automatique de la situation du patient au regard de la mutuelle : *« afficher au moment du paiement l'existence d'une mutuelle ou pas. Il faudrait modifier la présentation pour que en haut il y ait marqué part principale oui/non; mutuelle oui/non »* (car à l'heure actuelle, une recherche active est nécessaire pour disposer de l'information)

- La plupart des médecins rencontrés considèrent la prise en compte du volet social comme indispensable à une bonne prise en charge.
- Ils se sentent dans l'ensemble responsables de s'assurer que l'accès aux examens et aux traitements de leurs patients n'est pas freiné par un problème social (conçu au sens large : problème de langue, de compréhension, d'accès économique, d'environnement défavorable etc.)
- Cependant, cet avis n'est pas partagé par tous, bien que les médecins que j'ai rencontrés soient sensibilisés aux problèmes d'accès aux soins.
- Leur avis sur le sujet n'est donc probablement pas représentatif de l'ensemble de la communauté médicale.

M1 explique qu'elle adresse en général vers l'assistante sociale de la CPAM : « *mais moi je leur demande pas est-ce que vos revenus sont égal à 621 ...je leur dis juste « faut voir si vous avez pas droit à la CMUc ou à une aide à la mutualisation ».* Je fais une lettre à l'AS

Ils prennent un rdv je sais qu'ils vont être bien reçus (...)

Ils ont des budgets trop petits pour avoir la complémentaire malgré l'aide à la complémentaire, mais c'est pas moi qui discute de ça avec eux, j'oriente (...)

si, vraiment j'ai l'impression qu'ils ont droit à la CMU, ça me semble évident, par exemple ils ont le RMI (...), j'envoie directement à la Pass belleville; qui s'appelle Pass mais qui n'est pas une Pass— qui est un truc de la sécu (...); où on reçoit les gens CMU AME pour faire les dossiers. »

M2 oriente vers le réseau ASDES, et parfois vers l'assistante sociale de ville ou de secteur. Cette solution est cependant plus difficile du fait que les assistantes sociales sont difficilement joignables (pas de portable où les joindre). « *c'est aux heures ouvrables et moi je travaille en continu. Entre 11h30 et 13h, je trouve jamais personne. Passé 16h30 17h, je trouve jamais personne* ».

Pour M3, il oriente vers le réseau ASDES, parfois vers une assistante sociale en disant d'aller se renseigner à la mairie, mais il ne cherche pas à développer de contacts particuliers

« - *JG : et avec l'as de la mairie, l'as de secteur ça se passe bien de travailler avec elle?*

- *M3 : je m'en fous, j'ai aucun contact avec elle »*

M4 travaille avec les travailleurs sociaux des centres et associations où il consulte. Cependant, au lieu d'orienter vers une Pass ou de veiller à une ouverture rapide des droits sociaux, il préfère parfois faire de fausses ordonnances, au nom d'un ami du patient qui bénéficie d'une couverture sociale (cf. paragraphe ci-dessous : 10. dérives)

- Les orientations se font vers les assistantes sociales de ville, de secteur, ou encore vers des réseaux d'accès aux soins ou des « PASS sociales ».
- Les médecins trouvent dans l'ensemble difficile d'établir des contacts avec les assistantes sociales si ça ne passe pas par l'intermédiaire d'un réseau.

4. orientation médicale des bénéficiaires de la CMUc (vers un spécialiste)

Les professionnels que j'ai rencontrés sont assez partagés sur le sujet.

Pour certains, l'exigence est que tous leurs patients puissent recevoir les soins dont ils ont besoin, et ils se débrouillent pour les orienter vers des médecins qui les acceptent : certains adoptent ainsi des stratégies d'orientation différentielle en fonction de la couverture maladie et des revenus dont dispose le patient qu'ils ont en face d'eux :

« *Savoir combien ils gagnent c'est important, pour voir je me dis je les envoie à tel spécialiste ou je l'envoie à l'hôpital ou je l'envoie à tel centre de santé (...)*

Tu fais attention au spécialiste auquel tu l'envoies (...) »

Un autre médecin m'explique qu'elle apprécie travailler avec des médecins exerçant à la fois en

libéral et en salarié, afin de leur adresser les patients sur l'un ou l'autre lieu :

« J'ai par contre, ça je trouve ça bien, des correspondants qui ont un secteur 2, mais qui ont mettons une vacation ou 2 à l'hôpital. Donc je vais leur envoyer à l'hôpital. Pour moi j'estime que c'est les mêmes soins, puisque c'est la même personne qui consulte à deux endroits différents. Ils vont à l'hôpital, tarif secteur 1 conventionné, pas de dépassement d'honoraires, à leur cabinet en privé, tarif augmenté. Alors bien évidemment la différence c'est souvent la rapidité. (...) si c'est pressé et qu'on peut pas attendre le délai de rendez vous, (...) il y a les urgences. Pour moi c'est des fois un petit casse tête. (...) »

Ces stratégies mettent en évidence l'émergence d'une médecine à deux vitesses, la rapidité en libéral et la liste d'attente à l'hôpital.

Un autre médecin interrogé (M1) m'explique ne choisir comme correspondants que des médecins acceptant tout le monde :

« Un spécialiste qui accepte pas la CMUc il est pas dans mon réseau, avec ou sans CMU »

- Les stratégies adoptées sont variables d'un médecin à l'autre :
 - Parfois, le praticien décide de ne travailler qu'avec des spécialistes à qui il peut adresser tous ses patients et exclue les médecins refusant la CMU de son réseau.
 - Souvent, le médecin réalise des orientations différentielles en fonction du patient qu'il a en face de lui. Cette orientation différentielle s'accompagne le plus souvent du souci de garantir une qualité des soins équivalente.

➔ connaissances :

5. obligations des médecins et droits des patients CMUc:

Globalement, les obligations des médecins envers les bénéficiaires de la CMUc semblent être mal connues, puisque parmi 4 médecins pourtant sensibilisés à cette question, seul 1 les connaissait réellement. M2 savait que la dispense d'avance de frais devait être réalisée mais ne savait pas que les médecins devaient respecter les tarifs opposables et qu'ils ne pouvaient demander de dépassements d'honoraires (hors circonstances exceptionnelles). Ainsi, elle me dit à propos des orientations des bénéficiaires de la CMUc vers des spécialistes qu'il y a

« D'autres (spécialistes) qui précisent qu'ils prendront sur la base de la CMU mais qu'il y aura un dépassement (...) à leur charge »

et elle me précise :

« La CMU complémentaire bien sûr prend pas le dépassement d'honoraires comme font certaines mutuelles ».

« Des fois ils font la dispense d'avance de frais de base et demandent un supplément, donc les

gens peuvent être amenés à payer 5, 6, 8, 10 euros et ils peuvent; par contre si ils refusent que la sécurité sociale paie la partie de secteur 1, les gens sont obligés à ce moment là d'avancer la totalité, et là ils y arrivent plus, donc du coup ils ont pas accès à ces soins là ». « moi pour moi ça me choque pas que le médecin me dise (qu'il va pratiquer un dépassement d'honoraires) – si c'est annoncé- il est en secteur 2, sinon on n'autorise plus le secteur 2. »

En réalité, la CMUc certes ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires, mais la question ne devrait pas se poser étant que les médecins, y compris de secteur 2, ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires dans ces cas là (sauf exigence particulière du patient).

M4 ne savait pas non plus que les dépassements d'honoraires étaient proscrits « *Vous avez des gens qui ont la CMU et qui vont vouloir payer. Ils vont se faire opérer avec un surplus de paiement. C'est leur droit* ». En fait, leur droit serait de se faire opérer sans surplus de paiement.

M3 énonce très franchement qu'il y a un fossé entre les droits théoriques des bénéficiaires de la CMUc et la pratique, et impute la responsabilité de cela non pas aux médecins, mais à la sécurité sociale, qui fixe des tarifs trop bas : « *officiellement à tout. Dans la réalité non. Dans la réalité, il est évident que le prix de base développé par la sécurité sociale pour tout un tas d'actes n'est pas cohérent. (...) Des gens très honnêtes très humains se disent « si j'en fais un ou 2 c'est pas grave, je me rattrape sur les autres. Si je fais que ça je ferme la boutique » »*

- Plusieurs médecins généralistes de secteur 1 que j'ai rencontrés ne savaient pas que leurs confrères de secteur 2 n'avaient pas le droit de demander des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMUc.
- Certains estiment que si les droits des bénéficiaires de la CMUc ne sont pas respectés, ce n'est pas de la responsabilité des praticiens mais de la sécurité sociale, qui fixe des tarifs insuffisants.

→ attitudes :

6. perception des droits et des devoirs des bénéficiaires de la CMUc :

Certains médecins ont des ressentis très forts sur les bénéficiaires de la CMUc, et les rumeurs véhiculées par de nombreux rapports, journaux etc. présentant les bénéficiaires de la CMUc comme étant moins respectueux (retards répétés, annulations sans prévenir etc.) se retrouvent dans les propos de certains médecins interrogés (qui rappelons le sont à priori sensibilisés à la thématique). Pour M3, cette attitude, moins respectueuse, est directement liée à la gratuité. « *Son ressenti ou la réalité? Dans la réalité il estime qu'il n'a pas de devoir (...) le problème du mot gratuit... Pour eux personne ne paie. Certains je leur disais, « mais attendez il y a quelqu'un qui*

paie à votre place » Ils perdent la notion du coût des médicaments ou des soins ou des actes qu'ils ont à faire (...) c'est encore plus vrai avec la CMU qu'avec les autres. Le patient qui paie, il met de l'argent de sa poche, donc il est quand même plus respectueux. »

Pour M4, les droits CMUc doivent être considérés comme un passage, une aide transitoire et ce message doit être véhiculé auprès des ayants droits : *« ma position : il faut leur dire leurs droits et puis qu'ils défendent leurs droits mais pas en faire une caste d'assujettis. Et dire : ces droits là vous les avez temporairement, mais c'est pour en sortir rapidement, c'est une aide ».*

Pour M1, les droits et les devoirs des bénéficiaires de la CMUc sont exactement les mêmes que ceux des autres usagers.

- Les médecins considèrent que les droits et les devoirs des bénéficiaires de la CMUc doivent être les mêmes que ceux des autres usagers.
- Certains médecins ont l'impression qu'en pratique, les bénéficiaires de la CMUc estiment ne pas avoir de devoirs, et présentent des demandes abusives. Ils pensent que ce comportement est lié à la gratuité.

7. rôle des différentes structures dans la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc

Comme nous l'avons vu précédemment, les orientations vers les spécialistes suivent des stratégies diverses selon les médecins rencontrés : orientation différentielle, orientation différentielle mais avec un souci de garantir la même qualité (spécialiste consultant dans le privé et dans le public), orientation identique (en se créant un réseau de spécialistes qui acceptent tout le monde). De fait, les bénéficiaires de la CMUc sont plus souvent pris en charge dans des structures publiques (centres de santé, hôpitaux) lorsqu'ils recourent à des consultations spécialisées.

Pour M1, qui travaille avec un réseau de spécialistes acceptant tout le monde, il est très important de maintenir une mixité sociale dans les lieux de soins.

« Il faut qu'ils soient pris en charge dans les mêmes structures, c'est très important

C'est important parce que d'abord les études nous montrent que les gens qui ont la CMU ont une mortalité importante, sont plus malades, sont plus à risque, (...) donc c'est quand même la moindre des choses qu'un médecin fier de faire son métier voie quand même les gens malades plutôt que les gens pas malades (...)

la deuxième chose (...) c'est que les gens se mélangent;

dans notre salle d'attente les gens sont sensibles à ça

on voit beaucoup de gens très précaires, (...)

la salle d'attente c'est un beau lieu pour que les gens se rencontrent (...)

moi j'en suis assez fière

*je pense que les gens qui viennent dans notre cabinet ils sont sensibles à ça aussi (...)
c'est sur que quelquefois on ouvre les fenêtres, ça n'a rien à voir avec la cmu
le patient auquel je pense n'a pas la cmu (...)
mais bon je trouve ça important qu'ils viennent dans notre cabinet, il vit dans le quartier, il connaît
les gens, il les rencontre, il leur dit bonjour dans la rue (...)*

notre cabinet a un rôle d'intégration sociale

*comme le boulanger d'ailleurs d'à côté (...)
et puis c'est l'honneur de notre métier, de se dire que tout le monde vient chez nous
un cabinet médical qui reçoit pas les plus pauvres euh...; je sais pas l'éthique ça a un sens quand
même ».*

- Les médecins pensent que les bénéficiaires de la CMUc doivent pouvoir être pris en charge dans les mêmes structures que la population générale.

8. point de vue sur les refus de soins :

Les refus de soins ne sont pas reconnus par tous les médecins que j'ai rencontrés. Ainsi, M4 me dit qu'on ne lui a jamais rapporté de refus de soins de la part des médecins (mais des dentistes, oui). Quand je lui apprends les chiffres (40% des médecins spécialistes), il a l'air très étonné : « *(silence prolongé). Ouais, ben je... (silence) Et pourtant dieu sait si on est bien soigné à l'hôpital* ». « *Vous êtes médecin. Vous savez aussi qu'il y a des demandes qui sont aussi...* » « *j'ai pas d'avis là dessus* » « *c'est un faux problème* »

« le vrai problème c'est que tout le monde puisse être soigné et bien soigné »

Il m'explique ensuite qu'il ne considère pas les refus de soins comme un obstacle à l'accès aux soins, contrairement au non recours et aux délais d'ouverture des droits:

« Le non recours : ça c'est le gros frein aux soins. C'est pas les refus de soins.

Je vais vous dire honnêtement : Moi, les refus de soins, j'y suis pas trop sensible, mais par contre nécessité d'attendre un mois, voir deux mois pour qu'on arrive à avoir la CMU, ça m'agace ». Il continue en m'expliquant que s'attaquer au problème des refus de soins serait contre productif en stigmatisant davantage les bénéficiaires de la CMUc :

« On ne va pas faire une croisade là dessus, mais non...ça ne me paraît pas sain, parce que ça les met dans une situation, on va dire allez hop, les gens qui ont la CMU, on va les faire manifester. Non, on va les stigmatiser, en faire une classe à part (...)

Que par bouche à oreille on dise « ce con il prend pas la CMU, bon c'est un connard » (...)

Mais après qu'on dise allez voilà les CMU c'est une caste particulière, les intouchables, non, c'est pas leur rendre service. On est en train d'en faire une caste de sous hommes »

Les autres médecins rencontrés reconnaissent l'existence des refus de soins d'emblée et sont dans l'ensemble favorables aux sanctions. Pour M3, seuls des refus répétés méritent sanctions, et les sanctions financières sont les seules valables. Son point de vue est cependant largement modulé par le fait qu'il propose de revoir à la baisse le panier de soins des bénéficiaires de la CMUc, et de laisser le choix aux praticiens, pour une gamme de soins plus onéreuse, de prendre ou de ne pas prendre la CMUc.

Pour M1, les sanctions disciplinaires de la part de l'ordre sont importantes, associées à des sanctions financières de la part de la CPAM. Elle me rappelle qu'en 2006, le ministre de la santé Xavier Bertrand avait dit « *ça doit cesser, et si ça ne cesse pas on mettra des sanctions* ». Elle pense que 3 ans après, il est grand temps de refaire le point.

M1 m'explique que ça serait sans doute utile de contacter les confrères qui refusent mais que ça demande trop d'énergie :

« Quelquefois ça disjoncte, quelqu'un est allé voir quelqu'un que je ne connais pas et qui ne prend pas la CMU, alors il faut que je téléphone, que j'appelle; souvent j'ai pas le temps, c'est fatigant, ça prend de l'énergie

Donc qu'est ce qui est plus simple, et pour mon patient et pour moi, c'est qu'il retourne dans mon réseau

Ça c'est de l'énergie énorme, d'appeler un confrère et de s'opposer à lui».

M1 n'appelle pas la CPAM quand on lui rapporte un refus de soins, mais encourage les patients à le faire. Elle m'explique « *c'est pas à moi de le faire (...) il y a la confraternité. Ça ne se fait pas d'aller dénoncer un confrère. La loi, c'est que c'est au patient de le dire. Donc moi je demande au patient de le dire, je leur dis « dites le, c'est le médecin qui a été dans son tort, vous devez le signaler » mais encore une fois les patients qui ont la CMU ils ont bien d'autres chats à fouetter (...) donc ce qu'ils veulent c'est un confrère qui les reçoive bien, c'est pas de signaler le confrère qui les a mal reçus* ». « *je continue à penser que c'est le travail de l'ordre des médecins (...)j'ai pas envie d'en faire une guerre personnelle entre moi et un confrère que je vais dénoncer, c'est pas le problème (...) **c'est l'ordre qui devrait nous dire « si par hasard on vous fait part d'un confrère qui ne prend pas signalez le nous, que en toute confraternité nous l'appelions pour discuter avec lui » voilà ce qu'on pourrait rêver que l'ordre fasse***». Pour M1, cela permettrait de discuter des choses, dans un climat de confraternité et non de dénonciation.

Elle m'explique aussi qu'il existe des formulaires de signalement des refus de soins que l'on peut remettre au patient afin de leur faciliter les démarches. Ainsi, la CPAM de St Étienne avait produit un tel formulaire.

