



Faculté
de Médecine
Aix-Marseille Université

**Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé :
Faire partie du problème ou contribuer à la solution ?**

*Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les
inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires.*

Etude quantitative et qualitative.

T H È S E E N B I N Ô M E

**Présentée et publiquement soutenue devant
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

Le 5 Juin 2013

**Par Madame Ségolène ERNST
Née le 9 novembre 1983 à Paris 15^{ème} (75)**

et

**Par Madame Irène MERIAUX
Née le 15 janvier 1985 à Grenoble (38)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland	Président
Monsieur le Professeur DELMONT Jean	Assesseur
Monsieur le Professeur GILLE Alain-Philippe	Assesseur
Monsieur le Docteur CORUBLE Gérard	Directeur
Madame le Docteur GRASSINEAU Dominique	Directeur

Remerciements commun :

Merci au **Professeur Roland SAMBUC**, de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Vous qui nous avez manifesté votre confiance, c'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements pour l'intérêt porté à ce travail.

Merci au **Professeur Alain-Philippe GILLES**,
Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.
Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

Merci au **Professeur Jean DELMONT**,
Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.
Pour votre bienveillance, soyez assuré de notre sincère gratitude.

Merci à nos deux directeurs de thèse,
Madame le Docteur Dominique GRASSINEAU,
et **Monsieur le Docteur Gérard CORUBLE**,
pour avoir accepté de codiriger notre thèse. Merci de nous avoir accordé tout ce temps, merci pour votre attention bienveillante dans toutes les étapes de la réalisation de notre étude, et pour vos conseils précieux. Merci pour votre disponibilité dans l'accomplissement de ce travail à quatre mains.

Aux membres du laboratoire du Pr SAMBUC, **Mme Nathalie PEDINIELLI**, sociologue, et **Mr Alexandre DAGUZAN**, psycho-sociologue pour leur précieuse aide tout au long de ce travail, notamment dans le travail préparatoire de nos deux enquêtes et pour la réalisation des statistiques.

Aux volontaires,
Pour avoir accepté avec générosité de participer à ces entretiens. Nous vous sommes reconnaissantes du temps que vous nous avez consacré et des efforts que vous avez fournis pour vous livrer dans les entretiens. Merci.

Merci à,
Romarc ERNST d'avoir sauvé nos données des tableaux Excel,
Cécile MERIAUX d'avoir sauvé notre mise en page et les tableaux,
Marie-Odile ERSNT pour les schémas,

Merci à tous les correcteurs orthographiques d'avoir sauvé notre thèse d'une « impasse dyslexique »,

Oriane GAUTIER JUBE, **Mathieu KERBRAT**, **Marion KLIFA**, **Pierre MERIAUX**, **Nadette MERIAUX**, **Mamélie PATRAS**, **Paul TOULOUSE**, **Céline REIN**.

REMERCIEMENTS Ségolène :

Merci à ma famille,

Merci à mes parents, merci **maman** pour ta présence sans faille toujours et tous le temps, particulièrement dans les moments d'étude plus difficiles.

Merci **papa** pour la fierté qu'on lit dans tes yeux et qui me donne l'impression que tout est réalisable.

Merci à toi **Rom**, frerot jumeaux du bout du monde, trop loin mais tellement présent et à **Kim**

A toi **Céline**, soeurette alterego médecin, merci pour nos papottes téléphoniques ou on refait le monde! Merci à mon beau beauf **Paul**, frère de cœur, surtout pour ces derniers jours.

A toi ma **Dom**, petite sœur qui me fait sentir jeune, pour le korvintetto les pauses clopes et tout le reste! viva italia !

Merci ma **Camouche**, petite sœur et prunelle de mes yeux, de me rappeler chaque jour comment revenir à l'essentiel.

A **Nath**, qui nous a vu grandir et qui fait plus que partie de la famille

Merci à mon **parrain** et ma **marraine**, pour leur attention bienveillante depuis 30 ans!

Merci à ma famille d'adoption de Lambesc !

Merci à mes amis

A **Béné**, coloc devant l'éternité et grande sœur en médecine, merci d'avoir « tracé la route » et d'être toujours là.

A **Oriane**, coloc ad vitam aeternam et petite sœur de médecine, t'es mon repère marseillais!

Merci aux vieux d'la vieille, « *Emportés par le monde et les années qu'on défilés on a changé mais l'amitié elle est restée !* » Parce qu'avec vous je me sent libre et en sécurité, parce que des amis de si longue date c'est précieux et parce que je sais qu'on se perdra pas :

A **Célouche**, la plus vieille de toutes mes vieilles amies, merci pour ton attention permanente,

A **Perrine**, à nos heures et nos heures de travail ensemble, heureusement que t'étais là ! Merci **Antoine** de m'avoir offert autant de café ... c'était trop, fallait pas !

A **Clairette**, saintjacquienne émérite et frangine de cœur,

Merci ma **Clem** marraine de cœur (et d'âme !) , Merci **Bijou** (petite pensée pour nos révisions chez mère grand!).

Merci à **Manu** et **Lucile**, **Armel** et **Ju**, **Tibo**, aux **Flos**, à **Mat**, **Clem D**, **Benj**, **Coralie**, **Romain**, **Antoine** et **Seb**,
Merci aux JEM pour le bisap !

Clin d'œil à tous les ptiots, **Sarah-lise**, **Batiste**, **Hannae**, **Siméon**, **Abel**

A **Mel**, **Dom**, **Marie**, **Chloé**, **Juju**, **Carine**. **Aline** et **mathou** :

Amies de médecine grenobloises, à tous nos apéro Martini et soirées chanson, entre un j'veux du soleil et ma philosophie avec vous ces années médecines je les refais maintenant (... euh, enfaite, p'tetre pas)! merci aussi d'avoir supporté mes crises d'hypochondrie... A **Tania**, témoin et copine des toutes premières années de médecine

A toute la team avignonnaise puis marseillaise qui m'a rendu la vie plus douce à mon arrivée à Marseille et qui

« n' pas perdu sa bonne humeur meur meur ... » : A **Elo** et **Charlotte**, mexicaines chérie !, **Hélène** et **Ju**, **Ludo**, **Baptiste**, **Elise**, **Alexandrine** et **Lio**, **Julien** et **Fabienne**, **Sarah** et **Luis**, **Julie**, **Soso**, **Gonzi** y tomas , **Cécile** et **Benoit**, **Béline**, **David** et **Perrine**, **Claire** et **Steph**.

Aux potes de St Fé, **Etienne**, **Lucile** , et ma filleule **Hannae**, .. je vous ai tellement parlé de Grenoble que vous avez choisi d'y aller ! ... vous me manquez !

A **Béné** et **Claire**, à nos lundi soir qui me font souffler !

A tous mes colloques de la rue Pascal Cros : **Ori** et **Sihem** (merci d'avoir supporté ma mauvaise humeur ces derniers jours :-)), à **Chaddy**, **Jeff** et **Isa**, et à celles de Pamplona **Maitexu**, **Leire**, **Martha**, **Ainara** qui m'ont fait aimer l'Espagne presque trop!

Merci à Médecins du monde, **Cendrine**, **Malika**, **Céline**, **Domi**, **Belkacem**, **Jeanmi**, merci pour votre accueil, pour m'avoir tant appris en 2 ans et parce qu'à vos cotés j'ai découvert comment être engagée dans son travail.

Aux Dr **Didier Bueno** et **Philippe Rodier** à qui j'aimerais bien ressembler plus tard !

A toute l'équipe d'**IMAJE Santé** qui me fait découvrir le travail en équipe et m'amène jour après jour la

« compétence psycho-sociale » que je n'ai pas !

A mes futurs collègues de la case marseillaise, **Antoine**, **Carole**, **Oriane**, **Christophe**, **Irène** qui me font croire que tout est possible et qu'on pourra faire une médecine qui nous convient, yes we can !!

A **Irène**, ma « co-syndic' » et « co-thésarde » de choc sans qui ce travail ne vaudrait pas grand chose, tu m'a poussé vers le haut, ma forcé à dépasser mes limites avec une patience d'ange. C'était pas facile mais ça en valait vraiment la peine. Merci !

REMERCIEMENTS Irène : Je remercie mon entourage qui m'a soutenue pendant ces dix années d'études !

A mes **parents**, pour votre soutien moral et matériel indéfectible. Vous m'avez transmis toutes ces choses que l'on n'apprend pas sur les bancs de la fac mais qui servent tant dans le métier. A ma mère, pour ton côté relationnel et ta réflexion sur l'accueil des gens, à mon père pour tes connaissances juridiques et ton raisonnement rigoureux.

A **Tristan**, pour m'avoir guidée dans la voie des dispo, me faire rire même dans les moments les plus tendus et m'avoir supportée depuis déjà une bonne moitié des études !

A ma **sœurette et mon frère** pour votre joie de vivre et nos rigolades !

A **François**, pour me faire partager ta vision de la médecine alternative et animalière !

A **Cécile** pour ton soutien sans failles et pour ton regard toujours aiguisé.

A mes **grands-mères** (et mes grands-pères !), pour votre tendresse, vos mets du mercredi midi. Vous m'avez transmis votre militantisme et tenter de m'apprendre à conjuguer correctement le verbe avoir !

A ma tribu, mes 17 **cousins, oncles et tantes**, avec qui c'est toujours un régal !! Aux viennois, aux nantais-parisien, aux grenobloises, et aux toulousains !

Merci à mon **parrain Michel** et ma **marraine Mireille**, pour m'accueillir toujours chaleureusement, même au dernier moment !

Merci à mes meufs'in de la natation ! **Pat', Flo, Mo' et Alex**, vous êtes des filles formidables et nos années aux bords des bassins ont été merveilleuses ! Et à tous les autres **Loutchio, Dam's, Nico, Marion dB...** A mes 2 coachs **Pat' et Seb** qui m'ont permis de venir nager que pour l'apéro pendant ces années de concours ! Même docteur, je serais toujours votre Po' !

Merci à tous ces potes de médecine qui m'ont aidé à faire passer la pilule « étude de médecine ».

Aux winners du groupe n°1 d'anglais : Laure, Charlotte et Karim.

A **Charlotte** pour les ½ journées de ski aux 7 Laux et au 1^{er} voyage en « humanitaire » (!) en Afrique.

A **Laure**, ma complice de l'externat, pour ces moments de révisions d'internat dans mon salon et la richesse de nos discussions.

A tous mes colocs de l'externat : **Mario** le vénézuélien, **Ryan** le canadien, **Sofia** la finnoise, **Wout** le belge, **Julia** l'allemande et **Lasse** le danois. Vous m'avez changé d'air !

A **Sophie**, pour ces précieuses réflexions que tu m'as apportées (et m'avoir montrée le chemin de l'esprit critique en médecine (Vive le Cri d'Éthique !)).

A **Léa**, pour toutes les similitudes que l'on partage !

A **Nora et Oriane**, et à la banderole de grève qui nous a réunies à Avignon! Pour votre amitié fidèle, de Longo Maï en Turquie. Et à vos **Mathieu** !

A mes adorables colocs Corse, **Gaëlle et Eliane**. Qu'en est-ce qu'on y retourne ?! Et à ceux qu'on a rencontré là-bas, **Lily et Guigui**, qui croquent la vie au bout d'une corde.

A **Alex** pour tes débriefings médicaux à se pisser dessus ! Et à ton anarchiste de **Lio**, « 6 contra-phobique » !

A **Sarah P.** pour tes bons plan SASPAS et les restos meuf du mardi !

A **Liz et Grace** qui ont tenté de m'apprendre l'anglais en buvant des pintes.

Aux **Gazelles de Pichauris**, pour votre énergie et avoir partagé ces moments de thèse coupée de moments de footing dans le maquis Allauchien! A **Cholé, Tommy, et Pollux** pour ces soirées conviviales au coin du feu ! Au **cycliste de « dispo »** pour avoir bien voulu partager un soir, un super bon cassoulet !

A **Caro** pour ton attention bienveillante que je sois en queue de peloton de vélo ou de ski de rando.

A **Isa**, pour tous ces beaux moments passés ensemble à « Allemagne en Provence » ! Tu es une précieuse amie.

A tous ceux qui sont passés par le **Massilia Santé Système** et qui l'ont enrichi. On n'en sort pas indemne !

A **Antoine** pour ces ploufs Malmousquien et Illitchien et à **Yvon et Marie**, pour notre rencontre dans le bus 97.

A mes **futurs collègues**, avec qui ce projet - si elle abouti - sera une belle expérience de vie !

A **Assaf et Pauline** pour nous avoir initié à Marseille. Avec de si bons guides comment ne pas rester ! Et à tous les potagistes !

A tous les « **modèles positifs** » de soignant que j'ai croisé et qui m'ont permis de redonner du sens quand il le fallait. Notamment les auteurs de **Pratiques, Prescrire, SMG, et Formindep** et les équipes de la **Case de Santé** et du **Cabanon** qui pratiquent une médecine joyeuse et solidaire.

A **Sego**, pour notre duo syndical et de thésarde. Ce fut difficile, mais on a réussi ! Merci pour la patience et le courage de m'avoir suivi dans mes névroses de travaille ! Et tes capacités de médiatrices quand je deviens moins calme à 23h à faire des corrections par téléphone devant l'ordi... Cette aventure nous a permis de mieux nous connaître, on va maintenant pourvoir s'appeler pour autre chose que du boulot ! « Allô Seegooo » ?!

*« Les expériences sociales passées s'inscrivent dans la physiologie et la pathologie du corps.
Le social est littéralement incorporé ».*
David Blane (1)

SOMMAIRE

Introduction 10

PARTIE 1 - LE CONTEXTE SOCIÉTAL : Inégalités sociales de santé, accès aux soins et rôle du médecin généraliste face à ces problématiques 11

I. Précarité et Inégalités Sociales de Santé (ISS).....	11
A. Quelques définitions	11
B. Etat des lieux de la pauvreté en France	12
C. La pauvreté à Marseille et dans les Bouches-Du-Rhône.....	14
D. Les Inégalités Sociales de Santé	15
D. 1) Définition des Inégalités Sociales de Santé (ISS)	15
a. La notion de gradient social	15
b. Les indicateurs de ce gradient social de santé.....	15
D. 2) L'origine des Inégalités Sociales de Santé	17
a. Le rapport Black	17
b. La charte d'Ottawa.....	17
c. Le modèle CDSS.....	18
d. Exemple de nuisances environnementales.....	19
D. 3) Réduire les Inégalités sociales de santé : un objectif de santé publique.....	20
a. Modèles de pondération des déterminants de santé.....	20
b. Une meilleure intégration du modèle bio-psycho-social.....	20
c. Relativisation de la place du système de soins.....	21
d. Les politiques mises en œuvre en France et en Europe, le paradoxe français.....	22
II. Etat des lieux de l'accès aux soins en France	23
A. Les dispositifs existants	23
A. 1) Historique des dispositifs	23
a. Historique de la protection sociale des plus démunis avant la CMUC.....	23
b. La séparation du sanitaire et du social	23
c. La naissance de la Couverture Maladie Universelle (CMUC).....	24
A. 2) Dispositifs actuels	24
a. La Couverture Maladie Universelle (CMU) de base.....	24
b. La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC).....	24
c. L'Aide Médicale d'Etat (AME)	25
d. L'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)	26
e. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	26
f. Les Fonds Pour les Soins Urgents et Vitaux.....	27
g. Les dispositifs de soins non-payants.....	27
B. Les barrières d'accès aux soins dans le système de santé	27
B. 1) Les barrières d'accès aux soins : les facteurs économiques et institutionnels.....	27
a. Ceux qui n'ont aucun droit.....	27
b. Non recours et difficultés d'obtention de la CMUC ou de l'AME	28
c. L'effet seuil.....	28
d. Absence de mutuelle.....	29
e. Tiers-payant sous conditions.....	29
f. Dépassements d'honoraires	30
g. Forfaits et franchises	30
h. La sous densité médicale.....	31
B. 2) Les barrières d'accès aux soins : les facteurs humains.....	32
a. Refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC ou de AME.....	32
b. Attitudes de discrimination selon l'origine des personnes concernées par les professionnels de santé	34
c. Attitudes et comportements des bénéficiaires vis à vis du soin.....	35
B. 3) Inégalités d'accès primaire et secondaire aux soins, théorie de P. Lombrail.....	35
a. Inégalités d'accès primaire aux soins	35
b. Inégalités d'accès secondaire aux soins	36
C. Conséquence de ces barrières d'accès : le renoncement aux soins	36
C. 1) Le renoncement aux soins pour raisons financières	36
C. 2) Autres facettes du renoncement aux soins.....	37

III. <i>Le rôle du médecin généraliste dans ce contexte</i>	38
A. Principes déontologiques régissant la profession.....	38
B. Le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.....	39
B. 1) Les difficultés au quotidien.....	39
B. 2) Rôle et compétence psychosociale du médecin.....	41
B. 3) Les solutions proposées.....	42
a. En consultation.....	42
b. A un niveau plus collectif.....	45
IV. <i>Représentations des internes à propos des patients en situation de précarité</i>	47
A. Travaux menés aux Etats-Unis sur les représentations des étudiants en médecine vis-à-vis des patients en situation de précarité.....	47
B. Travaux menés en France sur les représentations des internes de médecine générale vis-à-vis des patients en situation de précarité.....	49
V. <i>Etat des lieux de la formation des étudiants en médecine français sur le sujet des inégalités sociales de santé et de l'accès aux soins des personnes socialement vulnérables</i>	50
A. Premier et second cycle des études médicales.....	50
B. Troisième cycle des études médicales.....	51
PARTIE 2 - L'ENQUETE	53
I. <i>Matériel et méthode</i>	53
A. Objectifs des deux enquêtes.....	53
B. Hypothèses.....	54
C. Etude quantitative.....	54
C. 1) Réalisation du questionnaire.....	54
C. 2) Distribution du questionnaire, et description de l'échantillon.....	61
D. Etude qualitative.....	62
D. 1) Objectifs.....	62
D. 2) Matériel.....	62
D. 3) Méthode d'analyse des données.....	65
E. Le déroulement du travail de thèse.....	66
F. Détail de la population interrogée.....	67
F. 1) Questionnaires.....	67
F. 2) Entretiens.....	72
II. <i>Résultats</i>	75
A. Résumé des résultats du questionnaire.....	75
B. Tableau résumé et comparatif des deux volets de l'enquête (qualitatif et quantitatif).....	79
III. <i>Analyse thématique</i>	83
A. Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants.....	83
A. 1) Une vision très parcellaire des inégalités sociales de santé.....	83
a. Connaissance du seuil de pauvreté.....	83
b. Conscience d'une différence d'espérance de vie socialement stratifiée.....	84
c. Connaissance d'une prévalence socialement déterminée des pathologies.....	85
d. Le score ISS.....	89
e. Recherche de facteurs influençant les connaissances sur les ISS.....	90
f. Finalement, les internes de médecine générale à Marseille en 2012, sont-ils conscients des inégalités sociales de santé ?.....	91
g. Un difficile rapprochement entre une mortalité socialement stratifiée et une augmentation de la morbidité.....	93
A. 2) Une connaissance incomplète des déterminants de santé.....	97
a. Niveau 1 : Les « déterminants intermédiaires » fréquemment relevés par certains internes.....	97
b. Niveau 2 : Les déterminants structurels et la position socio-économique sont très peu évoqués par les internes.....	100
c. Niveau 3 : Le contexte socio-économique et politique : jamais évoqué par les internes.....	102
d. La place du système de soins dans les déterminants de santé.....	102
B. Le système de santé : Les dispositifs, et structures d'accès aux soins : connaissances et avis des internes.....	104
B. 1) La CMUC : connaissance et avis des internes.....	104
a. Le panier de soins de la CMUC.....	104

b.	Le refus de soins	105
c.	Le seuil CMUC	109
d.	Modalités d'ouverture des droits à la CMUC	110
e.	Modalités de renouvellement de la CMUC	110
f.	Le score CMUC	111
g.	Recherche de facteurs qui influencent les connaissances sur la CMUC	112
B. 2)	Le tiers-payant	115
a.	La CMUC, identifiée comme une modalité de paiement	115
b.	Opinion des internes sur le tiers payant	116
c.	Facteurs influençant l'avis sur le tiers payant	118
B. 3)	L'accès aux soins	121
a.	Le renoncement aux soins	121
b.	L'accès aux soins des patients bénéficiaires de la CMUC	121
c.	L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)	123
B. 4)	Les dispositifs spécialisés d'accès aux soins	123
a.	La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	123
b.	Conduite à tenir face à un patient n'ayant pas de droits ouverts	125
C.	Représentations des internes sur les publics précaires	127
C. 1)	Les visages de la précarité	127
a.	«Précarité » égale « grande pauvreté » ?	127
b.	Les formes du travail précaire mal connues	129
c.	Le « pauvre méritant »	130
d.	L'immigration	132
e.	Des capacités cognitives perçues comme limitées	133
f.	« Le pauvre n'a pas d'éducation »	134
g.	L'isolement social identifié comme facteur de précarité	135
h.	Pour les internes, il n'existe pas de « profil type » de personnes en situation de précarité	135
i.	Représentation du profil démographique des patients en situation de précarité	135
C. 2)	Perception du comportement des patients en situation de précarité à travers leur consommation de soins	138
a.	Une consommation de soins socialement différenciée	138
b.	Surconsommation, abus, fraudes : beaucoup d'idées fausses à déconstruire	141
c.	Des tentatives d'explication de cette consommation perçue comme injustifiée	146
d.	Perception du comportement des patients précaires dans leur relation avec les soignants	150
C. 3)	La CMUC, une légitimité discutée	152
a.	Les personnes bénéficiant de la CMUC sont elles considérées comme pauvres ?	153
b.	Les patients bénéficiaires de la CMUC sont-ils perçus comme assistés ou assurés ?	155
c.	Des représentations négatives responsables d'une remise en cause de la prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la CMUC	158
C. 4)	Les facteurs influençant les représentations	161
a.	Etude quantitative	161
b.	Etude qualitative	166
C. 5)	Les représentations négatives ne sont pas partagées par tous	171
C. 6)	Hypothèses sur la fonction de ces représentations sociales	172
D.	Le médecin généraliste face à la précarité : son rôle et ses difficultés dans la pratique	174
D. 1)	Le rôle du médecin généraliste face à la précarité	174
a.	La place du médecin généraliste dans la prise en charge sociale du patient	174
b.	Les compétences psycho sociale du médecin généraliste	175
c.	En pratique : s'informer sur la couverture maladie du patient et adapter sa prescription	176
D. 2)	Difficultés perçues dans la prise en charge du patient en situation de précarité	178
a.	Le repérage des patients en situation de précarité en cabinet n'est pas facile	178
a.	Autres difficultés identifiées en consultation	183
D. 3)	Positionnement subjectif de l'interne face à la précarité	186
a.	Distance au patient versus intimité avec la précarité	186
b.	Appréhensions	187
c.	Perception d'une distance sociale	188
d.	Le choix de pratiquer une « médecine sociale »	191
E.	Formation	193
E. 1)	Avis des internes sur leur formation sur le thème médico-social	193
E. 2)	Souhait des internes quant à leur formation	197

a.	Modalité de formation	197
b.	Contenu d'un futur cours sur l'accès aux soins et les inégalités sociales de santé	198
c.	Quand placer le cours dans le cursus ?	200
PARTIE 3 -	DISCUSSION	202
I.	<i>Atouts et limites de l'étude</i>	202
A.	Atouts de l'étude	202
A. 1)	L'intérêt d'effectuer une thèse en binôme	202
A. 2)	L'intérêt d'une double approche quantitative et qualitative	202
A. 3)	Atouts de l'étude quantitative	202
A. 4)	Atouts de l'étude qualitative	203
A. 5)	Avantages de notre posture d'interne	203
B.	Limites de l'étude	203
B. 1)	Difficultés d'une thèse en binôme	203
B. 2)	Difficultés d'une double approche quantitative et qualitative	204
B. 3)	Limites de notre posture d'interne : une distance à l'objet d'étude nulle	204
B. 4)	Les limites du sujet de l'étude	205
a.	Un sujet très vaste et non « biomédical »	205
b.	Un sujet sensible	205
c.	L'amalgame entre patients précaires et patients bénéficiaires de la CMUC	205
d.	Plusieurs sens pour le terme « situation sociale »	206
e.	La difficulté d'aborder le sujet des Inégalités Sociales de Santé	206
B. 5)	Les limites de l'étude quantitative	207
B. 6)	Les limites de l'étude qualitative	208
II.	<i>Ouverture et perspective : adapter la formation des internes</i>	209
A.	Pourquoi une formation ?	209
A. 1)	Une formation pourrait améliorer les représentations des internes vis-à-vis de la précarité et de sa prise en charge.	209
A. 2)	Tout médecin sera un jour confronté à la précarité	211
A. 3)	Une formation car la prise en charge adaptée aux conditions sociales des patients rentre dans les missions du médecin généraliste	211
A. 4)	Une formation pour améliorer les pratiques professionnelles	212
A. 5)	Une formation pour mieux appréhender les enjeux de la relation médecin/patient	213
A. 6)	Une formation à adapter et refonder face aux nouveaux paradigmes de la santé	213
A. 7)	La responsabilité sociale de l'université à travers la formation	214
A. 8)	Une formation pour une prise de conscience des inégalités sociales de santé afin de participer à leur diminution	215
A. 9)	Les internes sont intéressés et s'estiment mal formés sur ce sujet.	216
B.	Proposition de formation	216
B. 1)	Objectifs d'une formation	216
B. 2)	Les modalités de formation	217
a.	Quelques pistes pour une formation théorique	217
b.	Quelques pistes pour une formation pratique	218
c.	Un nouveau mode de formation : l'exemple de l'échange des savoirs avec des personnes ayant l'expérience de la précarité	219
Conclusion	221	
Bibliographie	224	
Annexes	232	
Annexe n°1 : Glossaire	232	
Annexe n°2 : Le questionnaire	233	
Annexe n°3 : Le questionnaire corrigé	238	
Annexe n°4 : Le canevas d'entretiens	243	
Annexe n°5 : Score EPICES	245	
Tables des illustrations	246	
Résumé	248	

Introduction

Au cours de nos trois années d'internat et plus récemment lors de nos premiers remplacements en médecine générale, nous avons été confrontées à des difficultés lors de consultations auprès de patients en situation de précarité, nous laissant souvent impuissantes. Par ailleurs, dans le cadre de stages aux urgences ou en cabinet, ou plus spécifiquement lors d'expériences en milieu associatif ou auprès de patients en prison, nous avons été marquées par notre propre incompétence sur le sujet, tant sur le volet social et administratif que sur l'adaptation de la prise en charge médicale à leurs situations de vie. Nous avons également été interpellées par les préjugés partagés par de nombreux soignants concernant les patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) faisant écho à la polémique plus globale du refus de soins.

Ces patients nous ont incitées à nous questionner sur les prises en charge que nous pouvions leur proposer, et plus globalement sur notre rôle en tant que médecin généraliste, dans le contexte sanitaire et social français actuel. Ainsi, comment répondre à ces patients sans nous contenter d'une prescription médicamenteuse non adaptée à leur couverture sociale et à leur contexte de vie ? Pourquoi n'avons-nous pas, après dix ans d'études, plus d'outils pour y répondre de manière plus adaptée ? D'où viennent ces préjugés et représentations négatives entendus dans un couloir des urgences ou entre deux consultations ? Comment prendre en charge des patients de manière équitable tout en respectant la spécificité de chacun, sans stigmatiser ? Comment nous, jeunes médecin généralistes, nous situons-nous face à ces problématiques de santé publique ? *In fine*, faisons-nous partie du problème ou contribuons-nous à la solution ? (2)

Nous avons alors identifié les inégalités sociales de santé comme le fil conducteur de nos recherches, nous permettant en tant que médecins de mieux comprendre les relations entre le social et le biologique, responsables de l'état de santé de nos patients. Nos réflexions nous ont spontanément amenées à questionner notre formation médicale initiale sur le sujet et ont défini notre population d'étude : les internes de médecine générale marseillais, comme un miroir de ce que nous avons été.

Cette étude, menée auprès d'une population spécifique d'étudiants en début de vie professionnelle, tente de dresser un état des lieux de leurs connaissances et représentations sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires de la CMUC. Nous avons également essayé d'identifier les difficultés des internes lors de la prise en charge des patients socialement vulnérables. Nous avons ainsi tenté d'analyser dans quelle mesure celles-ci influencent la conception de leur rôle de médecin, afin d'identifier d'éventuels besoins de formation. Gradient social de santé, déterminants de santé, pathologies socialement différenciées, inégalités d'accès aux soins, voire renoncement aux soins, dispositif CMUC... autant de thématiques sur lesquelles les internes ont été interrogés avec l'hypothèse qu'un lien puisse exister entre la connaissance de ces éléments et leurs représentations des publics concernés.

Dans la première partie de ce travail, nous présenterons un état des connaissances sur les inégalités sociales de santé permettant de situer le sujet dans son contexte économique et social. La seconde partie sera consacrée à la présentation de notre étude qui comporte deux volets, l'un quantitatif par questionnaire réalisé en mars 2012 auprès des internes en médecine générale de Marseille, et l'autre qualitatif par entretiens individuels réalisés en mai et juin 2012 auprès de dix internes. Du fait de leur complémentarité, les résultats des deux volets de l'enquête seront présentés ensemble et confrontés à la littérature. Dans la dernière partie, nous proposerons quelques pistes de réflexion sur les solutions à apporter en terme de formation pour permettre aux futurs médecins de mieux prendre en charge ces publics plus touchés par une mortalité prématurée et plus exposés à des difficultés d'accès aux soins.

PARTIE 1 - LE CONTEXTE SOCIÉTAL : Inégalités sociales de santé, accès aux soins et rôle du médecin généraliste face à ces problématiques

I. Précarité et Inégalités Sociales de Santé (ISS)

A. Quelques définitions

Pour aborder le sujet des inégalités sociales de santé, il est important de se pencher sur quelques définitions.

Précarité

- Larousse 2012 : Etat, caractère de ce qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause.

- Le Père Wresinski¹ propose une définition de la précarité dans son rapport « Grande pauvreté et Précarité économique et sociale » (3) : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Cette définition sera reprise par les Nations Unies dans les rapports du Conseil des Droits de l'Homme.

- J. Furtos² a également défini la précarité en identifiant 4 stades de gravité croissante. Il propose une définition socio-psychologique de la précarité en mettant en avant la notion de « souffrance psychique empêchant ou non de vivre » comme un facteur d'identification de la gravité de la situation de précarité.

Pauvreté

- Larousse 2012 : Etat de quelqu'un qui a peu de ressources financières, peu de biens.

- Selon le Père Wresinski: « *L'insécurité qui en résulte (de la précarité) peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* »(3).

Ainsi, d'après les définitions du Larousse, la « pauvreté » correspond plutôt à une notion financière alors que la précarité touche plusieurs domaines. Le père Wresinski présente quant à lui la « grande pauvreté » comme une « conséquence » de la précarité.

Le concept de « désavantage social »

Ce concept a fait l'objet, depuis plusieurs décennies, de nombreux travaux dans les pays anglo-saxons. Selon Townsend (1987), l'un des précurseurs du domaine, « *le concept de désavantage renvoie à un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe* ». Il revêt ainsi une dimension matérielle (privation de biens etc.) et une dimension sociale

¹ Le Père Joseph Wresinski est le fondateur du mouvement ATD quart Monde.

² Psychiatre et directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMMP).