- Les points de vue sur les refus de soins sont très variés :
 - parfois non reconnus ou considérés comme un faux problème
 - parfois considérés comme totalement contraire au sens de la médecine et suscitant une incompréhension totale
 - parfois relativisés par les multiples causes qui y concourent
- Les points de vue sur les attitudes à avoir sont également très variés :
 - S'abstenir de toute action, afin d'éviter de stigmatiser davantage la population des bénéficiaires de la CMUc
 - Autoriser les praticiens libéraux à refuser les bénéficiaires de la CMUc pour certains actes coûteux
 - Mettre en place des sanctions : pour certains les seules sanctions efficaces sont les sanctions financières. Pour d'autres, ce sont les sanctions disciplinaires
 - Demander au conseil de l'ordre d'établir une politique claire (sensibilisation, formation, sanctions)
 - Distribuer des formulaires de signalement des refus de soins, afin de rendre les démarches plus faciles pour l'utilisateur

9. propositions d'amélioration

→ **réévaluer les tarifs de la sécurité sociale** : Pour M3, il faudrait réévaluer les tarifs de la sécurité sociale, afin de favoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc en médecine libérale. Il propose aussi un accès aux soins fléchés : « *que je possède une liste de lieux où je sais que les patients seront accueillis dans un délai raisonnable pour les soins de CMU* », et l'idée d'une orientation différentielle ne le gêne pas, à condition que chacun ait un accès aux soins, dans des délais raisonnables. Il pense que les centres de santé pourraient être une bonne solution, s'ils offraient des horaires d'ouverture adaptées à un public qui travaille : « *le problème pour les centres de santé, (...) c'est que quelqu'un qui bosse ne peut pas y avoir accès. PMI, bébé est malade, 17h30, ah on ferme Quelqu'un qui a la CMU qui bosse pas, très bien. Quelqu'un qui a la CMU et qui bosse, il est obligé d'aller en libéral (...) On a un problème globalement, qui est la notion de service public en dehors des heures traditionnelles de bureau. On pourrait dire que le centre de santé ferait une nocturne jusqu'à XXh une fois par semaine.* »

→ développer l'automatisme de l'ouverture des droits

Un des médecins interrogés m'explique qu'il ne comprend pas pourquoi les droits ne sont pas automatiques pour les bénéficiaires du RMI (même si ceux-ci n'ont plus à produire leurs justificatifs de ressources, ils doivent déposer un dossier pour obtenir la CMUc)

« Je ne comprends pas pourquoi quelqu'un qui a le RMI n'a pas la CMUc, c'est invraisemblable je ne comprends pas pourquoi il faut qu'il fournisse des papiers etc., alors qu'il a le RMI. Ça devrait être automatique. (...) il y a des gens qui ont des comportements phobiques [et qui ne feront pas les démarches]

10. dérives

M4 m'avoue sans aucune gêne écrire des ordonnances au nom de quelqu'un d'autre pour que ses patients sans droit aient accès rapidement au traitement ou aux examens complémentaires :

« Ce que je vois c'est des gens qui ne peuvent pas se soigner parce qu'ils n'ont pas la CMU complémentaire. Ils ne peuvent pas (...) ben je fais un appel « qui c'est qui a la CMU? Je vous fais une ordonnance à votre nom [et vous vous arrangez entre vous] »

Ainsi ce médecin fait de fausses ordonnances, ce qui est condamnable, mais justifie son comportement par la finalité qu'il recherche, à savoir, que son patient ait accès à un traitement... Pourquoi ne recherche-t-il pas à l'orienter vers des dispositifs légaux de prise en charge (PASS, réseaux d'accès aux soins etc.) ? Est-ce par facilité, par méconnaissance? Mais comment peut-on ensuite reprocher à des usagers de vouloir utiliser la carte d'un autre, si même des médecins le font?

Un autre médecin m'avouait également que ça lui arrivait de le faire, pour arranger quelqu'un qu'il connaissait et qui attendait par exemple son renouvellement. *« Si ce sont des gens que je connais et dont je sais effectivement qu'ils ont droit à la CMU, je le fais »*

d) Les institutionnels et les associatifs

Caractéristiques socio-démographiques des institutionnels et associatifs

	Sexe	Tranche d'Age	Institution
I1	F	55-60	CPAM (équipe de direction)
I2	H	45-55	Conseil général - cohésion sociale
I3	F	30-35	Atelier santé ville
A1	F	30-35	Médecins du monde
A2	F	30-35	UNIO PSS

Tableau synthétique des résultats (institutionnels et associatifs)

Point de vue sur le non recours	- amélioration du taux de recours possible et souhaitable
Point de vue sur l'information	- existante mais inadaptée : un constat partagé - ambivalence entre création de dispositifs et non diffusion de l'information - pour certains le problème est la cible de l'information, qui n'est pas en mesure de la recevoir - pour d'autres l'enjeu est d'adapter cette information - pour les instructeurs des dossiers, l'enjeu est aussi de pouvoir faire face à la demande. Ne souhaitent pas créer un appel d'air en développant l'information.
Point de vue sur les démarches nécessaires, les justificatifs à rassembler, le délai d'obtention, le renouvellement annuel : est-ce justifié?	- divergence d'opinions - revendications d'assouplir les conditions d'accès et de renouvellement pour certains - rappel de l'importance du contrôle pour d'autres
Rôle des institutions et des usagers dans l'ouverture des droits CMUc, comment trouver un juste équilibre	- mise en garde contre l'assistanat - importance d'offrir des solutions adaptées à chacun - développer l'automatisme
Perception des droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUc	- les mêmes - question sans objet pour certains (on ne pourrait pas parler de devoirs à une population telle que les bénéficiaires de la CMUc)
Accès aux soins : à quelles structures la prise	- même prise en charge que les autres usagers

en charge des bénéficiaires de la CMUc doit elle incomber?	
Point de vue sur les refus de soins	- grande disparité des avis ; de la non reconnaissance du problème à l'importance des sanctions morales, financières voir même pénales.
Propositions d'amélioration	- permanences CPAM avec traducteurs (ex : ISM interprétariat) - revaloriser les plafonds CMUc - articulation RSA - CMUc

Résultats détaillés

1. - point de vue sur le non recours

Pour I2, la question du non recours se rapporte à un débat philosophique sur les droits réels et les droits théoriques et il rappelle que cette question dépasse le cadre de la CMUc « *c'est une problématique commune à la totalité de l'ouverture de tous les droits qui existent* ». « *Un million ça me paraît immense* ». « *il faut espérer que ce n'est pas inévitable sinon l'action politique n'aurait aucun sens* » « *quel est le rôle des travailleurs sociaux si ce n'est d'aider les gens à faire valoir leurs droits?* »

Pour A2, si l'accès aux droits est limité par le non recours, il est aussi limité par les conditions d'accès (plafond de ressources). Pour l'UNIOPSS, les droits existants sont insuffisants à l'heure actuelle, et ils mettent en avant deux principales demandes :

- la revalorisation du plafond des ressources permettant l'accès à la CMUc (au niveau du seuil de pauvreté, défini au niveau européen).
- la fusion des dispositifs AME et CMU

Pour A1 ce n'est pas seulement un problème d'information, mais une question de préoccupation qui n'est pas au rendez-vous : pour beaucoup « *c'est aussi pas leur souci* ». Surtout pour les personnes complètement en marge du système, « *qui sont tellement à la rue que la santé ils n'y pensent qu'en dernier recours* ».

- Le non recours est considéré comme un problème important.
- La plupart des représentants institutionnels pensent qu'une diminution du taux de non recours est possible et souhaitable.

2. - point de vue sur l'information : suffisante ou non, adaptée?

Pour I1, l'information n'est pas adaptée au public cible, mais y mettre plus de moyens ne servirait à rien, car la population n'est pas réceptive tant qu'elle n'a pas été prise en charge au sein d'un circuit spécialisé (association, centre de santé ou autre) « *Il est bien certain que quand ils sont rapatriés dans un circuit quelconque après on peut commencer à regarder les droits, on peut commencer à essayer de les soigner. Mais il faut être sérieux, c'est pas parce que l'assurance maladie va dépenser des milliards d'information que la femme qui est par terre dans la rue ou le gars qui fait la manche dans le métro va être en contact avec cette information. (...) C'est un problème de société autre* »

I2 pense que ce qui marche est le coaching personnel. Il l'a observé pour le retour à l'emploi et fait le parallèle avec l'accès aux droits.

Pour I3, une ambivalence existe entre d'un côté la création de dispositifs type CMUc et ACS, et de l'autre la non diffusion de l'information.

Elle s'interroge : l'information est-elle vraiment souhaitée par les organismes (type CPAM)? Elle me montre des brochures d'information existantes sur la CMUc¹, qu'elle juge inadaptées à la population cible, trop compliquées, et aussi « blanc blanc » alors qu'elles s'adressent à une population mélangée. I3 pense que cette question de l'information ne fait pas l'objet d'une stratégie globale mais est dépendante de la motivation des professionnels « *quelques individus motivés* ».

« *Quand on voit les plaquettes : ...qui va comprendre ça?. Et d'abord qui l'a?* »

« *C'est quand même très blanc blanc (...) je m'interroge sur la politique de communication* »

Globalement, elle pense que le dispositif des délégués solidarité a constitué une avancée sur le 92. Elle propose aussi la création d'une instance chargée de communication :

« *il faudrait, peut être dans le cadre de la création des ARS qu'il y ait une instance chargée de communiquer sur l'accès aux soins, la CPAM, c'est pas le cœur de métier la communication* »

Pour A1, « *Il y a de l'info, mais pas suffisamment ciblée* ».

Pour A2, « *l'information n'est jamais suffisante* ». Elle considère que les efforts réalisés par l'assurance maladie ont été assez maladroits et inadaptés. Elle reconnaît que la communication en la matière est particulièrement délicate, et que savoir quel message choisir et comment le faire passer est difficile. Il est très difficile de ne pas rentrer dans la complexité et de produire des messages qui ne nécessitent pas d'être traduits et réexpliqués par la suite. Elle pense que développer des séances d'information dans les associations, en partenariat avec les CPAM, sur les refus de soins et l'accès aux soins en général serait plus pertinent « *en fait c'est du travail de terrain* ».

1 La CMU complémentaire, mode d'emploi. Cf. annexe

- L'information est jugée insuffisante, et surtout inadaptée.
 - Pour certains, c'est aux institutions de faire des efforts et de s'adapter à la population
 - Pour d'autres, la population n'est de toutes les façons pas en mesure d'être réceptive, car préoccupée par d'autres priorités.

3. - point de vue sur les démarches nécessaires, les justificatifs à rassembler, le délai d'obtention, le renouvellement annuel : est-ce justifié?

Pour A1, les démarches nécessaires et les justificatifs demandés peuvent en freiner plus d'un : « *Le renouvellement annuel, qu'il est nécessaire de demander 2 mois avant, ce à quoi on ne pense pas forcément. L'absence d'automatisme pour le RMI : il faut quand même déposer un dossier. Les justificatifs nécessaires : l'obligation de domiciliation est un problème pour certains (MDM accueille beaucoup de SDF), les associations de domiciliation étant saturées et les CCAS ne le faisant pas toujours. La perte des documents d'identité rend également le parcours très compliqué etc.* ».

Par ailleurs, elle soulève que le temps de délivrance de la carte vitale est très long : de 6 semaines à 3 mois après l'ouverture des droits. Entre le dépôt de dossier et la délivrance de la carte vitale peut donc s'écouler un délai de 5 à 6 mois (2 à 3 mois pour l'ouverture des droits puis jusqu'à 3 mois pour la délivrance de la carte vitale).

D'autre part, les demandeurs d'asile, bien que relevant de la CMUc, ne peuvent avoir de carte vitale, ce qui constitue un réel frein à l'accès aux soins (réticence des professionnels à recevoir des patients CMUc sans carte vitale, car les procédures de remboursement sont alors plus compliquées et plus longues).

A2 rappelle qu'il y a eu plusieurs reculs depuis la création de la CMU : « *ou ouvre les droits le mois d'après seulement. (...) On examine les conditions de ressources attentivement a priori* ». A2 rappelle aussi qu'une procédure est possible afin de vérifier que le train de vie n'est pas discordant avec les ressources déclarées « *On est plus sur une culture de la suspicion* ». Pour elle, l'édifice est déconstruit au fur et à mesure par les différentes circulaires qui réduisent les droits et augmentent les procédures de contrôle. Elle pense qu'il vaudrait mieux des contrôles a posteriori, quitte à sanctionner les fraudeurs, mais cela permettrait de ne pas pénaliser l'ensemble des bénéficiaires. « *on justifie ces mesures là par la fraude qui serait massive, mais objectivons la (...) ça porte préjudice à l'ensemble des bénéficiaires (...) pourquoi pas un contrôle a posteriori, et puis un retrait, voire des sanctions pour ceux qui sont fraudeurs, mais pas pénaliser l'ensemble des bénéficiaires* ».

A propos du renouvellement annuel, I2 rappelle l'importance du contrôle des droits, en mettant en avant le principe d'équité :

« Les droits doivent être contrôlés. (...) La société a un devoir de solidarité et d'aider ceux qui ne sont pas en état eux-mêmes d'ouvrir leurs droits et en même temps la société a un devoir d'équité absolu (...) celui qui n'a pas le droit aux droits il faut que la société lui retire. Donc il faut trouver le juste équilibre entre un droit ouvert suffisamment longtemps pour qu'il soit effectif et que la personne en profite et renouvelable suffisamment souvent pour que la société puisse réévaluer ce droit au droit. Donc est-ce que 1 an c'est le bon moment? Je ne sais pas, je ne sais pas ».

A propos du délais d'obtention, I2 évoque la possibilité de prise en charge en urgence comme solution au problème : *« c'est deux mois dans les cas normaux, mais si quelqu'un arrive aux urgences, sans CMUc, il est pris en charge, il est pris en charge pour une pathologie urgente? »?* Cependant, si l'admission immédiate à la CMUc est un droit théorique quand la situation l'exige¹, la demande n'est pas toujours faite, avec comme conséquence une facturation pour l'assuré. *« Il est certain que si la société doit aider les gens il y a une part de prise en charge personnelle (...) il n'y a pas de bonne réponse. C'est un problème de curseur ».*

- Un débat est soulevé entre ceux qui mettent en avant la nécessité d'un contrôle (dans l'intérêt de la société), et ceux qui mettent en avant l'intérêt du bénéficiaire (pour un accès aux soins facilité).

4. - rôle des institutions et des usagers dans l'ouverture des droits CMUc, comment trouver un juste équilibre? Est-ce à l'assuré de faire valoir ses droits ou bien aux institutions de s'assurer qu'il en bénéficie?

→ Comment permettre à chacun de bénéficier de ses droits sans tomber dans l'assistanat? Faut-il œuvrer vers des dispositifs de repérage et d'automatisation dans l'ouverture des droits? Faut-il œuvrer vers plus d'information mais laisser l'individu libre d'entreprendre ou non des démarches?

Pour toutes les personnes interrogées, il est important de trouver un juste équilibre, mais la bonne position du curseur ne leur semble pas évidente.

Pour A2, c'est aux institutions de fournir les moyens, et à chacun de se rendre un peu responsable, dans le bon sens du terme, au sens *« tu es maître de ta santé »*. Mais elle concède que cette approche est un peu idyllique quand la personne *« doit trouver un toit, et nourrir ses mômes »*. Elle pense que l'utilisateur a des droits, et que c'est à lui aussi de les faire valoir. *« il ne faut*

¹ Art L861-5 4° du Code de la sécurité sociale.

pas non plus tomber dans un « big assistanat ».

Pour I2 « Montesquieu définissait la question du lien social. Le lien, puis le contrat social, c'est la justification même de la société. C'était là pour créer un lien entre les individus. Sauf que, un certain nombre d'individus, naturellement, ne sont pas en état eux-mêmes de participer au lien, donc il faut les aider (...) la société est là pour protéger ceux qui ne sont pas en état eux-mêmes de se protéger »

I2 ne voit pas d'inconvénient à œuvrer vers plus d'automatisme. Pour lui, si l'objectif est de faire bénéficier les gens d'un droit, il n'y a pas de raison de soumettre l'ouverture de ce droit à l'accord préalable de la personne. A2 s'interroge également sur l'idée de créer « un droit de refus d'une prise en charge santé ». Ne serait-ce pas une mascarade pour freiner l'accès aux droits? Elle me rappelle que d'après les statistiques de Médecins du monde « moins de 2 % des gens refusent les démarches pour avoir une couverture sociale ».

I3 pense que c'est davantage aux institutions de repérer les bénéficiaires potentiels : *On ne peut pas exiger de ces publics là qu'ils soient les rois de l'administration. On a tous du mal à faire certaines démarches (...) moi j'imagine que si j'étais au RMI, avec du mal à bouffer les fins de mois, ce serait encore plus dur de faire l'administration ».* L'automatisme lui semble une bonne solution, mais en laissant le choix à la personne et en l'accompagnant d'une séance d'information, d'éducation citoyenne, pour responsabiliser les bénéficiaires de la CMUc.

- Le juste équilibre entre responsabilité des institutions et responsabilité de l'individu ne semble évident pour personne.
- L'idée de développer l'automatisme dans l'ouverture des droits est soutenue par la plupart des représentants institutionnels et associatifs rencontrés.

5. - perception des droits et devoirs des bénéficiaires de la CMUc

Pour toutes les personnes interrogées, excepté I1, les droits et les devoirs sont les mêmes.