(isolement etc.). L'indice de désavantage social (IDS) permet de rendre compte des inégalités sociales de santé au niveau d'un territoire géographique. Cet indice se mesure à l'aide de différentes variables telles que le revenu médian, le taux de chômage, le niveau de formation, la situation familiale (familles monoparentales, etc.), le logement (part des résidences principales en location). Le nombre de variables incluses dans la mesure de l'IDS varie selon les études (de 4 à 18 variables).

B. Etat des lieux de la pauvreté en France

La pauvreté est difficile à évaluer puisqu'elle dépend des variables utilisées pour la mesurer. Par exemple, les chiffres de la pauvreté ne sont pas les mêmes si nous utilisons le seuil de pauvreté pour la mesurer ou si nous utilisons un autre critère tel que la notion de privation matérielle que nous détaillerons plus bas. « *Toute mesure est le reflet des conventions qui sont adoptées* » résume D. Gelot, secrétaire général de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) (5). L'organisme faisant référence au niveau statistique est l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qui établit le seuil de pauvreté à 60% du revenu médian³. Le seuil de pauvreté était évalué en 2010 à 964 euros (après impôts et prestations sociales). Une autre mesure moins souvent utilisée établit ce seuil à 50% du revenu médian. En France, une personne considérée comme « pauvre » est une personne vivant sous le seuil de pauvreté, ce qui correspond à 8,6 millions de personnes soit 14,1% de la population.

Il est important de percevoir également l'évolution de la pauvreté et quelles personnes elle concerne. Après une baisse de la pauvreté entre 1970 et 1990, les indicateurs repartent à la hausse, et cela probablement à cause de la crise économique. Depuis 2002, le taux de pauvreté est passé de 12,9% à 14,1% (en 2012). Malgré cette augmentation, la France reste l'un des pays comptant le moins de pauvres en Europe mais cette hausse très nette marque un tournant dans l'histoire sociale de notre pays depuis les années 1960 et il est fort probable que la crise 2011-2012 ait encore aggravé ces chiffres. Il faut noter également que la pauvreté s'intensifie. "*Les pauvres le sont davantage qu'hier, les plus démunis s'éloignent du seuil des 60 %*", constate D. Gelot. Les jeunes peu qualifiés représentent la part la plus importante de cette population alors que selon l'observatoire des inégalités, « *la pauvreté s'est déplacée des familles nombreuses vers les familles monoparentales et des campagnes vers les villes. Enfin, les inactifs et les chômeurs formeraient à eux seuls la moitié de la population démunie* ».

La mesure de la pauvreté peut se faire selon plusieurs approches :

La pauvreté monétaire

C'est l'indicateur basé sur le revenu des personnes et qui était utilisé habituellement pour évaluer le taux de pauvreté en France et en Europe. La mesure de la pauvreté « monétaire » est jugée trop restrictive pour certains. C'est pourquoi l'Union européenne s'appuie désormais sur deux autres mesures pour compléter l'approche de la pauvreté monétaire.

Les privations matérielles sévères

L'identification d'une situation de « privations matérielles sévères » est le second critère d'évaluation de la pauvreté. Il est mesuré à l'aide d'un questionnaire soumis aux ménages concernant leurs conditions de vie (difficultés à payer le loyer, alimentation ...). En 2010, 5,8% des français sont considérés comme étant en situation de privations matérielles sévères, ils n'étaient que 4,7 % en 2007.

³ La moitié de la population gagne plus de ce revenu, l'autre gagne moins.

L'absence ou la faiblesse de l'emploi

C'est le troisième critère utilisé pour évaluer la pauvreté. Lorsqu'une personne ou un ménage travaille moins de 20% d'un temps plein en moyenne, elle est considérée en « risque de pauvreté » car en pauvreté d'emploi. Cette mesure permet de pallier au défaut de documentation concernant les revenus des chômeurs. *"Les statistiques sur les ressources monétaires des chômeurs n'existent pas, sont parcellaires ou pas publiées. Cependant les retours du terrain sont sans équivoque : les chômeurs sont majoritairement pauvres"*, dénonce R. Crémieux, coordinateur du dernier rapport du Mouvement National des Chômeurs et Précaires (MNCP)(5). D'autre part, selon le MNCP, le chiffre de 3 millions de chômeurs régulièrement annoncé⁴ est minoré car « *ne sont recensés que les demandeurs d'emploi, d'une certaine catégorie, inscrits à Pôle emploi* ». Les sans-emploi indemnisés, que ce soit par l'Unedic, via l'allocation spécifique de solidarité (ASS) ou le RSA ne sont pas inclus dans cette comptabilisation. S'ils l'étaient, selon le MNCP, le nombre de chômeurs s'élèverait à 4,6 millions de personnes en septembre 2012.

Si l'on retient une conception extensive de la pauvreté en faisant la somme de ces trois formes de « privation » (pauvreté monétaire *ou* privation matérielle sévère *ou* absence ou faiblesse de l'emploi), on mesure le taux de pauvreté au sens large du terme, qui s'élève à 19,3 % de la population française en 2010 (+ 0,5 % par rapport à 2005). Ces mesures n'ont pas été publiées depuis 2010 mais tous les observateurs s'accordent à penser que la crise va probablement faire augmenter ce taux de pauvreté.

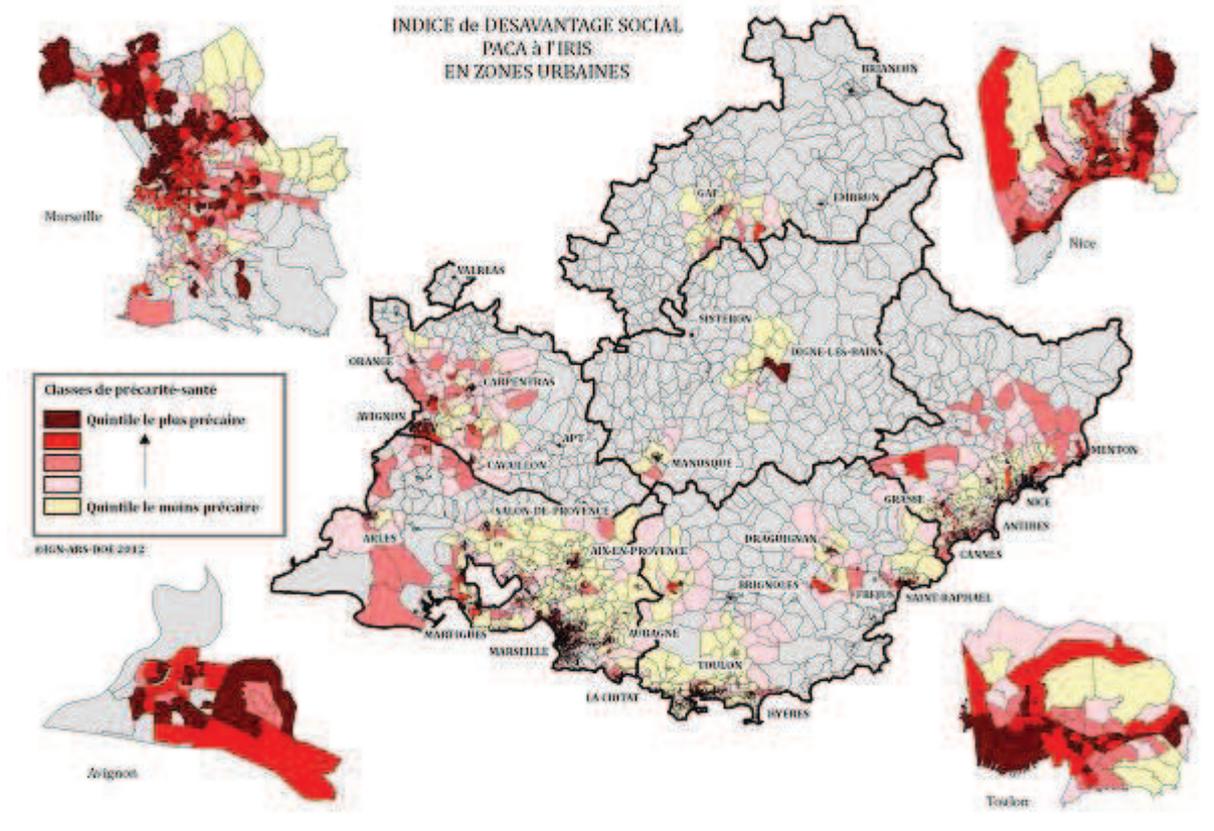
Une autre mesure plus subjective réalisée par le baromètre IPSOS-SPF annuel évalue le sentiment de pauvreté. Ainsi, une personne sur cinq se considère pauvre en 2012 et 37% des français disent avoir déjà connu une situation de pauvreté au cours de leur vie. *"En 2012, il en ressort (à travers l'évaluation du sentiment de pauvreté) qu'une personne seule est considérée pauvre en France lorsqu'elle gagne moins de 1.062 euros par mois, ce qui dépasse le seuil de pauvreté officiel"*, résume C. Craplet, directrice d'études chez IPSOS (5). Cette étude permet également d'évaluer ce que représente la pauvreté pour les Français : ne pas manger de façon saine et équilibrée, ne pas pouvoir envoyer ses enfants en vacances, ne pas accéder à des loisirs... *"Ce type de sondage apporte un éclairage complémentaire. Il permet de confronter la réalité des chiffres avec la perception que peuvent en avoir les gens, d'appréhender leur ressenti"*, poursuit-elle. On y retrouve aussi le niveau d'inquiétude des Français pour leurs enfants : plus de 85% des Français pensent que le risque que leurs enfants connaissent un jour une situation de pauvreté est plus élevé que pour leur génération.

⁴ En mars 2013, il y a en France 3 224 600 demandeurs d'emploi selon l'INSEE.

C. La pauvreté à Marseille et dans les Bouches-Du-Rhône

L'ARS PACA s'est récemment servie de l'Indice de Désavantage Social simplifié (4) incluant 5 variables (taux de location, taux de chômage, part de personnes non diplômées > à 15 ans, part de familles monoparentales) pour effectuer une cartographie de l'indice de désavantage social sur le territoire de la région PACA.

CARTOGRAPHIE DE L'INDICE DE DESAVANTAGE SOCIAL EN REGION PACA



Marseille est la deuxième ville de France en termes de population. Après une stagnation de 20 ans, la population marseillaise connaît un nouvel essor et est passée de 797 000 habitants en 1999 à 808 700 en 2004. Le taux de pauvreté du département des Bouches-du-Rhône était évalué en 2006 à 16,6% ce qui fait de lui après le Vaucluse le deuxième département le plus pauvre de la région PACA. Les différents « marqueurs de pauvreté » développés plus haut sont particulièrement élevés à Marseille, et plus globalement dans la région PACA par rapport aux autres régions de France.

A l'échelle de la ville de Marseille, ce sont les secteurs de Bon Secours – Saint-Joseph – La Delorme, Centre-ville et Saint-Lazare – Saint-Mauront – Belle de Mai qui regroupent les effectifs les plus importants de ménages précaires. Plusieurs éléments peuvent corroborer ce taux de pauvreté important. La population marseillaise est d'abord particulière par sa diversité culturelle résultant de multiples vagues migratoires. La région PACA se classe au 3^{ème} rang des régions présentant les plus fortes proportions de personnes immigrées⁵ (9,7 %), derrière l'Ile-de-France (17 %) et l'Alsace (10 %). D'autre part, le revenu net imposable moyen à Marseille est bas par rapport à la moyenne nationale. En effet, pour 90% de la population marseillaise, les revenus sont en moyenne

⁵ C'est-à-dire résidant en France mais nées à l'étranger, qu'elles soient de nationalité étrangère ou ayant acquis la nationalité française.

20% inférieurs aux revenus des habitants d'autres grandes villes (hors Paris). Les 10% de Marseillais les plus pauvres perçoivent un revenu moyen inférieur de moitié aux revenus de la même catégorie de personnes dans les autres grandes villes de France. Le revenu médian des Marseillais⁶ classe la ville au 132^{ème} rang français (6). Enfin, depuis début 2008, comme dans le reste de la France, le taux de chômage dans les Bouches-du-Rhône est en augmentation. Le taux de chômage est nettement plus élevé dans les Bouches-du-Rhône que dans le reste de la France métropolitaine: au quatrième trimestre 2009, il était de 12 % contre 9,6 % en France. Au niveau de l'habitat, les personnes résidant en HLM sont plus nombreuses dans les Bouches-du-Rhône que la moyenne nationale (15% contre 11,4% en France) mais l'offre reste très largement insuffisante puisque 70% de la population marseillaise peut prétendre à un logement locatif social. Le seuil CMUC étant inférieur au seuil de pauvreté (648 Euros pour une personne seule selon le rapport du fond CMUC 2011), le fait d'en bénéficier peut être considéré comme un marqueur de la pauvreté. Le département des Bouches du Rhône est le deuxième département de France métropolitaine en termes de proportion de personnes bénéficiant de la CMUC (9,8% pour une moyenne en France métropolitaine évaluée à 5,8 %) (8). A Marseille, 18,4% de la population bénéficie de la CMUC contre 7,6% en France. Deux quartiers comme Saint-Moront ou la Belle de Mai comptent une proportion de personnes bénéficiaires de la CMUC supérieure à 41%, soit le taux le plus élevé de France métropolitaine.

D. Les Inégalités Sociales de Santé

D. 1) Définition des Inégalités Sociales de Santé (ISS)

Les inégalités de santé sont définies par l'OMS (9) comme « *les différences systématiques et potentiellement évitables concernant un ou plusieurs aspects de la santé à travers des populations ou groupes définis à travers des critères sociaux, économiques, démographiques et géographiques* ». Parmi ces inégalités de santé, les inégalités socio-économiques de santé sont définies comme « *les différences d'états de santé et de soins infondées, injustes et évitables à cause de circonstances économiques ou sociales* » (10). Selon P. Aïach, « *Les inégalités sociales de santé (ISS) sont essentiellement le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique* » (11).

a. La notion de gradient social

De manière générale, les disparités de santé ne se résument pas à une opposition pauvre / non pauvre mais forment un réel gradient social de santé. L'état de santé varie tout au long de la hiérarchie sociale. Il s'améliore progressivement au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, de manière continue, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'au sommet (12). Autrement dit le lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale ne concerne pas uniquement les personnes les plus défavorisées. Il existe des écarts pour l'ensemble de la société et chaque catégorie sociale présente un niveau de morbi-mortalité plus élevé que celui de la classe sociale qui lui est immédiatement supérieure.

b. Les indicateurs de ce gradient social de santé

Inégalités sociales d'espérance de vie à la naissance et de probabilité de décès

Les données de l'Insee indiquent qu'en France, l'espérance de vie à 35 ans entre 1991 et 1999 diffère pour les hommes de 7 ans en faveur des cadres supérieurs par rapport aux ouvriers et de 3 ans pour les femmes. Ces différences ont tendance à s'aggraver depuis les années 1980 pour les hommes alors qu'elles sont restées stables

⁶ 16 456 € / an avant impôts et prestations sociales

pour les femmes. Il existe également un gradient social au sein même des catégories socio-professionnelles avec une différence d'espérance de vie de 1,5 an entre les ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés. Les cadres d'entreprise ont une espérance de vie à 35 ans plus courte (43,5ans) que celle des cadres de la fonction publique et des professions intellectuelles et artistiques (13). L'enquête « Santé française » de 2003 confirme ces chiffres avec une espérance de vie pour les ouvriers à 50 ans de 27 ans contre 32 ans pour les cadres (14). De même la probabilité de décès prématuré (35-64 ans) est plus importante pour les ouvriers que pour les cadres ou les professions libérales. En moyenne entre 1982 et 2001, le risque pour un homme de décéder avant 65 ans était de 13% s'il était cadre et de 24% s'il était ouvrier. (15)

Les 4,5 millions de personnes bénéficiant de la CMUC, selon la Caisse Nationale d'assurance maladie, sont en moins bonne santé que le reste de la population. Une surmortalité s'observe pour toutes les pathologies. Le taux de décès annuel est de 2,5% parmi les bénéficiaires de la CMUC en ALD 30 alors qu'à âge et sexe identiques il est de 1,8 % dans le reste de la population en ALD 30(8).

Inégalités sociales de prévalence des maladies

Les ISS s'expriment par le fait qu'un grand nombre de pathologies ont une prévalence plus ou moins importante selon l'origine sociale des personnes, certaines maladies touchant plus souvent les populations issues de catégories sociales basses. Par exemple en France, la prévalence de certaines maladies chroniques dépend du niveau d'instruction des populations. Les maladies les plus socialement différenciées concernent les ulcères gastro-duodénaux, (OR⁷ de 1,73), le diabète (OR de 1,45), les maladies ostéo-articulaires (OR de 1,43), l'hypertension artérielle (OR de 1,42), les accidents vasculaires cérébraux (OR de 1,3), les maladies hépato-biliaires (OR de 1,20), les céphalées et les maladies chroniques respiratoires (OR de 1,19) (16).

De fortes inégalités sociales de mortalité par cancer sont observées chez les hommes, en particulier pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ainsi les hommes sans diplôme ont 30 à 40% de chance de plus de décéder d'un cancer des VADS que les hommes diplômés entre 1968 et 1996. Chez les femmes, les ISS sont moins importantes et sont surtout observées pour les cancers de l'utérus (OR : 1,3), l'estomac et le poumon. Les inégalités sociales de mortalité par cancer chez les hommes se sont accrues entre 1968 et 1981, et se sont stabilisées depuis les années 1980. Chez les femmes, la sous-mortalité par cancer du sein observée au début des années 70 chez les moins diplômées (l'âge précoce de la première grossesse et le nombre de grossesses plus important étant considérés comme éléments protecteurs) s'est progressivement atténuée pour disparaître à la fin des années 90 (probablement à cause d'un meilleur dépistage et traitement des femmes les plus diplômées) (17). Notons que la prévalence de cancer du sein reste supérieure chez les femmes issues de milieux plus favorisés (+15% selon une étude réalisée en 2004 au Canada(18)), seule la mortalité par cancer du sein a diminué. Les professionnels les plus touchés par les problèmes d'obésité sont les artisans commerçants (16,1%), les agriculteurs (13,2%) et les ouvriers (12,7%), alors que les cadres et les professions libérales sont moins concernés (8,3%) (19).

Inégalité d'espérance de vie sans incapacité

En 2008, l'enquête « handicap-santé » des ménages révèle qu'après 60 ans, un ouvrier a 2,1 fois plus de risques de déclarer une limitation fonctionnelle qu'un cadre. L'INED⁸ parle ainsi d'une « double peine » pour les ouvriers (20). Non seulement ils vivent moins longtemps mais ils passent plus de temps de leurs vies avec des incapacités ou des handicaps⁹.

⁷ OR : Odd Ratio des risques des moins « instruits » versus des plus « instruits », contrôlés sur l'âge.

⁸ Institut National des Etudes Démographiques

⁹ En 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemnes de toute incapacité, un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacités

D'autres indicateurs de santé tels que la santé perçue, le handicap ou la gravité des pathologies, mis en relation avec le statut social (revenu, éducation, profession), aboutissent aux mêmes conclusions : les personnes appartenant aux milieux les plus favorisés bénéficient d'un meilleur état de santé. Ainsi, par exemple, l'enquête de 2006 de l'IRDES sur la santé perçue montre que quels que soient l'âge et le sexe, les ouvriers non qualifiés se déclarent en « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé 1,7 fois plus souvent que les cadres(21).

D. 2) L'origine des Inégalités Sociales de Santé

Comme I. Illich a relativisé, dans les années 1975, la part du progrès médical dans l'amélioration de l'espérance de vie (22), d'autres chercheurs¹⁰ ont commencé à critiquer l'idée que seul le système de soins pouvait expliquer la santé de la population. Ces critiques s'inscrivaient dans le cadre d'un mouvement plus large comprenant également des critiques sur les modèles d'éducation à la santé. Elles ont donné lieu à une nouvelle approche qui postule que d'autres facteurs, externes au domaine sanitaire et notamment les facteurs sociaux, contribuent à déterminer la santé de la population. Ainsi est née l'approche par les « déterminants de santé » (23) qui considère que les ISS sont le fruit de multiples déterminants interdépendants agissant de concert pour engendrer un état de santé plus dégradé au sein des groupes sociaux économiquement défavorisés. Dès 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'inscrit plus spécifiquement dans ce modèle social de la santé à travers la déclaration de Alma-Ata (24) sur les soins de santé primaires et affirme « *La santé qui est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain* ».

a. Le rapport Black

Ce rapport paru en Angleterre en 1982 fut l'un des premiers à affirmer que la position sociale d'un individu pouvait être étroitement liée à son état de santé. Ce rapport constitue encore aujourd'hui une référence incontournable dans le domaine. En se basant sur une étude longitudinale, il a prouvé que les différences d'espérance de vie et de morbidité constatées entre personnes de différentes classes sociales (entre un ouvrier et un cadre par exemple) n'étaient pas atténuées par l'instauration d'un régime d'assurance universel alors même que l'espérance de vie et la morbidité avaient globalement évolué favorablement suite à cette mesure (25) .

b. La charte d'Ottawa

En 1986, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évoque les inégalités sociales de santé dans la charte d'Ottawa (26) pour la promotion de la santé : « *Les facteurs économiques, politiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. (...) La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire et exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias* ».

Depuis 40 ans, de nombreux travaux ont été menés et ont proposé de multiples modèles conceptuels tentant d'établir le lien de causalité entre ces déterminants de santé (environnement, statut socio-économique, mode de vie, etc.) et la santé des populations ainsi que le degré d'influence de chacun sur l'état de santé. Nous décrivons ici le dernier modèle, le modèle CDSS (Commission des Déterminants Sociaux de la Santé), élaboré en 2008 sous l'égide de l'OMS et la Direction de M. Marmot qui est le plus consensuel à l'heure actuelle.

¹⁰ ¹⁰ Nous citerons M Lalonde qui proposa en 1974 le premier modèle d'ensemble dans un rapport intitulé « nouvelles perspectives de la santé des canadiens »

c. Le modèle CDSS

Ce modèle distingue trois composantes fondamentales : le contexte socio-économique et politique, les déterminants structurels des iniquités de santé et le statut socio-économique et les déterminants intermédiaires de santé .

Le contexte socio-économique et politique

Le contexte socio-économique correspond à tout ce qui ne peut être mesuré au niveau individuel. La gouvernance, les politiques macro-économiques, sociales et publiques du pays, la culture et les valeurs sociétales, les conditions épidémiologiques.

Les déterminants structurels et la position socio-économique

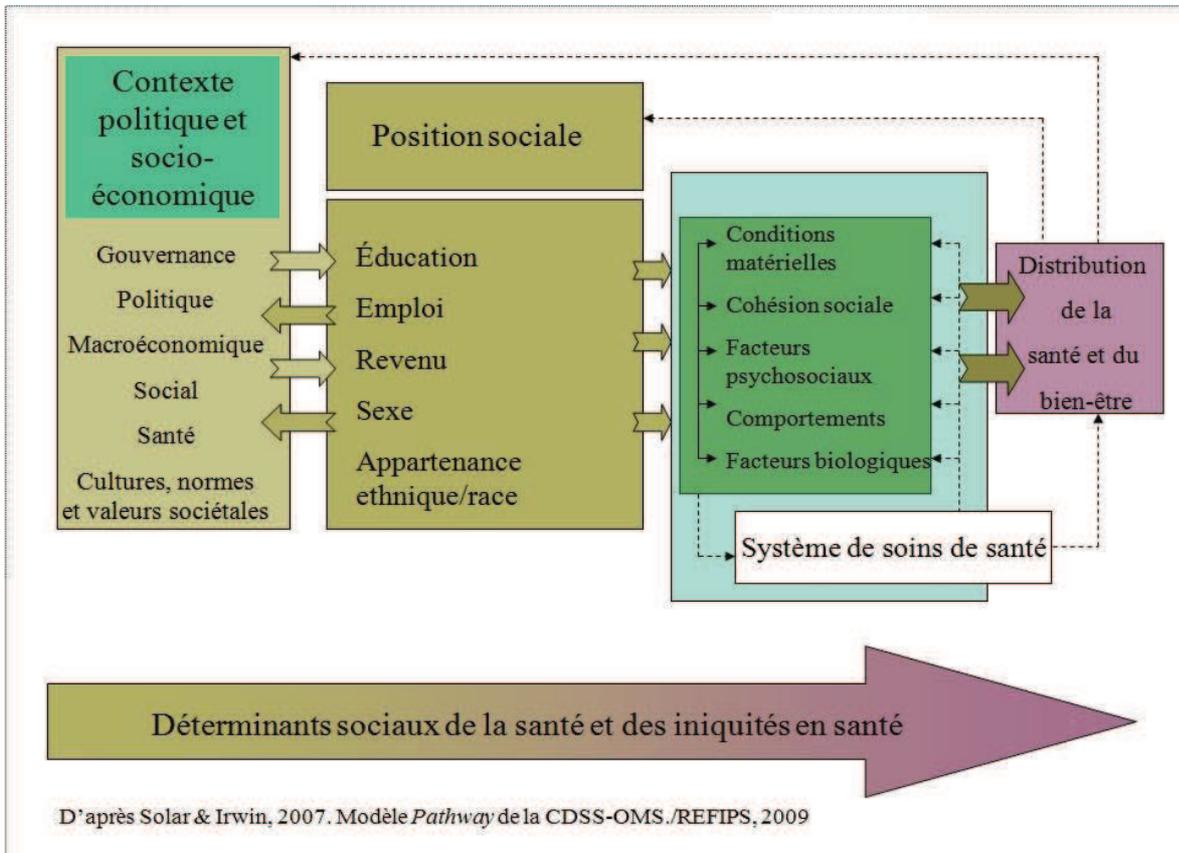
Cette catégorie comprend toutes les composantes qui déterminent la position socio-économique de l'individu avec notamment le revenu, la formation professionnelle et l'emploi. Chacun de ces déterminants peuvent être définis dans plusieurs dimensions. Par exemple l'emploi donne une information sur l'exposition à des risques professionnels spécifiques mais également sur la place de l'individu dans la hiérarchie sociale... Le genre et l'ethnie sont également des déterminants structurels de la santé et ont un rôle plus ou moins important selon les pays.

Les déterminants intermédiaires de la santé

Cette catégorie réunit les déterminants qui découlent des déterminants structurels présentés ci-dessus. Ils se déclinent en quatre sous catégories :

- **Les circonstances matérielles** incluent l'environnement physique comme le logement, les moyens financiers pour s'habiller ou se nourrir correctement.
- **Les circonstances sociales ou socio-environnementales** incluent les facteurs de stress psychosocial, la faiblesse du support social ou familial, et les méthodes pour faire face aux problèmes. La notion de stress et de positionnement relatif de l'individu au sein de la société semble également pouvoir affecter le sentiment de bien-être et produire un état de stress psychosocial néfaste à la santé.
- **Les facteurs comportementaux et biologiques** correspondent aux comportements de dépendance, de régime alimentaire et d'activité physique ainsi que les facteurs liés à la génétique et la distribution en termes d'âge et de sexe. Ainsi, en France, le taux de tabagisme ou d'alcoolisme varie significativement selon les diplômes, la profession ou la catégorie socioprofessionnelle. Le « risque » d'être fumeur régulier est plus important pour les moins diplômés, les personnes au chômage ainsi que pour les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. De la même manière, la position sociale et le niveau d'études sont associés à une plus grande consommation de fruits et légumes, de poisson et d'huile d'olive chez les populations favorisées.
- **Le système de soins**, considéré comme un déterminant social de santé à part entière, est pris du point de vue de l'accessibilité qui inclut des différences en termes d'exposition et de vulnérabilité. Ainsi, ces différences peuvent être lissées à travers une amélioration de l'accès aux soins ou à travers une action intersectorielle qui améliore l'état de santé. Le système de soins peut également intervenir en tant que médiateur dans la gestion sociétale de la maladie à travers des actions qui empêchent par exemple la dégradation des conditions de vie.

Figure 1 - Modèle CDSS



Contexte socio-économique | Déterminants structurels | Déterminants intermédiaires

d. Exemple de nuisances environnementales

De nombreux déterminants ont déjà été identifiés pour expliquer l'existence des inégalités de santé. Il n'en reste pas moins que, mis bout à bout, l'ensemble des facteurs de risque connus n'arrive à rendre compte que d'une partie des écarts observés entre groupes sociaux hiérarchisés. L'épidémiologiste britannique, M. Marmot, s'appuyant sur les travaux de Murray et Lopez, estime à 40% la part de la mortalité expliquée par les facteurs de risque connus (27). La part de mortalité inexpliquée reste donc très importante et augmente dans les catégories de faible niveau d'instruction ou de revenu. Il est possible et même probable que cette part soit due en partie à l'oubli et à la méconnaissance de certains facteurs de risque ou à une mauvaise évaluation des effets de tel ou tel facteur.

C'est dans ce contexte que des études plus récentes ont étudié les nuisances environnementales, souvent inégalement distribuées sur le territoire, et en particulier l'exposition à la pollution atmosphérique, en les suspectant de pouvoir contribuer aux inégalités sociales de santé (ISS). Dans son article, « *Exposition à la pollution atmosphérique et inégalités sociales de santé* » (28), S. Deguen fait une revue de la littérature sur ce sujet. Elle conclut que l'environnement peut jouer un rôle sur les ISS par deux mécanismes : d'une part les populations défavorisées peuvent être exposées à un plus grand nombre de nuisances et/ou à des niveaux d'expositions plus élevés (différentiel d'exposition) et d'autre part, les populations plus défavorisées pourraient être plus vulnérables aux effets de l'environnement (différentiel de vulnérabilité/susceptibilité) en raison d'un état de santé plus fragile que les populations plus favorisées. Cet exemple des nuisances environnementales donne une idée de l'ampleur et de la globalité que doivent avoir les programmes de lutte contre les inégalités sociales de santé puisque dans un exemple comme celui-ci, les acteurs de l'environnement dans les systèmes de transport ou d'urbanisme devraient avoir une responsabilité directe dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

D. 3) Réduire les Inégalités sociales de santé : un objectif de santé publique.

a. Modèles de pondération des déterminants de santé

Le poids de chaque déterminant dans la constitution des ISS pose débat. Plusieurs chercheurs ont tenté de pondérer les déterminants de santé selon l'importance qu'ils avaient dans la formation des ISS afin d'identifier dans quels domaines des actions seraient le plus efficaces. Dans le tableau ci-dessous, nous retrouvons un exemple de deux modèles de pondération. La troisième colonne correspond au pourcentage du budget total alloué pour la santé à chaque « facteur » dans les années 70 en Suisse (23).

Tableau 1 - Comparaison des modèles de pondération des déterminants de santé par rapport au budget alloué à chaque catégorie de déterminants en Suisse (23)

Facteurs influençant la santé	Allocation de la mortalité toutes causes confondues		Dépenses fédérales dans la santé en Suisse (1974-1976)
	Modèle de Denver (1976)	Modèle CDC (1993)	
Système de santé	11%	10%	90,6%
Habitudes de vie	43%	51%	1,2%
Environnement	19%	19%	1,5%
Biologie	27%	20%	6,9%
Total	100%	100%	100%

Ces exemples sont déjà très anciens et étaient basés sur des modèles de déterminants de santé ayant depuis été remplacés par le modèle CDSS décrit plus haut. Les nouveaux modèles de pondération proposés plus récemment par les chercheurs sont autrement plus compliqués et nous n'allons pas les détailler ici. Il est intéressant de noter que les déterminants de santé sont différemment pondérés selon les contextes nationaux. Ainsi X. Koolman et E. Van Doorslaer affirment que le niveau des inégalités sociales de chaque pays est d'avantage expliqué par la force de l'association existant entre santé et revenu que par l'inégale répartition du revenu (29). Ainsi, la faiblesse des inégalités de santé au Danemark n'est pas due au fait que ce pays ait un faible différentiel de revenu mais au fait que la santé soit faiblement reliée au revenu. De la même manière, la consommation de légumes frais, liée à des effets protecteurs en matière de santé, est moins socialement différenciée dans les pays du sud de l'Europe qu'au nord. La consommation excessive d'alcool, liée aux maladies cérébro-vasculaires, maladies du système digestif ou encore aux accidents, apparaîtrait déterminante dans les inégalités sociales de mortalité en France, en Finlande et en Irlande mais ne contribuerait que faiblement aux inégalités de mortalité au Danemark, aux Pays-Bas et en Espagne (30). Cela signifie donc qu'il existe des facteurs nationaux, dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et donc le système de soins, qui peuvent réduire l'impact de la position sociale sur la santé.

b. Une meilleure intégration du modèle bio-psycho-social

L'émergence de la notion de déterminant de santé remet en question le mode de pensée et le fonctionnement plus global de la médecine. A ce sujet, deux modèles peuvent être mis en opposition: le modèle bio-médical et le modèle bio-psycho-social.

Le modèle bio-médical tiens son origine de l'application de la méthode analytique des sciences exactes au domaine de la médecine avec le postulat que l'on peut réussir à acquérir une compréhension et une connaissance claire de la réalité par la dissection progressive de cette réalité en éléments toujours plus petits. Ce processus

adapté à la médecine est souvent fortement critiqué car, comme le déplore L. Onnis, « *le corps est réduit à un objet, à un agrégat d'organes et de fonctions, et se trouve amputé par-là de son rapport constitutif au monde et aux modalités concrètes de la vie* ». En pratique, selon L. Engel, ce modèle basé sur une méthode scientifique « *a affaire avec la compréhension et le traitement de la maladie* » et non avec « *le patient et le soin du patient* ». (31)

Le modèle bio-psycho-social a donc été proposé dès 1977 par L. Engel pour intégrer les aspects psychologiques et sociaux au concept de maladie. Ce modèle part du principe systémique selon lequel toute unité vivante est un système complexe intégrant des sous-systèmes et est elle-même la composante d'unités plus larges constituant son environnement. Appliqué à la médecine, le modèle bio-psycho-social postule que l'évolution clinique des patients est déterminée, non par les seuls facteurs biologiques, mais aussi par les formes de vie collectives et les événements psychosociaux qui sont co-constitutifs de la vie du sujet, ainsi que par les structures et les valeurs qui caractérisent la communauté. Il importe donc selon L. Engel, « *d'approcher les aspects personnels, interpersonnels et sociaux de la vie avec la même rigueur et la même acuité critique que celles que l'on applique aux phénomènes biologiques* ». *L'attention à la dimension bio-psych-sociale devrait faire partie intégrante du raisonnement clinique et, plus largement, du mode de pensée de la médecine* ».

Malgré les atouts démontrés d'une plus grande prise en compte du modèle bio-psycho-social dans ce contexte de lutte contre les ISS, le modèle bio-médical reste prépondérant dans le système de santé actuel, autant dans les programmes d'enseignement des facultés de médecine ou les disciplines biomédicales sont largement majoritaires, que dans l'orientation curative et thérapeutique du système de santé.

c. Relativisation de la place du système de soins

Dans cette nouvelle approche par les déterminants de santé, on constate une évolution de la place du système de soins. Initialement principal facteur explicatif de l'état de santé, il apparaît à présent comme un déterminant indépendant dans le modèle CDSS et les chercheurs ne lui attribuent en moyenne que 20 % des différentiels de mortalité alors que par exemple l'inégalité de revenu est l'un des principaux facteurs explicatifs des ISS (25 à 40% selon les pays). Le tableau présenté ci-dessus montre qu'il existait déjà il y a quarante ans un hiatus entre la recherche produisant un savoir en matière d'inégalité de santé et minimisant l'influence du système de santé dans la constitution des ISS et les politiques publiques qui agissaient principalement sur le système de soins à travers un investissement budgétaire très majoritaire dans ce domaine. Le même hiatus existe encore à l'heure actuelle mais d'une manière un peu différente. Les chercheurs, même s'ils ne sont pas tous d'accord sur les différents modèles de pondération des déterminants de santé, s'accordent sur un point : les politiques se sont principalement orientées sur une modification des comportements individuels (facteurs comportementaux décrits plus haut) alors que les facteurs structurels concernant par exemple le modèle social de l'état¹¹ n'ont pas été assez remis en question dans les différentes tentatives de lutte contre les inégalités sociales de santé. Concrètement, cela interpelle de manière plus large les politiques fiscales, les politiques de redistribution et le système d'aide sociale dans son ensemble (23). Le risque de surmédicalisation est rappelé par B. Kouchner dans sa préface du livre « Santé et précarité » (32) lorsqu'il évoque "le syndrome de la précarité" en ces termes : "*Le chômage et l'incertitude, le mal-être et la souffrance psychologique entraînent des affections graves. On appelle ces situations nouvelles des sociopathies. Et l'on tente de médicaliser ce qui demeure le problème politique majeur de cette fin de siècle en pays encore riche.*"

Ces recherches sous-entendent que l'on ne pourrait pas agir sur les ISS grâce au système de soins. Cette hypothèse est née du constat historique de T. Mc Keown en 1979, selon lequel les causes de décès qui ont le plus diminué au cours des XVIIIème et XIXème siècles sont des causes pour lesquelles aucun progrès n'avait été

¹¹ Définition du modèle social de l'état : L'ensemble complexe d'institutions et de législations nationales dont l'objectif est de protéger la population contre les aléas de la vie et de contribuer à la répartition des richesses entre les individus (sécurité sociale, éducation nationale, droit du travail et législations sociales, prélèvement obligatoire, allocations et minima sociaux, services publics).

enregistré dans les sciences médicales à l'époque(33). Les partisans de cette théorie argumentent en expliquant que la mise en place d'un système de soins plus égalitaire (loi CMUC etc...) n'a pas permis de réduire les ISS et que la réduction des ISS passe surtout selon eux par une redistribution en amont (richesse, éducation). D'autres chercheurs relativisent cette idée et insistent sur le fait qu'une action via le système de soins pourrait être encore bénéfique. Ainsi P. Lombrail dont nous développerons la théorie plus bas, précise que « *la réalité est plus complexe* » et que le potentiel du système de santé est probablement sous-estimé. Il s'exprime en ces termes : « *Il serait trop commode d'exonérer ce système de toute responsabilité dans la survenue des deux autres tiers (des ISS), attribués à des comportements à risque, quand on sait par exemple l'efficacité du conseil rapide de réduction d'une consommation excessive d'alcool ou de tabac, dispensé à la population* ». Il argumente cette idée en rappelant que d'après le Haut Comité de la Santé publique, un tiers des décès évitables pourrait être attribué à des dysfonctionnements de notre système de soins du fait de défauts de prévention médicalisée (34).

Ainsi, en dehors d'interventions visant à améliorer l'égalité des chances à l'école et/ou plus globalement les conditions de vie, des politiques de prévention et de promotion de la santé ciblées vers les populations les plus modestes restent donc des pistes possibles pour réduire les inégalités sociales de santé. La mise en œuvre de telles politiques nécessite une ré-orientation des dépenses de santé puisqu'en 2002, la France a consacré 10,5 milliard d'euros à la prévention soit seulement 6,4% des dépenses courantes de santé (le reste étant attribué aux soins curatifs) (35).

d. Les politiques mises en œuvre en France et en Europe, le paradoxe français

La France est considérée par l'OMS comme le pays ayant le meilleur système de santé au monde et c'est l'un des pays d'Europe où l'espérance de vie à la naissance est la plus grande. Paradoxalement, c'est aussi le pays où les ISS sont les plus fortes. En 2000, le rapport du taux de mortalité « toutes causes » entre travailleurs manuels et non-manuels était le plus faible au Danemark (1,33), n'augmentait de manière franche qu'en Finlande (1,53) pour atteindre sa valeur la plus élevée en France (1,71). Par rapport aux probabilités de décès prématuré dont nous avons parlé précédemment, l'étude portant sur 11 pays européen montrait en 2000 que la France est l'un des pays dans lequel les différences de mortalité prématurée (35-64 ans) selon les catégories sociales sont les plus importantes. Par exemple, l'écart de risque de mortalité prématurée chez les hommes entre professions manuelles et non manuelles est deux fois plus élevé en France qu'en Suède ou au Danemark (15).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans le système français, les inégalités sociales de santé correspondent à une préoccupation récente. La notion de « réduction des inégalités de santé » apparaît pour la première fois dans le rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004. Nous citerons notamment l'objectif n°33 visant à « *réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes ne pouvant bénéficier de la CMUC* ». Cette loi s'est aussi fixée comme objectif préalable d'identifier les meilleurs instruments de mesure des inégalités et des discriminations liées à l'origine afin de poursuivre son trente-quatrième objectif, visant à « *réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires* ». A contrario, des pays tels que le Royaume Uni, la Suède ou encore les Pays-Bas ont élaboré depuis 20 à 30 ans des stratégies de réduction des inégalités sociales de santé avec des objectifs quantifiés (Royaume-Uni) ou par des programmes d'expérimentations locales rigoureusement évalués (Pays-Bas). Ces stratégies comportent des volets mobilisant le système de santé notamment à travers la prévention et l'accès aux soins primaires, mais aussi et surtout des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé en amont du système de soins. Ces plans d'actions sont transversaux et mobilisent d'autres ministères que celui de la santé avec notamment des objectifs de réduction de la pauvreté, amélioration des conditions de vie et de logement, accès aux services publics et à l'éducation.

Jusqu'à présent, la France a plutôt mis l'accent sur l'accessibilité aux soins curatifs et préventifs. Même si elle a mis en œuvre parallèlement des politiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités économiques, celles-ci ne sont pas envisagées comme des leviers au regard de la problématique des inégalités de santé (33). Ce n'est que très récemment que le gouvernement s'est positionné pour une action plus globale de lutte contre les ISS. Le ministre de la Santé, M. Touraine a présenté, lors du Conseil des ministres du 16 janvier 2013, les grands axes de la "stratégie nationale de santé" annoncés par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale : « *Le gouvernement souhaite sortir de la logique du tout curatif en agissant davantage sur les déterminants de santé eux-mêmes (éducation, logement, emploi mais aussi prévention, promotion de la santé et éducation thérapeutique)* ». Dans son programme régional de santé, la nouvelle Agence Régionale de Santé (ARS) PACA a fait de la réduction des inégalités sociales de santé une de ses six priorités en région, appuyée par les nombreuses lois votées ces dix dernières années : loi de Santé publique en 2004 et loi HPST en 2009.

II. Etat des lieux de l'accès aux soins en France

La question du poids du système de santé dans la création des ISS pose donc débat et il semblerait qu'il n'ait une importance que dans 20% de la constitution des ISS. Dans ces 20%, la problématique des inégalités d'accès à certains soins (au sens large, curatifs et préventifs) est centrale. Le système de soins est alors réévalué en tant que déterminant social de la santé, à travers la question de l'accessibilité. Après un rappel des différents dispositifs existant pour faciliter l'accès aux soins des patients précaires, nous exposerons les différentes barrières à l'accès aux soins qui persistent et participent en partie à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

A. Les dispositifs existants

A. 1) Historique des dispositifs

a. Historique de la protection sociale des plus démunis avant la CMUC

La loi du 15 juillet 1893 institue l'assistance médicale gratuite, qui ne disparaîtra qu'en 1999, avec la création de la CMUC. Pendant la seconde guerre mondiale, le Conseil National de la Résistance intègre à son programme « *un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État.* » En France, c'est sous l'influence du député communiste A. Croizat, futur ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, que la réflexion s'élabore. La sécurité sociale moderne est organisée et fonctionne en France selon un modèle bismarckien¹²et paritaire¹³. Peu de temps après, la Constitution de la IV^e République crée dans son préambule une obligation constitutionnelle d'assistance financière de la collectivité envers les citoyens, et notamment les personnes exposées aux risques sociaux les plus importants (mères, enfants, vieux travailleurs) (36).

b. La séparation du sanitaire et du social

La loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 retire à l'hôpital sa fonction asilaire en séparant institutionnellement le médical du social. Le monde hospitalier s'oriente alors vers le soin spécialisé et technologique alors que la

¹² Mode de financement reposant essentiellement sur un mécanisme d'assurance payée par les actifs (à la différence du modèle anglais ou « *beveridgien* », où le financement repose essentiellement sur l'impôt payé par tous les contribuables).

¹³Gestion paritaire par l'ensemble des partenaires sociaux représentés par les syndicats de travailleurs et les organismes patronaux.

fonction sociale doit être assurée par des établissements spécifiques et différenciés. On peut se demander si ce fonctionnement dissocié n'est pas générateur d'exclusion dans un contexte où la demande est parfois plus médico-sociale que médicale.

c. La naissance de la Couverture Maladie Universelle (CMUC)

En 1985, tous les pays d'Europe signent le principe de « santé pour tous », défini par l'office régional OMS Europe, et dont l'objectif est de réduire de 25% les différences d'états de santé entre les pays, mais aussi entre les habitants d'un même pays. La notion d'inégalités sociales de santé commencent à émerger et dès 1994, le rapport du Haut Conseil de Santé Publique annonce notamment deux objectifs : « *Assurer des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire* » et d'autre part « *Assurer l'accès aux services médicaux des populations défavorisées* ».

En Juillet 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a posé la question du droit à la santé essentiellement sous l'angle de l'accès à la santé. Dans ce contexte, les Programmes Régionaux d'accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) sont créés pour améliorer l'accès aux soins curatifs, mais aussi préventifs, des personnes en situation de précarité. La définition de ces plans s'appuie sur une concertation et une coordination au niveau régional et local entre les différents acteurs intervenant dans le secteur sanitaire et social. Dans les suites de cette loi, une enquête du CREDES¹⁴ révèle que 14% des assurés sociaux ont dû renoncer à des soins faute d'argent en 1998 et que 150 000 personnes ne sont affiliées à aucun régime de sécurité sociale. La loi du 27 juillet 1999 établit la Couverture Maladie Universelle, qui sera mise en pratique le 1er janvier 2000. Cette loi vise à assurer à toute personne vivant de façon régulière sur le territoire français une prise en charge par un régime d'assurance maladie.

A. 2) Dispositifs actuels

a. La Couverture Maladie Universelle (CMU) de base

Pour obtenir la CMU de base, il faut résider en France de manière stable (depuis plus de 3 mois) et régulière et ne pas disposer d'un autre droit à l'assurance maladie. La CMU de base offre une protection sociale identique à la protection sociale des salariés du régime général. Elle prend en charge la part "sécu" des frais de santé (par exemple 70% d'une consultation de médecine générale, au tarif conventionné par la Sécurité Sociale). Il n'y a pas de dispense d'avance de frais et pas d'exonération du ticket modérateur, en dehors des cas habituels identiques aux autres régimes (Affection Longue Durée, accident de travail, etc.).

b. La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC)

Les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil (plafond de ressources appelé aussi « seuil CMUC ») ont droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais. C'est la CMU Complémentaire (CMUC). Elle prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant. Les professionnels de santé ont alors l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale, quel que soit leur secteur de conventionnement. Les plafonds de ressources pour obtenir la CMU Complémentaire sont définis annuellement dans le code de la Sécurité Sociale. Le 21 Janvier 2013 a été adopté le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale lors du comité interministériel de lutte

¹⁴ Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.

contre les exclusions. Il prévoit la revalorisation du plafond de la CMUC de 7% ce qui élève le plafond mensuel à 707 € (pour une personne, en métropole)¹⁵. Il reste donc inférieur au seuil de pauvreté. Le rapport n°5 du Fond CMUC précise qu'entre 2000 et 2009, l'écart entre le seuil de pauvreté (à 50% du revenu médian) et le seuil CMUC s'est creusé de 9 points. Cette tendance pesant sur les ménages dont les revenus sont légèrement supérieurs au plafond CMUC, il a été proposé par le gouvernement une revalorisation de ce plafond CMUC.

Tableau 2 - Comparatif du plafond CMUC et du seuil pauvreté (8)

	2000	2009	2013
Plafond CMUC	534€	627€	707€
Seuil de pauvreté (à 50%)	607€	795€	826€ (2012)
Ecart : plafond CMUC et seuil de pauvreté	73€	168€	119€
Rapport : plafond CMUC et seuil de pauvreté	88%	78,8%	86%

Le relèvement du plafond CMUC va permettre de pratiquement retrouver un rapport plafond CMUC/Seuil de pauvreté autour de 90 % ce qui était fixé lors de la création de la CMUC. Ce plafond ne dépasse cependant pas les montants des minima sociaux tels que l'AAH¹⁶ et l'ASPA¹⁷. Les allocataires ne peuvent donc pas bénéficier de la CMUC. La CMUC est accordée pour un an et un dossier de renouvellement doit être rempli chaque année par le bénéficiaire. En 2011, les bénéficiaires de la CMUC représentent 5,8% de la population en France métropolitaine et 30% dans les départements d'outre-mer. Le rapport n°5 du fond CMUC(8), a déterminé un profil des bénéficiaires de la CMUC :

- Plus de femmes que d'hommes : 58 % des bénéficiaires sont des femmes, là où elles ne sont que 50,6 % dans l'ensemble de la population.
- Plus de jeunes : les bénéficiaires de moins de 20 ans représentent 44,3 % des effectifs, les 20- 59 ans rassemblent 51,0 % des effectifs. La faible proportion de plus de 60 ans s'explique par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu suffisant à l'âge de la retraite se voient attribuer l'ASPA. Or, cette allocation dépasse légèrement le montant du plafond de la CMUC.
- Plus de familles que de célibataires : les familles sont plus souvent monoparentales avec une femme comme chef de famille. 30% des ménages bénéficiaires de la CMUC sont monoparentaux, soit cinq fois plus que dans le reste de la population (37).
-

c. L'Aide Médicale d'Etat (AME)

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est un système de protection sociale qui offre quasiment la même couverture que la CMUC. Elle est proposée aux personnes étrangères pouvant justifier de plus de trois mois de résidence sur le territoire français, ne disposant pas d'un titre de séjour, et ayant des revenus inférieurs au plafond défini pour l'obtention de la CMUC. Les patients bénéficiaires de l'AME, contrairement aux bénéficiaires de la CMUC, n'ont pas la possibilité d'avoir une carte Vitale et n'ont pas de numéro de sécurité sociale. L'AME est obtenue pour un an. Les patients bénéficiaires de l'AME bénéficient du tiers payant et d'une exonération du ticket modérateur comme les bénéficiaires de la CMUC. Par contre, l'AME ne permet pas une prise en charge des prothèses dentaires, des lunettes et des indemnités journalières contrairement à la CMUC. Depuis mai 2011, sont exclus du panier de soins, c'est à dire ne sont plus pris en charge, les « *actes, produits et prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important (ex. : frais de cure thermale) et lorsqu'ils ne sont pas*

¹⁵ Le relèvement du plafond de la CMUC et de l'ACS a été effectif suite à la parution du plan pluriannuel le 24-01-2013. Valeur du seuil retrouvé sur http://www.CMUC.fr/news_liste.php consulté le 4 février 2013)

¹⁶ Allocation Adulte Handicapé

¹⁷ Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie (ex. : frais de procréation médicalement assistée) ». Les bénéficiaires de l'AME devant recourir à des soins hospitaliers jugés coûteux doivent obtenir un accord préalable pour la prise en charge de ces soins par l'AME.

d. L'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Devant la persistance d'inégalités sociales de santé, la loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique reprend l'idée d'une réduction des ISS dans ses objectifs 33 et 34, et propose la création de l'ACS (L'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé ou aide à la mutualisation). Elle sera mise en place en 2005 pour tenter de limiter l'effet seuil de la CMUC. Ce dispositif permet aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond d'attribution de la CMUC et celui-ci majoré de 30% de bénéficier d'un chèque qui réduit le montant de la prime annuelle d'assurance complémentaire que l'assuré devrait payer à l'organisme de son choix. Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté le 21 Janvier 2013 et décrit plus haut prévoit une hausse du plafond de ressources de l'ACS à 955 € et sera mis en vigueur à partir de Septembre 2013. L'ACS est une aide financière pour le paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel. Son montant est fonction du nombre de bénéficiaires que compte le foyer et de leur âge. Il s'élève au premier Janvier 2013 à 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200€ pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € pour celles de 60 ans et plus.

Des dispositifs locaux d'aides complémentaires à l'ACS et d'aides visant à atténuer l'effet de seuil ACS existent dans un certain nombre de CPAM. Au sein de ces aides, les « compléments ACS » touchent 110 759 bénéficiaires et représentent 12,7 millions d'euros et les aides « effet de seuil ACS » concernent 25 236 bénéficiaires correspondant à 5,5 millions d'euros (8).

e. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Dans le cadre de la Loi de lutte contre l'exclusion du 29 Juillet 1998, les hôpitaux ont été chargés de mettre en place des « *cellules de prise en charge médico-sociale pour faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier* », tant dans l'accès aux soins que dans l'accompagnement pour les démarches d'ouverture de droits à la santé. L'article L.6112-6 du Code de la Santé publique, commenté dans la circulaire DH/AF1/DGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998 dispose que : « *Les établissements publics de santé [...] mettent en place les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, qui comprennent notamment les permanences d'orthogénie adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale. Ils concluent avec l'Etat des conventions, prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes* ». Une convention avait ainsi été passée entre l'hôpital et l'Etat pour que les consultations externes, les actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les traitements puissent être fournis gratuitement aux patients, même en l'absence de couverture maladie. La PASS permet à des patients souvent en rupture de soins ou de traitement de reprendre un suivi médical et de réintégrer le système de droit commun.

A Marseille, il existe une PASS Médico-sociale à l'hôpital de la Conception avec possibilité de consultation médicale, infirmière et entretiens sociaux. Il existe également qu'une PASS psychiatrie à l'hôpital Edouard Toulouse ainsi que des PASS sociales à l'Hôpital Nord et à la Timone. Celles-ci permettent un accueil social mais sans consultations médicales dédiées. En dehors du dispositif PASS, des consultations santé/enfant/environnement prenant en charge les enfants vivant dans des conditions précaires existent également à l'hôpital Nord avec une demi-journée de consultations médicales par semaine et un accueil social et infirmier quotidien.

f. Les Fonds Pour les Soins Urgents et Vitaux

La loi de financement rectificative du 30 décembre 2003, a créé un dispositif s'adressant aux personnes ne pouvant bénéficier de l'AME ou de la CMUC¹⁸ et permettant la réalisation gratuite des soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé ou de l'enfant à naître ». L'hôpital prend alors en charge les soins délivrés en urgences exclusivement lorsque le médecin estime la vie du patient est en jeu ou qu'une absence de soins pourrait entraîner des conséquences graves et durables. Il est ensuite remboursé par un fond spécifique.

g. Les dispositifs de soins non-payants

Ils permettent de pallier les périodes d'exclusion de droit pour les personnes démunies. Les centres gérés par des Organismes Non Gouvernementaux tels que Médecins du Monde peuvent généralement faire bénéficier les patients de consultations de médecine générale et délivrer des soins gratuits. On peut citer à Marseille le Centre d'Accueil, d'Orientation et de Soins (CASO) de Médecins du Monde situés dans le 3^{ième} arrondissement et le point d'accueil à l'Hôpital Saint Joseph. Ces structures ne peuvent toutefois pas permettre un suivi et la prise en charge des pathologies lourdes. L'accès aux traitements et actes de spécialistes ne sont possibles que dans les structures de droit commun. Il existe également plusieurs dispositifs institutionnels non-payants. Nous citerons pour exemple le Centre de lutte antituberculeux (CLAT), les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), les Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Centres de vaccination et les centres de Dépistage Anonymes et Gratuit (CDAG) qui pratiquent de manière anonyme et gratuite les tests de dépistage VIH et hépatites ainsi que les CSAPA (Centre de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Tous ces dispositifs existent à Marseille.

B. Les barrières d'accès aux soins dans le système de santé

La notion d'accès aux soins désigne tout autant une possibilité ou accessibilité, notamment en termes de droit sociaux que l'usage ou le recours qui en est fait ou pas. Nous allons donc nous pencher d'abord sur les barrières économiques et institutionnelles de l'accès aux soins responsables d'un renoncement aux soins pour raison financière. Plus globalement, selon le terme employé par C. Desprès (38), nous étudierons le phénomène de « renoncement barrière ». Nous développerons ensuite les obstacles « humains » à l'accès aux soins, phénomènes plus subjectifs et donc plus difficiles à évaluer.

B. 1) Les barrières d'accès aux soins : les facteurs économiques et institutionnels

a. Ceux qui n'ont aucun droit

Une part non négligeable de la population vivant en France n'a droit à aucune couverture maladie. Ce sont, pour une majorité, des étrangers, hors Union Européenne, arrivés en France depuis moins de 3 mois ou ne pouvant prouver leur présence en France depuis plus de 3 mois, ou encore ceux qui sont venus en France avec un visa touristique. Le nombre de personnes concernées par cette absence totale de droit à une couverture maladie est difficile à évaluer. En cas de maladie, ces personnes peuvent consulter dans les dispositifs de soins non-payants tels que Médecins du Monde ou la PASS mais ces dispositifs sont de plus en plus surchargés et ne permettent pas la prise en charge de pathologies graves.

¹⁸ Etrangers sans couverture médicale, ne pouvant prouver leur présence sur le territoire depuis plus de 3 mois.

Bien que la notion de « mission de service public de l'hôpital », ait été supprimée par la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST), une des missions principales de l'hôpital public est : « l'accueil [...] de toute personne, quels que soient sa nationalité, sa situation (régulière ou irrégulière), son sexe, sa situation de famille, son âge, son état de santé, son handicap éventuel, ses opinions politiques, philosophiques ou religieuses »¹⁹. Les PASS décrites précédemment devraient théoriquement permettre un accès aux soins via l'hôpital pour toute personne n'ayant pas de couverture maladie. En pratique, moins de 400 PASS sur les 500 initialement prévues ont été mises en place. L'accueil inconditionnel des personnes précaires, la délivrance gratuite de médicaments sont très variables d'un hôpital à l'autre(39). Les permanences médicales ne sont pas assurées dans toutes les PASS. Par exemple à Marseille, seuls les patients ayant potentiellement droit à l'AME ou à la CMUC ou dont l'état de santé et la situation administrative justifie un recours au FUSV peuvent être accueillis. Les personnes non éligibles et notamment les personnes détenant un visa ou étant affiliés a une sécurité sociales européenne seront vus dans la mesure du possible mais ne pourront bénéficier d'examen ou de traitements gratuitement et devront régler les dépenses relatives à leurs soins. Pour une agglomération de la taille de Marseille, dont le niveau de précarité est très haut comme nous l'avons vu précédemment, la totalité des PASS AP-HM ne cumule qu'un temps plein de Médecin généraliste.

b. Non recours et difficultés d'obtention de la CMUC ou de l'AME

Les dispositifs CMUC ou AME arrivent difficilement à toucher les populations les plus précaires en raison d'une trop grande complexité du système et des parcours administratifs : ainsi il existe plus de 20% de non recours à la CMUC (4,3 millions de personnes touchent ce dispositif initialement prévu pour 6 millions de personnes)(8). Plus globalement on constate une augmentation des non recours aux dispositifs d'aide par les personnes qui seraient censées en bénéficier tel que le RSA (Revenu de solidarité active) (40).

Le problème est encore plus prégnant pour l'accès à l'AME qui est devenu de plus en plus restrictif ces dernières années. En 2002, l'introduction d'un ticket modérateur a été votée mais jamais appliquée. En 2004, une présence de plus de 3 mois sur le territoire et la détention de pièces justificatives sont devenues obligatoires dans certaines CPAM. A noter notamment la nécessité de détenir un certificat de domiciliation et une preuve de présence de plus de 3 mois sur le territoire Français. En 2010/2011 l'AME est devenue payante avec droit d'entrée de 30 euros par personne (41). Pourtant, dans son rapport à ce sujet fin 2010, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) insistent sur le fait que « plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle d'un risque de renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à la protection sociale ». C'est peut-être pour éviter cela que dans le projet de loi de financement rectificative pour 2012, le gouvernement a effectué une modification de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, afin de supprimer dans les conditions d'accès à l'AME l'obligation de s'être acquitté du droit de timbre de 30 euros.

c. L'effet seuil

De nombreuses personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté à 60% du revenu médian et/ou bénéficiant des minima sociaux (minimum vieillesse, Allocation Adulte Handicapé) sont exclus des dispositifs CMUC ou AME en raison de leurs revenus très légèrement supérieurs aux plafonds de ressources. Ainsi, en 2011, le plafond CMUC s'élevait à 648 €/mois, alors que l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) et l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) étaient très légèrement supérieures à ce seuil (respectivement 743 € et 742 €). Rappelons que le seuil de pauvreté en 2010 s'élevait à 964€, ou 795€, suivant la définition considérée

¹⁹ Citation extraite du site internet de l'Assistance Public des Hôpitaux de Marseille, consultée le 6 Novembre 2012 (<http://www.hopital.fr/Hopitaux/L-Hopital-comment-ca-marche/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital>)

(respectivement 60% et 50% du revenu médian). Les patients bénéficiaires de ces aides sociales (ASPA, AAH), sont donc victimes de « l'effet seuil » et ont souvent des difficultés à payer une mutuelle complémentaire.

Le dispositif d'aides à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire (ACS) présenté précédemment et créé en 2005 avait justement pour objectif d'améliorer l'accès aux mutuelles mais il n'a pas donné les résultats escomptés. Depuis sa création, le nombre de bénéficiaires effectifs de l'ACS a lentement progressé mais son recours reste faible. En 2011, il persiste 75% de non recours à l'ACS (42), soit selon l'INSEE environ 500 000 bénéficiaires sur les 2 millions de bénéficiaires potentiels. D'après le rapport d'évaluation du Fond CMUC 2011(8), L'ACS est « *une prise en charge qui touche difficilement sa cible* » car la complexité des démarches administratives est un réel frein pour les potentiels bénéficiaires. D'une part parce que la plage de revenus pour y accéder demeure étroite et il est difficile a priori de savoir si on est éligible ou pas. D'autre part parce qu'au-delà de la constitution et du dépôt du dossier, les bénéficiaires doivent trouver un organisme complémentaire et la question du reste à charge sur le prix du contrat mais également sur prestations peuvent également constituer un frein.

d. Absence de mutuelle

Lorsque l'on ne peut bénéficier de la CMUC ou de l'ACS, il faut cotiser à une complémentaire qui peut compléter les remboursements de la Sécurité Sociale. Par exemple pour une consultation de médecine générale à 23 euros, 16,10 euros sont remboursés par la sécurité sociale et 6,90 euros sont pris en charge par la complémentaire santé. En absence de complémentaire santé, presque qu'un tiers de la consultation reste donc à la charge du patient. Selon l'IRDES, 7% des Français déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire santé ; soit 4 millions de personnes (21). Mais ce taux augmente à 15% pour les ménages gagnant moins de 840 Euros par mois, 13% chez les ouvriers et 18% chez les chômeurs. Les étudiants sont plus de 19% à déclarer de pas avoir de mutuelle (43). De plus les complémentaires n'assurent pas toutes les mêmes niveaux de couverture notamment sur les dépassements d'honoraire. La part de revenus que les ménages consacrent à la couverture complémentaire varie de 3% pour les ménages les plus riches à 10% pour les ménages les plus pauvres (44). Pourtant, une récente étude montre, d'une part, que l'accès à une complémentaire santé est un déterminant important du renoncement aux soins pour raisons financières, d'autre part, que les barrières financières à l'accès aux soins ont un impact significatif sur l'état de santé de la population (45).

e. Tiers-payant sous conditions

Le système du tiers payant dispense l'assuré, sous certaines conditions, de faire l'avance des frais médicaux. Il s'applique de droit pour les soins dispensés à une personne bénéficiaire de la CMUC, de l'AME ou de l'ACS. Il s'applique également pour les soins liés à un accident de travail ou une maladie professionnelle, pour les actes de prévention réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein), et pour les honoraires perçus pendant une hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'assurance maladie. Le tiers payant peut être appliqué dans d'autres situations, dans le cadre de conventions avec l'assurance maladie. C'est le cas par exemple dans les pharmacies pour les médicaments remboursés par l'Assurance Maladie, et dans les cabinets de radiologie ou d'analyses médicales.