Pour I1, cette question n'a pas de sens « *Ça veut rien dire. Dans une population bénéficiaire de la CMU encore une fois, vous avez des malades psy. Vous allez leur parler droits et devoirs quand ils sont en crise? Vous avez des arabes qui disent pas un mot de français ou des roumains qui savent juste vous montrer un papier écrit en français. (...) »*

6. - accès aux soins : à quelles structures la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc doit elle incomber?

Pour I2, « *la médecine libérale n'est pas privée, elle est financée par la puissance publique. (...) la*

médecine libérale, qui bénéficie de l'aide publique, doit en contrepartie de cette aide publique répondre à des objectifs qui sont fixés par la puissance publique, dont le recours ».

*Ces gens là il faut leur rappeler qu'ils ne sont pas libéraux, qu'ils sont payés par l'assurance maladie, qu'ils sont des salariés de l'assurance maladie(...) les médecins libéraux sont des vacataires de la puissance publique » « **il est normal que la puissance publique leur dise : je passe un contrat avec vous,(...) dans le contrat je m'engage à rembourser les soins de vos patients, donc ça vous créer une clientèle mais en contrepartie je mets des conditions, et parmi ces conditions il y a la CMUc** »*

Pour I3, les bénéficiaires de la CMUc doivent être pris en charge comme tout le monde, dans les mêmes structures. Elle met en avant que les « riches » sont aussi responsables de la situation :

« Sinon on va se retrouver avec une médecine à 2 vitesses : une médecine pour les riches et une médecine pour les pauvres.

Et ce n'est bon pour personne : c'est pas bon pour les riches de ne pas voir de pauvres dans la salle d'attente. C'est aussi une éducation des riches qu'il faut faire : de ne pas accepter les dépassements d'honoraires surréalistes.

C'est pas seulement que aux pauvres de se plaindre, sinon on va pas s'en sortir. »

A ce sujet, I3 fait une remarque intéressante : elle pense qu'il est de la responsabilité de chaque usager de faire en sorte que les établissements de santé restent des lieux d'accueil mélangés. Parlant en tant que citoyenne et non au titre de sa profession, elle explique qu'elle a par exemple fait le choix d'accoucher dans un hôpital public et non pas dans une clinique privé, afin de préserver cette mixité et de ne pas concourir à la spécialisation des hôpitaux comme centres de santé « pour les pauvres ».

- Les représentants institutionnels et associatifs pensent que les bénéficiaires de la CMUc doivent être pris en charge dans les mêmes structures que les autres.
- Pour ce faire, plusieurs propositions sont évoquées :
 - rappeler aux praticiens libéraux conventionnés leurs obligations
 - sensibiliser tous les citoyens (y compris issus des milieux favorisés) sur l'importance de préserver un égal accès aux soins pour tous et leur rappeler leur pouvoir d'action (choix des lieux fréquentés etc.)

7. - point de vue sur les refus de soins

Lorsque j'interroge I1 à propos des refus de soins, elle conteste tout d'abord leur existence :

« Faut quand même reprendre les journaux qui se sont déroulés sur le fameux Val de Marne. C'est

une polémique médiatique. C'est des gros titres de journaux. C'est comme les informations à la télé. (...) tout ça c'est des gros titres c'est pas la réalité de tous les jours.

- JG : vous dites que les personnes n'ont pas de problème d'accès aux soins en libéral?

- I1 : Je dis qu'ils sont stigmatisés à 90%, dans la vie de tous les jours à 90%, et que pour 10% qui sont des emmerdeurs ou qui ont des professionnels de santé qui les refusent, faudrait mettre les 100% dans un camp avec l'étoile de David. D'accord (s'énerve) (...) on fait moins d'histoire quand un professionnel de santé refuse une assurée lambda hypocondriaque

- JG : donc finalement ce que vous voulez dire, c'est qu'il y a des refus de soins, mais y en a pour d'autres assurés, et...

- I1 Et y a pas les médias derrière (...) C'est sur médiatisé, et on va les sur handicaper. »

Elle explique ensuite :

« Si vous voulez je comprends autant le professionnel de santé qui dit « j'ai 40% de ma clientèle bénéficiaire de la CMUc, et sur ces 40% y en a 20% qui respectent jamais un rdv, je comprends que le type il dise « y en a marre, je prends plus les bénéficiaires de la CMUc », surtout si en plus ce sont les mêmes qui mettent pas à jour leur carte vitale et qu'il est pas remboursé (...) ceux qui ont un mauvais comportement, c'est sur toute la ligne. Par contre, si vous me dites « mon fils est psy il a encore fait une fugue ils l'ont retrouvé à Lyon il faut que je prenne le train demain, heureusement c'était pas à Bordeaux avec la tempête mais j'ai pas dormi de la nuit, les flics m'ont téléphoné que ce matin », vous croyez sérieusement que si vous me dites en plus « il a pris un rdv chez le médecin il l'a pas respecté » là je vais pas comprendre que c'est (...) on va pas stigmatiser une population je veux dire, ce sont des individus qui ont des caractéristiques qui fait que ils sont dans des situations difficiles et de langue, et économique, et de maladie le cas échéant. Donc là je peux pas répondre à cette question (...)

Moi, si un professionnel de santé me dit « j'ai 40% de clients bénéficiaires de la CMU, j'en ai 20% qui respectent jamais les horaires, qui permettent pas de recevoir d'autres malades pendant ce temps là parce que j'ai refusé des rdv et qui en plus mettent pas à jour ma carte vitale, qu'est-ce que vous voulez que je fasse? Que je dise « Bravo Médecins du Monde, allez râler contre le confrère? » Faut être sérieux, d'accord?

Moi je défends pas des slogans, j'ai des dossiers, je regarde ce qui se passe. »

Lorsque je l'interroge sur les refus des chirurgiens dentistes, elle répond par un amalgame assez surprenant : *« est ce que si je vous dis, je suis dans un cabinet dentaire, je passe avant vous, j'ai le sida, vous êtes tranquille si je vous dis ça dans la salle d'attente? Cela ne veut pas dire que tous les bénéficiaires de la CMU ont le sida, cela veut dire simplement que (...) vous avez des considérations d'abord de paniers de soins. Donc un chir dents encore une fois, si il veut faire 100% de bénéficiaires de la CMU, il aura peut être en région parisienne plus de difficultés (...) hors il se trouve qu'il y a plus de bénéficiaires de la CMUc que dans certaines zones de province, où le cout des loyers est quand même meilleur marché. »*

Elle base ainsi son argumentaire sur la peur de l'autre et sur une stigmatisation extrême et met en doute la sécurité des soins fournis par les chirurgiens dentistes. Il m'apparaît inquiétant que des responsables de CPAM puissent avancer sur ce type d'argument. Elle aborde ensuite la question de la répartition des bénéficiaires de la CMUc et du poids inégal qui pèse sur les différents professionnels. Ce dernier point pose en effet question, quand on sait que 15% des dentistes prennent en charge 50% des patients CMUc ; cela ne semble ni juste ni équitable et l'effort économique demandé aux professionnels est inégalement réparti.

Pour I2, il est évident qu'il faut sanctionner les refus de soins. *« c'est anti-déontologique, ça va à l'encontre du contrat (...) **Au delà de tout ça, c'est que c'est amoral** (...)c'est marqué dans le serment d'Hippocrate. D'ailleurs il faut que le médecin s'estime heureux qu'il y ait la CMUc parce que « je donnerai des soins aux indigents » euh, gratuitement, c'est ce qui est marqué dans le serment d'Hippocrate, donc déjà ils sont payés, c'est pas mal. »*

Il pense que les sanctions les plus adaptées sont les sanctions morales. *« les sanctions les plus dures sont les sanctions morales ». « c'est le plus gros moteur dans les esprits des hommes, c'est pas l'argent, c'est l'idée qu'on se fait de soi-même » « qu'ils se rendent compte de l'amoralité de leurs habitudes, ça c'est fort ».*

« Pourquoi les médecins quand ils vont au domicile des petits vieux ils ne piquent pas l'argent dans la chambre? (...) les barrières les plus importantes elles sont morales »

Pour I3, la nécessité de mettre en place des sanctions s'impose. Elle précise que si une démarche de sensibilisation est nécessaire, elle ne suffirait pas, et il faut donc à son sens l'accompagner de sanctions, pour l'exemple et pour amorcer le virage de changement de culture et de pratiques.

Elle propose des sanctions financières, *« parce que c'est ça qui modifiera leurs pratiques »*, mais aussi des sanctions pénales, *« pour que les gens dont les droits sont bafoués aient le sentiment que la justice passe. »*

« La plupart des gens qui viennent s'installer en France sont persuadés qu'ici c'est le pays des droits de l'homme. C'est hyper violent pour eux.

Je ne suis pas pour graisser la patte aux médecins sachant qu'ils ont des missions de service publique, y compris les libéraux. » I3 évoque le cas d'un médecin installé en secteur 2 travaillant dans le quartier (cité), qui justifie ses honoraires en disant aux gens: *« des médecins qui parlent arabe, vous en connaissez beaucoup? »*. Elle analyse : *« il y a un souci » « des dépassements d'honoraires dans des zones prioritaires c'est contraire à tout ».*

I3 pense qu'un numéro vert pour signaler les refus de soins serait utile et pense qu'elle pourrait le faire si on lui rapportait des refus de soins. Elle comprend que certaines personnes refusent de le faire (en trouvant que c'est de la délation) et elle rapporte cette peur de la délation à l'histoire de

France. Cependant elle pense aussi que les gens ont tendance à se défaire de leurs responsabilités.

I3 soulève ensuite d'autres questions, telle que la permanence des soins, la démographie médicale, et a le sentiment que les médecins sont trop dans la toute puissance.

A1 et A2 pensent également que la mise en place de sanctions est nécessaire. Pour A1, il faut débiter par des avertissements, et pour les récidivistes, appliquer des sanctions financières. A2 s'interroge sur les éventuels effets pervers des sanctions financières « *est-ce que les médecins ne vont pas se dédouaner, payer la sanction* ». Elle rappelle l'importance de sensibiliser les médecins à ces questions là, dès la formation initiale, afin d'y associer une réelle prise de conscience et de ne pas risquer un effet contre productif des sanctions.

A2 rappelle que les avancées du projet de loi HPST (aménagement de la charge de la preuve etc.) ont été supprimées par divers amendements. Pour A2, « *les ordres n'ont pas suffisamment veillé à faire respecter les obligations des médecins en la matière (...) et voulaient garder la main sur le contentieux (...) l'idée du projet de loi c'était de conférer à l'assurance maladie un pouvoir de sanctions et de sortir un peu de la compétence de l'ordre qui n'assurait pas ses missions* ». Pour elle « **conférer cette compétence à l'ordre, c'est acter qu'il ne se passera rien, même s'ils s'en défendent** ». L'aménagement de la charge de la preuve existe dans d'autres secteurs (par exemple pour lutter contre la discrimination à l'embauche), et A2 soulève une question d'importance : « *les professionnels de santé qui contreviennent à la loi exigent-ils un tel traitement de faveur?* »

D'autre part, A2 soulève que les refus de soins sont très difficiles à objectiver, hormis par les testings. En effet, très peu de recours sont engagés par les personnes victimes des refus de soins et pour plusieurs raisons :

- « *les personnes se censurent elles-mêmes : elles ne vont pas voir les médecins dont elle savent qu'ils les refuseront* »
- « *elles n'ont pas envie d'engager un recours, surtout dans la situation où elles sont* ».
- « *elles ne se sentent pas en droit de faire quelque chose* ».

La CNAM leur a proposé de quantifier les refus de soins, ce à quoi les associations ont répondu qu'elles n'étaient pas d'accord pour quantifier, mais par contre qu'elles pourraient faire remonter des témoignages qualitatifs.

- Les points de vue sur les refus de soins sont très variés :
 - Certains cherchent à justifier les médecins.
 - D'autres mettent en avant les principes déontologiques et éthiques à la base de l'activité médicale, et s'ils peuvent comprendre que de multiples causes contribuent au problème, ils considèrent que le médecin est au final responsable, et que ce n'est pas un comportement acceptable.
 - D'autres mettent en avant le respect de la convention avec l'assurance maladie, et le respect de la loi. Il leur semble parfois que les médecins sont pétris d'un sentiment de toute puissance, et veulent se mettre au-dessus de la loi.
- Les sanctions proposées sont variables :
 - pour certains, les sanctions morales sont les plus efficaces (prononcées par l'ordre)
 - Pour d'autres, des sanctions pénales sont nécessaires
 - Pour d'autres encore, l'ordre ne menant pas une politique suffisamment claire sur le sujet, lui confier la responsabilité des sanctions n'est pas une réponse adaptée.
- L'importance de la formation et de la sensibilisation des professionnels est également rappelée.

8. propositions d'amélioration

→ Accès aux droits

A1 proposait des amendements de la loi HPST : revaloriser les plafonds de ressources donnant accès à la CMUc, et donner une aide d'acquisition d'une complémentaire santé dégressive jusqu'au retour à l'emploi pour les bénéficiaires du RSA. De plus avec la création du RSA, il n'y a plus d'automatisme dans l'octroi de la CMUc : les personnes peuvent avoir droit au RSA mais pas à la CMUc. Avec le RMI, les personnes devaient quand même remplir un dossier, mais elles y avaient droit de fait. L'UNIOPSS voulait donc proposer que le même organisme gère l'ouverture des droits RSA et CMUc, et que si deux organismes différents étaient en charge de l'ouverture des droits, qu'il y ait une bonne articulation entre les organismes afin de faciliter les démarches pour l'utilisateur : que ce soit l'organisme qui ouvre les droits RSA qui soit en charge de repérer si l'utilisateur a droit à la CMUc et qu'il remplisse pour lui le dossier.

Afin de faciliter l'accès aux droits, A2 propose de tenir des permanences CPAM dans les associations **avec des traducteurs**. Elle propose par exemple de pouvoir avoir recours à ISM interprétariat (y compris dans les CASOs).

Pour les usagers de drogue « *qui ne rentrent pas dans la norme* » ou qui sont « *compliqués à gérer* », elle propose un guichet à la CPAM, ou à la poste par exemple (pour faciliter l'accès).

De manière générale, elle propose de développer et soutenir les projets d'accompagnement mis en place par les associations et les CCAS.

I2 nous livre une réflexion plus large, sur la stratégie à avoir selon lui pour lutter contre l'exclusion.

« Globalement les politiques publiques ont mis beaucoup plus de moyens sur améliorer la vie des exclus en les maintenant exclus et moins de moyens proportionnellement pour les sortir de l'exclusion. Or, c'est à qu'il faut faire ».

« Est-ce qu'on n'a pas intérêt à changer la vie de 10 personnes, fondamentalement, plutôt qu'améliorer la vie de 20, mais en ne changeant pas leur vie? »

« Vous me parlez d'un mille feuille administratif, mais j e vous parle aussi de millefeuille associatif qui s'auto nourrit. On le voit sur les maraudes. C'est à chacun ses pauvres (...) vous avez des maraudes qui demandent à la puissance publique du financement qu'on devrait mettre pourtant dans des choses qui sont organisées. Le système est très très éclaté »

→ Accès aux soins :

A1 rappelle que le déremboursement pour les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant peut constituer un frein pour des personnes qui n'ont pas de médecin traitant mais ont recours à des consultations de sevrage par exemple. Elle pense qu'un assouplissement du système dans certains cas précis serait justifié.

2) Résultats de l'étude de documents

– Circulaire de la CNAM 33 du 30 Juin 2008 (cf. annexe)

Une circulaire de la CNAM en date du 30 juin 2008 (Cir33-2008) détermine les nouvelles missions des conciliateurs de l'assurance maladie pour le traitement en première intention des plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU C ou les professionnels de santé dans le cadre de la CMU C :

Extrait de la circulaire concernant les réclamations portées par les professionnels de santé :

« Pour mettre fin aux situations de refus de soins, il convient de prendre également en compte les réclamations portées par les professionnels de santé ou établissements de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMU C.

En effet, selon certains professionnels de santé, le bénéfice de la dispense d'avance de frais constitue un facteur déresponsabilisant pour l'assuré.

Exemples de griefs admissibles :

- *retards injustifiés aux rendez-vous*
- *rendez-vous manqués et non annulés*
- *traitements non suivis ou interrompus*
- *exigences exorbitantes*

Exemples de griefs exclus

- *train de vie incompatible avec les conditions de ressources applicables pour bénéficier de la CMU C*
- *plus généralement, tous les faits portant atteinte au principe du secret médical «*

Par ailleurs, le mot « plainte » est utilisé à plusieurs reprises :

3. Traitement des réclamations portées par les professionnels de santé

*" Lors de la **plainte** d'un professionnel de santé liée à des difficultés relationnelles avec un usager, le conciliateur adopte une démarche analogue et en cas de comportement inapproprié du patient :*

o il effectue par écrit les rappels à l'ordre

o il s'assure que le patient est en situation de retrouver un autre intervenant pour les soins,

o il demande l'intervention du service social pour un suivi plus global.

*" Lors de la **plainte** d'un professionnel de santé liée à la gestion de son dossier, le conciliateur saisit le service compétent au niveau local. Il assure un suivi de la réponse, afin que la réclamation soit traitée le plus rapidement possible et ce, pour éviter que le professionnel de santé ne soit dissuadé d'accueillir des populations en difficultés. »*

– Lettre de saisie de la HALDE (cf. annexe)

Le 1^{er} août 2008, le CoMeGAS sort un Communiqué de presse et écrit un courrier de saisine de la HALDE et demande d'annulation de cette circulaire

Pour le CoMeGAS, cette circulaire autorise les médecins à porter plainte et réclamations contre les bénéficiaires de la CMU dont certains comportements seraient considérés comme abusifs.

La saisie de la HALDE est fondée sur :

- le caractère discriminatoire : aucune étude ne prouve que ces comportements abusifs seraient plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMU que chez les autres assurés sociaux : « *En l'absence de tout élément de preuve démontrant la plus grande fréquence de comportements dits abusifs chez les bénéficiaires de la CMU, ces allégations restent*

infondées, et ne semblent reposer que sur des a priori et des généralisations abusives. Leur caractère discriminatoire semble avéré. »

- le caractère illégal pour la mesure qui concerne l'observance des traitements : « *Le CoMeGAS attire votre attention et celle de la HALDE sur l'atteinte aux libertés individuelles que constitue le troisième grief présenté comme abusif et intitulé : « traitements non suivis ou interrompus ». Les bénéficiaires de la CMU n'auraient ainsi plus le droit, contrairement aux autres citoyens, de décider de ne pas suivre un traitement ou de l'interrompre pour des raisons qui leur sont propres, sans prendre le risque d'être signalés à l'Assurance Maladie. Cette mesure s'oppose à l'esprit et à la lettre de la loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, et en particulier à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, créé par cette loi, qui concerne le respect de la liberté de choix des patients par les médecins. »*
- le caractère arbitraire du point « exigences exorbitantes »: « *Le CoMeGAS attire votre attention et celle de la HALDE sur le caractère arbitraire du quatrième grief intitulé « exigences exorbitantes... ». Sur quels critères en effet le professionnel de santé déciderait-il du caractère exorbitant de telle exigence ? »*

Par ailleurs, le CoMeGAS met en garde contre le caractère discriminatoire de la vision réductrice du « bon et du mauvais pauvre » :

« Le CoMeGAS estime que l'instauration de ces mesures de signalement revient à mettre sous conditions de « bon comportement » l'accès aux soins pour les personnes bénéficiaires de la CMU, rappelant ce que les dames d'œuvre du 19ème siècle exigeaient de "leurs" pauvres pour exercer leur charité. Des conditions qui ne sont pas exigées des autres assurés sociaux et mettent en évidence le caractère discriminatoire de ces mesures. »

Enfin, le CoMeGAS juge prioritaire que la formation à la prise en charge des populations précarisées soit inscrite dans les programmes universitaires des futurs médecins.

La réponse de la HALDE au CoMeGAS à propos de la circulaire 33 de Juin 2008 est toujours en attente.

– **point de vue des personnes rencontrées sur la circulaire n°33 de Juin 2008**

A part les associatifs et les professionnels travaillant à Médecins du Monde -M1 et S3- (L'association Médecin du Monde a fortement réagi à cette circulaire), et I1 à qui je n'ai pas eu le temps de poser la question, **aucun des professionnels que j'ai rencontrés n'avait connaissance de cette circulaire**, ni les travailleurs sociaux, ni les médecins, ni les institutionnels.

Ils sont tous étonnés de cette circulaire et ne l'approuvent pas.

Cependant, pour I2, il est légitime que des bénéficiaires d'une aide sociale aient des obligations à remplir en contrepartie *« je vais vous faire la même réponse que j'ai fait vis à vis des médecins. (...) Pareillement, les personnes qui bénéficient d'une aide de la puissance publique et bien il est normal que la puissance publique définisse aussi des règles d'utilisation. Le contrat ne peut pas être unilatéral (...) »* Cependant, il estime que ses obligations doivent être argumentées sur la base d'étude *« j'imagine qu'il y a des travaux qui ont été faits sur les rendez-vous manqués. »*. Je lui explique que ce n'était pas le cas. Il estime que cette circulaire n'est pas opérationnelle, notamment à propos de l'observance :

« On rentre dans un niveau de contrôle administratif tellement fin que je ne sais pas s'il est opérationnel » et en déduit que cette circulaire a été faite pour *« donner un peu réponse à tout le monde »*.

I3 pense que la circulaire de Juin 2008 est *« hallucinante » « c'est discriminant »*. Ce serait *« ultra discriminant »* de considérer comme des devoirs pour les bénéficiaires de la CMUc d'être à l'heure à leurs rendez-vous, d'être observant etc.

I3 pense par contre qu'on devrait faire plus **d'éducation citoyenne** et ce dès le plus jeune âge, pour responsabiliser les gens. *« On alloue la CMU, mais on n'explique pas aux gens comment ça se passe, que c'est pas gratuit, que à un moment il y a quelqu'un qui finance, même si c'est pas eux. »*

« L'idée étant surtout pas de culpabiliser les gens en disant « c'est pas vous qui payez, mais c'est nous », mais de responsabiliser les gens ». « Effectivement on a tous entendus des patients qui disaient « moi je m'en fous de toute façon j'ai la CMU c'est gratuit », sauf que si on leur a pas expliqué, surtout les gens qui viennent de pays complètement étrangers, ils peuvent pas comprendre ».

« C'est pas le rôle du médecin d'expliquer (que ce n'est pas gratuit), et le risque c'est d'être un peu moralisateur et de dire aux gens « on est déjà bien gentils » »

« Il faudrait une vraie campagne nationale de communication pour responsabiliser les gens »

« C'est comme ne pas gâcher l'eau du robinet. Quand on sait pourquoi il faut faire attention, on fait plus attention ».

Discussion

"Qu'ils se prennent en main eux-mêmes, en tant que peuple, afin d'obliger la société à assumer ses responsabilités à leur égard" Père Joseph Wresinski

1) Responsabilités de chacun

a) Accès à la CMU complémentaire

On peut considérer le problème sous deux angles :

- Soit on estime que les institutions doivent repérer les bénéficiaires potentiels et procéder à des ouvertures automatiques de droit. Un tel système pourrait avoir des effets pervers sur les libertés individuelles. Mais la responsabilité incombe alors aux seules institutions.
- Soit on estime que si les institutions doivent aider et accompagner l'ouverture des droits des personnes qui ne sauront pas les faire valoir elles-mêmes, l'usager a lui aussi une part de responsabilité. On se rend alors vite compte, que concernant l'accès à la CMUc, la responsabilité est partagée par les travailleurs sociaux, les médecins et les associations, qui peuvent tous constituer des portes d'entrée dans le dispositif. Les médecins ont-ils le droit de se dédouaner de cette fonction sous prétexte qu'elle empièterait sur leur activité médicale? C'est alors la mission sociale du médecin qu'il convient de redéfinir. D'autre part, est-il judicieux de soutenir un système où les portes d'entrée sont multiples? Que tous puissent orienter, et sachent orienter, cela semble pertinent, mais ne faudrait-il pas orienter vers un guichet unique? A défaut d'automatiser l'ouverture des droits, un guichet unique aurait l'avantage de simplifier les démarches pour l'usager, et on pourrait imaginer qu'une fois une première prise de contact réalisée et un dossier rempli, le guichet unique se chargerait lui-même d'étudier tous les droits de l'usager, sans que celui-ci en ait fait la demande explicite.

b) Refus de soins

- Les refus de soins ont des causes multiples (difficultés administratives, manque à gagner, difficultés relationnelles etc.)
- La persistance du problème a des causes multiples, qui implique de nombreux acteurs : le conseil de l'ordre, qui n'a pas condamné suffisamment clairement les refus de soins, les professionnels (qu'ils soient médecins, associatifs, travailleurs sociaux) qui s'adaptent à la situation telle qu'elle est et ne font pas remonter les problèmes. Le phénomène est donc

mal objectif, ce qui donne des arguments aux pouvoirs publics pour ne pas intervenir.

- Cependant, peut-on pour autant en conclure que les responsabilités sont partagées? Qu'il y ait des causes multiples, certes. Mais celui qui refuse n'en reste pas moins le professionnel de santé. Les causes qu'il peut invoquer peuvent-elles légitimer son refus de soins? La médecine aujourd'hui peut elle se baser sur des arguments d'ordre économique dans le choix des patients, d'ordre administratif, d'ordre relationnel? Cela pose la question du sens de la pratique médicale aujourd'hui. Est-ce un bien que l'on réserve aux mieux offrants?

2) Tensions mises en évidence

a) Accès à la CMU complémentaire

- Sur la question de l'information :
 - Pour les instructeurs des dossiers, il y a tension entre diffusion de l'information et capacité à répondre à la demande. L'intérêt de l'utilisateur est donc mis en balance avec la capacité de la structure à répondre à sa demande. Pourtant, « l'accès des populations désaffiliées aux systèmes de protection *ad hoc* qui leur sont proposés est déterminant pour la réussite du modèle de solidarité qui est imaginé »¹. Rappelons qu'un des objectifs prioritaires assigné aux administrations sociales est en effet de garantir l'accès aux droits des plus vulnérables^{1,2}. Peut-on accepter que l'institution recherche l'amélioration de sa performance en terme de rationalisation et d'organisation des moyens, et ce au détriment du sens et des valeurs qu'elle est censée porter? En d'autres termes, l'institution, c'est le projet social autant que sa matérialité, et c'est cette intégration-là qui fait la qualité des services produits, sans réduction possible au mode d'organisation (Beillerot, non daté)³.
 - Pour les médecins, on remarque une divergence d'opinions sur les missions du médecin généraliste. Il n'y a pas de consensus sur les missions sociales du médecin généraliste. Parmi les médecins interrogés, nous avons vu que même si la plupart étaient favorables à l'idée d'être des vecteurs d'information sur les droits sociaux, certaines réticences persistaient. Une remarque importante réside dans le fait que pour certains médecins, ne pas s'enquérir de la situation sociale de son patient est un principe éthique qu'ils mettent en avant, cherchant à soigner tout le monde sur le même plan d'égalité. « *je ne pose jamais aux gens la manière dont ils vont me payer. Je*

1 P. Warin, Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables, *Recherches et Prévisions*, n°87, Mars 2007

2 Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

3 M. Chauvière, Qu'est-ce que la chandalisation? *Informations sociales*, n°152, Fev 2009

soigne d'abord (...) c'est mon éthique perso ». Cependant, lorsqu'il s'agit d'organiser une prise en charge, ne pas s'enquérir de la situation sociale de son patient peut exposer à divers risques : un risque de non observance, le patient n'ayant pas les moyens de réaliser les examens complémentaires ou de se procurer le traitement prescrit, un risque de mauvaise hiérarchisation des priorités, si le patient trie les examens ou les médicaments à prendre en fonction de ce qu'il peut se permettre, et un risque d'anxiété et de stress évitable (si par exemple le patient, n'est pas à même de juger de l'urgence de la prescription, stresse voire s'endette pour payer un traitement ou un examen ou une hospitalisation alors que celui(celle)-ci n'est pas urgent et qu'il y aurait eu le temps d'ouvrir des droits pour permettre une prise en charge).

- De manière générale, la capacité d'informer est fonction de la maîtrise du sujet. Il en ressort donc une tension entre mission d'information et maîtrise du sujet (connaissances à jour etc.). La question des moyens de formation des professionnels sur ces questions est donc également importante, aussi bien chez les médecins que parmi les travailleurs sociaux. Pour les médecins, on voit bien qu'il semble difficile de répondre à cette question sans s'être mis d'accord au préalable sur les missions du médecin généraliste. Si on leur attribue une mission d'orientation, cela nécessite un minimum de connaissances (où orienter, qui orienter?). Les questions de la formation initiale et de la formation continue se posent. Les médecins ont-ils un devoir d'auto formation sur ces questions? Ou bien doivent-ils être régulièrement formés et sensibilisés? Quel niveau de formation peut-on exiger sur ces questions?
- Sur les conditions d'accès et les démarches nécessaires :
 - Un premier constat est l'inadéquation entre le plafond de ressources permettant de bénéficier de la CMUc et le seuil de pauvreté. La responsabilité en incombe aux pouvoirs publics et les recommandations du rapport sénatorial de lutte contre l'exclusion rejoignent les revendications des associations de revaloriser le plafond de ressources pour accéder à la CMUc. Mais à ce jour, ces recommandations n'ont pas été suivies d'effet.
 - Une tension forte émerge entre effectivité et pertinence de l'accès au droit et nécessité de contrôle des droits. Comme le conseiller général nous l'a rappelé, le contrôle des droits est un élément nécessaire, garantissant l'équité. On ne peut donc pas s'en passer si on souhaite préserver les valeurs d'équité et de justice dans une société. Cependant, comme nous l'a rappelé l'UNIOPSS, quel est l'intérêt de réaliser un contrôle a priori? Cela retarde les délais d'ouverture des droits et porte préjudice à l'ensemble des bénéficiaires. Un contrôle a posteriori n'est-il pas une solution plus juste, permettant de concilier l'accès au droit dans des conditions optimales aux bénéficiaires

et de rectifier a posteriori les erreurs? Y associer des sanctions envers les éventuels fraudeurs permettrait de dissuader les comportements de fraude (un décret soumis pour avis à la CNAM, prévoit des amendes comprises entre 5 et 50% des sommes injustement perçues, notamment en cas de fausses déclarations).

- Le juste équilibre entre rôle des institutions et rôle des usagers dans l'accès aux droits est loin d'être évident. Un équilibre, quel qu'il soit, sera adapté pour certains, mais pas pour d'autres. Souhaite-t-on choisir un équilibre profitable au plus grand nombre? Ou bien profitable aux plus vulnérables? A supposer que les institutions aient l'entière responsabilité de l'ouverture des droits, ce qui pourrait se traduire par l'automatisme de l'ouverture des droits (par un système de repérage des bénéficiaires potentiels, basé sur le recoupement des fichiers des différents organismes d'aide sociale, et des fichiers des impôts) plusieurs questions persisteraient :
 - au delà des questions de faisabilité administrative et de l'encadrement nécessaire au recoupement des fichiers (afin qu'il ne serve pas d'autres buts, et ne nuise pas aux libertés individuelles),
 - Ne passerait-on pas à côté d'une population non identifiée par ces fichiers car très marginalisée, mais ayant cependant droit en théorie à la CMUc ?
 - Ne nuirait-on pas aux libertés individuelles des usagers, qui pourraient vouloir choisir de rester affilié à une mutuelle antérieure ou qui voudraient choisir leur organisme de gestion? Mais peut-on, au nom du respect des libertés individuelles (sachant que selon Médecins du Monde, moins de 2% des personnes refusent d'entreprendre les démarches permettant d'avoir accès à une couverture sociale), risquer de priver un plus grand nombre de la couverture complémentaire?

b) Refus de soins

- Sur les comportements des professionnels de santé :
 - On constate une méconnaissance des obligations des médecins par les travailleurs sociaux et par les médecins eux-mêmes. En effet, comme le montrent les résultats, les médecins méconnaissent les obligations qui sont les leurs ou celles de leurs confrères en secteur 2. Cette méconnaissance peut les freiner à orienter vers un confrère de secteur 2. Elle peut aussi entraîner la communication d'une information erronée à leur patient : par exemple, un médecin peut affirmer à un de ses patients bénéficiaire de la CMUc que le spécialiste en secteur 2 pourra lui demander des dépassements

d'honoraires. Ainsi, les usagers, souvent déjà au départ mal informés de leurs droits, le seront encore davantage. Les travailleurs sociaux, qui jouent un rôle clé dans l'information des usagers, sous-communiquent sur les droits, parfois par méconnaissance de ceux-ci, ou pour ne pas exposer les usagers à des situations difficiles, sachant que la réalité est éloignée de la loi. Globalement, cette méconnaissance des droits des bénéficiaires de la CMUc vient handicaper le respect de leurs droits : comment faire respecter ses droits si on n'en a pas connaissance?

- Une tension émerge entre l'intérêt économique des praticiens et le respect des principes déontologiques et éthiques. En effet, pour les praticiens de secteur 2, les dentistes et les opticiens, recevoir des bénéficiaires de la CMUc représente un manque à gagner sur le plan économique. Cette question dépasse le champ de la CMUc : lorsqu'on regarde les chiffres des dépassements d'honoraires (6 milliards d'euros par an), on peut également s'interroger sur le respect du tact et de la mesure. Comment concilier intérêt économique et respect des principes déontologiques et éthiques ? Doit-on exiger des médecins qu'ils ne mettent pas en priorité l'intérêt économique ? Doit-on réévaluer leur rémunération ? Rappelons que pour les dentistes, une réévaluation des tarifs des prothèses pour les bénéficiaires de la CMUc avait permis de trouver un consensus, même si en pratique, de nombreux dentistes continuent à refuser les bénéficiaires de la CMUc. Doit-on proposer des solutions intermédiaires, comme par exemple, pour les médecins exerçant en secteur 2, ne pas les imposer sur les actes réalisés au tarif opposable ? Est-ce le mode de rémunération lui-même des professionnels de santé qui est à revoir ?
- D'autre part, certains professionnels rapportent des difficultés relationnelles avec les bénéficiaires de la CMUc : ils respecteraient moins que les autres les règles de politesse, ils seraient plus exigeants et demanderaient des examens sans raison etc. Cela n'a pas été vérifié par des études. Cela relève-t-il du ressenti des professionnels, est-ce une fausse impression ? Comment y remédier ? Réaliser des études permettrait d'objectiver ces impressions et de les confirmer ou de les infirmer. Dans tous les cas, pour les médecins qui ont ce ressenti, on peut imaginer des solutions pour faciliter la relation médecin-patient : l'association cultures du cœur veut ainsi mettre en place un accompagnement des bénéficiaires de la CMUc par des travailleurs sociaux à leurs rendez-vous médicaux, afin de faciliter le respect des règles de bonne conduite et de jouer le rôle de médiateur si nécessaire. On peut aussi proposer une éducation citoyenne, pour tout le monde dès le plus jeune âge, et pour les bénéficiaires de la CMUc lorsqu'on leur ouvre leurs droits. Enfin, rappelons que pour tout patient, qu'il soit bénéficiaire de la CMUc ou non, le médecin a un travail d'éducation et d'explication à

faire lorsque son patient a des exigences ou des demandes sans fondement (ex : demande d'examen radiologique non nécessaire à la prise en charge médicale). Ce travail là peut être rendu plus difficile avec le mode d'exercice en libéral (où dans un sens le médecin dépend aussi de sa patientèle) mais n'en reste pas moins nécessaire.