La pratique du tiers-payant a souvent posé débat ces dernières années. On lui a souvent reproché de créer un retard de rémunération du médecin lorsqu'il utilise des feuilles de soins, ce qui ne devrait plus être un problème avec la généralisation de la télétransmission. Nombreuses personnes reprochent également au tiers-payant d'être inflationniste, c'est à dire d'entraîner une surconsommation de soins en désresponsabilisant le patient. Une étude menée par le CREDES en 2000 montre pourtant que le tiers-payant, plutôt qu'un effet inflationniste, a un réel effet de justice sociale. Il permet aux personnes ayant de bas revenus de rattraper le niveau de dépense des plus aisés et limite le renoncement aux soins pour raisons financières. A morbidité et couverture égales, il tend à rapprocher la dépense de santé des assurés « moins riches » de celle des plus aisés (46). Des syndicats tels que le Syndicat de la

Médecines Générale (SMG) et des médecins à titre individuel militent depuis plusieurs années pour la généralisation du tiers payant en soins primaires. Ainsi selon E. Arié²⁰, cardiologue « *tous les spécialistes de santé publique savent qu'il faut faciliter financièrement le plus possible l'accès au médecin de premier recours (...) car les diagnostics et traitements précoces, susceptibles d'éviter qu'une maladie ne devienne grave, donc chère, constituent le premier facteur d'économies des dépenses de santé. C'est pourquoi, dans la plupart des pays développés, l'accès au médecin généraliste est dispensé de toute avance de frais et de franchise ; il est absurde de dissuader financièrement ce que des considérations de santé publique et d'économies de santé devraient inciter à encourager* » (47). Dans son livre « Les Fossoyeurs », C. Lehmann recueille les propos d'un directeur de Caisse Primaire d'Assurance Maladie : « *radios, scanners, actes biologiques, médicaments, actes chirurgicaux lourds... aujourd'hui, le tiers payant représente déjà 70 % de nos prestations, c'est à l'entrée du système de soins qu'il faut tout faire pour inciter les gens à se soigner...* » (48).

Alors que la convention médicale de 2004 n'autorisait plus les médecins généralistes à appliquer le tiers-payant en dehors des conditions décrites ci-dessus, celle du 26 Juillet 2011 prévoit désormais que les médecins traitants, « *lorsqu'ils sont confrontés à des patients en difficulté financière, puissent accorder ponctuellement le tiers-payant à d'autres patients qui le nécessiteraient* ». Par ailleurs, le projet de financement de la Sécurité Sociale pour 2013 propose d'expérimenter pendant trois ans l'application du tiers-payant aux étudiants dans trois villes de France. De manière plus globale et concrète, à l'heure actuelle, la pratique du tiers payant est laissée au libre arbitre des médecins et reste donc très variable selon les professionnels de santé qui sont plus ou moins limités par leur CPAM de rattachement.

f. Dépassements d'honoraires

La pratique des dépassements d'honoraires, en forte augmentation depuis 10 ans est devenue un « *obstacle à l'accès aux soins et, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'assurance maladie* » (49). D'après le rapport de l'ONPES²¹ de 2012, les dépassements d'honoraires ont augmenté de 68% en euros constants en médecine de ville entre 1990 et 2006 et représentent ainsi 2,5 milliard d'euros en 2010 (pour les généralistes et spécialistes) contre 900 millions d'euros en 1990 sur 19 milliard d'honoraires (50). En France, 25% des médecins, dont 40 % des médecins spécialistes, sont inscrit en secteur 2. Ces derniers peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui, en moyenne, s'élèvent à 54% du tarif conventionné de l'Assurance Maladie. La plupart des complémentaires ne remboursent que le ticket modérateur, c'est-à-dire la différence entre le remboursement de la sécurité sociale et le tarif conventionné. De plus, la réglementation veut que ces dépassements d'honoraires ne soient jamais appliqués aux patients bénéficiaires de la CMUC mais la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS) révèle dans son rapport d'avril 2007 qu'un tiers des bénéficiaires de ce dispositif consultant en chirurgie générale ou urologique à Paris ont payé un dépassement d'honoraire. D'autre part, en 2011, 22% des patients bénéficiaires de la CMUC ayant renoncé aux soins pour raison financière l'ont fait parce que « *le professionnel de santé a demandé une participation financière en plus du montant pris en charge par la CMUC* » (8).

g. Forfaits et franchises

Depuis quelques années, de nouveaux forfaits et franchises ont vu le jour dans le système de soins et malgré leur faible valeur unitaire, leur somme peut représenter dans le temps un réel poids financier pour les ménages les plus pauvres. Ainsi, nous pouvons observer de manière chronologique les transferts de dépenses progressifs de l'assurance maladie vers les complémentaires et les patients :

- Janvier 2005 : Franchise de 1 € sur les consultations et les actes médicaux

²⁰ E. Arié est Cardiologue et enseignant associé à la chaire d'économie et gestion des services de santé au Conservatoire National des Arts et Métiers.

²¹ Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

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

Une récente étude évaluant les effets de l'apparition des franchises sur les boîtes de médicaments a montré que la probabilité de modifier la demande de médicaments suite à la mise en place de la franchise est influencée par le niveau de revenu et l'état de santé : toutes choses égales par ailleurs, elle varie de manière opposée avec chacune de ces variables. Ainsi, ces franchises touchent majoritairement les individus ayant de bas revenus et de mauvais états de santé (51). Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ces mesures ont donc aggravé le reste à charge²². La part des dépenses totales des soins et biens médicaux prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est passée de 80 % en 1980 à 75,5 % en 2009. Entre 1980 et 2008, le reste à charge est passé de 217 à 547 € par personne et par an et les 10% des patients exposés au reste à charge cumulé sur trois ans le plus élevé font face à un reste à charge moyen de près de 5 000€, dont 90% sont issus des soins de ville (8). Il faut également considérer que le reste à charge pour les patients est probablement sous-évalué, puisque les dépenses non remboursées ne sont pas mesurées ni mesurables (médicaments sans ordonnances par exemple).

L'augmentation de ces franchises majore le risque de renoncement aux soins comme le confirme une étude réalisée en 2011 qui montre que les principales causes de renoncement aux soins pour raison financière chez les bénéficiaires de la CMUC sont « *les soins, traitements ou médicaments envisagés n'étant pas ou mal remboursés* » (47%) (8).

h. La sous densité médicale

Alors que le nombre de médecins n'a pas cessé d'augmenter, de 275 praticiens pour 100 000 habitants en 1985, à 340 en 2005, on constate à contrario l'apparition de zones géographiques non ou mal couvertes par la présence de médecins. Ces zones se concentrent dans le secteur rural, ainsi que dans les zones urbaines sensibles. La direction des statistiques du ministère de la Santé a calculé que 95% de la population française se trouve à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste. « *Il n'en demeure pas moins un réel problème d'accessibilité aux soins pour les 5 % restants, qui représentent quand même plus de trois millions d'habitants* », insiste le rapport du Sénat(52). Le désert médical concerne aussi et surtout les médecins spécialistes, ce qui se traduit par des temps d'attente préoccupants avec par exemple, quatre mois et demi pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste, selon une étude de l'association de consommateurs UFC-Que choisir. En outre, une enquête IFOP montre que 58 % des Français ont renoncé à consulter un spécialiste faute d'avoir pu obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide (53).

Le Conseil national de l'ordre des médecins a identifié 34 départements «potentiellement en danger» à cause de nombreux départs à la retraite d'ici à 2017. Ces départements se trouvent principalement dans le nord et le centre de la France. La région PACA, les Alpes de Haute Provence, le Vaucluse et la Corse du Sud sont menacés. A une échelle plus locale, le département des Bouches du Rhône n'est pas considéré dans sa globalité comme « potentiellement en danger » mais à l'échelle des quartiers, il existe un réel déficit en professionnels de santé

²² Reste à charge à partager entre ménages et complémentaires

dans les ZUS (Zone Urbaine Sensibles). En effet, en 2007, la densité des médecins généraliste en ZUS était inférieure de 47% à celle observée dans les agglomérations urbaines abritant ces ZUS. Ce ratio se porte à 67% en ce qui concerne les spécialistes (54).

C'est pourquoi le SROS²³ PACA ambulatoire 2012 a identifié les 282 quartiers prioritaires de la politique de la ville de Marseille comme « zones à risque » en terme d'offre de soins ambulatoires, ce qui signifie que ces quartiers nécessitent « une vigilance particulière et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité » (55). Dans ces quartiers, le manque de professionnels de santé combiné à une plus grande difficulté de déplacement (moins de véhicules) entraîne une réelle barrière d'accès aux soins.

B. 2) Les barrières d'accès aux soins : les facteurs humains

a. Refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC ou de AME

La problématique des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMUC reste un sujet récurrent depuis la mise en œuvre du dispositif. Ce terme désigne les attitudes par lesquelles les professionnels de santé refusent d'offrir aux bénéficiaires de la CMUC les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles offertes à tout autre assuré, et dans le respect des principes de dispense d'avance des frais, et de non dépassement des tarifs réglementés, inhérents à la CMUC. En effet, un médecin, qu'il exerce en secteur 1 ou secteur 2, ne peut refuser de voir en consultation un patient, au motif qu'il est bénéficiaire de la CMUC. Le refus de soins est catégorisé en deux groupes par le code de santé publique: les refus de soins **licites** et les refus de soins **illicites**.

Le refus de soins illicite est défini par l'article L1110-3 selon lequel « un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal [soit le sexe, l'origine, la situation de famille, l'apparence physique, l'âge, l'état de santé, la religion, l'opinion politique...] ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L.861-1 et L.863-1 du code de la sécurité sociale [soient CMUC et ACS], ou du droit à l'aide prévue à l'article L.251-1 [soit l'AME] du code de l'action sociale et des familles ».

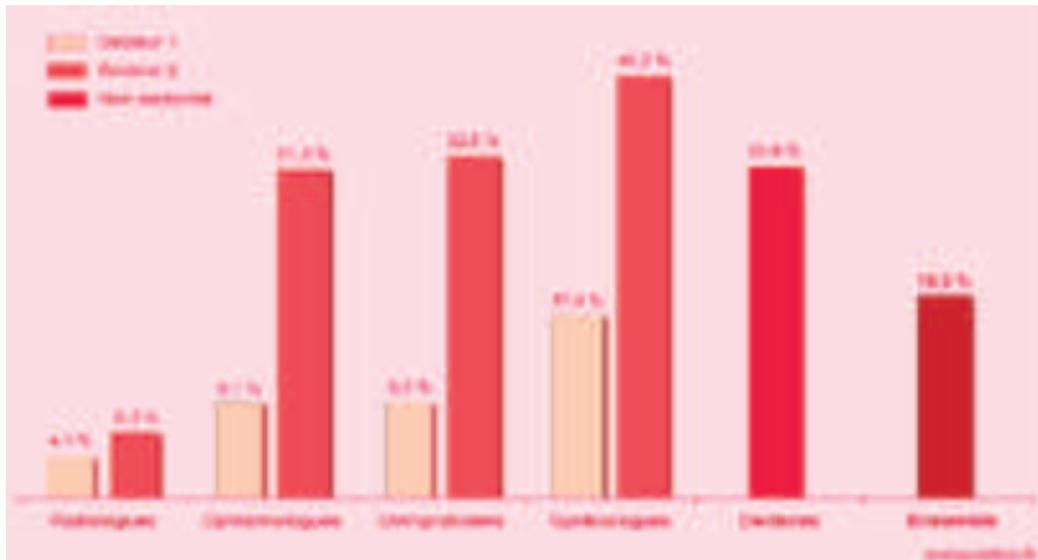
Le refus de soins licite est lui défini comme « un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins », et ceci en dehors du « cas d'urgence et [de] celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité ». Ainsi, si la définition du refus de soins **illicite** est claire, celle du refus de soins **licite** reste assez floue.

Dès 2002, l'association Médecin du Monde dénonce les refus de soins dont font l'objet les bénéficiaires de la CMUC et de l'AME, suite à une enquête téléphonique réalisée auprès de 230 dentistes libéraux ayant conclu à un taux de refus des bénéficiaires de la CMUC de 35,3 %. En 2006, le Fond CMUC rend public un testing destiné à évaluer les réactions des professionnels de santé vis-à-vis des bénéficiaires de la CMUC. Cette étude, réalisée dans le Val-de-Marne, fait apparaître un taux de refus de soins de 40 % pour les médecins spécialistes de secteur 2 et les dentistes. Un nouveau testing réalisé en 2006 par Médecin du Monde auprès de 725 médecins généralistes de 10 villes retrouve 37% de refus de soins pour les bénéficiaires de l'AME et 10% pour les bénéficiaires de la CMUC (56).

En 2009, l'IRDES publie à la demande du fond CMUC, les résultats d'un testing effectué sur un échantillon représentatif de médecins parisiens (médecins généralistes et spécialistes, secteurs 1 et 2) qui retrouve un taux de refus de soins imputables à la CMUC globale de 25,5 %, dont 19,7% chez les généralistes (secteurs 1 et 2), et 9,2 % chez les généralistes de secteur 1. Les refus apparaissent majeurs en gynécologie, ophtalmologie et en soins prothétiques (8).

²³ Schéma Régional d'Organisation des Soins

Figure 2 - Taux de refus de soins imputables à la CMUC à partir d'un testing réalisé à Paris, en 2008-09 (57)



Lecture : Sur 100 appels téléphoniques d'un bénéficiaire de la CMU pour obtenir un premier rendez-vous chez un praticien, on observe - par exemple pour les gynécologues de secteur 2 - 40,2 % de refus confirmés comme imputables à la CMU. Champ : 861 praticiens dont 763 médecins et 98 dentistes.

Le sujet des refus de soins a été au cœur des débats de la loi HPST²⁴. Ce projet de loi HPST²⁵ affirmait la volonté du gouvernement de s'attaquer à ce problème et de donner les moyens aux différents acteurs du dispositif de faire cesser ces pratiques. Afin de repérer les médecins pratiquant les refus de soins discriminatoires, la loi HPST prévoyait initialement de faire réaliser des testings téléphoniques par les institutions (CPAM) (58). Cette pratique a finalement été écartée au profit d'une « analyse de l'activité des 5 % des professionnels de santé qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la CMUC, afin de comprendre les déterminants susceptibles de favoriser l'accès aux soins de cette population » (59). L'article 54 de la loi HPST explicite les cas de discriminations en ces termes : « refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la CMUC ou de l'ACS est une discrimination au même titre que de refuser de soigner une personne en raison de son état de santé, son handicap ou son origine ethnique. » Dans le projet initial, des sanctions pécuniaires étaient prévues pour les professionnels ne respectant pas cet article mais le gouvernement a préféré une procédure de conciliation avec tout d'abord la possibilité de saisine par l'assuré (possibilité de saisir le directeur de la CPAM ou de l'ordre professionnel compétent pour toute personne s'estimant victime d'un refus de soins illégitime) en vue d'instaurer une procédure de conciliation qui, en cas d'échec peut entraîner une sanction du professionnel de santé délivrée par un conseil ordinal ou par la direction de la CPAM. Ainsi, les différentes études présentées plus haut ont le mérite d'avoir permis des avancées législatives et réglementaires, mais, malgré un cadre juridique un peu plus étoffé, les refus de soins restent un sujet prégnant et paradoxalement difficilement quantifiable en dehors des testings compte tenu des rares signalements qui sont remontés.

Lorsque l'on cherche les causes de ce refus de soins, la raison financière est le plus souvent invoquée et concerne essentiellement les praticiens en secteur 2, représentant moins de 10% des généralistes. Effectivement pour les praticiens à honoraires libres (secteur 2), soigner un patient CMUC entraîne un manque à gagner correspondant aux dépassements d'honoraires qu'ils auraient pu appliquer, s'ils avaient pris en charge un patient

²⁴ Loi « Hôpital Patient Santé Territoire ». Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

non titulaire de la CMUC. Cette perte financière est considérée par certains praticiens à honoraires libres comme d'autant plus injuste qu'ils bénéficient du droit à dépassement en contrepartie de la non-prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales. Il faut cependant préciser que les praticiens en secteur 2 ont l'obligation de pratiquer une fraction de leur activité au tarif conventionnel, fraction qu'ils peuvent utiliser pour prendre en charge les bénéficiaires de la CMUC. Hormis la cause économique évidente (dépassement d'honoraire interdit, forfaits plafonnés pour les prothèses dentaires), le refus de soins peut également s'expliquer par différents déterminants relevant des représentations individuelles et collectives des professionnels de santé vis à vis du patients CMUC. C.Desprès (57) a particulièrement mis en avant la légitimité contestée des bénéficiaires de la CMUC aux yeux des professionnels de santé, ceci pouvant expliquer en partie le refus de soin. Ces notions seront développées au cours de l'analyse thématique (cf. page 130).

b. Attitudes de discrimination selon l'origine des personnes concernées par les professionnels de santé

En 2011, la FRA (Agence des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne) a publié, au titre des résultats de son enquête de l'Union européenne sur les minorités et la discrimination, un rapport constatant que les personnes issues d'une minorité ethnique sont en moyenne cinq fois plus susceptibles d'être victimes de discriminations multiples que les personnes appartenant à la population majoritaire. Dans son enquête sur les « inégalités et discriminations multiples dans le domaine des soins de santé », la FRA a identifié des catégories de populations particulièrement victimes de discriminations multiples : les femmes issues de l'immigration ou d'une minorité ethnique dans leurs accès à un suivi gynécologique, les personnes âgées issues de l'immigration et les jeunes issues de l'immigration ou d'une minorité ethnique avec un handicap mental. » (60)

Au niveau régional, le rapport d'évaluation du PRAPS²⁶II en PACA évoque cette problématique de discrimination selon l'origine notamment dans les démarches administratives d'entrée dans le droit commun (demande de CMUC ou AME). Cette discrimination selon l'origine est alors présentée comme une barrière non négligeable de l'accès aux soins (61). Selon E. Carde, cette discrimination procède de différents processus :

- La discrimination par dé-légitimation : ceci concerne les bénéficiaires de l'AME perçus comme des "assistés" dont les soins "coûtent chers aux cotisants". Elle se caractérise par des pratiques administratives abusives²⁷.
- La discrimination directe par différenciation : les personnes sont orientées vers une offre de services ou de soins dérogatoires au droit commun, parfois dans une perspective de discrimination positive.
- Les discriminations indirectes, fruits en particulier d'un croisement entre origine étrangère et précarité. L'exemple donné est celui du tiers payant pour lequel l'AME cristallise les réticences de certains professionnels libéraux de santé. Cette réticence à l'égard d'une disposition administrative affecte indirectement les personnes étrangères pour lesquelles ces professionnels n'avaient pas a priori d'attitude discriminatoire (62).

Nous pouvons également identifier certaines discriminations dans la manière de prendre en charge les patients. Un exemple particulièrement prégnant est celui du temps de consultation accordé par les médecins généralistes à leurs patients selon l'origine socio-professionnelle de ces derniers. Une enquête de la DREES réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux a montré que les patients cadres et professionnels libéraux ont des durées de consultations significativement supérieures à celles des employés, de 5 % en moyenne « toutes choses égales par ailleurs » (et notamment à médecin donné). Ainsi, les consultations durent en moyenne 17 minutes pour un cadre contre 15 minutes pour un ouvrier. Les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles élevées ont probablement moins de distance avec le langage médical, et le dialogue aussi

²⁶ Projet régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

²⁷ Par exemple, lorsque des agents administratifs chargés d'accorder des droits à l'Aide médicale, jugeant la législation applicable aux « assistés étrangers » trop généreuse et vulnérable aux fraudes, imposent des conditions non prévues par la loi telles que le besoin de soins ou accordent des droits réduits (pour moins d'un an ou par bons de soins).

bien médical qu'extra-médical peut être facilité. Les cadres se différencient d'ailleurs encore plus des autres catégories socioprofessionnelles (CSP) pour les consultations traitant de problèmes psychologiques ou psychiatriques avec des durées de séances beaucoup plus longues (+14 %). A contrario, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire ont, toutes choses égales par ailleurs, des durées de séances inférieures de 6 % à celles des autres assurés complémentaires, et également inférieures à celles des « non-assurés complémentaires » (63).

Par ailleurs, les médecins qui ont une forte proportion de cadres supérieurs dans leur clientèle pratiquent des durées de consultations plus longues pour l'ensemble de leurs patients, sans que l'on puisse savoir s'il s'agit d'un effet de sélection lié au médecin (les cadres supérieurs privilégieraient les médecins qui pratiquent des séances longues, particulièrement enclins à expliquer pourquoi ils prescrivent tel acte ou médicament) ou d'une adaptation par les médecins de leur pratique à leur patientèle (les médecins allongeraient la durée des séances de toute leur patientèle pour répondre à l'attente d'une partie de cette dernière).

c. Attitudes et comportements des bénéficiaires vis à vis du soin

Une enquête de l'URIOPSS²⁸ a révélé un important refus de rentrer en démarche de soins (57%) parmi les patients en situation de précarité. Les raisons invoquées sont multiples. Hormis les besoins d'orientation (83%) et d'accompagnement aux rendez-vous médicaux (73%) fortement intriqués aux difficultés administratives déclinées plus haut, nous retrouvons une part importante de déni de la maladie (63%), de sentiment d'angoisse pour effectuer les démarches de santé (73%), la priorisation d'autres difficultés entraînant une moindre attention du patient à ses symptômes et la crainte d'un mauvais diagnostic. Ces éléments constituent des obstacles forts au suivi médical de même que les difficultés de déplacement (49%), la barrière de la langue (53%) et les difficultés culturelles (47%). Ces deux derniers facteurs concernent les personnes migrantes ou les personnes présentant certains déficits sensoriels. D'après le COMEDE, l'état de santé de ces personnes " *est fragilisé par des facteurs de vulnérabilité dont l'association fait la spécificité : traumatisme de l'exil (...), exclusion juridique, administrative et sociale dans le pays d'accueil, difficultés de communication essentiellement d'ordre linguistique. La prise en compte de ces différents facteurs détermine l'efficacité de la prise en charge proposée.*" (64). D'autre part, la méconnaissance des droits (« ce que la CMUC allait prendre en charge ») est un obstacle exprimé par près de 20 % des bénéficiaires de la CMUC qui ont renoncé aux soins dans l'année précédente. (8)

B. 3) Inégalités d'accès primaire et secondaire aux soins, théorie de P. Lombrail

a. Inégalités d'accès primaire aux soins

P. Lombrail évoque les barrières d'accès aux soins développées ci-dessus et le renoncement aux soins qu'elles entraînent. Il les décrit comme responsables d'inégalités d'accès primaire aux soins, c'est à dire, d'inégalités de recours aux soins : « *des inégalités d'accès primaire manifestes existent dans notre pays du fait d'un ensemble de facteurs : méconnaissance du besoin, renoncement de la part des personnes elles-mêmes pour des raisons elles aussi variées et complexes et qui renvoient à des barrières administratives, financières, psychologiques ou culturelles, refus de soins de la part de certains professionnels pour des raisons financières ou idéologiques* » (34).

²⁸ Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

b. Inégalités d'accès secondaire aux soins

Selon P. Lombrail, il existe également des inégalités d'accès secondaire aux soins qui sont plus méconnues et surtout beaucoup moins étudiées (34). L'accès secondaire aux soins correspond ici à l'ensemble des dispositions nécessaires (examens complémentaires, recours aux spécialistes...) pour établir diagnostics et traitements et adapter ceux-ci au long cours. Ces inégalités d'accès secondaire aux soins sont, d'après P. Lombrail, « le résultat de ce que J. Mann appelle la socio-parésie du système de soins ou son incapacité à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé (65). P. Lombrail décrit deux catégories d'inégalités d'accès secondaire aux soins : les inégalités par omission et les inégalités par construction.

Les inégalités par omission sont produites par un fonctionnement du système de santé fondé sur la dominance de soins curatifs et la réponse à la demande individuelle. Ces inégalités ne sont pas intentionnelles et peuvent résulter du fait que le besoin de soins n'est pas identifié ou que son identification ne donne pas lieu à une action. Elles sont le fruit des conditions de la relation entre le professionnel de santé et le patient (non-prises en compte des caractéristiques sociales du patient et des contraintes qu'elles entraînent), mais aussi des conditions d'accueil dans l'établissement (moyens insuffisants pour orienter les patients, les accompagner, absence d'interprétariat...).

Les inégalités par construction sont produites par l'absence de prise en compte des facteurs psycho-sociaux dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales. Ceci peut entraîner une persistance voire une aggravation des inégalités d'accès aux soins. L'exemple le plus concret est celui des recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le traitement de l'hypertension, basées sur une évaluation du risque cardio-vasculaire. Alors que les études démontrent que le risque conféré par certaines caractéristiques psychosociales est aussi important que les facteurs de risques habituels (tabagisme, sédentarité, diabète, dyslipdémie ...), ceux-ci ne sont absolument pas intégrés dans l'équation qui évalue le risque cardio-vasculaire. Nous risquons ainsi une sous-estimation du risque cardio-vasculaire pour les populations présentant des situations psycho-sociales précaires. Cet exemple démontre que l'utilisation d'un modèle uniquement biomédical peut entraîner, par construction, une aggravation des inégalités sociales de santé.

Ainsi, les comportements individuels des personnes en situation de précarité et les barrières institutionnelles, économiques et humaines d'accès aux soins décrites ci-dessus sont très intriqués et entraînent un important renoncement aux soins.

C. Conséquence de ces barrières d'accès : le renoncement aux soins

La notion de renoncement aux soins est souvent utilisée pour quantifier les inégalités d'accès aux soins et les conséquences concrètes des barrières d'accès aux soins développées plus haut. Elle est complémentaire d'autres approches basées sur les mesures effectives de consommation de soins. Nous avons choisi d'analyser le taux de renoncement aux soins actuels pour dresser l'état des lieux de l'accès aux soins. Par ce choix, nous ne prétendons pas être exhaustifs sur ce sujet mais le fait d'aborder ce problème à travers le prisme du renoncement aux soins permet d'aborder multiples facettes de l'accès aux soins et de venir ainsi illustrer les problématiques soulevées dans le paragraphe précédent.

Cependant il est bon de garder à l'esprit que selon C. Desprès « l'analyse du renoncement aux soins pour rendre compte des inégalités sociales de santé demande une vigilance méthodologique et comporte des limites, du fait que le renoncement part d'un besoin identifié par l'individu et qu'il dépend des normes et des attentes relatives à la santé qui sont socialement différenciées » (38).

C. 1) Le renoncement aux soins pour raisons financières

La principale facette du renoncement aux soins est « le renoncement aux soins pour raisons financières » dont nous avons déjà parlé en présentant les barrières d'accès aux soins et qui constitue un bon moyen

d'évaluation des effets de ces barrières. Il existe cependant d'autres types de renoncements aux soins que nous développerons plus bas. Malgré la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique et dont l'objectif n° 33 visait à réduire les obstacles financiers de l'accès aux soins²⁹, de nombreuses personnes continuent à renoncer aux soins et ce, majoritairement pour des raisons financières.

En 2008, une enquête de l'IRDES montre que 16,5 % de la population âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10,7 % de la population concernée) et dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) puis les consultations de médecins généralistes et spécialistes (4 %) (66). Après avoir fortement diminué en 2000 après l'instauration de la CMUC, le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières est en constante augmentation depuis 2002 et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. L'enquête de l'IRDES montre que l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMUC en facilite l'accès (67). Malgré cela, le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est passé de 19,7% à 30% chez les bénéficiaires de la CMUC entre 2005 et 2010 (38). Ce chiffre supérieur à la moyenne nationale s'explique par l'importance non négligeable d'autres déterminants du renoncement aux soins pour raison financière tels que la situation sociale passée, présente ou future, le fait de percevoir sa situation économique plutôt mauvaise que bonne (OR : 1,9) et le fait de se sentir isolé (OR : 1,9)(68).

Il est important de noter également que dans son rapport 2012, l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS) précise que le renoncement aux soins pour raison financière est plus élevé en ZUS que dans d'autres quartiers (23% vs 14%). Les habitants de ZUS sont moins souvent couverts par une complémentaire santé (11,5% des habitants de ZUS n'ont pas de complémentaire contre 4,7% hors ZUS) malgré une proportion plus importante de bénéficiaires de la CMUC (69).

C. 2) Autres facettes du renoncement aux soins

Dans son étude « renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », C. Desprès nous montre que le renoncement aux soins peut prendre deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus (67).

Le renoncement-barrière correspond à « *un environnement de contrainte* » auquel doit faire face l'individu et qui l'empêche d'accéder aux soins désirés. Ces contraintes sont le plus souvent budgétaires et correspondent ainsi au « *renoncement aux soins pour raisons financières* » décrit plus haut, mais il peut également exister d'autres contraintes telles que le renoncement lié à l'organisation et la répartition de l'offre de soins ou encore le renoncement par méconnaissance et le renoncement aux droits sociaux.

Le renoncement-refus est, selon C. Desprès, « *l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins.* » Ce renoncement-refus prend la forme d'un rejet explicite de la médecine conventionnelle chez les personnes plus aisées alors qu'il correspond plutôt à une défiance vis à vis du système de soins pour les catégories sociales vivant dans des conditions de vie précaires. Ainsi, « *la peur de se voir attribuer une identité de malade et des expériences vécues comme humiliantes ou stigmatisantes participent à un évitement des soins* ». Selon C. Desprès, « *afin de préserver leur propre image, les individus se mettent à distance des espaces où ils sont confrontés à des disqualifications, où se jouent des rapports de domination, comme c'est le cas dans un cabinet médical* »

Ces deux formes de renoncement – barrière et refus – sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin.

²⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Objectif n°33 : « Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMUC ».

Conclusion

Ainsi, les obstacles à l'accès aux soins des populations en situation de précarité sont complexes. D'après le Haut comité de santé publique « *Le problème ne réside ni dans la rareté de l'offre, ni dans l'absence de prise en compte administrative, ni dans l'absence de possibilité de recours aux soins. Ce sont plutôt la complexité du système médico-social, l'éclatement des compétences et l'inadaptation du système aux différentes caractéristiques des populations qui constituent autant d'obstacles pour le recours aux soins des populations défavorisées* » (65). P. Larcher reprend cette idée en expliquant qu' « *en voulant pallier à l'urgence, on s'est attelé à l'accès aux soins (...) plutôt que de prendre le problème à la base en s'attendant au traitement des déterminants* ». Ce dernier explique également une aggravation récente et à venir des ISS par le fait « *qu'en à peine cinq ans, à l'exemple de la Grande-Bretagne des années Thatcher, un bouleversement de la législation dans tous les domaines a remis en cause soixante-dix ans d'acquis sociaux et sanitaires* ». Notamment par un accès toujours plus restrictif à la CMUC et à l'AME, par le déremboursement d'un nombre croissant de médicaments, et de manière plus globale, le fait que « *tous les choix faits depuis 2003 montrent que les hommes politiques sont tentés de ne répondre qu'à l'urgence, plus médiatique* » (12). Fort de ce constat, quel peut malgré tout être le rôle du médecin généraliste dans cette lutte contre les ISS ?