- Enfin, on constate également une absence de politique claire de la part de l'ordre des médecins. Premièrement, le conseil de l'ordre lui-même semble mal maîtriser toutes les subtilités du dispositif¹. Deuxièmement, même s'il a réaffirmé le devoir des médecins d'accepter les bénéficiaires de la CMUc, il n'a pas mené une politique très ferme en matière de sanctions ni cherché à faciliter les procédures pour les usagers. Les commissions de conciliation faisant suite à des plaintes de patients ont dans la plupart des cas été classées sans suite. Seules quelques sanctions symboliques ont été émises. Les associations estiment que conférer à l'ordre le contrôle des sanctions revient à acter « *qu'il ne se passera rien* ». Le renversement de la charge de la preuve et la possibilité de réaliser des testings, initialement prévus dans le projet de loi HPST, ont été supprimés. Faut-il y voir l'action d'un lobbying de médecins auprès de l'assemblée nationale et du sénat? N'est-ce pas en quelque sorte une façon de la part des médecins d'affirmer leur toute puissance en se plaçant au dessus de la loi ?

Un nouveau rapport du Fonds CMU doit sortir courant été 2009, qui fera le point sur les refus de soins. Il sera intéressant de suivre les réactions qu'il entraînera.

- Sur les recours :
 - Il existe une tension entre lutter contre une discrimination et risquer de stigmatiser davantage cette population. En effet, réaliser une croisade contre les refus de soins des bénéficiaires de la CMUc ne risque-t-il pas de stigmatiser encore davantage cette population? Les bénéficiaires de la CMUc sont-ils les seuls à être confrontés à des refus de soins? Sont-ils beaucoup plus confrontés que les autres à ce problème? Si ce n'est pas le cas, médiatiser le phénomène risque certes d'accroître la stigmatisation sans autre bénéfice. Mais si le problème est réellement nettement supérieur parmi les bénéficiaires de la CMUc (et il l'est), ne rien faire afin de ne pas stigmatiser cette population, n'est-ce pas aussi se dédouaner de ses responsabilités et conforter des comportements inacceptables, de par la loi, de par la déontologie et de part l'éthique médicale?
 - Beaucoup de professionnels, représentants associatifs et institutionnels ressentent une

¹ cf. [Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2006, Section Ethique et déontologie](#) et Bulletin de l'Ordre des médecins n°5 de Mai 2007. On y retrouve plusieurs amalgames, entre CMU de base et CMUc, entre bénéficiaires de la CMU et demandes abusives etc.

tension entre d'un côté aider une victime de refus de soins et de l'autre « dénoncer » un professionnel de santé. Aussi bien les médecins que les travailleurs sociaux sont très réticents à effectuer eux-mêmes des signalements. La loi ne les autorise pas à saisir le conseil de l'ordre, et ils ne souhaitent surtout pas que cela change. Cela est considéré comme de la « délation ». Au nom de la confraternité pour les médecins, du respect des professions médicales pour les travailleurs sociaux, doit-on rester neutre? Comment concilier confraternité et intérêt du patient ? Faut-il placer le respect de la confraternité au-delà de l'intérêt du patient? Ne risque-t-on pas de porter préjudice aux patients si on ne défend pas leur cause? Ne risque-t-on pas d'impacter petit à petit sur l'accès aux soins pour tous, si on ne le défend pas au quotidien, y compris en témoignant sur ses dérives? Comment concilier ce devoir de témoignage, nécessaire pour faire réagir les pouvoirs publics, avec un climat de confiance? Plusieurs possibilités sont offertes : faciliter le processus de signalement pour les usagers, afin qu'ils n'aient pas besoin de l'aide des professionnels, former les professionnels (médecins et travailleurs sociaux) à orienter et accompagner les usagers victimes de refus de soins (qu'ils aient des courriers type à leur remettre pour signaler les refus de soins par exemple), ou comme le suggérait un des médecins, encourager l'ordre à les appeler pour signaler tous les abus, non pas dans un climat de délation, mais dans un climat de confiance, afin d'engager des discussions. Le but ne serait pas de blâmer les médecins, mais de discuter avec eux et de les sensibiliser, afin d'amener un changement de culture en douceur. Cette stratégie peut se comparer à une stratégie de réduction des risques en milieu hospitalier, où on ne cherche pas un coupable, mais où on conçoit que l'erreur est humaine, et qu'une discussion et une analyse approfondies permettent d'identifier les causes et d'y remédier.

- On perçoit également que si certains usagers ou travailleurs sociaux sont réticents à militer contre les refus de soins, c'est qu'au-delà du fait qu'ils ne veulent pas être considérés comme des « délateurs », ils sont impressionnés par les médecins, et n'osent pas les remettre en cause. Cela contribue à conférer aux médecins un statut de toute puissance. Il est intéressant de constater que autant les usagers, que les travailleurs sociaux se sont montrés très compréhensifs vis à vis des médecins. Les associatifs et les institutionnels avaient quant à eux des propos très divers, allant de la négation des refus de soins à la croisade contre les refus de soins.

Le langage utilisé varie sensiblement d'un répondant à un autre, et vu les faibles effectifs on se gardera bien de généraliser, mais il m'a paru important de préciser que si certains médecins se sont permis de critiquer vivement les bénéficiaires de la CMUc et d'utiliser des propos violents à leur égard (« *il faut mettre deux baffes à la personne* »),

aucun usager ne s'est permis de critiquer aussi vivement les médecins. Ils l'ont toujours fait avec beaucoup de réserve et de prudence. Cela m'apparaît assez symptomatique de l'asymétrie de la relation médecin-patient et d'une certaine toute puissance des médecins. Celle-ci transparaissait aussi via les propos des travailleurs sociaux, qui semblaient ne pas oser critiquer et dénoncer certaines pratiques et cherchaient à justifier et à comprendre les médecins, en un mot à les défendre plus qu'à les accuser, alors qu'ils sont témoins de nombreux dysfonctionnements sur le terrain. Et si les travailleurs sociaux émettaient le souhait de travailler en équipe avec les professions médicales, ce n'était pas le cas de tous les médecins (même si ça l'était de la majorité).

« - JG : et avec l'as de la mairie, l'as de secteur ça se passe bien de travailler avec elle? »

- M3 : je m'en fous, j'ai aucun contact avec elle »

Je reprends ici volontairement des propos qui ne traduisent pas la tendance majoritaire parmi les médecins que j'ai rencontrés, mais ils m'ont paru importants à souligner, car ils reflètent probablement un courant conséquent au sein de la profession médicale.

3) Limites de l'étude

Les thèmes du non recours et des refus de soins sont très larges et aborder la question en restreignant le champ d'étude à la CMUc peut sembler à bien des égards très réducteur. N'est-ce pas une approche trop cloisonnée d'aborder le problème de la CMUc de façon isolée, sans prendre en compte les autres droits sociaux auxquels cette population peut également avoir recours ? N'est-ce pas non plus trop réducteur de ne prendre en compte que la population des bénéficiaires de la CMUc, et de ne pas parler des bénéficiaires de l'AME, des personnes sans couverture complémentaire car au-dessus des seuils, et de toutes les personnes qui échappent à tous les dispositifs ? N'est-ce pas réducteur d'aborder la question des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU sans aborder toutes les questions impactant sur l'égal accès aux soins pour tous, à savoir les dépassements d'honoraires abusifs, les disparités territoriales etc. ?

Inversement, vouloir creuser des thématiques à la fois sur le non recours et sur les refus de soins, et ce auprès de plusieurs catégories de professionnels et auprès d'usagers, n'est-ce pas trop dispersé pour une seule étude? Cela permet de faire émerger des tensions et de mettre en relief plusieurs approches différentes, mais cela ne permet pas d'approfondir les représentations et d'étudier en détail les pratiques.

Concernant la responsabilité de chacun, le recueil d'informations effectué est forcément

incomplet. Vu la disparité des organisations territoriales, et au delà de cela, vu la disparité des points de vue de chacun (fonction de leur représentations, de leurs convictions etc.), les rôles et les responsabilités peuvent énormément varier. Il est donc important de rappeler que cette étude n'a pas pour but d'affirmer les différentes parts de responsabilité, mais d'envisager les différents points de vue possibles.

De plus, tout un pan relatif aux complexités administratives, qui viennent compliquer le recours à la CMUc et constituer des motifs de refus de la CMUc n'a pas été approfondi. Qui est responsable de ce frein administratif? Les créateurs de cette administration, autrement dit les institutions? Ou bien les utilisateurs (médecins, travailleurs sociaux, usagers) qui ne font pas assez d'efforts pour s'adapter?

Plusieurs limites méthodologiques sont également à souligner :

- Défaut de représentativité (faibles effectifs et biais de sélection des personnes interrogées)
Par exemple, les personnes interrogées ne mettent pas spécialement en avant le manque d'information comme étant un obstacle à l'accès à la CMUc, alors même que ce problème a été retenu par différentes études comme l'élément essentiel expliquant le non recours à la CMUc. Mais il s'agit de professionnels ou d'associatifs qui travaillent sur le terrain et qui font de l'information de manière quotidienne, et ce depuis plusieurs années. Ainsi, il est normal, du fait de leur bonne implantation sur le terrain et de leur travail réalisé, qu'ils aient le sentiment que l'information est plutôt bonne. Cependant, cela ne signifie pas forcément que les usagers ont bien reçu, intégré et compris cette information. De plus, en supposant que les usagers aient bien compris l'information, ils ne représentent qu'une part des bénéficiaires potentiels de la CMUc. Cette part qui est en contact avec les structures à même de leur apporter l'information (CVS, associations) n'est pas forcément représentative, et le problème de l'information se pose d'autant plus pour les personnes qui ne sont pas en contact avec ce type de structures.
- Biais : écart entre le discours et la pratique. Ce biais n'a pu être corrigé par une confrontation avec une observation des pratiques, excepté à l'association Nahda, où un résident d'un foyer Adoma m'a dit n'avoir jamais été victime d'un refus de soins, et pourtant au décours de la conversation il m'a décrit un épisode de refus de soins, mais qui lui semblait normal. Cela montre la difficulté d'objectiver les refus de soins, si même ceux qui en sont victimes ne les identifient pas comme tels.
- Orientation des réponses et interprétation des résultats
Malgré un souhait de neutralité, j'ai pu orienter des réponses, et mon interprétation des résultats comporte forcément une part de subjectivité.

Conclusion

Faciliter l'accès à la CMUc peut s'envisager de plusieurs manières. Institutions, associations, médecins, travailleurs sociaux, tous peuvent jouer un rôle facilitateur. L'équilibre entre automaticité, démarches allégées, procédures de contrôle relève d'un consensus et témoigne des valeurs que l'on souhaite mettre en avant et de la représentation que la société se fait des personnes vulnérables (victimes ou coupables). Il est important, à l'heure de la réforme générale des politiques publiques, de rappeler que les institutions ne doivent pas s'aliéner à une logique de rentabilité au risque d'oublier les valeurs qu'elles portent et transmettent. Rappelons la petite éthique de Paul Ricoeur, définie par « la vie bonne, avec et pour les autres, dans des **institutions justes** ».

De leur côté, les médecins, qui sont souvent le premier point d'entrée des usagers dans le circuit médico-social, peuvent jouer un rôle d'orientation et d'information sur la CMUc. Afin de développer ce rôle, plusieurs actions semblent nécessaires :

- Développer au préalable un consensus clair sur les missions sociales du médecin généraliste
- Développer la formation des professionnels de santé sur les droits sociaux
- Développer une culture de travail en équipe et créer davantage de liens entre les professionnels du médical et du social et œuvrer au décroisement

Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMUc sont un des stigmates d'une problématique plus large concernant l'accès aux soins et qui englobe d'autres questions :

- l'accès aux soins des bénéficiaires de l'AME, des personnes sans droits potentiels, et des personnes sans couverture complémentaire
- la problématique des dépassements d'honoraires (6 milliards d'euros annuels), qui représente un frein certain pour l'accès aux soins d'un grand nombre de personnes et interroge sur le respect des médecins des principes déontologiques (le dépassement d'honoraires doit être pratiqué avec tact et mesure).
- La problématique de la disparité territoriale dans l'accès aux soins.

Par rapport aux refus de soins, choisit-on d'élaborer une politique préventive, ou bien répressive, ou bien les deux ? Se dote-t-on de réels moyens pour les prévenir (sensibilisation, formation, évolution des modes de rémunération) et pour les sanctionner (procédures accessibles aux plaignants, renversement de la charge de la preuve, méthodes de vérification -testing-,

sanctions efficaces) ? Il ne suffit en effet pas de condamner ces pratiques, encore faut-il se donner les moyens de les prévenir et de lutter contre.

Enfin, il est intéressant de replacer les questions de l'accès aux droits et aux soins dans le contexte de la crise économique. Les recettes de l'assurance maladie, du fait de la crise économique actuelle, vont largement diminuer (de l'ordre de 5 milliards d'euros de cotisations en moins). Le dispositif CMU est financé par l'état et ne dépend pas de l'assurance maladie. Cependant, dans un contexte de crise, on peut s'attendre à des remises en cause de ce dispositif, et plus largement de l'assurance maladie. L'égal accès aux soins de tous est un principe constitutionnel¹. Réaffirmer l'importance de maintenir une couverture la plus universelle et la plus large possible apparaît donc plus que jamais nécessaire.

¹ cf. Onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, qui dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* »

Bibliographie

- L'accès aux soins, *Le courrier de l'éthique médicale*, n°2, 2001
- Boisguérin B., 2006, « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 512, août.
- Boisguérin B., 2004, « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU – Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 294, mars.
- Borgetto M., Chauvière M., Qui gouverne le social?, Dalloz, 2008
- Borgetto M., Chauvière M., B Frotiée, R. Didier, Les débats sur l'accès aux droits sociaux : entre lutte contre les exclusions et modernisation administrative, *CERSA, Dossier d'études*, n° 60, 2004
- Cases C., Lucas-Gabrielli V., Perronnin M., To M., 2008, « Déterminants des disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 130, mars.
- CNAMTS, 2004, « La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire, un bilan de la troisième année du dispositif », *Point de conjoncture*, CNAMTS, n° 29-30, octobre.
- Chadelat J.-F., 2006, « Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », *Rapport pour monsieur le ministre de la Santé et des Solidarités*, La Documentation française, Paris, 30 novembre, 32 p.
- Denantes M., Chevillard M., Renard JF. et Flores P., Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale, *Exercer-la revue française de médecine générale*, vol 20 n°85, 2009
- DGAS, L'accès aux droits sociaux : comment améliorer la qualité de l'accueil des personnes en difficulté?, *guide méthodologique*, 2006
- Fonds CMU, 2007, *Rapport n° III : l'évaluation de la loi CMU*, janvier.
- Fonds CMU, 2006, « Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle », Étude par testing réalisée en 2005 auprès d'un échantillon de 215 professionnels de santé installés dans six villes du Val-de-Marne, juin.
- Leclerc A., Kaminsky M., Lang T., Inégaux face à la santé, du constat à l'action, *Inserm, ed La Découverte*, 2008
- Le Fur P., Perronnin M., 2003, « L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 76, décembre.
- Médecins du monde, 2006, « Je ne m'occupe pas de ces patients – Dr X, Lyon, 2 février 2006 », Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État dans dix villes de France, Mission France, octobre.
- Médecins du monde, 2008, *Rapport 2 007 de l'Observatoire de l'accès aux soins*, Mission France.
- Païta M., Ricordeau P., de Roquefeuil L., Studer A., Vallier N., Weill A., 2007, « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », *Points de repère*, CNAMTS, n° 8, août.
- Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008. Paris : La Documentation française, 2008.
- Raynaud D., 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, DREES, n° 378, février.
- Raynaud D., 2003, « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Études et Résultats*, n° 229, DREES, mars.
- Le secours populaire français, Les inégalités ruinent la santé, *Convergence*, n°285, Oct 2008
- UFC-Que choisir, 2004, « CMU, serment d'Hippocrate ou d'hypocrite », *Revue Que choisir*, 23 novembre.
- Versini D. , L'alliance du soin et du social, premier impératif de la lutte contre l'exclusion, *Le courrier de l'éthique médicale*, n°1, 2003
- Warin P. , L'accès aux droits sociaux, *Coll. Politique en plus*, éd. PUG, 2006
- Warin P., Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables, *Recherches et Prévisions*, n°87, Mars 2007

Annexes

Grilles d'entretiens

Délibération n°2006-232 du 6 novembre 2006 de la HALDE

Brochures d'information sur la CMUc

Documents étudiés

- circulaire 33 du 30 Juin 2008
- lettre de saisie de la HALDE par le CoMeGAS

Grilles d'entretiens

- **Usagers :**

Données générales

Sexe :	En France depuis :
Age :	Situation professionnelle :
Situation familiale :	Niveau d'étude :
Enfant à charge :	Ressources :
Nationalité :	Couverture sociale :

a) Accès à la CMUc

- Depuis combien de temps l'avez-vous?
- Pouvez-vous me raconter quel parcours vous avez réalisé pour l'obtenir?
- Avez-vous rencontré des difficultés ou des obstacles pour l'obtenir ou pour la renouveler? Si oui, lesquels?
- Avez-vous des propositions pour faciliter l'accès à la CMUc ou à son renouvellement? Qu'est-ce qui vous aurait aidé?

b) Connaissance des droits donnés par la CMUc et perception des devoirs

- Selon vous, à quoi la CMUc vous donne-t-elle droit? Est-ce que les médecins ont le droit de vous refuser? De vous demander d'avancer les frais? Est-ce que vous avez accès à tous les soins et à tous les médicaments?
- Pour vous, en échange des droits donnés par la CMUc, estimez-vous que vous avez des devoirs ou un engagement particulier à respecter?

c) Accès aux soins

- Lorsque vous avez un problème de santé, comment choisissez-vous qui aller voir?
- Quand avez-vous été pour la dernière fois :
chez le médecin généraliste?
Chez le dentiste?
Et, (si femme) Chez un(e) gynécologue?
- Depuis que vous avez la CMUc, avez vous rencontré des difficultés pour accéder aux soins? Si oui, pour quel type de soins?
- Avez-vous déjà été confronté à un refus de soins?
- Si oui, qu'avez-vous fait?
- Avez-vous des propositions pour améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc? Qu'est-ce qui personnellement vous aurait aidé?