III. Le rôle du médecin généraliste dans ce contexte

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, certains auteurs (11) (70) s'accordent pour relativiser l'action possible du système de soins dans la lutte contre les ISS par rapport aux politiques plus globales d'accès aux droits, au logement, à l'emploi ou de répartition des ressources par exemple. On peut donc se demander quel peut être le rôle individuel du médecin face à ces enjeux ? Quelles sont ses responsabilités ? Quelle est sa légitimité ? Après avoir rappelé les principes déontologiques qui régissent notre profession, nous verrons comment, dans sa pratique quotidienne, le médecin généraliste peut participer à cet objectif de santé publique qu'est la lutte contre les ISS.

A. Principes déontologiques régissant la profession

La profession de médecin généraliste est régie par des textes qui sous-tendent l'idée d'une égalité de prise en charge pour tous et définissent le rôle du médecin dans cette prise en charge.

Le serment d'Hippocrate

Prêté le jour de la soutenance de thèse, il contient des préceptes qui restent d'actualité : « *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. [...] Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque* »

Le code de déontologie

Concernant la condition du patient : L'article 7 précise³⁰ que « *le médecin doit écouter, examiner ou conseiller avec la même conscience toutes personnes quels que soient leurs origines, leurs mœurs et leurs*

³⁰ article R.4127-7 du code de la santé publique

situations 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 ».

Relativement aux actions de santé publique, l'article 12 stipule³¹ que « le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. »

Concernant la dignité humaine, l'article 2 du code de déontologie insiste sur l'obligation générale du respect de la vie et de la personne humaine³². Il y ajoute le respect de la dignité qui ne figurait qu'à l'article 35 de l'ancien code (avant 1995). « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine et de la dignité. » L'article 67³³ précise que les médecins « est libre de donner gratuitement ses soins. »

Enfin, concernant la prise en charge sociale des patients, l'article 50³⁴ rappelle que « le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. »

Définition du rôle de médecin généraliste par la WONCA³⁵

La WONCA, l'organisation mondiale des médecins généralistes, précise que la discipline de médecine générale « est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée » et qu' « elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (66)

B. Le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne

B. 1) Les difficultés au quotidien

La prise en charge au quotidien de patients précaires peut parfois poser de tels problèmes que le médecin se trouve démuné ce qui amène parfois un rapport conflictuel avec le patient.

Jaddo, une jeune médecin généraliste en parle très bien dans son blog où elle raconte de manière humoristique parfois cynique ses expériences professionnelles : « Je n'ai pas tant d'énergie à donner, je n'ai pas assez de force vitale pour tous, et j'en crève. [...] La mauvaise malade débarque à 19h sans rendez-vous, avec ses yeux de cocker battu et sa souffrance qui empeste ma salle d'attente. [...] Elle est idiote [...]. Elle n'a pas pris les médicaments parce qu'elle n'avait pas de sous, elle n'a pas le compte-rendu de l'hôpital de sa dernière hospitalisation, elle ne comprend rien [...]. Elle ne pose pas de questions parce qu'elle est trop bête pour en poser, elle ne sait pas répondre aux miennes, elle est sale [...]" (71). Jaddo résume bien ici le découragement et le sentiment de solitude que peuvent ressentir les médecins généralistes, notamment les jeunes, face à des patients qui nécessitent une prise en charge sociale et sanitaire.

³¹ article R.4127-12 du code de la santé publique

³² article R.4127-2 du code de la santé publique

³³ article R.4127-67 du code de la santé publique

³⁴ article R.4127-50 du CSP

³⁵ WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

P. Foucras dans son article « *Un enseignement sur l'exclusion pendant les études médicales* » explique également que la problématique de la précarité se surajoute à la problématique particulière de chaque pathologie. « *Soigner un patient diabétique requiert une formation particulière. Quand ce même patient est à la rue ou a des difficultés d'expression ou de compréhension ou n'a pas de couverture sociale, on se trouve devant des difficultés supplémentaires qui justifient une formation complémentaire* ». Selon lui, « *cet exemple peut être généralisé à l'ensemble des pathologies, même les plus banales : la précarité complique tout* » (72). Dans le livre « *Santé précarité* », B. Elghozi évoque des études réalisées dans les années 90 sur la pratique de la médecine générale qui mettent en avant les difficultés individuelles des médecins dans la prise en charge des patients précaires. Elles révèlent notamment la solitude des médecins généralistes installés en libéral, la nécessité pour les praticiens libéraux de mieux connaître les services sociaux et leurs missions, les cloisonnements interdisciplinaires, le manque d'information sur les droits sociaux, le manque de disponibilité horaire ou financière pour les médecins libéraux rémunérés à l'acte et la méconnaissance réciproque entre acteurs sociaux et sanitaires.

Plus récemment, dans sa thèse intitulée « *Difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en MG* » (73), M. Telliers Muls a mené 15 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Ile de France et a identifié deux profils de médecins généralistes. Ceux qui sont souvent confrontés à la précarité et qui le vivent chacun de manière très différente : « *un défi à relever, une rengaine pénible, une fatalité inévitable ou une expérience passionnante* » et ceux qui, de par leur choix de lieu d'installation ou de fonctionnement (consultation uniquement sur RDV, acupuncture non remboursé) ont limité l'accès aux patients précaires (ce dont ils ne sont pas toujours conscients) et y sont donc très peu confrontés. Elle met surtout en avant l'ambivalence des médecins sur ce sujet. « *Pour les médecins que j'ai rencontrés, la précarité épuise, mais gratifie et valorise. Elle passionne, mais agace. Elle fait peur mais semble plus facile à gérer que l'aisance matérielle et intellectuelle. Prendre en charge des patients en situation de précarité est une évidence, mais demande de l'énergie et de la conviction, et les aides à la prise en charge de ces patients sont injustes, mais réduisent les inégalités.* »

Une autre thèse menée en binôme par I. Laurent et C. Matz a évalué les difficultés de prise en charge des patients précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle (74). Une première étude quantitative sous forme de questionnaires a permis d'identifier trois grands types de difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge des patients précaires : les inégalités d'accès aux soins rendant difficile la prise en charge individuelle des patients précaires, des difficultés dans la relation médecin-patient liées à des représentations négatives des deux côtés et un manque de communication avec les partenaires sociaux et les structures spécialisées lié à la méconnaissance de ces structures par les médecins. La seconde étude qualitative avait pour objectif d'approfondir les données recueillies par questionnaires. Elle a montré que d'après les médecins, les difficultés financières restent le principal frein à l'accès aux soins, que l'expérience facilite la prise en charge des patients précaires et que les patients migrants et âgés sont identifiés comme à plus grand risque de précarité. Les médecins ont également évoqué les différences entre le rural et l'urbain, enfin, d'après eux, les représentations peuvent avoir un effet négatif sur la communication médecin-patient. La confrontation des résultats des deux études a mené I. Laurent et C. Matz à proposer des pistes pour pallier aux difficultés de prise en charge identifiées : une amélioration du travail en réseau et de la formation des médecins, mais aussi plus globalement une réelle volonté politique et une restructuration de la pratique de la médecine générale.

Dans ce contexte se pose la question de la légitimité du paiement à l'acte généralisé à tous les professionnels libéraux et plus récemment aux hôpitaux (T2A) avec la Loi HPST. A pathologie égale, les indicateurs de situation de précarité sont associés à des situations médicales plus complexes et à des durées de séjours majorées qui ne sont pas prises en compte dans le modèle de la T2A (75). De la même manière, en libéral, la non rémunération du temps « hors soins » ne permet pas aux médecins de prendre le temps d'apprécier plus finement les conditions de vie des patients, d'échanger avec d'autres intervenants sanitaires, sociaux, juridiques, ou d'orienter leur pratique vers la prévention et l'éducation thérapeutique. Au final, elle rend difficile la prise en

charge globale du patient. Au quotidien, cela peut engendrer deux types de dysfonctionnements : soit la problématique sociale du patient est ignorée et complètement détachée de sa problématique de santé, le médecin ne s'en occupe pas ; soit le médecin identifie la problématique sociale, se rend compte de son incapacité à la prendre en charge et propose alors le recours à des dispositifs identifiés comme « accueillants » voire « spécifiquement adaptés à la situation » (association, PASS, Urgences hospitalières). Nous assistons alors à une consolidation d'un circuit parallèle, d'une médecine « à deux vitesses » ce qui va à l'encontre des objectifs affichés par les directives ayant instauré la CMUC.

B. 2) Rôle et compétence psychosociale du médecin

Les textes régissant le métier de médecin généraliste présentés ci-dessus sont assez clairs sur le fait qu'une part « sociale » lui incombe puisqu'elle est indissociable de l'état de santé du patient. Ce constat nous invite à questionner le rôle du médecin généraliste dans le contexte plus global de la lutte contre les ISS. Comme nous l'avons vu dans une partie précédente, le rôle du système de santé dans la formation des ISS doit être relativisé au profit des facteurs structureaux ou socio-économique venant en amont de la démarche de soins. Cependant le système de soins a tendance à accentuer les ISS via le principe de *l'inverse care law* énoncé dès 1971 par J.T. Hart. Cette théorie affirme que « *la disponibilité de soins médicaux de bonne qualité tend à varier de manière inversement proportionnelle aux besoins de la population concernée* » (76). D'après P. Lombrail, au niveau individuel, les soins ont un effet plus important sur les populations les plus défavorisées que sur les plus aisés. Ces derniers ont plus facilement accès à d'autres vecteurs de bonne santé tels que l'environnement, l'alimentation et le logement sains ou les liens sociaux solides. A contrario, pour les plus précaires, les soins sont souvent le levier le plus susceptible d'améliorer l'état de santé, les autres ressources étant inaccessibles (9).

Ainsi, les efforts faits sur la disponibilité de soins médicaux de bonne qualité dont parle J. Tudor pourraient avoir des effets positifs sur la santé, de manière directe, par les actions préventives et curatives, et indirectement, par le recouvrement des droits sociaux. C'est en ce sens que le rôle individuel du médecin généraliste est questionné. Par sa position de premier recours dans l'entrée dans le système de soins, le médecin généraliste est le praticien le plus souvent consulté, en particulier par les patients ayant un faible niveau socio-économique. C'est celui qui connaît le mieux les conditions de vie de ses patients. En théorie, l'objectif de la réforme du médecin traitant en 2004, est de donner un rôle de « gatekeeper » (« gardien » du système de soins) au médecin généraliste à l'image de ses confrères européens exerçant dans des pays ayant construit une politique spécifique de lutte contre les ISS (Grande Bretagne, Suède, Pays-Bas). Ainsi, le rôle du médecin est de faire le lien entre les éléments biomédicaux, psychiques passés et présents, et l'environnement social du patient. Dans ce contexte, le médecin généraliste se retrouve en première ligne du système de soin et c'est à lui de repérer les personnes socialement vulnérables. H. Falcoff et P. Flores expriment bien cette idée en décrivant la tâche quotidienne du médecin : « *ajuster les soins aux besoins de santé de chacun, quelle que soit sa position sociale* » (77). Dans sa thèse « *Compétences psychosociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé* », S. Chatelard (78) tente d'identifier les compétences nécessaires à un médecin généraliste dans son interaction avec ses patients pour limiter les ISS. A travers une revue de la littérature, elle met en avant trois principales compétences psychosociales : le repérage des patients vulnérables, la relation d'empathie sans jugement et la collaboration avec des professionnels du champ médico-social. Ainsi, la prise en compte de la dimension psychosociale comprend nombre de compétences que les soignants pourraient développer en plus de leurs compétences biomédicales. Il semble également important que le médecin généraliste ait conscience du poids modéré des facteurs comportementaux dans la santé et de l'importance des autres facteurs (structurels, politiques), sur lesquels il a certes moins d'action, mais qui peuvent l'amener à avoir une meilleure compréhension de l'état de santé de son patient, et à orienter ses actions de prévention (travail, logement...).

En pratique, les médecins généralistes eux-mêmes ont des divergences d'opinion quant à leur mission dans ce domaine. Une thèse qualitative sur les difficultés de prise en charge des patients précaires a retrouvé ces divergences. Certains médecins expliquent qu'appeler une assistante sociale ne rentre pas dans leurs prérogatives, alors que d'autres médecins, notamment les jeunes médecins remplaçants, n'hésitent pas à contacter les services sociaux(74). Une autre étude sur les enjeux éthiques du non recours a montré que la plupart des médecins sont favorables à l'idée d'être des vecteurs notamment en matière d'orientations, de conseils et d'informations sur les droit sociaux, ce qui implique forcément un minimum de connaissance et donc de formation à ce sujet (conseil par rapport à la CMUC, orientation dans différents dispositifs sanitaires ou sociaux présentés plus haut) (79).

De fait, le suivi médical risque de dépendre de la situation socio-économique du patient. La question de l'observance du traitement, de la réalisation d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés proposés par le médecin généraliste peut être confrontée à la situation notamment économique du patient. Le fait d'être informé de ces problématiques peut impliquer une adaptation des prescriptions médicales ou du type d'orientation qui peut éviter une angoisse et une exclusion du système de soins pour le patient (79).

B. 3) Les solutions proposées

Lors de nos recherches bibliographiques, nous avons retrouvé dans plusieurs articles ou thèses des propositions faites aux médecins pour améliorer leurs prises en charge des patients en situation de précarité. Ces propositions d'adaptation des pratiques vis-à-vis des patients précaires ne représentent qu'une partie de cette lutte contre les ISS puisque la notion même d'inégalité sociale de santé est présente tout au long de l'échelle sociale et ne concerne donc pas uniquement les patients précaires.

a. En consultation

L'importance de la communication

Le fait de comprendre et de se faire comprendre constitue un élément essentiel dans la prise en charge de tout patient. Concernant les patients plus vulnérables socialement, par exemple les patient migrants, Julien Salle rappelle dans sa thèse l'importance de l'écoute, de la reconnaissance, de l'empathie des soignants en amont de tout apport médical et par la suite, de la compréhension du diagnostic et des prescriptions permettant un meilleur suivi (80). Le rapport des assises du conseil national de l'ordre des médecins s'exprime à ce sujet en expliquant que « *savoir communiquer exige et suppose tout au moins une connaissance d'un milieu différent, d'un comportement qui ne peut s'expliquer que par un long passé de souffrance et de misère difficile à exprimer* » (81). Rappelons que malgré le consensus général sur la nécessité de l'interprétariat professionnel, l'accès à celui-ci est pour l'instant impossible en cabinet de médecine générale pour des raisons financières.

Pour tenter d'améliorer la communication entre médecin et patient, certains chercheurs ont proposé de rendre plus actif le patient en lui proposant de remplir des questionnaires préparatoires à la consultation en salle d'attente, en lisant une brochure d'informations ou encore une note signée de son médecin l'incitant à poser des questions pendant la consultation. D'autres études ont incité le médecin à prendre connaissance de questionnaires remplis par les patients avant la consultation. Une revue de la littérature relative à ces interventions « d'activation » des patients ou des médecins montre que plus de la moitié des interventions ont des effets positifs sur l'anxiété et l'état fonctionnel des patients. Il faut également souligner le caractère très peu coûteux de ces interventions (82).

Nécessité de recueillir des informations sociales sur le patient

Même en l'absence de demande explicite de la part du patient, il est indispensable de prendre le temps de s'enquérir de ses conditions de vie (couverture maladie, travail, ressources, famille, réseau social). Lorsque le patient est précaire ou dans une situation sociale compliquée, le temps de consultation peut être fortement allongé, soit, comme nous l'avons vu plus haut, parce que l'état de santé du patient est souvent moins bon que celui de la population générale, soit parce que la communication est plus difficile ou encore parce que la problématique sociale doit être prise en charge. Cette nécessité d'avoir plus de temps de consultation est à mettre en perspective avec les pratiques actuelles des professionnels libéraux qui paradoxalement consacrent moins de temps aux patients issus des catégories socio-professionnelles plus basses.

La commission des assises de l'ordre des médecins parle de « *décrypter la précarité notamment dans les cas limites (...) en sachant que la misère n'est pas toujours dans la rue mais parfois plus difficile à détecter à l'intérieur des maisons* » (81). Ceci peut permettre au médecin généraliste d'informer au mieux le patient sur ses droits et sur les procédures à suivre pour les obtenir. Le score EPICES (cf. annexe n°5, page 245) a été créé par les Centres d'Examens de Santé (CES) de l'assurance maladie pour permettre un repérage plus pertinent des populations en difficulté. Il est composé de 11 questions binaires et pondérées. Le total des coefficients détermine un score allant de 0 (pas de vulnérabilité) à 100 (vulnérabilité maximale) et le seuil discriminant les personnes socialement vulnérables est établi à 30. Les questions de ce score faisant intervenir des données déclaratives et subjectives permettent d'identifier des personnes socialement vulnérables qui ne l'étaient pas lorsque l'on se basait uniquement sur des critères socio-administratifs. Le risque psycho-social est alors évalué et des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence entre le score EPICES, certains modes de vie, le niveau d'accès aux soins et l'état de santé. Ce score assez complexe ne peut être utilisé systématiquement durant les consultations de médecine générale.

Le fait de recueillir la position sociale du patient peut permettre au médecin d'adapter la prise en charge préventive ou curative aux risques et vulnérabilités spécifiques de la personne. Cette adaptation fait partie, selon P. Flores et H. Falcoff, des mesures indispensables à adopter en médecine générale pour réduire autant que possible les inégalités sociales de santé (77). Le médecin peut, par exemple, être vigilant à prescrire dans la mesure du possible, des traitements remboursés par la Sécurité Sociale. De la même manière lors de l'adressage à des spécialistes, il doit d'assurer que ces derniers ne fassent pas de dépassement d'honoraire pouvant mettre le patient dans des difficultés financières. Cette vigilance quotidienne limite les barrières d'accès aux soins décrites précédemment. L'organisation du cabinet peut également favoriser ou limiter l'accès aux soins. L'absence ou le retard aux rendez-vous est l'un des principaux reproches faits régulièrement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Si le rendez-vous constitue un confort pour le médecin et certains patients, il peut également représenter un réel obstacle à l'accès aux soins pour des raisons techniques (pas de téléphone), linguistiques (nécessité de parler le français) ou organisationnelles. En effet, certains patients vivent au jour le jour, attachés à survivre et il leur est difficile de se projeter suffisamment dans l'avenir pour prendre rendez-vous. Selon P. Foucras, il est donc important que les médecins soient conscients de ces difficultés et dans ce contexte, il semble préférable de préserver des plages de consultations sans rendez-vous (83).

Ouverture et compréhension

Dans sa thèse sur les représentations de la maladie chez les migrants, S. Decamp explique l'importance d'une ouverture d'esprit de la part des médecins généralistes pour ne pas rester imperméable à des symptômes « inexplicables » ou des plaintes paraissant incongrues aux modes de pensée et démarches diagnostiques occidentaux. Cette remarque peut également s'appliquer à tous les patients qui de par leur origine ou culture différentes peuvent parfois interroger, voire dérouter le médecin et la connaissance qu'il a engrangé pendant ses dix années d'étude. Jaddo l'exprime très bien dans l'histoire suivante (71) :

« Oh mon dieu, ça s'trouve, je suis raciste (...) J'ai fini par redouter la femme arabe de cinquante ans. Je la voyais dans la salle d'attente que je la détestais déjà. Elle parle trois mots et demi de français. Des fois, pour me faire plaisir, elle ramène quelqu'un qui en parle quatre et qui fera office de traducteur. Elle est trop malade. Trop trop trop malade. Le chaud. Ca fait le chaud tout là tout là, jusque-là dessus la tête. (...) Le pied gauche le genou gauche (...) le sein gauche la tête et au-dessus de la tête. Oui oui, elle a chaud au-dessus de la tête. Cherchez pas. Et puis elle a les fourmis la nuit, (...). Et puis des fois elle a un trait sur le front, au milieu, et ça fait pffffff au milieu du front, (...). Elle me répète la même chose, toujours. Elle est obèse, inexaminable. Elle met une bonne demi-heure à enlever ses 54 couches de vêtements. Elle m'appelle « ma fille » en souriant, merci merci ma fille.(...). La chaudière hémicorporelle gauche avec paresthésies et pffffffiouterie du front, moi, je connais pas. Quand j'essaie de décomposer, de rationaliser, de m'obliger à ne pas caser tout de suite tout ça dans la case « Elle me les brise », j'attrape des sueurs froides. Tumeur cérébrale, dysthyroïdie, AVC, tuberculose, (...), maladie systémique bizarre avec symptômes à la con... Tout s'embrouille. Ca peut n'être rien, ça peut être tout, et je ne comprends rien à ce qu'elle me raconte (...). Plus je ne comprends rien et plus je lui en veux. Plus je lui en veux et plus je deviens agressive. Plus je deviens agressive, plus je deviens mauvaise. Plus je deviens mauvaise, plus je m'en veux. Plus je m'en veux, plus je lui en veux, et la boucle est bouclée.(...) La honte. Il doit y avoir un truc culturel. Auquel je ne suis pas habituée. Les occidentaux, ils sont gentils et disciplinés. Ils ont le bon goût d'avoir des lombalgies, ou des colopathies. Des trucs dont j'ai entendu parler à la fac, et que je traite à grands coups faciles de médicaments probablement inadaptés mais recommandés noir sur blanc dans mes jolis cours.(...). Et je pense qu'il y a des tas de symptômes occidentaux qui sont du même ordre que la chaudière, sauf qu'on a appris à les mettre derrière des mots, des diagnostics et des traitements bien établis. Et que du coup, je suis probablement aussi mauvaise avec eux, sans même le savoir. Ce qui est peut-être encore pire. Perturbant, vraiment. »

Ainsi, la perception des symptômes dans toutes les civilisations, y compris dans la nôtre, est faite d'une part de rationnel (expliqué par la science) et d'une part d'irrationnel, et ces deux systèmes coexistent de manière plus cohérente que ce que nous pourrions imaginer. Sans demander à tous les médecins de devenir anthropologues ou de connaître les représentations de la santé propre à chaque patient, il est important selon S. Decamp, « que chaque soignant puisse se décentrer de ses normes morales, sociales et culturelles pour se recentrer sur celles du patient. Ceci est possible en étant à l'écoute, en étant ouvert à l'échange et en prenant le temps » (84). Le fait d'être conscient et curieux des différences de représentation tout en restant dans le rapport soignant-soigné peut permettre de mieux comprendre les réactions parfois déroutantes (85).

Toutefois, lorsque le lien est difficile à établir, la médiation en santé peut avoir un réel effet bénéfique aux deux partis. Le CFMSP³⁶ définit cette profession en expliquant que « le médiateur santé est le chaînon manquant dans le système de soin. C'est un facilitateur, une passerelle, un lien privilégié pour l'accès aux soins et à la prévention, entre un public vulnérable et les acteurs, les dispositifs et les institutions sanitaires et sociales. C'est un pont de compréhension entre des mondes différents » (86). Ainsi, la médiation contribue à la lutte contre les inégalités sociales de santé et apporte des solutions pratiques visant à renforcer l'autonomie des personnes et à modifier le regard et les pratiques des professionnels. Plus globalement, selon O. Bouchaud, Professeur de médecine infectieuse à Paris, la relation médecin-malade est sans doute trop exclusive et l'intervention multidisciplinaire de professionnels non médicaux (médiation, consultation d'observance par exemple) devrait émerger à l'avenir comme une nécessité pour tous les patients suivis pour maladie chronique (85). Il existe à Marseille plusieurs médiateurs en santé (au CODES 13)³⁷, dans des centres sociaux, à l'AP-HM travaillant dans les

³⁶ Collectif Français de la Médiation en Santé Publique

³⁷ Comité Départemental d'Éducation pour la Santé

EMPP³⁸ intervenant dans différents quartiers de la ville mais étant malheureusement peu connus des professionnels de santé.

Ne pas devenir « précaritologue »

Dès 1999, les assises du conseil de l'ordre des médecins proposent des solutions concrètes dans la démarche de soins des médecins pour améliorer la prise en charge des patients précaires. Ainsi, elle met l'accent sur l'accueil en précisant son importance en termes « *d'acte de resocialisation et de respect dû à tout malade* » (81).

Selon P. Foucras, la prise en charge des patients précaires ne doit pas devenir une spécialité, elle doit au contraire être exemplaire et servir de modèle pour tous les patients afin d'éviter une stigmatisation des patients précaires et une médecine à deux vitesses avec perte du principe éthique impératif d'équité. D'autre part, ce sont surtout les ONG qui, jusqu'à présent, se sont investies dans la santé des populations précaires et le fait d'inciter les patients à les consulter risque d'entraîner une déresponsabilisation de l'Etat et des institutions vis à vis de cette population. Les associations elles-mêmes, telles que Médecin du Monde, sont dans une remise en question permanente pour ne pas se substituer au droit commun. Ainsi selon P. Foucras, il faut à tout prix s'éloigner du registre de la vocation à soigner des précaires, et encore plus du « *sacerdoce* ». « *Le moteur de l'action doit être la raison, ou l'éthique, pas l'émotion ou la charité. Les populations précaires souffrent trop d'engagements à leur côté qui ne sont dictés que par la seule émotion. C'est également la seule garantie pour que le médecin ne s'arrête pas quand il ne « ressentira plus rien* » (87).

b. A un niveau plus collectif

Travailler en réseau

La demande des patients précaires est souvent multiple, associant demande de soins, de soutien, d'aide à l'accès aux soins, de conseil social, juridique ou administratif. Le parcours du combattant que représente toutes ces démarches rend la tâche souvent impossible aux patients et le médecin généraliste est souvent en première ligne. Comme nous le montre le modèle des déterminants de santé développé plus haut, l'accès aux droits et plus généralement au logement, à l'emploi, ou à des aides sociales, aura souvent plus d'effet sur la santé que toute autre action de prévention ou de soins. Ces demandes dépassent très largement les connaissances et capacités du médecin même formé et informé et il faut même éviter, selon P. Foucras que le soignant tente de « *tout faire* » pour « *apaiser ses angoisses* ». Encore une fois, il ne doit pas s'agir de charité mais plutôt d'une prise de conscience du contexte social, administratif et une connaissance de ses propres limites.

Fort de ce constat, le médecin peut alors se trouver au centre d'un réseau multidisciplinaire, incluant les compétences d'autres professionnels sociaux, psychologiques ou sanitaires. Cela commence par exemple par le fait de connaître personnellement les assistantes sociales du secteur, les structures sanitaires et sociales voisines. Les réseaux de soins peuvent être informels, faits de lien progressivement noués entre différents professionnels ou institutions. Il est également possible de faire partie d'un « *réseau de santé* » au sens défini par le code de santé publique (article L6321-1). L'organisation en réseau implique à la fois une transdisciplinarité et un décloisonnement des modes d'exercices ou chaque professionnel apporte ses compétences spécifiques de manière complémentaire. Dans sa thèse présentée en 2011, A. Aubry propose la création d'un réseau Médecine de ville-PASS. Elle démontre que l'isolement et le manque de connaissance des établissements médico-sociaux et des associations sont les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes de ville dans la prise en charge des patients précaires. D'après son étude, 77% des médecins interrogés ne connaissent pas la PASS et après explication, la moitié d'entre eux seraient intéressés par la mise en place d'un réseau médecin de ville-PASS.(88)

³⁸ Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

Malheureusement ce système de réseaux reste fragile et nombre disparaissent du fait de la démotivation de leurs membres qui se lassent du temps donné et perdu à la recherche de financements instables.

Structures d'exercice coordonné

La médecine de groupe en soins ambulatoires, souvent appelée soins primaires, est fortement développée à l'étranger dans des pays tels que la Finlande, la Suède, les Pays-Bas ou le Royaume-Uni. Parmi les objectifs affichés de l'exercice coordonné, on relève d'une part une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système et, d'autre part, l'évolution de la demande et de l'offre de soins : augmentation de la demande de soins dans un contexte de baisse de la densité médicale, nécessité d'une meilleure coordination des soins, recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants...

En France, ce regroupement de professionnels de santé est beaucoup moins développé mais la loi HPST³⁹ de juillet 2009 a mis en évidence les enjeux liés à une meilleure structuration de l'offre de premier recours et a prévu le développement des structures d'exercice coordonné. Ainsi, la circulaire du 27 juillet 2010 a défini les conditions de mise en œuvre d'un plan de déploiement de 250 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Dans ce contexte, la Région PACA a lancé en février 2011 son dispositif « Maisons régionales de la santé ». Il permet de soutenir l'installation de structures sanitaires regroupant des professionnels médicaux autour d'objectifs de santé publique. L'objectif de ces dispositifs est de proposer une continuité du service public et de l'offre de soins, notamment dans certains quartiers urbains en difficultés et dans certains territoires ruraux. Les projets des Maisons régionales de santé sont portés par les intercommunalités, les regroupements de professionnels médicaux et paramédicaux, les centres de santé, l'hôpital public, les associations ainsi que les réseaux de santé. Cette organisation en exercice coordonné peut permettre une prise en charge plus globale des patients par l'intermédiaire du partage des dossiers ou de réunions de coordination pluridisciplinaire. Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) basés sur une rémunération de certains actes au forfait sont en expérimentation à l'heure actuelle dans plusieurs maisons médicales. Ils visent à permettre une rémunération des temps d'éducation thérapeutique, de coordination, de réunions nécessaires à tout travail en collaboration. Cependant ce mode d'exercice restant majoritairement libéral en France n'aura d'efficacité sur le plan de la lutte contre les Inégalités Sociales de santé que si les professionnels intégrés dans ces dispositifs ont une vraie volonté de travailler en ce sens notamment en libérant du temps de travail pour un réel exercice coordonné.

Lutte collective contre les ISS

Le médecin généraliste, dans le processus de lutte contre les ISS, peut venir en complément des politiques plus globales (agissant sur les facteurs structureux et politiques), en étant témoin ou même acteur social ou politique, pour plaider au niveau public en faveur de l'accès aux soins et de l'équité du système. H. Falcoff s'est questionné sur ce que pouvaient faire les médecins généralistes au niveau collectif. Il déplore que « *la plupart des médecins se sentent responsables de l'acte de soin qu'ils délivrent, et non de la qualité de la prise en charge d'un segment de la population* » (89). Pourtant, dans d'autres pays tels que le Royaume Uni, les Pays-Bas ou la Suède, l'organisation du système de soins permet de prendre appui sur la médecine de première ligne pour relayer des politiques de réduction des inégalités : les soins primaires sont structurés et les professionnels ont déjà, au-delà du colloque singulier avec le malade, une responsabilité vis-à-vis de la population desservie, ce qui permet d'envisager des stratégies d'action en direction de groupes défavorisés. H. Falcoff déplore l'absence de formation sur le sujet lors de la formation médicale initiale mais également dans les thèmes prioritaires du développement professionnel continu des médecins généralistes. Il propose également de réfléchir sur l'élaboration de recommandations sur la mesure et l'enregistrement de la position sociale des patients en routine en médecine générale ainsi que sur la création de logiciels informatiques médicaux adaptés à ces recueils de données. Selon lui,

³⁹ Loi « Hôpital Patient Santé Territoire ». Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

« les médecins généralistes doivent montrer leur volonté collective de jouer un rôle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé » (89).

Seul, le médecin généraliste ne peut donc régler tous les problèmes. L'action doit être plurielle entre professionnels socio-sanitaires, les institutions et les décideurs. Cependant certains comportements individuels ou modes d'organisation peuvent créer une ambiance propice à une prise en charge plus globale des patients pouvant favoriser l'équité d'accès aux soins sous toutes ses formes.