- **Travailleurs sociaux**

Données générales :

Age	Fonction
Sexe	Durée d'exercice
Lieu de travail	

Accès à la CMUc :

- Vous assurez-vous systématiquement que les personnes que vous rencontrez bénéficient d'une couverture maladie et d'une complémentaire, même si ce n'est pas l'objet premier de leur visite?
- Informez-vous systématiquement les personnes que vous rencontrez (et qui répondent aux critères pour avoir droit à la CMUc) sur leur droit à la CMUc et sur les démarches pour l'obtenir?
- Les aidez-vous personnellement à remplir le dossier et /ou à rassembler les justificatifs? Estimez-vous que c'est votre rôle? Si non, estimez-vous qu'un dispositif d'accompagnement doit exister ou bien que les personnes peuvent et doivent se débrouiller toutes seules?
- Avez-vous l'impression qu'elles éprouvent des difficultés à savoir que la CMUc existe et à connaître les démarches nécessaires pour l'obtenir? Si oui, de quel type?
- Avez-vous des propositions pour faciliter le parcours de l'utilisateur? (ne pas citer : information, accompagnement, réorganisation des services, guichet unique)
- Avez-vous des suggestions pour faciliter votre travail dans l'accompagnement de l'ouverture des droits?
- Avez-vous la possibilité de faire remonter vos observations et les remarques des usagers à vos directions? Si oui, sont-elles prises en compte?

Informations données lors de la constitution d'un dossier

- Quelles précisions leur donnez-vous concernant les modalités de renouvellement?
- Quelles précisions leur donnez-vous concernant les droits auxquels la CMUc leur donne accès? (ne pas citer : médecins tenus de respecter les tarifs, et la dispense d'avance de frais. CMUc ne signifie pas 100% etc.)
- Quelles précisions leur donnez-vous concernant les refus de soins? (ne pas citer : possibilités de signaler à la CPAM, de saisir le conseil de l'ordre etc.)
- Leur parlez-vous de « devoirs » ou de responsabilité qu'ils auraient en contrepartie?
- Estimez-vous que le fait de bénéficier de la CMUc donne aux bénéficiaires, moins, autant ou plus de devoirs que les autres usagers? Pourquoi?

Accès aux soins

- Abordez-vous systématiquement la thématique de l'accès aux soins dans votre travail quotidien? (est-ce quelque chose d'optionnel ou bien de systématique et d'intégré au quotidien) Si oui, de quelle manière?
- Comment orientez-vous ou que répondez-vous à un usager qui exprime un besoin de recourir à des soins? (À des soins médicaux? À des soins dentaires?)

Connaissance et point de vue sur la circulaire 33 du 30 Juin 2008

- **Médecins**

Données générales

Sexe	durée d'exercice
Age	mode d'exercice
lieu d'exercice	

Données spécifiques

- Avez-vous une idée du pourcentage de personnes bénéficiant de la CMUc dans votre patientèle?
- Vous enquêrez-vous systématiquement de la situation de votre patient en terme de couverture maladie (assurance maladie + complémentaire)? Pourquoi?
- Lorsque vous avez un patient qui n'a soit pas d'assurance maladie du tout soit une assurance maladie mais pas de complémentaire, que faites-vous? Quelles informations lui donnez-vous? L'orientez-vous quelque part? Où? Estimez-vous que cela fait partie de la mission du MG d'informer et/ou d'orienter les patients qui n'ont pas de couverture sociale complète? Pourquoi?
- Avez-vous des propositions pour faciliter l'accès à la CMUc (ouverture des droits) des bénéficiaires potentiels?
- Selon vous, à quoi donne droit la CMUc?
 - panier de soins :
- Quelles sont les obligations pour un médecin qui reçoit un patient CMUc?
- dispense d'avance de frais
- respecter les tarifs opposables
- pas des dépassements d'honoraires
- Estimez-vous que le fait de bénéficier de la CMUc donne aux bénéficiaires, moins, autant ou plus de devoirs que les autres usagers? Pourquoi?
- Estimez-vous que les patients bénéficiaires de la CMUc devraient être pris en charge dans des structures spécifiques ou uniquement publiques ou estimez-vous qu'ils doivent être pris en charge dans les mêmes structures que tous les autres usagers? Pourquoi?
- Avez-vous parfois des difficultés à orienter des bénéficiaires de la CMUc vers des spécialistes ou des dentistes? Si oui, pourquoi?
- Estimez-vous que l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc est satisfaisant?
- Si non, Avez-vous des propositions pour faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUc?

Connaissance et point de vue sur la circulaire 33 du 30 Juin 2008

- **Institutionnels et associatifs**

Données générales

Sexe

Age

Profession

Accès à la CMUc

- Selon une étude du Legos, 15% des personnes qui pourraient bénéficier de la CMUc n'y ont pas recours, la 1ère cause de ce non recours étant un manque d'information sur l'existence de la CMUc, des critères permettant d'y avoir accès et des démarches nécessaires pour l'obtenir. Que vous évoque ce non recours? Vous semble-t-il inéluctable, acceptable, ou bien pensez-vous qu'il faille mettre en œuvre des dispositifs pour y remédier?
- Trouvez vous que l'information collective sur les droits sociaux soit suffisante? Sinon, quelle politique d'information collective sur les droits sociaux prôneriez-vous?
- Trouvez-vous justifié que l'ouverture d'une CMUc passe par la constitution d'un dossier rassemblant de nombreux justificatifs, que le délais d'obtention soit en moyenne de 2 mois, et que le renouvellement soit annuel? Pourquoi?
- Comment expliquez-vous que les justificatifs demandés pour constituer un dossier CMUc puissent ne pas être les mêmes dans tous les départements ?
- Le RMI donne automatiquement droit à la CMUc, mais sous réserve de constitution d'un dossier. Pensez-vous qu'il faille simplifier la procédure? Pensez-vous que l'ouverture de la CMUc devrait être automatique dans certains cas? Si oui, lesquels?
 - Que pensez-vous du cloisonnement entre les différentes administrations s'occupant des droits sociaux?
 - Pensez-vous qu'un décloisonnement des systèmes d'information entre les différentes administrations qui permettrait de repérer les bénéficiaires potentiels et de les informer serait pertinent? (avantages, risques)
- Pensez-vous que c'est à l'usager de s'informer et de faire la demande d'une CMUc ou bien aux institutions de repérer les bénéficiaires potentiels et de les informer? Pourquoi?
- *Si pense que c'est à l'administration de repérer les bénéficiaires potentiels* : En imaginant que les institutions aient les moyens de repérer les bénéficiaires potentiels, pensez-vous qu'elles devraient ouvrir automatiquement les droits CMUc, ou bien pensez-vous que l'accord du bénéficiaire soit nécessaire? Pourquoi?
- Connaissez-vous les réseaux Parads d'accès aux droits sociaux? Cela vous semble-t-il un dispositif pertinent pour faciliter l'accès aux droits sociaux?
- Quels autres dispositifs d'information/ d'accompagnement proposeriez vous pour faciliter l'accès à la CMUc des bénéficiaires potentiels?

Perception sur les droits et devoirs des patients CMUc et sur les parcours d'accès aux soins

- Estimez-vous que le fait de bénéficier de la CMUc donne aux bénéficiaires, moins, autant ou plus de devoirs que les autres usagers du système de santé? Pourquoi?
- Estimez-vous que les patients bénéficiaires de la CMUc devraient être pris en charge dans des structures spécifiques ou uniquement publiques ou bien estimez-vous qu'ils devraient être pris en charge dans les mêmes structures que tous les autres usagers? Pourquoi?
- Pensez-vous qu'il faille sanctionner les médecins refusant des patients CMUc? Pourquoi?

Connaissance et point de vue sur la circulaire 33 du 30 Juin 2008

Autres remarques

Délibération n°2006-232 du 6 novembre 2006 de la HALDE

Délibération n°2006-232 du 6 novembre 2006

Le Collège :

Vu le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,

Vu le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946,

Vu la loi n°98-657 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998,

Vu la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle,

Vu la loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique,

Vu l'article 1110-3 du code de la santé publique,

Vu l'article R 4127-7 du code de la santé publique,

Vu la loi n°2004-1486 du 30 décembre 2004 portant création de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité,

Vu le décret n°2005-215 du 4 mars 2005 relatif à la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité,

Sur proposition du Président,

Décide :

La haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité a été saisie par courrier du 30 juin 2006 par le Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS), d'une réclamation relative aux refus de soins opposés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU). Cette étude réalisée sous forme de test de discrimination et menée dans 6 villes du Val-de-Marne, a mis en exergue le taux de refus d'accès aux soins des personnes bénéficiaires de la CMU : 4,8% de refus opposés par les médecins généralistes et 41% par les médecins spécialistes.

Le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* ».

Le Conseil constitutionnel a qualifié, dès 1975, ce droit de principe à valeur constitutionnelle. Le droit à la protection de la santé est doublement consacré par la jurisprudence du Conseil constitutionnel : sous l'angle de la protection de la santé publique et sous celui de la protection du droit à la santé de chaque individu.

L'article 12 du Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, engage les

Etats à reconnaître « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

Par ailleurs, aux termes de l'article 67 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions « *L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé publique* ».

Cet objectif a été concrétisé par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et constituée d'une couverture maladie de base et d'une assurance complémentaire maladie gratuite.

Selon les dispositions de l'article 1110-3 du code de la santé publique « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins* ».

Dès lors, tout refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur émis dans le cadre des textes précités, et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux.

Il convient de rappeler qu'aux termes de l'alinéa 1^{er} de l'article 7 du code de déontologie médicale, dont les dispositions sont reprises à l'article R 4127-7 du code de la santé publique, un principe général de non discrimination est énoncé « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et 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'il peut éprouver à leur égard* ». Par conséquent, le refus d'accès aux soins opposé par les professionnels de santé aux bénéficiaires de la CMU constitue une violation des principes déontologiques.

Conscient des difficultés que peuvent rencontrer les praticiens, le Collège constate la discrimination portée à sa connaissance.

Pour prévenir la réitération de tels faits discriminatoires, le Collège de la haute autorité recommande au Conseil National de l'Ordre des Médecins d'informer les professionnels de santé, notamment du secteur libéral, du caractère discriminatoire du refus d'accès à la prévention et aux soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU et des conséquences de telles pratiques, eu égard aux mesures disciplinaires qui pourront être prises à leur encontre ;

Le Collège de la haute autorité recommande au ministre de la santé et des solidarités, de prendre les mesures nécessaires et appropriées pour mettre un terme à ces pratiques discriminatoires et, dans un objectif de sensibilisation des bénéficiaires de la CMU, invite les organismes de sécurité sociale en charge du dispositif, à leur transmettre une information sur leurs droits aux soins, sur le caractère discriminatoire d'un éventuel refus, ainsi que sur les modalités de saisine du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la HALDE ;

Par ailleurs, le Collège de la haute autorité décide d'adresser une copie de la présente délibération aux instances nationales œuvrant et intervenant dans le champ de la prévention et de la santé publique : l'Académie Nationale de Médecine, le Conseil Supérieur de l'Hygiène Publique de France, le Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, le Haut Comité de la Santé Publique, la Haute Autorité de Santé, l'Ecole Nationale de la Santé Publique ;

Enfin, pour disposer d'un bilan élargi à l'ensemble du territoire national des conditions d'accès aux soins des personnes bénéficiaires de la CMU, le Collège de la haute autorité invite l'Inspection Générale des Affaires Sociales à mener une étude sur le sujet.

Il sera rendu compte à la haute autorité, du suivi de l'ensemble de ces recommandations dans un délai de trois mois à compter de la notification de la présente délibération.

Le Président

Louis SCHWEITZER

DOSSIER



La CMU complémentaire mode d'emploi

Vous souhaitez un complément d'information ? Rendez-vous sur www.ameli.fr

dentaires et auditives. En cas d'exigence particulière de votre part, vous pouvez avoir à payer certains frais une visite à domicile alors que vous pouvez vous déplacer au cabinet du médecin, ou encore des lunettes avec des verres anti-reflet ou incassables.

À certaines conditions
Pour bénéficier de la CMU complémentaire, des règles simples sont à respecter.

► **Déclarer votre médecin traitant** et le consulter en priorité. Choisir votre médecin traitant permet ainsi d'être mieux suivi et mieux remboursé.

► **Présenter votre carte Vitale** ou l'attestation de droit à la CMU complémentaire chez le médecin,

le pharmacien et chez tous les autres professionnels de santé.

► **Mettre à jour votre carte Vitale** une fois par an (au moment du renouvellement de la CMU complémentaire) et à chaque changement de situation.

► **Respecter les horaires** de rendez-vous avec les professionnels de santé. En cas d'empêchement, les prévenir au plus tôt.

► **Demander un devis** pour vos lunettes, prothèses dentaires et auditives. Adresser ce document à votre caisse et attendre la décision de prise en charge.

Si vous souhaitez plus d'infos sur la CMU complémentaire, rendez-vous sur www.ameli.fr

Avec la CMU complémentaire, vos dépenses de santé peuvent être prises en charge intégralement sans faire l'avance des frais. Peut-être êtes-vous concerné(e) ? Pour en bénéficier, voici les règles à connaître !

Un accès gratuit aux soins.
La couverture maladie universelle (CMU) complémentaire est destinée aux personnes résidant en France et disposant de faibles ressources. Par exemple : 7 272 euros par an en métropole pour une personne seule (voir le barème complet sur www.ameli.fr). Gratuite, il s'agit d'une véritable complémentaire santé. Si vous en bénéficiez, vous n'avez

rien à payer dans la plupart des cas consultations chez le médecin de secteur 1, soins (dentiste, infirmière libérale...), médicaments, analyses en laboratoire, ainsi que les frais liés à une hospitalisation. Les professionnels de santé sont remboursés directement par votre caisse. Sous certaines conditions et dans la limite d'un certain montant, vous ne payez pas les lunettes, les prothèses

► **Dans votre caisse**

Un conciliateur à votre écoute

Vous bénéficiez de la CMU complémentaire et vous rencontrez des difficultés pour accéder aux soins ? Un médecin refuse de vous recevoir sans motif ? Vous pouvez recourir au conciliateur de votre caisse. Après avoir discuté de l'objet de votre réclamation avec vous puis avec le professionnel de santé, il rédigera un rapport exposant les suites qu'il propose de donner.

Pour contacter le conciliateur, envoyez un courrier (postal ou électronique) ou téléphonez à votre caisse.

Aide pour une complémentaire santé (ACS), CMU de base, CMU complémentaire

Quelles différences ?

► **PEUT-ON BÉNÉFICIER DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE SI L'ON N'A PAS LA CMU DE BASE ?**

Oui. Ce sont deux dispositifs différents. La CMU de base est une couverture maladie obligatoire destinée à tous ceux qui n'ont pas ou plus d'activité professionnelle. Parmi eux, certains ont des revenus élevés, la CMU de base est alors payante.

En revanche, une personne qui a déjà une couverture maladie obligatoire par son activité, et dont les revenus sont modestes, peut bénéficier de la CMU complémentaire. Elle n'aura alors pas besoin de la CMU de base.

► **AVOIR LA CMU DE BASE DONNE-T-IL DROIT À LA CMU COMPLÉMENTAIRE DE FAÇON AUTOMATIQUE ?**

Non. Il faut faire une demande de CMU complémentaire afin d'évaluer le montant des ressources. Un formulaire spécifique est disponible sur le site www.ameli.fr et dans votre caisse d'Assurance Maladie.