IV. Représentations des internes à propos des patients en situation de précarité

Notre travail bibliographique nous a menés à un constat : la représentation que se fait le professionnel de santé du patient, et particulièrement du patient précaire peut influencer sa manière de le soigner.

A. Travaux menés aux Etats-Unis sur les représentations des étudiants en médecine vis-à-vis des patients en situation de précarité

Les principales études portant sur les représentations des étudiants en médecine vis-à-vis des patients en situation de précarité sont américaines. L'une d'elle, réalisée en 2006, analyse l'opinion de 770 étudiants en médecine américains (équivalent externes) quant à l'instauration d'une couverture santé universelle et démontre que 90% d'entre eux adhèrent au fait que n'importe quel américain doit pouvoir recevoir des soins corrects indépendamment de ses possibilités financières (90). Cette étude, contrairement aux études citées précédemment, telles que le testing téléphonique effectué pour évaluer le refus de soins, pose la question de manière abstraite sans évoquer les moyens à mettre en œuvre pour y arriver. Elle fait donc plutôt appel aux représentations générales relatives à une population en difficulté plutôt qu'à un jugement sur un dispositif tel que la CMUC, son fonctionnement et ses ayants droits.

Une seconde étude réalisée en 2004 compare les perceptions des inégalités de santé entre les étudiants (n=789) en médecine, les médecins (n=2608), et la population générale (n=3884). Elle montre que plus de 70% des répondants estiment que les patients sont traités de façon inégale en fonction de leur statut d'assurés ou non. Les étudiants en médecine de première année sont plus sensibles aux inégalités de santé que les quatrièmes années, eux même plus sensible que les médecins (91). D'autres études analysent les facteurs qui influencent ces représentations. Une revue de la littérature effectuée sur ce sujet par D.Wear à l'université de Ohio aux Etats-Unis en juillet 2008 a retrouvé plus de cinquante articles américains sur le sujet, ce qui monte bien l'intérêt des Etats-Unis sur ces problématiques (92). L'analyse de ces multiples articles a mis en avant les principaux facteurs influençant les représentations des étudiants : le sexe de l'étudiant, son année d'étude, son origine ethnique et socio-économique, et le programme et l'organisation de ses études.

Le sexe de l'étudiant

Ainsi, d'après la littérature, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à vouloir travailler avec les populations défavorisées (92). Elles sont plus sensibles aux inégalités sociales de santé, c'est à dire plus conscientes de leurs existences (91), et font preuve de plus d'empathie⁴⁰(93). Enfin, elles deviennent moins cyniques au fil des années d'études (94) et choisissent en plus grand nombre les spécialités à fort contact humain (93) comparé à leurs homologues masculins.

⁴⁰ L'empathie a été évaluée dans cette étude grâce au BEES (Balanced Emotional Empathy Scale), questionnaire comportant 30 items évaluant l'empathie.

L'avancée dans le cursus des études médicales

Par rapport à l'évolution des représentations pendant le cursus universitaire, plusieurs articles montrent qu'au fil des années, les étudiants en médecine sont de moins en moins enclins à travailler avec les populations défavorisées, et de plus en plus cyniques (94). Leur sensibilité vis à vis des inégalités sociales de santé ainsi que leur empathie diminuent au fil des années (91) (93), particulièrement lorsqu'ils sont des hommes et qu'ils ont choisi des spécialités considérées comme favorisant peu les contacts humains (chirurgie et orthopédie). Selon un autre article (95), les étudiants en médecine deviendraient, en avançant dans le cursus, de moins en moins critiques et sévères dans leur jugement vis-à-vis des médecins qui fraudent dans le cadre de Medicare⁴¹ et Medicaid⁴².

Les hypothèses pour expliquer cela sont multiples : Tous d'abord une des études (90) a comparé les représentations entre les étudiants de première et de quatrième année. Le premier contact avec des patients défavorisés survenant lors des premiers stages en troisième ou quatrième année, celui-ci pourrait expliquer la dégradation des représentations. Le phénomène d'acculturation⁴³ est également proposé comme hypothèse explicative à ce phénomène (91). Ainsi, les étudiants plus âgés et les médecins sont moins disposés que les jeunes et la population générale à attribuer les inégalités de santé à une discrimination dans la prise en charge par leurs pairs et par le système de santé auquel ils appartiennent. Une autre étude émet l'hypothèse que le contexte de sélection, de stress et de concurrence au cours des années d'études favorise la « préservation » de soi et l'égoïsme, et pourrait expliquer une diminution de l'empathie des étudiants au fil des années (93).

L'origine ethnique et socioculturelle de l'étudiant

Les étudiants issus de minorités ethniques sont plus sensibles aux ISS (91). L'hypothèse étant que les représentations chez les professionnels de santé seraient d'autant plus positives que le patient appartient au même groupe social que lui (96).

Cette revue de la littérature (92) évoque également le parti politique de l'étudiant comme étant un facteur majeur. Ainsi, le conservatisme qui a tendance à rendre responsable chaque personne de ce qui lui arrive, entraînerait des représentations plus négatives des populations précaires. Plus les étudiants jugent les patients défavorisés responsables de ce qui leur arrive, plus leurs représentations vis à vis desdits patients se dégradent. La montée du conservatisme au fur et à mesure des études médicales démontrée dans cet article peut donc expliquer la dégradation des représentations au fil des études (97).

L'organisation et le programme des études médicales

La revue de la littérature effectuée par D. Wear évoque l'organisation et le programme des études médicales comme étant un facteur pouvant influencer fortement les représentations des futurs professionnels de santé (92). En effet, l'une de ses principales conclusions est que la confrontation des étudiants en médecine avec des publics précaires entraîne une diminution de leur empathie et de leur sensibilité aux problématiques sociales. Ces résultats questionnent l'encadrement des étudiants en médecine sur ces problématiques, tant sur le plan pratique que théorique et nous verrons dans la partie « discussion » que plusieurs expériences menées aux Etats-Unis auprès des étudiants en médecine ont déjà montré leur influence sur les représentations des futurs médecins.

⁴¹ Medicare : créé en 1950 et géré au niveau fédéral, ce dispositif permet une prise en charge partielle des soins des personnes résidant aux Etats-Unis de plus de 65 ans ou gravement handicapées sans conditions de ressources.

⁴² Medicaid : créé en 1960 et géré au niveau des différents états, ce dispositif apporte une aide aux familles avec enfants, aux personnes âgées et aux personnes handicapées, sous conditions de ressources.

⁴³ Acculturation : Processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit. (Mucchi. *Sc. soc.* 1969).

B. Travaux menés en France sur les représentations des internes de médecine générale vis-à-vis des patients en situation de précarité

Deux travaux d'internes en médecine générale ont récemment étudié les représentations des internes de médecine générale vis à vis des populations précaires.

Dans sa thèse présentée en 2010 à Paris, Julien Salle a évalué les connaissances et représentations des internes de médecine générale d'Ile de France sur la vulnérabilité, l'accès aux soins et la santé des migrants en séjours précaires (80). L'analyse des 291 questionnaires remplis par les internes lui a permis d'identifier d'importantes lacunes théoriques sur l'accès aux soins, en particulier sur le dispositif de l'AME et la santé des migrants. L'étude de J. Salle évoque un lien entre ces méconnaissances et l'émergence de pratiques à la source d'obstacles majeurs à l'accès aux soins. Ainsi, un interne sur cinq pense qu'il est possible de refuser de recevoir en consultation un patient parce qu'il est bénéficiaire de l'AME. D'autre part, les internes partagent de nombreuses représentations négatives sur les bénéficiaires de l'AME : un cinquième des internes accusent ceux-ci de surconsommation, d'abus ou de fraude. Ces affirmations émanent en majorité d'internes en fin de cursus, le catalyseur semblant être le stage ambulatoire en médecine générale. Ce travail émet finalement l'hypothèse selon laquelle la prise en charge des populations migrantes, si elle n'est pas préparée par des acquis théoriques précoces peut entraîner un sentiment d'échec ou d'incompréhension chez les jeunes médecins et favoriser ainsi le rejet voire le refus de soins.

Une autre thèse présentée par L. Petitcollot en Janvier 2011 à Paris a évalué les représentations des internes en médecine générale d'Ile de France vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC ainsi que les facteurs pouvant influencer ces représentations (98). L'analyse des 220 questionnaires a permis d'identifier chez les internes des représentations négatives portant notamment sur une suspicion de fraudes et d'abus assez important de la part des patients bénéficiaires de la CMUC. Cette dernière est considérée par les internes comme étant un dispositif nécessaire mais ils restent réticents au tiers-payant intégral qui entraîne selon eux une déresponsabilisation du patient. Le sexe de l'étudiant paraît être, comme dans la littérature, un facteur influençant fortement les représentations, les femmes ayant tendance à avoir des représentations plus « positives » des patients bénéficiaires de la CMUC. L'image que garde l'interne de son premier contact avec un patient bénéficiaire de la CMUC semble être un facteur influençant grandement les représentations. Ainsi, un premier souvenir globalement positif augmenterait la probabilité d'avoir dans le futur une représentation positive de ces patients et inversement. Cette étude met donc en avant l'importance de l'accompagnement de l'interne lors de ses stages hospitaliers et surtout en ville par un maître de stage ayant une attitude positive vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC.

Ainsi, dans chacune de ces études, en France ou aux Etats-Unis, la connaissance théorique ou l'expérience de terrain semble pouvoir influencer les représentations des internes et indirectement leurs postures futures de médecins généralistes vis à vis des patients en situation de précarité. A travers ce résultat, c'est la formation de ces futurs professionnels de santé qui est questionnée.

V. Etat des lieux de la formation des étudiants en médecine français sur le sujet des inégalités sociales de santé et de l'accès aux soins des personnes socialement vulnérables

A. Premier et second cycle des études médicales

Il est difficile de savoir exactement en quelle mesure les étudiants en médecine français sont formés sur le sujet de l'accès aux soins, de la précarité en santé et plus globalement sur le sujet des inégalités sociales de santé. En effet, chaque université élabore ses propres programmes de cours (nombre d'heures consacrées à chaque sujet, modalités de formation...), guidée par un programme national. Le programme des Epreuves Nationales Classantes comporte 345 items correspondant à des objectifs de compétences à acquérir avant la fin de la sixième année d'étude et le début de l'internat. Un seul item concerne notre problématique pourtant assez large, c'est l'item n° 46 intitulé « *Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation. Mesure de protection* » et qui a pour objectif de « *Savoir évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité* ». Le sujet de l'accès aux droits et des inégalités sociales de santé peut également, selon les facultés, être abordés dans les trois items suivants :

- N°13 : Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux.
- N°14 : Protection sociale. Consommation médicale et Économie de la santé
- N°71 : Mesure de l'état de santé de la population.

Une recherche sur Internet non exhaustive sur les sites des différentes facultés de médecine de France nous permet de constater que des cours sur l'item n° 46 sont proposés dans une grande partie des universités aux étudiants en médecine de premier ou deuxième cycle sous forme de cours magistraux durant 1h30 à 2h. Ils sont en majorité obligatoires et parfois intégrés dans des modules optionnels. Nous retrouvons par exemple un cours obligatoire à Toulouse « *Sujet en situation de précarité, facteur de risque et évaluation* » ou encore à Strasbourg et Lyon, dans le cadre d'un module « *maturation et vulnérabilité* ». Il est intéressant de noter que cette notion de sujet en situation de précarité est souvent abordée sous un autre angle. Par exemple, à Rouen, le cours dispensé sur l'item n° 46 s'intitule « *sujet en situation de précarité et travail* ». Il a pour objectif de « *connaître les relations bilatérales entre travail et précarité et de savoir aider un sujet en situation de précarité en termes de retour au travail* ». A Marseille, il existe en P2 un module obligatoire « *Santé, société, humanité* » sous la responsabilité du Professeur Le Coz qui aborde notamment lors d'un cours magistral de 2h dispensé par le Professeur Delmont, la relation du médecin avec le patient migrant. Ce module comporte 20 heures de cours et aborde également des sujets tels que la bioéthique ou la relation médecin-malade. En D4, le Professeur Gerbeaux présente un enseignement dirigé⁴⁴ obligatoire de 1h30 ayant pour titre l'item n°46 : « *Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation. Mesures de protection sociale. Morbidité et comorbidité : diagnostic, complications et traitement.* »

Notons qu'aucun item ni module n'aborde spécifiquement la problématique de inégalités sociales de santé au cours du deuxième cycle des études médicales, ceci s'explique probablement par le fait que ce sujet n'existe pas dans les programmes nationaux de formation.

⁴⁴ Les étudiants sont répartis dans des groupes de 60 personnes environ

B. Troisième cycle des études médicales

Sur les 38 facultés de médecine françaises, nous n'avons pas trouvé beaucoup de facultés proposant un enseignement sur ce sujet lors du troisième cycle des études médicales. C'est pourtant à ce moment que l'étudiant est confronté de manière plus directe à des problématiques sociales lors de ses stages aux urgences ou chez le médecin généraliste.

L'université de Paris Descartes propose un séminaire sur « *les inégalités de santé et la précarité* ». L'université de Paris Pierre et Marie Curie propose un cours de 2h sur la précarité et les inégalités sociales de santé. A Angers, une journée complète est dispensée sur le thème « *santé et précarité* » de manière optionnelle. A Bordeaux, le module 4 aborde le sujet de la précarité et de l'exclusion et à Nancy, le séminaire 23 pose la question de la prise en charge des patients migrants et/ou précaires. A Toulouse, les modules ont pour titre des situations cliniques et l'un des 16 modules de cours théorique s'intitule « *Patient migrant accompagné s'exprimant mal en français.* » Nous n'avons pas trouvé de cours traitant de près ou de loin le sujet de la précarité, l'accès aux soins ou des inégalités sociales de santé sur les sites Internet des autres facultés mais nous ne prétendons pas être exhaustives sur le sujet. En effet, il est possible que certains enseignements existent mais ne soit pas accessibles sur Internet. Nous avons également été confrontés à la nécessité de disposer d'un code d'accès pour pouvoir consulter les programmes d'enseignement de troisième cycle comme par exemple sur le site de la faculté de Nantes.

Nous avons rencontré les représentants des internes de 23 facultés de médecine de France lors d'un conseil d'administration de l'ISNAR-IMG⁴⁵. Nous leur avons posé la question de la formation proposée dans leur faculté sur le sujet des inégalités sociales de santé ou sur la santé des patients précaires. Sur les 23 représentants des internes, 16 ont répondu à notre question et parmi eux, 6 représentants ont confirmé l'existence d'un cours sur ces sujets dans le programme d'enseignement du troisième cycle de leur faculté : Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Nantes, Nancy, Angers, Toulouse. Les cours dispensés dans ces facultés durent 4h à 8h et portent sur les inégalités sociales de santé ou plus spécifiquement sur les patients migrants ou en situation de précarité. Dix représentants ont confirmé l'absence de cours sur le sujet dans leur faculté (Tours, Strasbourg, Rouen, Rennes, Marseille, Lyon, Limoges, Lille, Grenoble, Amiens). Ainsi, en intégrant les informations obtenues à cette occasion aux données recueillies sur internet, nous n'avons pu confirmer l'existence d'enseignement à ce sujet que dans 9 facultés sur les 38 facultés de médecine de France.

Depuis quelques années, en partenariat notamment avec Médecins du Monde et avec les services de santé publique des facultés concernées, des Diplômes Universitaires (DU) ou Inter-Universitaire intitulés « santé, précarité, solidarité » ont vu le jour dans plusieurs facultés de médecine de France. A l'heure actuelle, les facultés de Clermont Ferrand, Grenoble, Lille, Strasbourg-Nancy, Montpellier, Bordeaux et Paris Descartes proposent de tel DU. Les notions de santé publique, vulnérabilité, pathologie spécifique de la précarité, d'accès aux soins des populations précaires, de travail en réseaux y sont abordées. Les enseignements sont généralement dispensés en collaboration avec des associations locales et des institutions investies dans la santé et l'accès aux soins des patients précaires.

On peut noter également un « DU Santé, maladie, soins, médiation et culture » proposé par l'université Paris Descartes qui apporte un éclairage sur les représentations culturelles de la santé et de la maladie avec pour objectif de proposer des repères pour des actions de promotion de la santé et contribuer à un meilleur accueil et soins des réfugiés de France et d'Europe.

⁴⁵ ISNAR-IMG : inter Syndical National Autonome Représentative Interne de Médecine Générale.

Cette mise en contexte nous permet de constater que la lutte contre les ISS est nécessaire. Dans cette lutte, le système de santé à un rôle modéré mais non négligeable, ce qui engage indirectement la responsabilité du médecin généraliste. La compétence psycho sociale du médecin est donc questionné et par là, la formation des futurs professionnels de santé. Par l'enquête qui va suivre, nous tentons de savoir comment les internes se situent face à la problématique des inégalités sociales de santé. C'est à dire, si ils ont les outils nécessaires pour « contribuer à la solution », en tentant de ne pas aggraver les inégalités de santé ou si, au contraire, les difficultés rencontrés dans la pratiques et des représentations négatives partagées sur les bénéficiaires de la CMUC pourraient les amener à « faire partie du problème ».

PARTIE 2 - L'ENQUETE

I. Matériel et méthode

Nous avons choisi d'explorer les connaissances et les représentations des internes sur les patients précaires, notamment les bénéficiaires de la CMUC au moyen d'une analyse qualitative et quantitative. Cette thèse est la première à proposer une analyse de ce type. En effet les thèses précédentes réalisées sur des thèmes proches proposaient une analyse quantitative sur les connaissances et les représentations des internes vis-à-vis des bénéficiaires de l'AME (80) et de la CMUC (98), ou qualitative sur les représentations des médecins français vis à vis des patients en situation de précarité.

A. Objectifs des deux enquêtes

Notre recherche poursuit cinq objectifs qui correspondent aux cinq parties de l'analyse.

Objectifs principaux :

Il s'agit d'identifier les besoins de formation des internes quant à la prise en charge des patients vulnérables, en soins primaires, à travers une évaluation de leurs connaissances et représentations sur ce sujet. Les objectifs sont déclinés selon les trois formes suivantes :

- Evaluer les connaissances des internes sur les inégalités sociales de santé, et les déterminants de santé (partie 1 de l'analyse thématique).
- Mesurer également leurs connaissances sur les dispositifs d'accès aux soins, notamment la CMUC (partie 2).
- Recueillir les représentations sociales qu'ont les internes des patients précaires et en particulier mettre en évidence leurs « représentations négatives ». Identifier les causes possibles de ces « représentations négatives » (partie 3).

Objectifs secondaires :

- Identifier les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la prise en charge des patients en situation de précarité et leur avis sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients (partie 4).
- Recueillir leur avis quant à la formation sur ce sujet. Identifier l'intérêt des internes et leurs souhaits de formation sur cette problématique (partie 5).

Afin d'explorer ces différents thèmes nous avons choisi d'utiliser deux approches différentes : une qualitative et une quantitative. Si l'étude statistique nous a permis de confirmer certaines de nos hypothèses de départ concernant les connaissances des internes (nous développerons les résultats plus loin), elle n'a apporté qu'une ébauche de réponses sur les représentations des internes vis à vis des patients en situation de précarité ou des bénéficiaires de la CMUC. La partie qualitative a permis d'illustrer et d'affiner les résultats du questionnaire afin de mieux analyser les connaissances des internes et de mieux comprendre la construction de leurs logiques représentationnelles. Nous avons notamment cherché les liens entre les différentes dimensions étudiées (connaissances, représentations, opinions, pratiques). Cela nous a également permis d'explorer de nouveaux thèmes qui n'avaient pas été identifiés dans le questionnaire.

Ces deux méthodes sont complémentaires, c'est pourquoi les données analysées dans ces deux volets de l'enquête sont présentées de manière conjointe afin que chaque nouvelle information tirée par exemple de l'étude quantitative puisse être approfondie ou illustrée par des éléments de l'enquête qualitative et inversement.

Notre travail de recherche s'est déroulé avec l'aide méthodologique et théorique de deux membres du laboratoire de santé publique du Professeur Sambuc, Nathalie Pedinielli, sociologue, et Alexandre Daguzan, psycho-sociologue.

B. Hypothèses

Au terme de leur formation, les internes de médecine générale n'ont pas assez d'outils (connaissances théoriques et pratiques) pour prendre en charge, en soins primaires, les publics les plus précaires. Les internes ont de mauvaises connaissances sur le sujet (CMUC, ISS), ce qui les met en difficulté dans la pratique et crée chez eux un sentiment d'échec et d'impuissance, faisant émerger des représentations négatives sur ces publics précarisés.

Figure 3 - Schéma des hypothèses de départ



Voici la description de la réalisation des deux volets de notre enquête.

C. Etude quantitative

C. 1) Réalisation du questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire de 4 pages, composé de 29 questions ouvertes ou fermées. Pour une présentation plus compréhensible, nous vous présentons ci-dessous des regroupements de questions triés par dimension (données biographiques / connaissances / représentations / opinions) différente de la version papier distribuée aux internes où les questions étaient regroupées par thématique pour une lecture plus fluide (cf. annexe n°2 page 233). Le questionnaire a abordé les dimensions suivantes :

- Caractéristiques biographiques et socioprofessionnelles des internes.
- Connaissances sur le dispositif CMUC, les inégalités sociales de santé, et les dispositifs d'accès aux soins.
- Représentations sur des personnes en situation de précarité/ bénéficiaires de la CMUC.
- Opinions sur l'accès aux soins, et sur leurs formations initiales à ce sujet.

01. Les données biographiques sur les internes interrogés : données socio-économiques et biographiques

La première partie du questionnaire comporte deux objectifs. Le premier est de décrire notre échantillon de manière socio-démographique. Le second est de recueillir des variables qui pourraient être des facteurs influençant les connaissances ou les représentations.

- 1°) Sexe
- 2°) Age
- 3°) Taille de la ville dont vous êtes originaire ?
- 4°) Quel est le niveau d'étude de vos parents ?
- 5°) Avez-vous une mutuelle ?

Les questions n°3 et 4 sont des variables visant à étudier le milieu social d'origine à travers le niveau d'études des parents, et la taille de la ville d'origine. Nous avons proposé la question n°5 car nous nous sommes demandé si le fait d'avoir ou non une mutuelle pouvait influencer les connaissances ou les représentations des internes.

- 6°) En quel semestre êtes vous ?
- 7°) Cochez les stages que vous avez déjà validés ou en cours

Nous cherchions à savoir à travers les questions n°6 et n° 7 si l'avancée dans le cursus ou les différents stages réalisés pouvaient être des facteurs influençant le niveau de connaissance ou les représentations des internes. Nous avons porté une attention particulière aux stages d'urgences et à la maîtrise de stage où la confrontation avec la précarité peut être importante. Le stage chez le praticien est un facteur influençant significativement les représentations selon le travail de thèse de J. Sallé sur l'Aide Médicale d'Etat (80).

- 8°) Vers quel type d'exercice vous destinez vous ?

En questionnant les internes sur leurs souhaits d'exercice, libéral ou hospitalier en particulier, nous cherchions d'éventuels facteurs prédictifs d'une posture différente vis-à-vis de l'accès aux soins.

- 9°) Connaissez-vous dans votre entourage proche des personnes qui bénéficient de la CMUC?
- 24°) A quelle fréquence estimez-vous avoir vu des patients bénéficiant de la CMUC ?

A travers les questions n° 9 et n° 24 nous voulions mesurer si la distance à l'objet d'étude (patient bénéficiaires de la CMUC) dans le cadre personnel (Q9) ou professionnel (Q24) influence les représentations des futurs médecins.

Les différentes variables recueillies ici telles que le sexe, la distance à l'objet ou encore l'avancée dans le cursus ont été retrouvées comme pouvant parfois influencer les connaissances ou représentations des internes dans les travaux de J. Salle et L Petitcollot. Nous avons souhaité formuler les mêmes questions pour savoir si notre étude confirmait ces tendances. Nous verrons lors de l'analyse des résultats si nos conclusions sont comparables.

02. Les connaissances des internes sur le dispositif CMUC, les inégalités sociales de santé et les dispositifs d'accès aux soins

Les connaissances des internes sur le dispositif CMUC

A travers trois questions, nous avons évalué les connaissances des internes sur des notions élémentaires de la CMUC.

- 11°) La CMUC-C, donne droit à :

Plusieurs réponses possibles.

- Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 1.
- Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 2.
- La prise en charge des dépassements d'honoraires.
- La prise en charge du forfait hospitalier.

La question n°11 porte sur les droits auxquels donne accès la CMUC.⁴⁶

12°) Vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC-C, un médecin libéral en secteur 2 :

Plusieurs réponses possibles.

- Peut refuser de les voir en consultation.
- Doit accepter de les voir en consultation.
- Peut leur demander un dépassement d'honoraires
- Ne doit pas leur demander un dépassement d'honoraires.

La question n°12 est plus pratique et porte sur les devoirs des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la CMUC. Elle étudie les connaissances des internes sur la pratique des dépassements d'honoraires et l'accès aux consultations ambulatoires des bénéficiaires de la CMUC, l'objectif étant de déceler un risque futur de refus de soins.

13°) Une personne seule est éligible à la CMUC-C si elle gagne (en revenu net) moins de :

Une seule réponse possible.

- 475€ / mois
- 650€ / mois
- 950€ / mois
- 1 050€ / mois
- Ne sais pas

Dans la question n°13 nous testons les internes sur une des modalités d'accès à la CMUC. Nous avons choisi celle qui nous semble la plus importante à connaître pour orienter des patients : le revenu en dessous duquel un bénéficiaire est éligible, appelé « le seuil CMUC ». Les différentes valeurs proposées n'ont pas été choisies arbitrairement, elles correspondent à des seuils de minima sociaux en 2012 :

- 475€ correspond au RSA socle sans aide au logement (99).
- 650€ correspond au seuil CMUC, qui s'élève plus précisément à 661€/mois, soit 7 934€ sur les 12 derniers mois. Ce montant correspond à 40 % du salaire médian (99).
- 950€ correspond au seuil de pauvreté, calculé à 60 % du revenu médian qui s'élève plus précisément à 964 euros en 2010 (100).
- 1 050€ correspond au SMIC mensuel net en mars 2012, dont le montant exact est 1 098 € (101).

Les questions n°11 et n°12 sont, assez similaires à celle du questionnaire élaboré par L. Petitcollot dans sa thèse (98) portant sur les connaissances des internes parisiens sur ce sujet. Nous espérons ainsi pouvoir comparer nos résultats. Ces trois questions étaient plutôt théoriques, mais savoir y répondre est nécessaire pour permettre aux futurs médecins d'orienter correctement des patients dans le système de soins.

Les connaissances des internes sur les inégalités sociales de santé

Trois questions explorent ce champ de connaissance :

14°) A votre avis, quel est le seuil de pauvreté en France pour une personne seule ?

Une seule réponse possible.

- 475€ /mois
- 650€/mois
- 950€/mois
- 1 050€/mois
- Ne sais pas

⁴⁶ Il aurait été intéressant de tester les internes sur les modalités de remboursement des prothèses dentaires et lunettes, étant donné que ce sont les 2 catégories de soins qui entraînent le plus de renoncement, excepté chez les bénéficiaires de la CMUC. Nous avons préféré questionner les internes sur la prise en charge du forfait hospitalier, car cette disposition pouvait leur être plus familière.

Dans la question n°14, nous testons la connaissance sur une donnée d'économie générale, le seuil de pauvreté que l'on comparera avec la connaissance du seuil CMUC. Cette question peut aussi être analysée sous l'angle de la représentation, puisqu'elle peut aussi signifier « à partir de quel niveau de revenu est-on pauvre ? ».

18°) Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France ?

Une seule réponse possible.

- Oui, le cadre vit 7 ans de plus. Oui, le cadre vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 2,5 ans de plus. Oui, l'ouvrier vit 7 ans de plus.
- Non, il n'y a pas de différence d'espérance de vie entre les catégories socio-professionnelles.
- Ne sais pas.

La question n°18, étudie les connaissances portant sur un des indicateurs majeurs des inégalités sociales de santé : la différence d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles.

19°) Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou faits sociaux touchent différemment les personnes, selon leurs niveaux socio-économiques.

Pour chaque pathologie ci-dessous, sélectionnez la population la plus touchée selon vous. Cochez une case par ligne.

	Personnes à haut niveau socio-économique	Personnes à faible niveau socio-économique	Toutes personnes	Ne sais pas
Diabète		×		
Cancer du col de l'utérus		×		
Cancer du sein	×			
Violence familiale			×	
Maladie cardio-vasculaire		×		
Carries dentaires		×		

La question n°19, évalue les connaissances des internes en matière de prévalence de maladie selon les classes sociales. Nous avons choisi le diabète et les maladies cardio-vasculaires, qui sont des maladies dites de « surcharge », mais touchant paradoxalement plus fréquemment les pauvres dans les pays industrialisés. Il était intéressant de tester les connaissances des internes concernant la santé bucco dentaire, étant donné que c'est un fait plus connu du grand public. Nous avons sélectionné le cancer du col de l'utérus, en raison de l'intérêt de son dépistage précoce, le manque de prévention étant un facteur explicatif des inégalités de santé. Le cancer du sein est l'une des seules pathologies qui touchent plus fréquemment les classes favorisées (cf. page 15) et nous voulions savoir si cette notion est acquise par les internes. Enfin, nous souhaitons évaluer à travers le dernier item si la croyance du lien entre violence conjugale et milieu défavorisé est encore une représentation partagée chez les futurs médecins.

Les scores connaissances

Lors de l'analyse des résultats, nous avons élaboré deux scores de connaissances: l'un sur la CMUC avec les questions n°11, 12, et 13 et l'autre sur les ISS (Inégalité sociale de santé) avec les questions n°14, 18, et 19. Ces deux scores sont les principaux critères de jugement de l'étude. Nous avons cherché secondairement des facteurs influençant ces deux scores en confrontant les résultats avec différentes variables (données biographiques des internes et questions évaluant les représentations des internes).

Les connaissances des internes sur les dispositifs d'accès aux soins

Trois questions apprécient la conscience et la connaissance des internes sur les difficultés d'accès aux soins.

20°) Certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières

Cochez la réponse qui vous semble la plus juste.

- C'est un fait observé aux Etats Unis mais pas en France où nous avons le système de santé n°1 selon l'OMS.
- C'est un fait observé en France surtout lorsque les personnes n'ont pas de mutuelle.
- C'est un fait observé en France principalement lorsque les médecins demandent un dépassement d'honoraires. (secteur 2).

A travers la question n° 20, nous cherchions à savoir si les internes ont conscience du phénomène de « renoncement aux soins », et d'un de ces facteurs principaux : l'accès à une complémentaire santé.

22°) A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aux personnes migrantes arrivées récemment sur le territoire.
- Aux personnes sans sécurité sociale.
- Aux personnes qui bénéficient de la CMUC.
- Aux personnes qui bénéficient de l'AME.
- Ne sais pas.

23°) Où se trouvent les PASS à Marseille ?

Les questions n°22 et n°23 sont complémentaires et évaluent la connaissance par les internes du dispositif des PASS, plus de 10 ans après la parution de la loi qui les a créées, et 5 ans après l'ouverture à Marseille d'une PASS médico-sociale en (juillet 2007).

03. Les représentations des internes sur les bénéficiaires de la CMUC

Notre troisième objectif est d'explorer les représentations des internes et nous l'avons fait à travers trois interrogations lors de notre étude par questionnaire. Rappelons que cette étude, et notamment cette partie explorant les représentations, est approfondie par une étude qualitative par entretiens que nous développons plus bas.

10°) Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiaires de la CMUC », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

La question n°10 est une question ouverte. Nous avons utilisé la technique de l'évocation ou association libre, très utilisé en psychologie sociale : il s'agit de demander aux enquêtés de noter un certains nombres de mots (ou phrases) qui leur viennent à l'esprit lorsqu'on évoque un sujet donné, et d'analyser le corpus lexical obtenu pour en dégager les caractéristiques des représentations sociales dont il témoigne. Selon J.C. Abric : « *Il permet d'accéder rapidement aux éléments qui constituent l'univers sémantique de l'objet étudié, sans avoir, comme dans un entretien, à passer par une quantité importante de production discursive* ». (102) C'est pourquoi elle nous a principalement servi à évaluer les représentations des internes. Pour l'analyser, nous avons au préalable effectué un travail d'appariement de termes. Nous avons ainsi dégagé les douze mots les plus cités, que nous avons ensuite regroupés en trois thèmes principaux. Pour les mots moins fréquemment cités, nous avons effectué un regroupement thématique.

15°) En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606€, contre 1580€ pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

La question n°15 est une question ouverte, inspirée de la thèse de J. Sallé (80). Elle a pour objectif d'évaluer d'une part si les internes évoquent les inégalités sociales de santé pour tenter d'expliquer cette consommation plus importante et d'autre part, d'évaluer la diffusion des a priori courants sur les bénéficiaires du tiers payant chez les internes (abus, surconsommation, fraude...). Cette question pouvait également faire émerger des liens directs ou indirects entre la situation des bénéficiaires de la CMUC (mode de vie, facteur de risques, mode de consommation de soins...) et leur santé, autrement appelés déterminants de santé. Les réponses à la question n°15 sont très riches ; nous les avons analysées sous deux angles : sous l'angle quantitatif afin d'évaluer

en quelle mesure les internes sont conscients des inégalités sociales de santé, puis plus finement sous l'angle qualitatif afin d'analyser les connaissances des internes sur les déterminants de santé.

17°) Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Qu'en pensez vous ?

La question n°17 est une question fermée. C'est un QCM, où les internes expriment leur avis sur des comportements des patients bénéficiaires de la CMUC « connotés péjorativement ». Cette question vise à évaluer l'importance que les étudiants accordent à ces a priori qui confèrent à ces patients une « mauvaise réputation ».

Il était important de proposer une question fermée sur ce sujet assez controversé pour permettre aux personnes qui craignent d'être reprobées en affichant leur opinion, de s'exprimer. En évoquant certains faits souvent reprochés aux patients bénéficiaires de la CMUC dans le questionnaire nous avons pris le risque de leur donner de la légitimité, mais ce risque était nécessaire. Comme le font les sondeurs sur un sujet sensible, c'est le seul moyen de mesurer la présence d'a priori négatifs sur les patient CMUC (103). Il s'agit dans cette question d'évaluer les attitudes des futurs médecins face à ces patients, et donc d'envisager le climat dans lequel pourrait se dérouler une consultation avec des patients bénéficiaires de la CMUC.

Concernant le choix et la rédaction de chaque proposition, nous avons cherché à rassembler les idées reçues que nous avons entendues au cours de nos études et de nos stages, qu'elles émanent des médecins ou des étudiants. L'avantage de faire partie de notre objet d'échantillon, est que nous avons pu recueillir la palette des catégories mentales et des mots utilisés par des personnes dont le profil social correspond à celui des individus de l'échantillon de l'enquête. Puis nous les avons croisé avec les propositions utilisées dans la thèse de L. Petitcollot (98), ou l'enquête de C. Desprès (104), pour en faire une sélection des plus pertinentes pour approcher la subjectivité des étudiants. Nous avons retenu les 4 propositions suivantes :

- Comportement irrespectueux pendant la consultation
- Exigence particulière de traitement ou d'examen
- Consommation excessive de médicaments
- Fraudes plus importantes

Les deux premiers items peuvent être considérés comme « subjectifs », car il n'existe pas à ce jour d'étude objectivant ces comportements. Les deux derniers items sont vérifiables par des rapports statistiques et correspondent à des faits erronés comme nous le détaillerons plus loin. En plus du décompte de réponses attribuées à chaque item nous avons réalisé un score de la question n°17 afin d'effectuer des analyses croisées sur les représentations négatives des internes et rechercher ainsi les facteurs pouvant influencer ces représentations. Nous avons ainsi attribué des scores allant de 0/4 à 4/4 selon le nombre d'item coché par l'interne. Par exemple, un score de 0/4 signifie que l'interne ne partage aucune des représentations proposées dans la question.

Nous avons ensuite cherché si la maîtrise de stage pouvait être à l'origine de ces représentations négatives sur les bénéficiaires de la CMUC comme le suggéraient les résultats de la thèse de L. Petitcollot et de J. Sallé. Nous avons donc demandé aux internes quelle était l'attitude de leur maître de stage, vis à vis des patients bénéficiaires de la CMUC, par une question fermée complétée d'une question ouverte.

25°) D'après vous, quelle attitude avait généralement votre maître de stage vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC-C?

Une seule réponse possible.

- Attitude négative Attitude neutre Attitude positive Pas d'opinion

26°) Expliquez pourquoi vous avez eu la sensation qu'il/elle avait une telle attitude vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC?

04. Les opinions des internes sur le tiers-payant et la prise en charge à 100%

Dans un quatrième temps, nous avons souhaité éclairer nos données sur les représentations et les connaissances des internes en leur demandant leurs avis et opinions sur ces sujets.

16°) Diriez-vous, pour chaque type de patients suivants, que la prise en charge à 100% est ou serait justifiée :

Cochez une case par ligne

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'opinion
Patients en ALD (Affection Longue Durée)					
Patients bénéficiant de la CMUC-C					
Patients âgés touchant le « Minimum Vieillesse »					
Mineurs (-18ans)					
Patients en Accident du Travail / Maladie Professionnelle					
Tous les patients					

Dans cette question, nous voulions évaluer la légitimité qu'accordent les internes à la prise en charge à 100% pour les patients bénéficiaires de la CMUC par rapport à d'autres situations sociales :

- Les personnes âgées en situation de pauvreté (ASPA = Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées),
- Les personnes atteintes de maladies chroniques (ALD),
- Les personnes victimes d'Accidents du Travail ou de Maladies professionnelles (AT/MP),

Nous avons également questionné l'avis des internes quand à l'idée d'une prise en charge à 100% pour les mineurs ou à une prise en charge universelle.

Rappelons qu'actuellement le taux de prise en charge des soins par la sécurité sociale se situe pour la population générale à 77% du coût des soins et que la prise en charge à 100% est réservée aux patients en ALD, aux accidentés du travail (ou maladies professionnelle) et aux bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME (sous certaines conditions) (105).

21°) Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) en consultation chez son médecin ?

Une seule réponse possible.

- Il déresponsabilise le patient.
- Il permet aux patients de se soigner plus facilement.
- Il incite à la surconsommation de soins.
- Pas d'opinion.

A travers la question n°21, nous souhaitons que les internes donnent leur avis sur le principal effet du tiers payant : c'est pourquoi nous n'avons pas mis de case « sans opinion » et qu'il ne fallait cocher qu'une seule case, bien que les trois positions soient justifiables.

05. Les opinions des internes sur leur formation initiale et leur attente sur ce sujet

27°) Où considérez-vous avoir le plus appris sur la CMUC?

28°) Vous sentez-vous assez formé sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé ?

29°) Iriez-vous à un module du DUMG sur ce thème médico-social si celui-ci comptait comme un module validant par la fac ?

Dans cette dernière partie nous cherchions à identifier l'origine des connaissances des internes sur la CMUC (question n°27), s'ils se sentent assez formés (question n°28), et s'ils s'inscriraient à un module de formation initiale sur cette thématique (question n°29).

C. 2) Distribution du questionnaire, et description de l'échantillon

Nous avons distribué notre questionnaire lors de la journée de choix de stage des internes qui a eu lieu le 19 Mars 2012. Cette journée regroupe tous les internes de médecine générale le même jour sur un même lieu. La distribution a été accompagnée de brèves explications orales individuelles qui expliquaient le sujet global de notre thèse et incitaient les internes à remplir le questionnaire.

01. Le taux de réponses

Il y avait en Mars 2012, 411 internes en médecine générale inscrits à Marseille. 400 questionnaires ont été imprimés, 362 questionnaires ont été distribués lors du choix et 243 ont été restitués -tous étaient exploitables- soit 67% des questionnaires distribués.

Certains internes n'étaient pas présents le jour des choix. En effet 16 internes étaient en disponibilité lors du semestre suivant et 26 internes étaient déjà sélectionnés pour réaliser un SASPAS. Il est également possible de faire des procurations lorsque l'interne n'est pas disponible ce jour là. Nous ne connaissons pas le nombre de procurations utilisées ce jour là ni le nombre d'internes physiquement présents à cette journée mais nous savons que les internes en fin de cursus ont moins tendance à se déplacer pour ces journées de choix. Afin de rattraper le faible taux de réponses, en particulier chez les internes de troisième année (disponibilité, SASPAS ou procuration), nous leur avons envoyé un mail. Cela nous a permis de récolter 7 questionnaires de plus et ainsi d'atteindre les 250 questionnaires, soit un taux de réponse total de **60,8%** sur la population totale d'internes de médecine générale de Marseille.

02. Accueil réservé au questionnaire

Le jour du choix, trois autres internes distribuaient des questionnaires pour leur thèse. Les internes enquêtés étaient donc déjà très sollicités, ce qui a probablement contribué à diminuer le taux de réponses.

La proportion satisfaisante de questionnaires rendus et intégralement remplis semble démontrer l'intérêt porté à notre étude. Au vu du contexte assez stressant de choix de stage et du grand nombre de questionnaires proposés ce jour-là, l'accueil réservé à notre questionnaire a été assez variable d'un interne à l'autre. Lors de la distribution des questionnaires, nous avons proposé aux internes de nous donner leur adresse mail afin de recevoir les corrections des questions (cf. Annexe n°3 page 238) et 75 internes, soit 33% des 243 ayant rempli le questionnaire l'ont fait. Ces internes ont démontré un intérêt manifeste. D'autre part, 182 internes, soit 72% de l'échantillon, ont répondu à la question ouverte ce qui nous paraît assez positif au vu de la longueur assez conséquente de notre questionnaire et du contexte explicité plus haut de cette journée de recueil de données.

À la fin du questionnaire, une plage était disponible pour que les sondés puissent s'exprimer plus librement. Voici quelques-unes des annotations que nous avons recueillies :

Certains insistaient sur leur intérêt pour le sujet :

« Je suis intéressée par les réponses ! »
« Thème très intéressant et pour ma part je regrette qu'il n'y ait aucun stage à la PASS !!... »
« Merci de faire une thèse sur le sujet! Trop peu de gens de mon entourage touchés ou simplement au courant des personnes n'ayant pas accès aussi facilement qu'eux aux soins, parce que même si la santé est censée être gratuite en France, il y a quand même des disparités selon les revenus... »

Certains donnaient leur avis sur la qualité du questionnaire :

« Questionnaire bien réalisé » « Questionnaire trop long »

D'autres poursuivaient leur réflexion :

« On juge peut-être trop vite sans savoir la réalité des choses mais je pense que le système français est pas mal, il n'y a qu'à voir les FFI étrangers qui disent "quel beau pays!" »
« Pour le 100% sur le principe mais en pratique, l'être humain profite toujours des situations ... »

Certaines remarques témoignent que certains ont répondu avec moins de sérieux :

« Allez l'OM »

Comme le confirme Julien pendant l'entretien :

N°10 « On a répondu au questionnaire ensemble donc ça a été bien rigolo, « boukan, boukan, boukan » ... on a répondu avec un peu d'ironie, je sais pas si tu les as déjà lu? (...) Ben tu en as des sacrément drôles hein. »

Cette dernière remarque - slogan politique - reflète la perception du caractère politique du sujet.

« La FRANCE on l'aime ou on la quitte »

03. Analyse du questionnaire

Les données ont été reportées sur Excel puis analysées avec le logiciel SPSS. Les comparaisons de résultats au sein de populations différentes ont été réalisées par une méthode statistique de comparaison de deux pourcentages observés sur deux échantillons à savoir le calcul du khi2 puis la lecture du degré de signification p.

D. Etude qualitative

D. 1) Objectifs

Si l'étude statistique nous a permis de confirmer certaines de nos hypothèses de départ concernant les connaissances des internes (nous développerons les résultats ultérieurement), elle n'a apporté qu'une ébauche de réponse sur les représentations des internes vis à vis des patients en situation de précarité ou des bénéficiaires de la CMUC. Nous avons donc, dans un deuxième temps conduit une étude qualitative, avec comme objectifs d'illustrer et de préciser nos résultats de l'étude par questionnaire, nous avons notamment cherché à préciser les liens entre les différentes dimensions étudiées (connaissances, représentations, opinions, pratiques).

Nous nous sommes particulièrement attachées à :

- déterminer la façon dont les internes envisagent leur rôle de médecin généraliste dans un contexte socio-économique difficile,
- identifier les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients en situation de précarité,
- recueillir leur avis et leurs propositions quant à la formation à ce sujet.

D. 2) Matériel

01. Le choix du type d'enquête « de l'apprentie médecin à l'apprentie chercheuse »

Afin d'approfondir les résultats obtenus grâce à l'analyse de nos questionnaires et pour comprendre les logiques sous-tendant ces résultats, découvrir de nouveaux thèmes qui n'avaient pas été anticipés lors de la construction du questionnaire, nous avons eu recours à des entretiens. Cette technique de choix des enquêtes qualitatives est plus adaptée à l'approche de la subjectivité et des représentations des internes. Nous souhaitons, par le dialogue avec les internes, questionner les représentations de nos pairs. En effet, la pratique médicale, comme celle de tout autre acteur social, n'est pas exempte de normes et les représentations des soignants jouent dans leur manière de pratiquer leur métier. Plus que la connaissance objective, c'est la subjectivité de l'interne qui nous intéressait ici. Il est établi qu'elle intervient dans le soin à travers divers déterminants : émotions, désirs, personnalités, caractères, classes, cultures (106).

Notre travail méthodologique en tant que personne est d'être enquêteur en terrain connu. Nous sommes le sujet de notre étude, et nous nous sommes constituées au moment de l'enquête en tant qu'apprenties chercheuses. Le premier travail méthodologique a donc été de mettre à distance ce qui constitue l'objet de notre travail, pour que « la chercheuse » puisse se les réapproprier avec la « rigueur » nécessaire. Nous avons ainsi réalisé une enquête

de distanciation (lorsque l'enquêteur rend compte d'un univers auquel il appartient), par opposition à une enquête de dépaysement (lorsque l'enquêteur découvre un univers qui lui est étranger) (107).

Le choix d'effectuer des entretiens individuels nous a paru plus judicieux que celui d'entretiens de groupe (ou focus groupe), autre méthode utilisée dans les études qualitatives. Le sujet, étant potentiellement sensible car portant sur des opinions ou des représentations, nous avons souhaité recueillir le plus librement possible le discours des internes et éviter ainsi que l'expression soit limitée par l'autocensure et la peur du jugement de ses pairs. Le caractère semi-directif des entretiens s'est imposé à nous puisque notre étude quantitative avait déjà orienté les points que nous souhaitions approfondir et que l'entretien libre nous paraissait dans ce contexte trop incertain dans son déroulement.

Le thème des inégalités sociales de santé est une question d'actualité, un sujet clairement politique tandis que le thème du refus de soins est sujet à polémique. Selon Y. Jaffré, « *l'engagement anthropologique peut ainsi revêtir un sens éminemment politique, pour autant qu'il demeure une modalité relationnelle, un effort, un doute méthodique, une tentative de suspendre le jugement* » (108). Nous avons ainsi tenté de réaliser une production scientifique, neutre et objective.

02. Guide d'entretien

Le canevas regroupe différents axes de questionnements. Dans la majorité des cas, l'entretien s'est déroulé de la façon suivante. Dans un premier temps nous faisons connaissance avec l'interne interviewé : son parcours personnel et médical... Puis nous entrons dans le sujet en lui demandant de citer cinq mots lui évoquant la précarité. Nous posons ensuite une question générale pour que l'interlocuteur se sente à l'aise et oublie le magnétophone. Nous invitons l'interne à se remémorer des situations cliniques dans sa pratique professionnelle avec des patients en difficulté sociale. Ce n'est qu'une fois bien introduit dans le sujet que nous l'invitons à se projeter dans les situations de consultation pour décrire ses attitudes et se prononcer sur certains aspects plus polémiques. Les différents sujets sont abordés selon le déroulement de l'entretien, sans ordre particulier, parfois de façon spontanée par l'interviewé. Certains thèmes ne sont parfois pas abordés du tout, si l'interviewé ne semble pas prêt à en parler (109). Des relances spécifiques étaient prévues, sortes de questions emblématiques que nous avons essayé de poser systématiquement (elles figurent en majuscule dans le guide d'entretien). Les autres questions correspondaient plutôt à un rappel des différents thèmes à aborder. L'intégralité du guide d'entretien est à retrouver en annexe n°4 (Cf. page 243). Nous avons retranscrit puis analysé successivement chaque entretien. Nous avons ainsi progressé dans l'analyse au fur et à mesure que nous progressions dans la réalisation des entretiens. Cela nous a amené à modifier légèrement notre canevas originel.

03. Protocole d'enquête

Terrain choisi, population étudiée

Nous avons interviewé les internes en médecine de la faculté de Marseille inscrits au semestre d'hiver 2011- 2012. Le seul critère d'exclusion retenu est le fait que l'interne nous connaisse personnellement toutes les deux. Les entretiens se sont déroulés en mai et juin 2012.

Recrutement

Dans notre population d'étude, l'objectif était de couvrir la variété potentielle des profils (connaissances, représentations, et opinions les plus diverses). La notion de représentativité statistique ne s'applique pas dans ce cadre méthodologique. En effet, un des fondements de la recherche qualitative est qu'un signe unique peut faire sens (110). Nous verrons que certains étudiants aux parcours atypiques fournissent des éclairages plus pertinents que les logiques dominantes dans les discours des autres étudiants. D'après Bajos « *en sociologie (...) les minorités statistiques recèlent sous une forme concentrée des trésors de propriétés sociales qui informent davantage sur la structure du système, la logique de son fonctionnement... l'insignifiant statistique est sociologiquement*

significatif» (111). Construire un échantillon représentatif au sens statistique du terme amènerait à avoir peu de cas particuliers (110). Pour construire notre échantillon caractéristique, nous avons essayé d’avoir des parcours diversifiés afin de prendre en compte un maximum d’informations diverses. Ainsi, nous obtenons une représentativité de la variété des postures qui nous permet de généraliser nos résultats.

Nous nous sommes tout d’abord donc intéressées aux variables déjà identifiées dans les études comme influençant les représentations de ces derniers (cf. page 47) : le sexe, la formation au sens large, l’année d’étude, l’origine ethnique et socioculturelle. Nous avons également ajouté quelques variables qui nous semblaient importantes aux vues de nos hypothèses de résultats.

De faite, nous avons veillé à nous entretenir avec au moins :

- 2 internes de sexe masculin.
- 1 interne de chaque promotion, 1 interne en SASPAS.
- 1 interne issu d’un milieu non aisé et 1 interne dont un des parents est issu du milieu médical.
- 1 interne intéressé par un poste d’enseignant-chercheur (CCU⁴⁷).
- 1 interne ayant une formation classique, et 1 interne ayant eu un parcours de formation plus atypique.
- 1 interne ayant réalisé un stage dans un lieu de soins qui reçoit spécifiquement des personnes en situation de précarité.

Dans un premier temps, nous avons contacté par mail les internes de manière aléatoire. A partir de la liste d’internes triée par ordre alphabétique, nous avons sélectionné un nom toutes les 20 lignes en excluant les internes que nous connaissions. Nous avons ensuite envoyé un mail aux 20 internes sélectionnés en leur proposant de participer à notre interview. Très peu d’internes ont été réceptifs à notre mail (2 internes seulement ont accepté de nous rencontrer) et nous avons dû changer de méthode de recrutement en utilisant la méthode dite « boule de neige », c’est-à-dire en demandant aux internes interviewés ou à des internes que nous connaissions s’ils avaient des connaissances susceptibles d’accepter de participer à notre enquête. Nous avons également dû réaliser des entretiens avec des internes que l’une de nous connaissait personnellement mais nous sommes restées vigilantes à ce que celle qui réalise l’entretien soit celle qui ne les connaissait pas.

Méthode de recrutement	Numéro d'entretien
Par connaissance proche	1, 5,
Par connaissances éloignées	7, 8
Par le biais d’autres internes	3, 6, 9, 10
Par mail, aléatoirement	2, 4

Nous sommes arrivées à saturation de données sur les thèmes majeurs au bout de 10 entretiens que nous avons numérotés de 1 à 10 de manière chronologique. Nous avons réalisé 5 entretiens chacune.

	Irène	Ségoène
Numéro d'entretien	1, 3, 6, 8, 10	2,4, 5, 7, 9

Le déroulement des entretiens

L’une de nous avait déjà eu une expérience d’enquêtrice, ce qui était un vécu intéressant. C’était par contre, pour nous deux, une première expérience d’enquêteur. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 1h30 et ont été enregistrés dans leur intégralité grâce à un dictaphone numérique, avec l’accord de l’interviewé. Nous nous sommes assurées que le déroulement de l’interview soit le moins contraignant possible pour l’interviewé en lui laissant le choix du lieu d’entretien tout en nous assurant que l’endroit ne soit pas trop bruyant. Finalement, quatre entretiens ont eu lieu chez les internes interviewés (1, 4, 6, 10) et six entretiens ont eu lieu chez les enquêtrices (2,

⁴⁷ Chef de Clinique Universitaire en Médecine Générale : poste comportant ½ temps de clinique en cabinet de médecine général, ½ temps d’enseignement + recherche.

3, 5, 7, 8, 9). Nous avons veillé dans la programmation temporelle, à ce que l'interviewé soit disponible pour une durée minimum de 1h30. Lors de la prise de contact téléphonique, nous avons veillé à ne pas être trop précises sur le sujet de notre thèse en annonçant simplement le thème de la précarité. Contacter individuellement, les internes ont en général accepté de prendre du temps.

Pour J.C Kaufman, « *la retenue de l'enquêteur entraîne retenue de l'interviewer donc un matériel neutre* », il incite donc à ce que l'enquêteur s'engage dans les questions pour provoquer l'engagement de l'enquêté (112). Tout en gardant un maximum de neutralité, nous avons privilégié cette posture à celle d'une « froideur » scientifique. Nous avons ainsi apporté des données (comme celle de la différence d'espérance de vie entre cadres et ouvriers...) aux internes pour les confronter à leur jugement. Nous avons dû utiliser des relances, en essayant de reformuler objectivement pour prêter au sujet un meilleur moyen d'observation (110). Cette méthode est assez proche de l'entretien médical. D'après A. Blanchet, « *la promiscuité sociale facilite la mise en place du cadre contractuel de l'entretien* » ainsi, le fait que nous soyons également internes a facilité le contact et la compréhension mutuelle tout au long des entretiens ; nous verrons dans la partie « atouts et limites de l'étude » en quoi le fait de faire partie intégrante de l'objet d'étude peut aussi parfois être une limite (110).

L'interview portant en partie sur des connaissances, nous avons veillé à ce que l'interne ne se sente pas interrogé ou évalué en adaptant la formulation de nos questions et en adoptant des postures de réassurance. Nous avons dû rappeler dans certains entretiens et devant l'apparente inquiétude des internes que le fait de « *ne pas connaître* » ou « *ne pas se rappeler* » n'engageait en rien leurs compétences professionnelles au vu des sujets abordés (110). Nous avons tenté d'adopter la posture la moins jugeante et la plus neutre possible et nous avons eu le souci d'interroger l'interne, en fin d'entretien, sur son vécu de l'entretien en particulier sur son sentiment d'avoir été jugé ou pas. Aucun des enquêtés ne nous a fait de remarque en ce sens.

D. 3) Méthode d'analyse des données

01. Transcription des entretiens

Différentes approches de l'enregistrement sont possibles. Le chercheur peut procéder soit à une retranscription intégrale du matériel, soit à une analyse directe à partir de l'enregistrement. Afin de ne pas perdre de données, et pour faciliter le travail d'identification des catégories d'analyse, nous avons donc choisi de retranscrire intégralement les entretiens, sans reformuler les propos, ni corriger les erreurs de langage. Nous avons ajouté quelques annotations pour signaler des attitudes particulières ou des silences significatifs.

Nous avons nous-mêmes effectué l'intégralité des retranscriptions. Les entretiens ont été numérotés par ordre chronologique de réalisation lors de la retranscription, puis les numéros ont été remplacés par de faux prénoms lors de la rédaction pour préserver l'anonymat des internes interviewés. Dans l'analyse lorsque nous citerons un extrait d'entretien, le caractère souligné fera référence à la pertinence du propos vis-à-vis de la problématique abordée.

02. Analyse des éléments du discours

Comme nous l'avons déjà mentionné, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans des questionnaires.

Compte tenu du petit nombre d'entretiens et de notre absence d'expérience en travaux sociologiques, nous avons choisi la méthode de l'analyse thématique, qui, d'après A. Blanchet « *défait (...) la singularité du discours et découpe transversalement ce qui d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème : elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien* » et trouve une « *cohérence avec la mise en œuvre de modèle explicatif de pratique ou de représentations. (...) L'unité de découpage est le thème qui représente un fragment de discours* » (110). Nous avons ainsi codé les éléments du discours, en différents thèmes et sous-thèmes tels qu'ils apparaissaient lors de l'analyse. Nous avons effectué la procédure de codage à deux, conseillées par nos directeurs de thèse et les deux membres du laboratoire de santé publique du Professeur Sambuc.

Nous avons réalisé une analyse des thèmes à l'épreuve de notre problématique et de nos hypothèses, et ainsi trié chaque sous thème dans cinq parties correspondant à des dimensions heuristiques en psychosociologie.

I Vécus de la précarité
II Représentations des publics précaires
III Pratiques
IV Connaissances
V Avis, opinions

Nous avons effectué des entretiens jusqu'à saturation des données (c'est à dire jusqu'à ce qu'il n'apparaisse pas de données nouvelles dans le discours des internes) sur les thèmes majeurs de l'enquête. Cette méthode nous donne, comme le précise O. Sardan une « *garantie méthodologique de première importance* » en nous obligeant « *à ne pas se contenter de données insuffisantes ou occasionnelles* ». Nous avons recherché tous les thèmes décrits dans les autres études (thèse L. Petitcollot, J. Sale et M. Tellier, C. Desprès), ainsi que de nouveaux. Lors de la réalisation du travail, nous avons mis en parallèle notre étude à d'autres études comparables. Aidées de la littérature nous avons pu mettre en évidence des courants de pensée, et des similitudes de discours et de comportements d'internes.

La bibliographie a été exploitée grâce au logiciel de gestion de bibliographie Zotero®.

E. Le déroulement du travail de thèse

01. Le financement

Notre travail s'est déroulé sans financement. Une déclaration de conflit d'intérêt est donc superflue.

02. Un long travail

Il s'est déroulé de février 2012 à mai 2013. L'absence de temps dans le cursus des études médicales dédié spécifiquement à un travail de thèse conséquent a été un véritable obstacle et a nécessité un investissement important de notre part. Seize mois ont été nécessaires dont quatre mois à temps plein, financés par des remplacements de médecine générale.

Deux mois à temps partiel ont été nécessaires pour la réalisation (avec l'aide du laboratoire du Pr SAMBUC) et la distribution du questionnaire. La partie la plus longue a été la réalisation des entretiens, leur retranscription et l'analyse des données qualitatives : trois mois à temps plein ont été nécessaires, un entretien d'une heure et demie nécessitant au moins 4 jours de temps de travail pour la retranscription et l'analyse. Deux mois à temps plein et plusieurs mois à temps partiel ont été nécessaires pour l'analyse des données et la rédaction de l'analyse des résultats.

03. Une thèse en binôme

Le fait de réaliser une thèse en binôme présente deux intérêts majeurs :

- Pouvoir réaliser deux études : une enquête quantitative et une enquête qualitative complémentaire.
- Pouvoir travailler par « triangulation des chercheurs » : impliquant la participation de plusieurs chercheurs, afin d'échanger leurs avis sur tels ou tels points afin de limiter au maximum les biais de préconception (113).

La réalisation de cette thèse a été longue car nous avons souhaité trouver un consensus sur chaque point de désaccord. Ce travail a nécessité en amont de longs temps de recherches et de discussions sur nos objectifs et les méthodes de réalisation de notre travail. Chacune de notre côté nous avons réalisé une ébauche de questionnaire, de grille d'analyse, ou de plan avant de mettre notre travail en commun. Les recueils de données pour l'étude quantitative ont été réalisés en commun et pour l'étude qualitative, la retranscription des entretiens et le codage des données ont été réalisés à deux.

Concernant la rédaction, Ségolène ERNST s'est chargée de la première partie, plus théorique, sur la mise en contexte et revue de la bibliographie ainsi que la discussion et de la partie atout et limite. Irène MERIAUX s'est occupée de la partie méthodologique, d'une majeure partie de l'analyse des données et de la rédaction de l'analyse des résultats. Chaque partie de rédaction effectuée par l'une a été systématiquement revue, complétée, reformulée et approuvée par l'autre. Nous avons rédigé ensemble l'introduction, la conclusion, et le résumé.

F. Détail de la population interrogée

F. 1) Questionnaires

01. Sexe

Quasiment 70% des internes ayant répondu au questionnaire sont des filles, ce qui correspond à ce que l'ont trouve dans la littérature :

- L'étude de la DREES « *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011* », retrouve un taux de féminisation des internes de médecine générale, à peine inférieur (65%)
- Dans l'étude de l'ISNAR-IMG « choix d'exercice des IMG⁴⁸ » : 72,3 % des internes interrogés sont des femmes.

02. Age

Données	Valides	247
	Manquantes	3
Moyenne		26,56 ans
Ecart-type		2
Minimum		23 ans
Maximum		40 ans
Centiles	25	25 ans
	50	26 ans
	75	27 ans

L'âge moyen de notre échantillon est de 26,5 ans, ce qui correspond aux données retrouvées dans la littérature : 27,7 ans pour l'étude de la DREES (114) de 2002, et 26,5 ans pour l'étude réalisée par l'ISNAR en 2010 (115).