► **PEUT-ON CUMULER CMU COMPLÉMENTAIRE ET ACS ?**

Non. L'objectif de ces deux dispositifs est le même : favoriser l'accès à une complémentaire. Si vos ressources ne dépassent pas un certain plafond, vous pouvez bénéficier soit de la CMU complémentaire, soit de l'ACS quand vos revenus sont un peu plus élevés. Ainsi, une personne qui n'a pas droit à la CMU complémentaire pourra éventuellement recevoir le chèque santé (ACS) pour faciliter le paiement de sa cotisation annuelle à une complémentaire.

Plus de 4 millions de personnes bénéficient de la CMU complémentaire, la moitié a moins de 25 ans.

Vous bénéficiez de la CMU- Complémentaire

La CMU-C est valable chez tous les professionnels de santé.

En cas de refus de soins, contactez :

- votre caisse d'Assurance Maladie
- le conseil départemental de l'Ordre des médecins : www.conseil-national.medecin.fr
- le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes : www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr
- la HALDE : Téléphone : 08 1000 5000, www.halde.fr
- Les associations peuvent également vous aider à trouver une solution.

Pour toute autre question, contactez votre caisse d'Assurance Maladie :

Vous pouvez aussi consulter le site de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr

DEP.23 / 0507

Vous avez de faibles ressources et à ce titre vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Elle vous garantit l'accès aux soins dont vous avez besoin.

VOS DÉMARCHES

> DÉCLARER VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Le respect du parcours de soins coordonnés*, mis en place par la Loi pour tous les assurés, vous permet d'être mieux suivi et remboursé. Vous choisissez donc un médecin qui deviendra votre médecin traitant. Chaque personne de votre famille de plus de 16 ans déclare également un médecin traitant, qui peut être le même ou un autre de son choix.

Pour cela, vous devez remplir le formulaire « déclaration de choix du médecin traitant » et vous l'adressez à votre caisse. Il doit être signé par votre médecin et vous.

Ce formulaire est disponible dans votre caisse ou sur www.ameli.fr, rubrique « formulaires » (formulaire n° S3704). Vous pouvez également le demander par téléphone.

Vous consultez votre médecin traitant, dès que vous avez besoin de vous faire soigner.

Si nécessaire, vous pouvez à tout moment changer de médecin traitant : pour cela vous devez remplir un nouveau formulaire de « déclaration de choix du médecin traitant » et le renvoyer à votre caisse. Il doit être signé par votre nouveau médecin traitant et vous.

> METTRE À JOUR VOTRE CARTE VITALE

Une carte Vitale toujours à jour : c'est le moyen d'accéder aux soins sans faire l'avance de frais*. Ainsi, le médecin, le pharmacien, ou tout autre professionnel de santé sait que vos soins sont pris en charge à 100%.

Vous pouvez mettre à jour votre carte Vitale dans les pharmacies, les hôpitaux et dans votre caisse. Lors du renouvellement de votre CMU-C (chaque année) ou lors d'un changement de situation, n'oubliez pas de mettre à jour votre carte Vitale.

Pour obtenir une attestation, adressez-vous à votre caisse.

Dans votre intérêt et afin d'éviter tout retard dans le traitement de vos dossiers, n'oubliez pas d'informer votre caisse de tout changement de situation vous concernant (adresse, nom, composition de la famille, compte bancaire...).

1

Si vous n'avez pas de carte Vitale, vous présentez votre attestation d'ouverture de droits à la CMU-C lorsque vous consultez un professionnel de santé.

UN PROBLÈME, UNE DIFFICULTÉ

Un professionnel de santé ne peut pas vous refuser de vous soigner au seul motif que vous bénéficiez de la CMU-C.

Si un professionnel de santé tarde à vous donner un rendez-vous dans un délai raisonnable, s'il refuse de vous recevoir parce que vous bénéficiez de la CMU-C, s'il vous demande de faire l'avance de frais, s'il refuse l'attestation papier CMU, s'il pratique un dépassement d'honoraires qui vous semble non justifié..., adressez-vous à votre caisse d'Assurance Maladie (par téléphone, par courrier, ou à l'accueil). Vous serez mis en relation avec une personne qui est à votre disposition pour vous aider à trouver une solution aux difficultés rencontrées.

Pour toute difficulté rencontrée, vous pouvez aussi vous adresser :

- au conseil départemental de l'Ordre des médecins :

www.conseil-national.medecin.fr.

- au conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes :

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr.

Vous pouvez aussi prendre contact avec la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité) en appelant le 08 1000 5000 ou sur www.halde.fr.

Les associations de consommateurs et les associations de patients peuvent également vous aider à résoudre ces difficultés.

LES BONS RÉFLEXES À AVOIR

Ayez toujours avec vous votre carte Vitale mise à jour.

Consultez le médecin traitant que vous avez choisi, dès que vous avez besoin de vous faire soigner.

Préférez la consultation au cabinet, plutôt que la visite à domicile*.

Si le professionnel de santé reçoit sans rendez-vous, respectez les horaires de consultation. Lorsque vous avez pris rendez-vous chez votre professionnel de santé (médecin, chirurgien-dentiste, infirmier...), respectez l'heure qui vous a été fixée.

Si vous ne pouvez pas vous rendre à votre rendez-vous, prévenez le plus tôt possible le professionnel de santé.

Respectez et suivez les traitements ou les soins prescrits.

2

L'ACCÈS AUX SOINS

La CMU-C facilite votre accès aux soins. Dans la plupart des cas, si vous n'avez pas d'exigence particulière*, vous n'avez rien à payer et vous n'avez rien à remplir ou à envoyer à votre caisse d'Assurance Maladie.

Pour bénéficier de cette prise en charge, vous présentez votre carte Vitale (ou votre attestation de droits à la CMU-C) au médecin, au pharmacien, au laboratoire, à l'hôpital, ou à tout autre professionnel de santé.

> CHEZ LE MÉDECIN TRAITANT

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés*, vous consultez en priorité votre médecin traitant. Il vous connaît bien, et en fonction de votre état de santé, il peut vous orienter vers un médecin spécialiste.

Vous ne payez pas votre médecin traitant. C'est votre caisse d'Assurance Maladie qui le paie directement.

Vous ne payez pas la participation forfaitaire d'un euro*.

En cas d'absence de votre médecin traitant (ou de son remplaçant), en cas d'urgence ou si vous êtes loin de chez vous, vous pouvez consulter un autre médecin que votre médecin traitant.

> CHEZ LE SPÉCIALISTE

Si votre médecin traitant le juge nécessaire, il peut vous conseiller d'aller consulter un médecin spécialiste : rhumatologue, cardiologue, dermatologue...

Dans ce cas vous ne payez pas le spécialiste. C'est votre caisse d'Assurance Maladie qui le paie directement.

Vous ne payez pas la participation forfaitaire d'un euro*.

Cas particuliers : vous pouvez consulter directement le gynécologue et l'ophtalmologue pour un suivi régulier*. Vous pouvez consulter directement le psychiatre si vous avez entre 16 et 25 ans.

> LES DÉPASSEMENTS

Votre médecin peut vous facturer des dépassements d'honoraires en cas d'exigences particulières de votre part*. Dans ce cas, il doit vous en informer et le dépassement est à votre charge et ne vous sera pas remboursé.

3

> CHEZ LE CHIRURGIEN-DENTISTE

Vous pouvez consulter directement un chirurgien-dentiste, sans passer par votre médecin traitant.

Vous ne payez pas les soins courants (caries, détartrages, examens de contrôle), ni les soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale (« appareil dentaire »), prévus dans le cadre de la CMU-C. C'est votre caisse d'Assurance Maladie qui paie directement le chirurgien-dentiste.

Avant de commencer les soins d'orthopédie dento-faciale, votre dentiste doit faire une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis que vous adressez au chirurgien-dentiste-conseil de votre caisse d'Assurance Maladie; celle-ci (ou l'organisme complémentaire qui gère votre CMU-C) vous indique sa décision de prise en charge.

Les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas vous facturer de dépassements d'honoraires, sauf en cas d'exigences particulières* de votre part ou pour des actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous payez les frais supplémentaires qui ne vous seront pas remboursés.

> CHEZ LE PHARMACIEN

Vous ne payez pas vos médicaments ni les autres produits médicaux (pansements, cannes...), s'ils sont prescrits par un médecin et remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre caisse d'Assurance Maladie qui paie directement le pharmacien.

Pour l'achat de produits médicaux, comme les cannes ou les pansements, le pharmacien doit vous proposer au moins un article entièrement remboursé par l'Assurance Maladie.

> CHEZ L'AUXILIAIRE MÉDICAL

Vous ne payez pas l'auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste...), si vos soins sont prescrits par un médecin et remboursables* par l'Assurance Maladie. C'est votre caisse d'Assurance Maladie qui le paie directement.

> CHEZ L'OPTICIEN

Vous pouvez bénéficier d'une paire de lunettes par an (deux verres et une monture), dans la limite des tarifs de la CMU-C. Dans ce cas, vous ne payez pas l'opticien. C'est votre caisse d'Assurance Maladie qui le paie directement.

Avant votre choix, votre opticien doit établir un devis que vous adressez à votre caisse d'Assurance Maladie. En réponse, la

4

Circulaire 33 du 30 Juin 2008



CIRCULAIRE : 33/2008

Date : 30/06/2008

Objet : Prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé

Affaire suivie par Raphaëlle VERNIOLLE (DDGOS / DREGL)- ☎ 01.72.60.25.89
Annie LALOUM (DIR / MC)- ☎ 01.72.60.19.81
Samuel LAURIER (DDO / DDSP / DPDSP)- ☎ 01.72.60.19.17

S'appuyant sur l'enquête réalisée au mois de juin 2006 par le Fonds de financement de la CMU, Monsieur Jean-François Chadelat a montré que des bénéficiaires de la CMU complémentaire éprouvent encore beaucoup de difficultés pour obtenir des soins ou des produits médicaux. Rappelons à cet égard que si le taux de refus de prise en charge a été évalué en moyenne à 4,8 % chez les généralistes, il était estimé à 41 % chez les spécialistes et à 39 % chez les dentistes.

Pour mémoire, le taux de bénéficiaires de la CMU C parmi les assurés du régime général était de 9,30 % à la même époque.

Au regard de ces résultats préoccupants, l'Assurance Maladie a décidé de se mobiliser pour mieux garantir l'accès aux soins et aux droits de cette population. Comme vous le savez, la lutte contre les inégalités en matière de santé a été définie comme un chantier prioritaire dans la convention d'objectifs et de gestion 2006/2009.

Un groupe de travail a été constitué au niveau national et un plan d'actions a été défini.

L'une des principales mesures, déjà adoptée, consiste à mieux détecter les situations à risque pour permettre d'engager les actions nécessaires au plan local.

Depuis la publication de la circulaire CNAMTS 61/2005 du 13/06/2005, un suivi des plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire et des actions menées par les CPAM et CGSS a été organisé par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

La remontée d'informations des caisses a été très inégale, peut-être à cause du manque d'efficacité des procédures proposées. Les dispositions décrites dans la circulaire précitée sont donc abrogées.

Les nouvelles procédures décrites ci-dessous ont pour objectif de mieux prendre en charge les plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire mais aussi de suivre les réclamations portées par les professionnels de santé pour tenter d'éradiquer les facteurs potentiellement générateurs de refus de soins et favoriser la compréhension réciproque des droits et devoirs de chacune des parties.

Nous vous demandons de bien vouloir appliquer immédiatement ces nouvelles dispositions et de faire en sorte que ces actions demeurent ou deviennent un véritable enjeu pour tous les acteurs concernés de votre organisme.

I- DEFINITION DU CHAMP D'APPLICATION

1. Plaintes et signalements des bénéficiaires de la CMU complémentaire

1.1 Définition des refus de soins

Il faut entendre par refus de soins, **le refus de soins stricto sensu**, c'est-à-dire le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU complémentaire.

D'autres situations de conflit pourront être portées à la connaissance des caisses d'assurance maladie. Chacune nécessitera un examen au cas par cas et le déclenchement d'investigations complémentaires. Ce n'est qu'à travers un faisceau d'indices concordants que les caisses d'assurance maladie pourront estimer que le professionnel de santé ou l'établissement de santé ont pratiqué un refus de soins caractérisé.

Les situations susvisées peuvent être les suivantes :

- la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ;
- l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée;
- le refus d'élaborer un devis,
- le non respect des tarifs opposables (sauf en cas d'exigence particulière du patient ou, pour les actes dentaires, la facturation d'actes « hors panier de soins » ou hors nomenclature, sous réserve d'obtenir l'accord du patient et de lui remettre un devis) ;
- l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé ;
- le refus de dispense d'avance des frais ...

Attention : sur ce dernier point, il convient de préciser que l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 conditionne la prise en charge du ticket modérateur et le bénéfice de la dispense d'avance des frais au respect du parcours de soins. Un décret doit cependant fixer les modalités d'application de cet article. **Dans cette attente, ces nouvelles dispositions ne sont donc pas applicables et le bénéficiaire de la CMU complémentaire est donc toujours dispensé de faire l'avance des frais.** Dès la parution de ce décret d'application, seuls les refus de dispense d'avance des frais, à l'égard de bénéficiaires de la CMU complémentaire ayant respecté le parcours de soins, pourront être considérés comme des refus de soins. Dès lors, les caisses devront être encore plus vigilantes vis-à-vis des difficultés que peuvent éprouver certains bénéficiaires de la CMU complémentaire pour rechercher un médecin traitant.

1.2 Caractéristique de la plainte ou du signalement

- Toutes les réclamations, qu'elles soient écrites ou orales doivent être prises en compte selon les modalités décrites dans la partie II - 1. Néanmoins, il convient de rappeler que pour permettre le dépôt d'une plainte, les faits reprochés devront, dans le courant de la procédure, être consignés par écrit par le plaignant.
- L'auteur de la plainte ou du signalement est le plus souvent le bénéficiaire de la CMU complémentaire. Les associations, notamment celles engagées dans l'accès aux soins, pourront néanmoins alerter la caisse d'assurance maladie sur les situations de refus des soins portées à leur connaissance. Dans ce cas, une confirmation écrite sera ensuite sollicitée auprès du bénéficiaire concerné.
- Toutes les catégories de professionnels de santé peuvent être potentiellement visées, que ceux-ci exercent en médecine de ville ou en établissements de santé, ainsi que les établissements de santé et centres de santé.

1.3 Rappel sur les obligations des professionnels de santé et les sanctions applicables

- Le professionnel de santé qui refuse de délivrer des soins à un bénéficiaire de la CMU complémentaire contrevient à ses obligations déontologiques, et plus spécifiquement à l'obligation de non-discrimination.

En effet, aux termes du code de la déontologie médicale (alinéa 1^{er} de l'article 7), du code de la déontologie dentaire (article 8), et du code de la santé publique (article R. 4127-7) le professionnel de santé doit « *écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et 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'il peut éprouver à leur égard...* ».

Le code de la santé publique précise également qu'« *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins* » (article L. 1110-3). Les termes de cet article ont été rappelés par la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité) dans ses délibérations du 6 novembre 2006 (n° 2006-232 à 234).

Le code pénal rappelle que 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 grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, 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...* » (article 225-1).

Si de telles infractions sont constatées, le directeur de la caisse d'assurance maladie mais aussi le bénéficiaire de la CMU C concerné peuvent déposer plainte auprès du Conseil Départemental de l'Ordre compétent en vue de la saisine de la chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre.

NB : seules les personnes ou autorités expressément énumérées à l'article R. 4126-1 du code de la santé publique (modifié par le décret n° 2007-552 du 13 avril 2007) peuvent saisir directement la chambre disciplinaire (conseil national ou conseil départemental de l'ordre, ministre chargé de la santé, préfet du département, préfet de région ou directeur de l'ARH, procureur de la république du TGI, syndicat ou association de praticiens).

- Les refus de soins opposés par un médecin ou un dentiste sont également assimilables à des refus de vente sanctionnés sur la base du code de la consommation (articles L. 122-1 et R. 121-13). Les sanctions applicables sont des contraventions de cinquième classe, prescrites dans un délai d'un an.

2. Réclamations portées par les professionnels de santé

Pour mettre fin aux situations de refus de soins, il convient de prendre également en compte les réclamations portées par les professionnels de santé ou établissements de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

En effet, selon certains professionnels de santé, le bénéfice de la dispense d'avance des frais constitue un facteur déresponsabilisant pour l'assuré.

Exemples de griefs admissibles :

- retard injustifié aux rendez-vous,
- rendez-vous manqués et non annulés,
- traitements non suivis ou interrompus,
- exigences exorbitantes ...

Exemples de griefs exclus :

- Train de vie jugé incompatible avec les conditions de ressources applicables pour bénéficier de la CMU complémentaire,
- Plus généralement, tous les faits portant atteinte au principe du secret médical...

Rappel :

- Article 226-13 du code pénal : "La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende".

- Article 4 du code de déontologie médicale : "Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris".

- L'obligation au secret s'impose à toute personne amenée à connaître de l'état de santé du malade : le médecin, mais aussi les autres membres des professions de santé.

Pour éradiquer les facteurs potentiellement générateurs de refus de soins, il est demandé aux caisses de porter une attention particulière et de traiter en priorité les réclamations portées par les professionnels de santé relatives au remboursement des soins pratiqués avec dispense d'avance des frais.

II-TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

1. Rôle et missions du conciliateur

L'expérience des Caisses montre les difficultés pour évaluer le bien fondé de la plainte et recueillir la version des faits selon les deux parties.

C'est pourquoi, il a été décidé de confier le traitement de ces réclamations en première intention aux conciliateurs locaux, en conformité avec les objectifs définis dans la Convention d'objectifs et de gestion, qu'il s'agisse de plaintes des assurés ou des professionnels de santé. Cela signifie que les courriers, et autres formes écrites, ainsi que les signalements recueillis par la ligne d'accueil sont orientés vers le conciliateur, dès lors qu'ils concernent un problème de refus de soins pour des bénéficiaires de la CMU C ou des conséquences de leur accueil par les professionnels de santé.

Lorsque les faits sont communiqués par téléphone, les caisses doivent veiller à compléter systématiquement l'outil Medialog dans les conditions habituelles ou un support équivalent.

La mission du conciliateur comporte plusieurs étapes :

- *l'aide dans l'accès aux soins* des bénéficiaires de la CMU C, si nécessaire, en liaison avec le service social de l'Assurance Maladie ;
- *la recherche des éléments disponibles sur le suivi des professionnels de santé* (instructions à paraître) ;
- *le recueil de la version des faits selon chacune des deux parties*, dans le respect des principes de la médiation institutionnelle – neutralité, impartialité et indépendance, en annonçant aux deux parties les suites susceptibles d'être données. Le conciliateur doit donc prendre contact, de préférence sans tarder, par téléphone ou par entretien avec la partie qui fait l'objet de la réclamation, le plus souvent le professionnel de santé ;
- *la rédaction d'un rapport de conciliation*, à partir d'un rapport type (cf. en annexe 1 : une feuille pour les réclamations portées par les assurés et une feuille pour les réclamations portées par les professionnels de santé) prenant acte de la situation telle que reconnue par les deux parties. Ce rapport comporte la description des suites que le conciliateur envisage d'y donner. Seules les deux premières pages sont diffusées aux deux parties ;
- *les actions appropriées à chaque cas de figure – décrites supra – et leur suivi* lorsqu'elles ne sont pas du ressort du conciliateur ;
- *le suivi quantitatif et qualitatif* (cf. partie III – Modalités de suivi).

2. Traitement des plaintes et signalements des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Plusieurs cas peuvent se présenter :

- L'assuré reconnaît la situation telle que décrite par le professionnel de santé : la réclamation s'avère injustifiée (la version du professionnel de santé étant sensiblement différente quant à l'existence du refus de soins).

Le conciliateur en prend acte et fait part au professionnel de santé de l'abandon de la plainte, voire obtient des excuses du réclamant.

Le rapport, diffusé aux deux parties clôt l'affaire.

- Le professionnel de santé reconnaît la situation telle que décrite par l'assuré : le rapport de conciliation acte la nature de l'infraction commise par le professionnel de santé eu égard à la réglementation applicable (refus de rendez-vous, refus de dispense d'avance des frais, non respect des limites de prix et d'honoraires) ainsi que les explications fournies par le professionnel de santé. Il fait connaître au Directeur de la caisse ses propositions de suite à réserver à l'affaire.
- Les deux parties persistent dans une version différente : le rapport du conciliateur acte la divergence et fait connaître son avis et celui du service médical, s'il a été demandé, à son directeur.
- Le professionnel de santé ne reconnaît pas la situation et propose néanmoins de recevoir le bénéficiaire. Cette proposition est transmise à ce dernier qui décide ou non d'y donner suite.

Une mémoire de ces situations doit être conservée en cas de nouvelle plainte. Le support statistique en annexe 2 permet cette synthèse.

Dans ces trois derniers cas, le conciliateur doit envisager :

- la saisine de l'échelon local du service médical dès lors que le praticien lui indique que les éléments d'explications sont d'ordre médical. Dans ce cas, en parallèle de sa réponse au conciliateur, le professionnel de santé adresse le plus rapidement possible les informations ou argumentaire d'ordre médical à l'échelon local du service médical.
L'avis du service médical doit être transmis au conciliateur dans un délai maximum de 15 jours. Si les éléments d'ordre médical sont reconnus par le service médical, la plainte est classée sans suite. Dans le cas contraire, le conciliateur en avise les parties et le directeur de la caisse pour suites à donner.
- la saisine du service en charge des relations avec les professionnels de santé au niveau local si les justifications apportées sont d'ordre organisationnel, matériel, etc.
L'avis de ce service doit être transmis au conciliateur dans un délai maximum de 8 jours.
Le conciliateur notifie ensuite cet avis au professionnel ainsi que les actions pouvant en résulter.
- un rappel aux deux parties sur leurs obligations respectives lorsqu'il estime que l'examen de la réalité des faits ne permet pas de conclure à l'existence d'un refus de soins caractérisé.

Les suites possibles à l'encontre du professionnel de santé, mentionnées dans le rapport final au Directeur de la caisse (page 3), sont les suivantes :

- simple rappel des sanctions possibles (cf. paragraphe 1.3) ;
- annonce de la saisine du Conseil de l'Ordre, par le Directeur de la Caisse, si ce dernier estime être en présence d'un refus de soins caractérisé.

Par ailleurs, le conciliateur peut rappeler au bénéficiaire de la CMU complémentaire son droit de saisir, comme tout autre assuré social, la direction départementale de la concurrence et des prix, le conseil départemental de l'ordre professionnel ou la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité).

Attention : les procédures décrites doivent intervenir en dehors de toute sanction conventionnelle.

3. Traitement des réclamations portées par les professionnels de santé

- Lors de la plainte d'un professionnel de santé liée à des difficultés relationnelles avec un usager, le conciliateur adopte une démarche analogue et en cas de comportement inapproprié du patient :
 - il effectue par écrit les rappels à l'ordre
 - il s'assure que le patient est en situation de retrouver un autre intervenant pour les soins,

- il demande l'intervention du service social pour un suivi plus global.
- Lors de la plainte d'un professionnel de santé liée à la gestion de son dossier, le conciliateur saisit le service compétent au niveau local. Il assure un suivi de la réponse, afin que la réclamation soit traitée le plus rapidement possible et ce, pour éviter que le professionnel de santé ne soit dissuadé d'accueillir des populations en difficultés.

III- MODALITES DE SUIVI

Il est rappelé que les remontées statistiques prévues dans la circulaire CNAMTS 61/2005 du 13/06/2005 sont abandonnées au profit des modalités de suivi décrites ci-après.

1. Les données quantitatives

L'ensemble de ces nouvelles saisines du conciliateur est suivi exclusivement via le module « Réclamations - Conciliation » intégré dans la version 7.10 de Médialog.

Le module nécessite néanmoins des adaptations tant au niveau des motifs et sous motifs, que des causes et des suites données. Ces évolutions nécessaires ont été demandées. Vous serez tenu informés via Médi@m (Actualités Service et domaine CMU) dès que celles-ci seront intégrées et disponibles.

L'enregistrement et la mise en instance de ces réclamations nécessitent de votre part l'ouverture d'une boîte aux lettres « Conciliation » dans l'architecture fonctionnelle de Médialog et surtout dans le module Réclamations - Conciliation. Cela implique également que l'ensemble des conciliateurs ait accès à Médialog.

Le suivi quantitatif sera directement piloté par la CNAMTS au moyen de requêtes Quid qui seront aussi disponibles localement. Aucun tableau de suivi ne vous sera demandé.

2. Les données qualitatives

L'annexe 2 sur laquelle seront reportées les informations des rapports individuels est établie sur fichier Excel et doit donc permettre aux conciliateurs de réaliser un suivi statistique quantitatif et qualitatif.

Un bilan anonymisé de ces enregistrements doit être transmis régulièrement à la CNAMTS (boîte conciliation) pour déterminer la pertinence et l'efficacité des procédures mises en œuvre.

Les premières remontées sont attendues le 30 septembre 2008, le 31 décembre 2008 et ensuite semestriellement, soit le 30 juin et le 31 décembre de chaque année.

De même, une évaluation qualitative critique du dispositif devra être intégrée dans le rapport annuel d'activité que chaque conciliateur local est amené à présenter devant la commission chargée des relations avec les usagers ou le conseil de la caisse, et transmis à la CNAMTS – pour mémoire sur la messagerie « conciliation@cnamts.fr ».

NB : La circulaire 61/2005 du 13 juin 2005 est abrogée.

La lettre de saisie de la HALDE par le CoMeGAS

CoMeGAS

Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins

Le 1er août 2008

Monsieur Louis SCHWEITZER
Président de la HALDE
11 rue Saint Georges
75009 PARIS

Monsieur le Président,

Par un courrier du 27 juin 2006, j'avais eu l'honneur de saisir la HALDE au nom du Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins (CoMeGAS) sur le caractère discriminatoire des refus de soins aux malades bénéficiaires de la CMU, mis en évidence par le rapport du fonds CMU publié le 21 juin 2006. Par la suite, le CISS et le Docteur Georges Yoram Federmann avaient effectué auprès de vous cette même démarche.

Par votre délibération 2006-232 du 6 novembre 2006, la HALDE avait confirmé et précisé le caractère discriminatoire de ces pratiques. Pour prévenir la réitération de tels faits, vous aviez recommandé aux organismes de sécurité sociale, entre autres, de prendre les mesures nécessaires d'information des usagers et des professionnels de santé, de prévention et de sanction de ces pratiques. Je ne reviendrai pas sur les suites médiatiques et politiques qu'avaient entraîné cette saisie et la délibération de la HALDE. Rapports, prises de positions variées et polémiques, commissions et déclarations d'intention, etc., avaient suivi.

Pendant cette affaire, certains professionnels de santé, parfois responsables syndicaux ou ordinaires, avaient souligné ce qu'ils présentaient être des comportements anormaux, indisciplinés et abusifs des bénéficiaires de la CMU pour expliquer, voire justifier, les comportements illégaux, anti-déontologiques et discriminatoires de certains de leurs confrères ; comportements qui participent à l'aggravation des inégalités sociales de santé dans notre pays. Ces médecins mettaient en avant que les bénéficiaires de la CMU ne respecteraient pas les rendez-vous fixés, auraient des exigences particulières, des comportements inadaptés, etc. Certains, généralisant à partir de situations exceptionnelles et rarissimes, allaient jusqu'à mettre en doute la réalité de la situation matérielle des patients bénéficiaires de la CMU. Ces attitudes, selon eux, désorganiseraient le bon fonctionnement de leurs structures de soins, ou ne garantiraient pas les conditions de respect qu'ils estiment nécessaires à une bonne relation de soins.

Malheureusement jamais aucune preuve ni étude n'ont été apportées permettant d'asseoir ces allégations. Rien en particulier ne permet d'affirmer que ces comportements seraient plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMU que dans le reste de la population. De plus, pour les populations les plus désocialisées, donc faisant partie des bénéficiaires de la CMU, des contraintes de rendez-

vous trop strictes ou des formalités d'accès aux soins trop complexes peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins . En l'absence de tout élément de preuve démontrant la plus grande fréquence de comportements dits abusifs chez les bénéficiaires de la CMU, ces allégations restent infondées, et ne semblent reposer que sur des a priori et des généralisations abusives. Leur caractère discriminatoire semble avéré.

Professionnels de santé présents sur le terrain au coté des patients les plus vulnérables, les médecins du CoMeGAS savent bien que ces propos ne sont souvent tenus que pour tenter de justifier de façon hypocrite des refus de soins liés au niveau socio-économique et culturel des patients. Les membres du CoMeGAS savent même que certains professionnels, heureusement peu répandus, conscients des obstacles à l'accès aux soins que constituent pour les plus défavorisés les contraintes administratives, mettent en place des procédures complexes et discriminatoires susceptibles de décourager ces populations :

- plages horaires spécifiques de prises de rendez-vous téléphonique,
- plages de consultations « réservées » aux patients ayant la CMU,
- obligation de prise de rendez-vous par un tiers ou avec la lettre d'introduction d'un autre médecin,
- obligation de présenter la carte vitale pour bénéficier du tiers payant,
- etc.

Or l'Assurance-Maladie, dans sa « Lettre aux médecins » n° 29 de juin 2008 , ainsi que dans la circulaire 33/2008 signée de son Directeur Général, ayant pour objet « prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé », officialise et prend à son compte ces allégations de certains médecins, en leur donnant la possibilité de porter réclamations et plaintes auprès du conciliateur de l'Assurance Maladie contre leurs patients bénéficiaires de la CMU complémentaire. Les comportements « abusifs » susceptibles de recours sont même énumérés :

- retards injustifiés aux rendez-vous
- rendez-vous manqués et non annulés
- traitements non suivis ou interrompus
- exigences exorbitantes...

Le CoMeGAS attire votre attention et celle de la HALDE sur le fait que ces procédures de plaintes et de réclamations ne concernent pas les autres assurés sociaux, non assujettis à la CMU, et qui se rendraient "coupables" de ces comportements. Ils pourraient donc les mener impunément. Le CoMeGAS estime discriminatoire cette possibilité donnée aux médecins de porter plainte spécifiquement contre les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire, pour les griefs mentionnés dans ces documents ou tout autre motif.

Le CoMeGAS attire votre attention et celle de la HALDE sur l'atteinte aux libertés individuelles que constitue le troisième grief présenté comme abusif et intitulé : « traitements non suivis ou interrompus ». Les bénéficiaires de la CMU n'auraient ainsi plus le droit, contrairement aux autres citoyens, de décider de ne pas suivre un traitement ou de l'interrompre pour des raisons qui leur sont propres, sans prendre le risque d'être signalés à l'Assurance Maladie. Cette mesure s'oppose à l'esprit et à la lettre de la loi 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, et en particulier à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, créé par cette loi, qui concerne le respect de la liberté de choix des patients par les médecins.

Le CoMeGAS attire votre attention et celle de la HALDE sur le caractère arbitraire du quatrième grief intitulé « exigences exorbitantes... ». Sur quels critères en effet le professionnel de santé déciderait-il du caractère exorbitant de telle exigence ? L'exorbitance d'une exigence ne risque-t-

elle pas d'être parfois inversement proportionnelle à la capacité du patient à la payer, favorisant ainsi des pratiques de soins à plusieurs vitesses et réduisant les soins aux bénéficiaires de la CMU à un « service minimum » garanti par la loi, au-delà duquel toute demande deviendrait potentiellement « exorbitante » ?

Le CoMeGAS craint que l'instauration de ces pratiques de signalement crée, pour des citoyens souvent en difficulté vis-à-vis des administrations, de nouvelles stigmatisations auprès des services de l'Assurance Maladie. Ces stigmatisations (patients étiquetés « à problèmes », « difficiles », « non-observants », etc.) augmenteront les sentiments de malaise, de honte et d'incompréhension de ces assurés dans leurs relations avec l'Assurance Maladie. Ces sentiments sont souvent générateurs de relations tendues, voire violentes, et ne font qu'aggraver les situations d'exclusion.

Le CoMeGAS estime que l'instauration de ces mesures de signalement revient à mettre sous conditions de « bon comportement » l'accès aux soins pour les personnes bénéficiaires de la CMU, rappelant ce que les dames d'œuvre du 19^{ème} siècle exigeaient de “leurs” pauvres pour exercer leur charité. Des conditions qui ne sont pas exigées des autres assurés sociaux et mettent en évidence le caractère discriminatoire de ces mesures.

Le CoMeGAS attire enfin votre attention et celle de la HALDE sur le caractère absurde de cette mesure, qui consiste à mettre en place des mesures discriminatoires, voire illégales, pour mettre fin aux discriminations que constituent les refus de soins.

Au total, le CoMeGAS estime que ces mesures représentent une violation de l'article L.1110-3 du Code de la santé publique, créé par la loi du 4 mars 2002, qui stipule qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. » En conséquence, le CoMeGAS demande à la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité que soit reconnu le caractère discriminatoire et inégalitaire de cette circulaire 33-2008 et de cette « Lettre aux médecins » de l'Assurance Maladie, pour l'accès aux soins d'une partie de la population parmi la plus exposée aux troubles de santé. Nous demandons que la HALDE intervienne auprès de l'Assurance Maladie pour que ces dispositions soient annulées.

Le CoMeGAS souligne enfin le caractère consternant d'une situation qui amène l'Assurance Maladie solidaire à autoriser des soignants à porter plainte contre ses assurés, pour tenter de régler ce qui ne sont que des difficultés relationnelles, liées entre autres à des a priori envers les plus fragiles de notre société. Cela confirme le constat du CoMeGAS de la formation insuffisante des professionnels de santé, et des médecins en particulier, à la connaissance des réalités de vie des populations les plus fragiles et les plus malades de notre société et à leur prise en charge, alors que, du fait de leur mission soignante, ils devraient en être les “experts”. Le CoMeGAS juge prioritaire que la formation à la prise en charge des populations précarisés soit inscrite dans les programmes universitaires des futurs médecins, et dans les thèmes de formation médicale conventionnelle des médecins financés par l'Assurance Maladie

Regrettant de devoir, à nouveau, saisir la HALDE sur cette question fondamentale de l'accès aux soins des plus démunis, et ne doutant pas de l'attention favorable que vous voudrez bien accorder à notre requête, nous vous prions d'accepter, Monsieur le Président, l'expression de notre haute considération.

Pour le CoMeGAS,
Docteur Philippe FOUCRAS