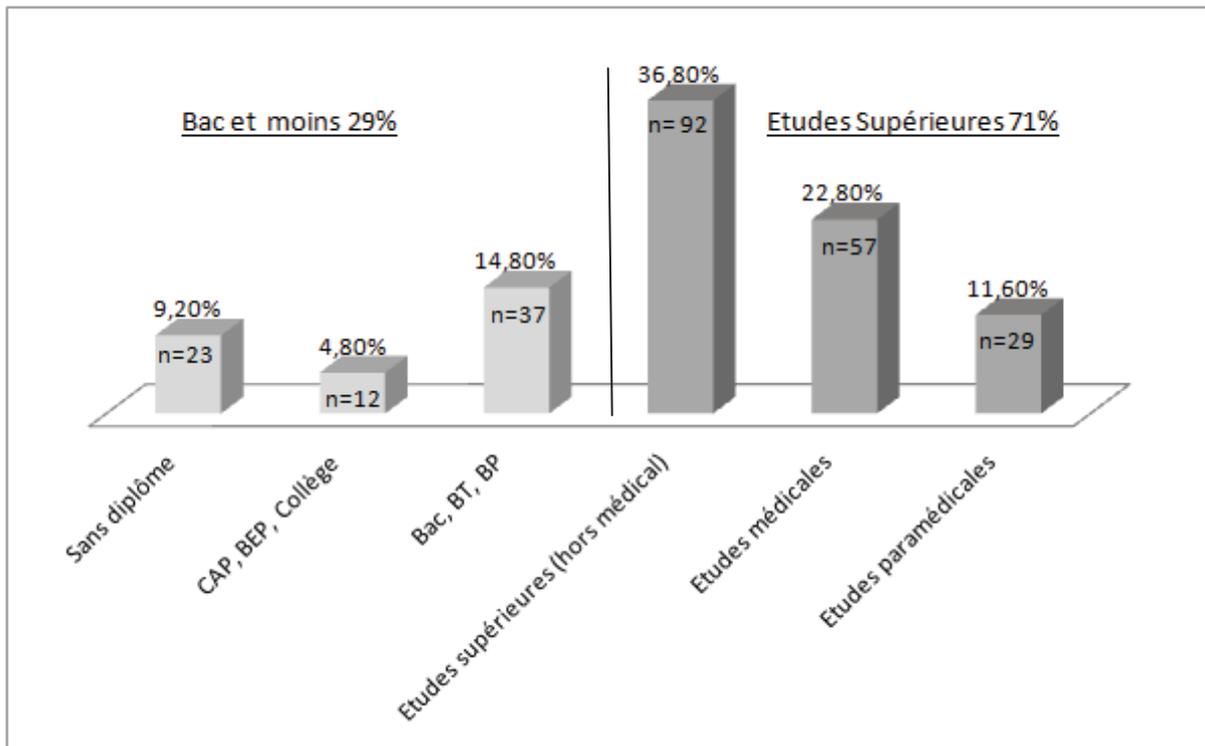
03. L'origine sociale

Nous avons évalué l'origine sociale des internes à travers le diplôme du chef de famille⁴⁹.

⁴⁸ IMG : interne de Médecine Générale.

⁴⁹ L'origine sociale est appréhendée, classiquement, par la catégorie socioprofessionnelle des parents en donnant la priorité au père. La consigne de notre questionnaire était « *Considérez le parent qui a le niveau d'étude le plus élevé.* » pour ne pas sous estimer le nombre d'internes ayant notamment une mère médecin ou ayant fait des études supérieures.

Figure 4 - Réponse à la question n°4 : Niveau d'étude du chef de famille



86% des « chefs de famille » des internes interrogés ont eu leur baccalauréat et 71,2 % ont poursuivi des études. Cette proportion est assez élevée par rapport aux données de la littérature :

- Dans l'étude de la DREES, ils étaient 59 % en deuxième cycle à avoir des pères qui sont cadres ou occupent une profession intellectuelle supérieure (4).
- Dans la thèse de Flacher sur les désirs et attentes des internes de médecine générale : 51,3% de l'échantillon d'internes (toutes les villes facultaires de France) est issu de famille de Catégorie Socio Professionnelle de niveau 3 (cadre) (116).

Contrairement à ces études qui avaient identifié l'origine sociale des internes à partir des catégories socio professionnelles nous avons utilisé le niveau d'études des parents. Nous ne pouvons conclure avec certitude sur la représentativité de notre échantillon sur le critère de l'origine sociale.

Dans la population générale, 45% des actifs, sont des cadres, commerçants, chefs d'entreprise et professions intermédiaires (INSEE, 2007, France métropolitaine). Dans notre étude, 71% des internes sont issus d'une famille où l'un des deux parents a un niveau d'étude supérieur. Nous pouvons donc conclure que les étudiants en médecine sont majoritairement issus de famille qui ont pu poursuivre des études supérieures, donc d'un milieu social « aisé ».

Dans notre échantillon : 22,8% internes sont des fils ou filles de médecins, et 34,4% ont des parents issus du monde médical / paramédical. Seulement 14% des internes sont issus d'une famille où le chef de famille n'a pas obtenu le baccalauréat. Pour les besoins de l'analyse, nous avons ensuite regroupé les internes selon le niveau d'étude de leurs parents en deux catégories : niveau inférieur ou égal au baccalauréat et niveau études supérieures.

Nous pouvons donc conclure que notre échantillon d'internes marseillais ne diffère pas de l'ensemble des internes français au niveau du sexe et de l'âge⁵⁰.

⁵⁰ Ce n'est pas le cas concernant la catégorie sociale, car nous n'avons pas trouvé d'études comparables.

04. Répartition par années

La promotion 2011 (1^{ère} année) est la plus nombreuse dans notre échantillon (43% contre 35% et 22%), mais en ajustant au nombre d'internes par promotion, c'est la promotion 2010 (2^{ème} année) qui est la mieux représentée : 72% de la promotion contre 55% et 56% pour les promotions 2009 et 2011.

Tableau 3 - Description de l'échantillon d'internes par année

	1 année (Promotion 2011)	2 années (Promotion 2010)	3 années (Promotion 2009)	Total
Effectifs	107	88	55	250
Pourcentage de répondants par année	42,8%	35,2%	22%	100%
Nombres internes par promotion	190	121	100	411
% par promotion	56,3%	72,7%	55%	60,8%

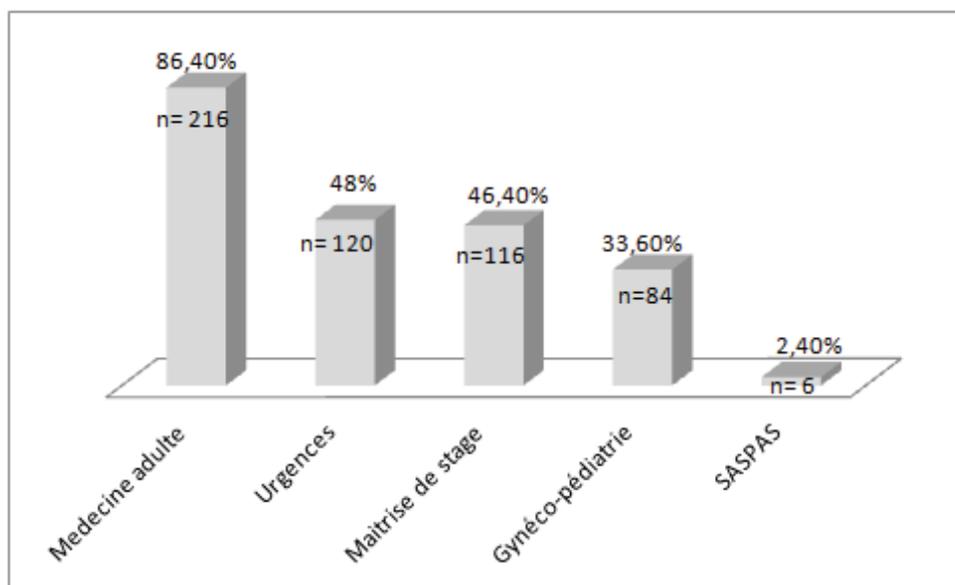
La promotion 2011 représente 42,8% de notre échantillon, ce qui est en rapport avec l'augmentation du numerus clausus ces dernières années : 190 internes de médecine générale en 2011 à Marseille contre 121 en 2010 et 100 en 2009. La plus faible proportion de réponses des internes de 1ère et 3ème année (56% et 55%) pourrait s'expliquer par deux facteurs :

- Les internes les plus vieux (3^{ème} année d'internat) connaissant par avance leur futur stage et choisissent souvent de faire des procurations. Ils sont donc moins présents.
- Les internes les plus jeunes (1ère année d'internat) sont très stressés par leur choix de prochain stage et sont donc peu disponibles pour répondre à un questionnaire.

Nous avons donc retrouvé les internes les plus avancés dans le cursus, en envoyant le questionnaire par mail aux internes en SASPAS⁵¹ et en disponibilité qui ne sont pas présents aux choix. Nous avons récupéré 7 questionnaires sur les 26 envoyés.

05. Passage par les urgences ou par un stage en cabinet de médecine générale

Figure 5 - Réponse à la question n°7 : Taux d'internes ayant validé les stages



Le stage aux urgences et les stages ambulatoires (maîtrise de stage et SASPAS) sont ceux qui sont probablement les plus en lien avec notre problématique comme le suggérait J. Sallé (80) dans sa thèse. Près d'un interne sur deux a déjà réalisé sa maîtrise de stage ce qui donne un échantillon conséquent et analysable. Le

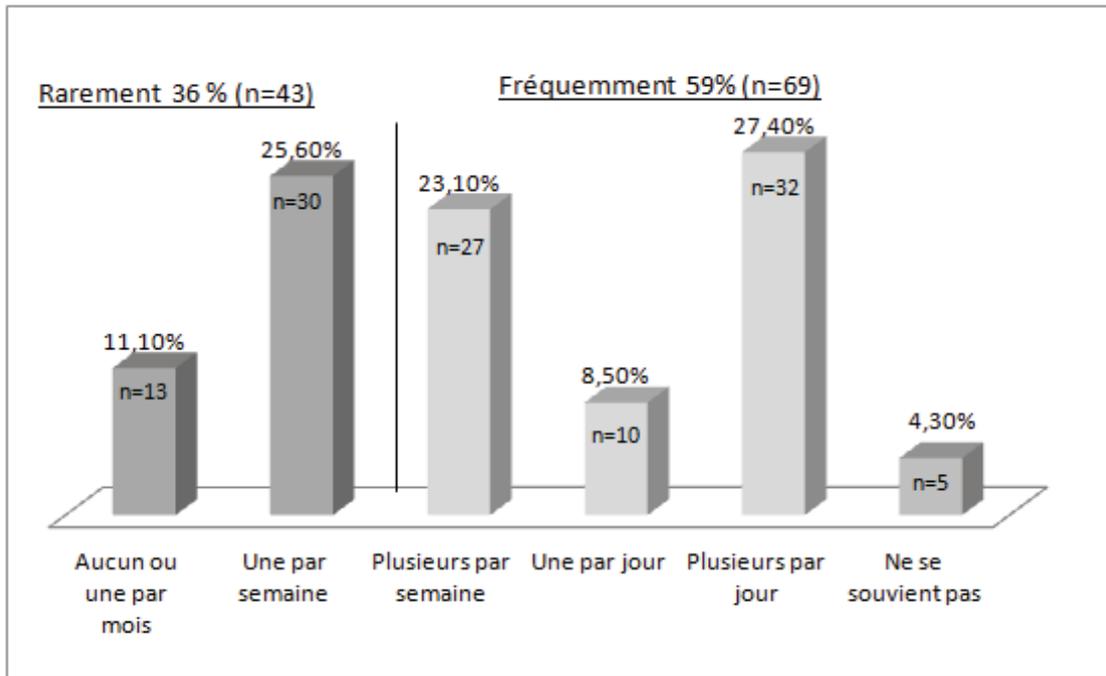
⁵¹ Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

nombre d'internes ayant fait le SASPAS étant trop réduit nous ne pourrions pas analyser l'échantillon en tant que tel.⁵²

06. La fréquence de consultation avec des patients bénéficiant de la CMUC pendant la maîtrise de stage

133 personnes sur les 250 internes n'ont pas répondu, ce qui correspond aux personnes n'ayant pas fait leur maîtrise de stage. Pour les besoins de l'analyse nous avons ensuite regroupé en 2 groupes les internes : ceux qui ont vu des patients bénéficiaires de la CMUC fréquemment, c'est-à-dire au moins plusieurs par semaine, soit 59% et ceux qui ont en rarement vus, c'est-à-dire moins d'une fois par semaine, soit 36,7%.

Figure 6 - Réponse à la question n°24 : Fréquence de consultation avec des patients bénéficiaires de la CMUC pendant la maîtrise de stage



On remarque que pour plus d'un tiers des internes réalisant leur internat dans l'inter région de Marseille, la confrontation avec des personnes en situation de vulnérabilité sociale durant la maîtrise de stage est rare ou épisodique. Ceci montre l'intérêt d'avoir plusieurs MSU⁵³ afin d'appréhender différents publics.

07. Taille de la ville d'origine

Seulement 6,8% de notre échantillon est originaire d'un village. Ils sont en majorité citadins (93,2%). 45% des internes sont originaires de l'une des 15 plus grandes villes de France.

Tableau 4 - Description de l'échantillon d'internes par taille de leur ville d'origine

⁵² La majorité des internes a fait un stage en médecine adulte ce qui est logique car en général les jeunes internes commencent par ce stage. Le stage de gynéco-pédiatrie est par contre souvent réalisé au cours des dernières années. Ce qui explique ce faible taux de réponse.

⁵³ MSU : Maître de Stage Universitaire.

	Effectifs	Pourcentage
moins de 2 000h	17	6,8%
entre 2 000 et 10 000h	32	12,8%
entre 10 000 et 200 000h	87	34,8%
plus de 200 000	114	45,6%
Total	250	100,0%

Lors du recensement de 2006, 82% de la population vivaient dans des espaces à dominante urbaine et 18% dans un espace à dominante rurale (117). Les internes de l'échantillon ont donc une origine plus citadine que la population générale.

08. Complémentaire santé

Tableau 5 - Proportion d'internes ayant une couverture complémentaire

		Effectifs	Pourcentage
Mutuelle	Non	18	7,2%
	Oui	232	92,8%
	Total	250	100,0%

7,2% des internes déclarent ne pas avoir de mutuelle. En France, 6% de la population (6) déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire (soit 4 millions d'individus d'après une étude de l'IRDES (44)). 19% des étudiants n'ont pas de mutuelles selon l'étude de la LDME (43). Les internes de notre échantillon ont donc un moins bon niveau de couverture sociale que la moyenne nationale mais sont plus souvent couverts par une mutuelle que les autres étudiants. Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que les internes sont des étudiants-salariés.⁵⁴

09. Les projets d'exercice futur

On retiendra que quasiment 60% des internes souhaitent faire de la médecine générale libérale. Dont 33% en agglomération, 21% en rural et quasiment 5% en ZUS.

Tableau 6 - Souhait d'exercice futur des internes

Exercices	Effectif, nombre de réponses	Proportion ⁵⁵
Salarié	8	3,2%
Poste hospitalier	35	14%
Mixte	71	28,4%
Libéral en Agglomération	84	33,6%
Libéral en Rural	53	21,2%
Libéral en ZUS	12	4,8%
Libéral Agglomération + Rural + ZUS	148	59,2%
Ne sait pas	33	13,2%

⁵⁴ Dans notre échantillon les hommes sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir de mutuelles que les femmes (6% contre 9%). Même si ce résultat n'est pas significatif ($p=0,416$), il va dans le même sens que les données habituellement retrouvées.

⁵⁵ Pour cette question, il y avait plusieurs réponses possibles d'où une somme de pourcentage supérieure à 100%.

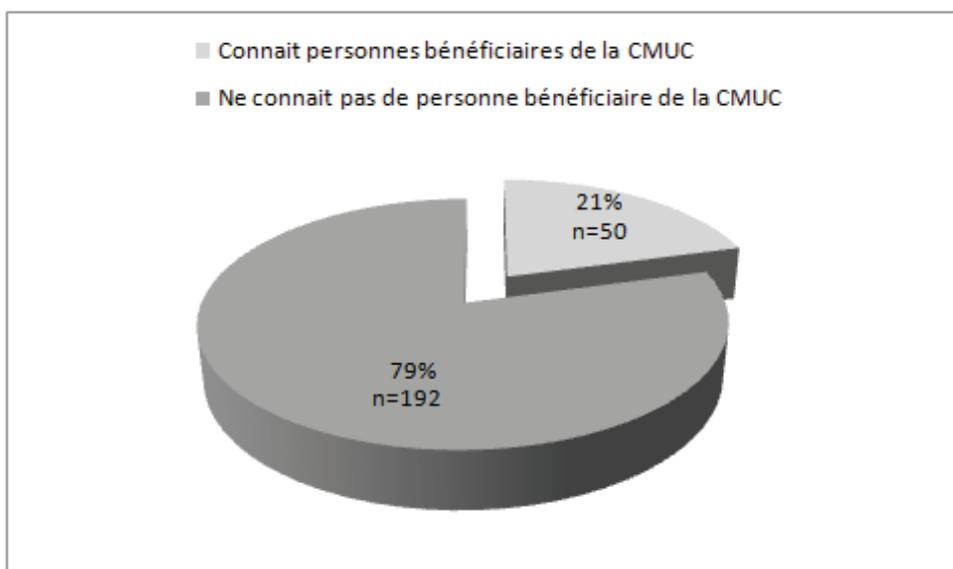
Total	296	
--------------	-----	--

Nous supposons que les 14% d'internes souhaitant un poste hospitalier sont en partie des internes faisant un DESC.⁵⁶

10. Le fait de connaître une personne qui bénéficie de la CMUC dans son entourage proche

79% des internes ne connaissent pas de personnes qui bénéficient de la CMUC. Ce chiffre peut être mis en parallèle avec celui qui caractérise l'origine sociale des étudiants en médecine. En effet comme nous l'avons vu ci-dessus 71% des internes interrogés ont des parents qui ont fait des études supérieures.⁵⁷

Figure 7 - Réponse à la question n°9 : Nombre d'internes qui connaissent une personne bénéficiant de la CMUC dans son entourage proche



F. 2) Entretiens

Nous avons également réalisé une analyse descriptive des étudiants interviewés en retranscrivant les éléments biographiques pertinents de l'échantillon, dans un tableau suivant.

Les internes ont entre 25 et 31 ans. Leur ancienneté dans le cursus de l'internat est assez diverse : quatre internes sont en dernière année, trois en seconde et trois en première année. Il en est de même concernant l'origine sociale : quatre étaient enfants de médecins, quatre originaires de classe moyenne ou supérieure, et deux de classe populaire. A propos du parcours médical quatre ont effectué des stages à l'étranger. Sept internes sur les dix ont réalisé leur maîtrise de stage et trois internes ont effectué un deuxième stage en médecine générale ambulatoire appelé SASPAS. Concernant ce stage ambulatoire de médecine générale (en tant qu'externe ou interne) trois ont effectué des stages de médecine générale en Zone Urbaine Sensible et trois ont eu une expérience en zone rurale. Une interne a effectué sa maîtrise de stage auprès d'un médecin exerçant en secteur 2. Deux internes seraient intéressés par un poste de chef de clinique ambulatoire, et deux réalisent le DESC d'urgences. Pour tous les internes interviewés, la médecine générale n'a pas été un choix par défaut à l'ENC, et ils souhaitent exercer en tant que médecin généraliste, sauf un.

⁵⁶ A Marseille 23 % des internes font un DESC, le plus choisi étant celui d'urgence (72% à Marseille) selon l'étude de l'ONDPEs.

⁵⁷ 8 internes n'ont pas répondu à cette question, soit 3,2%, peut-être parce qu'elle était placée en bas du questionnaire.

Tableau 7 - Description biographique de l'échantillon qualitatif

	Identité	Profession des parents	Maîtrise de stage et stage urgences réalisés ?	Pratique souhaitée
1 Audrey	3 ^{ème} année, Originaire d'une grande ville	Médecin spécialiste, et parents au foyer avec engagement associatif	- Stage MG d'externe et interne en zone urbaine sensible. - SASPAS - Stage d'Urgence	MG libéral ? (semi-rural) + exercice mixte salarié (hospitalier, centre)
2 Laura	2 ^{ème} année, Originaire d'une grande ville	Médecin spécialiste et Paramédical	- Stage MG réalisé en secteur 2 en semi rural. - Stage MG d'externe : Une journée en ZUS. - Stage d'Urgence non réalisé.	MG libéral
3 Marie	1 ^{ère} année, Originaire d'une grande ville, Expérience à l'étranger en pays du nord et sud, Expérience de vie dans une ZUS.	Née en France, parents immigrés. Profession intellectuelle supérieure, puis ouvriers depuis l'arrivée en France. Parents bénéficiaires de la CMUC.	- N'a pas fait de maîtrise de stage. - Stage d'Urgence en cours.	Médecine pénitentiaire, Travail à l'étranger, MG en France, orientation médecine traditionnelle
4 Aurélien	1 ^{ère} année, Originaire d'un petit village dans zone semi rurale, Immigré, arrivé en France depuis âge 16ans, A bénéficié de la CMUC.	Profession intellectuelle supérieure	- N'a pas fait de maîtrise de stage. - Stage d'Urgence en cours.	Humanitaire, MG cabinet en urbain.
5 Vanessa	3 ^{ème} année, Originaire d'une grande ville, Expérience à l'étranger en pays du sud, Fait le DESC d'urgence.	Profession intellectuelle supérieure	- Maîtrise de stage réalisée. - Stage d'Urgence réalisé.	½ temps : Urgentiste MG dans un cabinet de groupe salariée.
6 Sarah	1 ^{ère} année, Originaire d'une grande ville, Expérience de vie dans un quartier défavorisé.	Employé, et profession libérale.	- N'a pas fait sa maîtrise de stage. - Stage chez le MG en temps qu'externe en quartier ZUS. - Stage d'Urgence en cours.	MG libéral en ville
7 Nadine	3 ^{ème} année, Originaire d'une zone rurale.	MG salarié et paramédical.	- Maîtrise de stage en zone rurale. - SASPAS	Installation dans un désert médical exercice libéral souhaité
8 Nicole	3 ^{ème} année, Originaire d'une grande ville	Profession intellectuelle supérieure.	- Maîtrise de stage réalisée. - SASPAS - Stage d'Urgence réalisé	MG en salariée
9 Pauline	2 ^{ème} année, Originaire d'une petite ville.	Médecin spécialiste, et Paramédical.	- Maîtrise de stage réalisée. - Stage d'Urgence en cours.	MG libéral
10	2 ^{ème} année,	Employé et	- Maîtrise de stage en	Urgence

Julien	Expérience à l'étranger en pays du sud, Fait le DESC d'urgence.	ouvrier puis profession intellectuelle supérieure.	zone rurale. - Stage d'Urgence en cours.	
---------------	--	--	---	--

II. Résultats

A. Résumé des résultats du questionnaire

Dans cette partie, nous décrivons brièvement sous forme de tableau les résultats de l'étude quantitative. Dans une seconde partie, nous les analyserons plus en détail, en croisant les résultats quantitatifs et qualitatifs, annotés de comparaisons avec la littérature.

Tableau 8 - Caractéristiques des internes répondants

N°	Variable	%	(n)
Q1	Sexe		
	Femmes	69,6%	174
	Hommes	30,4%	76
Q2	Age		26,5 ans
	Moyenne		23-40ans
	Ecart-type		25ans-26ans-
	Quartile 25-50- 75		27ans
Q3	Taille de la ville d'origine		
	moins de 2 000h	6,8%	17
	entre 2 000 et 10 000h	12,8%	32
	entre 10 000 et 200 000h	34,8%	87
	plus de 200 000	45,6%	114
Q4	Niveau d'étude des parents		
	Sans diplôme	9,2%	23
	CAP, BEP, Collège	4,8%	12
	Bac, BT, BP	14,8%	37
	Etudes supérieures (hors médical)	36,8%	92
	Etudes médicales	22,8%	57
	Etudes paramédicales	11,6%	29
Q5	Cotisation à une complémentaire santé)		
	Oui	92,8%	232
	Non	7,2%	18
Q6	Avancée dans le cursus d'internat		
	1 ^{ère} année (Promotion ECN 2011)	42,8%	190
	2 ^{ème} années (Promotion ECN 2010)	35,2%	121
	3 ^{ème} années (Promotion ECN 2009)	22,0%	100
Q7	Stages déjà réalisés		
	Médecine adultes	86,4%	216
	Urgences	48%	120
	Maitrise de stage	46,4%	116
	Gynécologie-pédiatrie	33,6%	84
	SASPAS ⁵⁸	2,4%	6
Q8	Souhait d'exercice futur		
	Salarié	3,2%	8
	Poste hospitalier	14%	35
	Mixte (salarié et libéral)	28,4%	71
	Libéral	59,2%	148
	Libéral en Agglomération	33,6%	84
	Libéral en Rural	21,2%	53
	Libéral en Zone Urbaine Sensible	4,8%	12
	Ne sait pas	13,2%	33
Q9	Personne bénéficiant de la CMUC dans son entourage		
	Oui	20,7%	50
	Non	79,3%	192

Légende du Tableau 9:

Les réponses soulignées sont les réponses justes.

Les réponses en gras sont les résultats importants.

Les réponses aux questions ouvertes (Q10, Q15, Q26) ne sont pas présentées dans ce tableau)

⁵⁸ Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

QCM : Question à Choix Multiples=> Plusieurs réponses possibles.
 QS : Question Simple=> Une seule réponse possible.

Tableau 9 - Réponses au questionnaire

N°	Question	% de réponses cochées	Effectif (n)
Q11 QCM	La CMUC, donne droit à :		
	<u>Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 1</u>	93,6 %	234
	<u>Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 2</u>	34%	85
	La prise en charge des dépassements d'honoraires	15,6%	39
	<u>La prise en charge du forfait hospitalier</u>	12,8%	32
Q11	Aucune réponse juste	1,2%	3
	1 réponse juste	2,4%	6
	2 réponses justes	12,4%	31
	3 réponses justes	64%	160
	4 réponses justes	20%	50
Q12 QCM	Vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC, un médecin libéral en secteur 2 :		
	a) Peut refuser de les voir en consultation	30,4%	76
	b) <u>Doit accepter de les voir en consultation</u>	54,4%	136
	c) Peut leur demander un dépassement d'honoraires	35,6%	89
	d) <u>Ne doit pas leur demander un dépassement d'honoraires</u>	49,6%	124
Q12	Aucune réponse juste	27,2%	68
	1 réponse juste (a/b ou c/d)	42%	77
	2 réponses justes (a/b et c/d)	30,8%	105
Q13 QS	Une personne seule est éligible à la CMUC si elle gagne moins de :		
	<u>475€</u>	25,5%	63
	<u>650€</u>	34,5%	85
	950€, 1050€	10%	25
	Ne sait pas	30%	74
Q14 QS	Quel est le seuil de pauvreté en France pour une personne seule ?		
	475€	28,4%	71
	650€	40,8%	102
	<u>950€</u>	16,5%	41
	1050€	3,5%	9
	Ne sait pas	10,8%	27
Q16 QCM	La prise en charge à 100% est ou serait justifiée ?		
	Patients en ALD (Affection Longue Durée)	98,3%	246
	Patients âgés touchant le « Minimum Vieillesse »	90,4%	226
	Patients en Accident du Travail/Maladie Professionnelle	80,4%	201
	Patients bénéficiant de la CMUC-C	77,6%	194
	Mineurs (-18ans)	55,6%	139
	Tous les patients	6,4%	16
Q17 QCM	Comportements attribués au patient bénéficiant de la CMUC :		
	Comportement irrespectueux pendant la consultation	22,4%	56
	Exigence particulière de traitement ou d'examens complémentaires	43,6%	109
	Consommation excessive de médicaments	42%	105
	Fraudes plus importantes	25,6%	64
Q17 Scoré	Comportements attribués au patient bénéficiant de la CMUC :		
	0 item coché	36,4%	91
	1 item coché	22,4%	56
	2 items cochés	21,2%	53
	3 items cochés	11,2%	28
	4 items cochés	8,8%	22
Q18 QS	Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier ?		
	<u>oui, le cadre vit 7 ans de +</u>	57,9%	142
	oui, le cadre vit 2,5 ans de +	24,9%	61
	oui, l'ouvrier vit 2,5 ans de +	1,2%	3
	non, pas de différence	2%	5
	NSP	13,9%	34
Q19 QCM	Pathologies en fonction de la classe sociale (réponse juste)		
	Diabète (touche plus catégorie sociale défavorisée)	54,9%	134
	Cancer du col de l'utérus (touche plus catégorie sociale défavorisée)	45,3%	110
	Cancer du sein (touche plus catégorie sociale favorisée)	42,9%	105
	Violences familiales (touche toutes les classes sociales)	44,1%	108

	Maladies cardio-vasculaires (touche plus catégorie sociale défavorisée)	32,6%	79
	Caries dentaires (touche plus catégorie sociale défavorisée)	84,9%	208
Q19	Comportements attribués au patient bénéficiant de la CMUC :		
	Aucune réponse juste	3,3%	8
	1 réponse juste	11,9%	29
	2 réponses justes	22,6%	55
	3 réponses justes	26,3%	64
	4 réponses justes	20,2%	49
	5 réponses justes	12,8%	31
	6 réponses justes	2,9%	7
Q20	D'après vous, le renoncement aux soins :		
QS	N'existe pas en France, mais aux USA	13,9%	32
	Existe en France, surtout quand pas de mutuelle	76,6%	177
	Existe en France, surtout quand dépassement honoraires	9,5%	22
Q21	Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant ?⁵⁹		
QS	a) Il déresponsabilise le patient	25%	57
	b) Il incite à la surconsommation de soins	22%	50
	=> Avis négatif sur le tiers payant (a+b)	47%	107
	c) Il permet au patient de se soigner plus facilement	47%	107
	d) Pas opinion	6%	13
Q22	A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé ?		
QCM	Personnes Migrante	37,6%	94
	Personne sans sécurité sociale	36%	90
	CMUC	13,2%	33
	AME	29,6%	74
	Ne sait pas	47,2%	118
Q23	Où se trouve la PASS à Marseille ?		
	Ne sait pas	86,4%	209
Q24	Fréquence de consultation avec des patients bénéficiaires de la CMUC pendant la maîtrise de stage		
QS	Aucun ou 1 par mois	11,1%	13
	Une par semaine	25,6%	30
	Plusieurs par semaine	23,1%	27
	Un par jour	8,5%	10
	Plusieurs par jour	27,4%	32
	Ne se souvient pas	4,3%	5
	Pas fait maîtrise de stage	53,2%	133
Q25	Attitude de votre Maître de Stage vis-à-vis des patients CMUC ?		
QS	Attitude négative	6,1%	7
	Attitude neutre	80,9%	93
	Attitude positive	7,8%	9
	Pas d'opinion	5,2%	6
Q27	Où considérez-vous avoir le plus appris sur la CMUC ?		
QCM	Faculté de médecine	34%	85
(2	Stage ambulatoire	30,4%	76
Rép-	Pas d'information	18,8%	47
onses	Stage hospitalier	13,6%	34
Maxi-	Entourage	10,4%	26
imum)⁶⁰	Seul	6,4%	16
	Medias	3,2%	8
	Remplacement	2,4%	6
	Association	0,04%	1
	Total		299
Q28	Vous sentez-vous assez formé sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé ?		
QS	Pas suffisamment	92,2%	224
	Suffisamment	7,8%	19
Q29	Iriez-vous à un module de cours sur le thème médico-social?		
QS	Non	8,2%	20
	Oui éventuellement	67,2%	164
	Oui, en priorité	24,6%	60

⁵⁹ Donnée manquante 9,2% (n= 23)

⁶⁰ Pourcentage calculé selon le nombre de répondants (250).

Résumé des réponses à la question n°10

Question n°10 : « Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiaires de la CMUC », quels sont les trois mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ? »

Après un travail d'appariement de termes, les douze mots les plus cités sont présentés dans le tableau suivant. Nous avons précisé ici l'ordre de citation des mots puisque trois mots étaient demandés.

Tableau 10 - Réponse à la question n°10 : les 12 mots les plus cités associés à la CMUC

Mots	Cité en 1 ^{er} n=	Cité en 2 ^{ème} n=	Cité en 3 ^{ème} n=	Citation Total n=	Ordre	%
« Précarité »	58	30	8	96	1er	38,4%
« Gratuité »	21	9	18	48	2ème	19,2%
« Difficulté sociale/financière/socio-économique »	17	13	13	43	3ème	17,2%
« Pauvreté »	26	11	3	40	4ème	16%
« Faible revenu/ niveau socio-économique »	23	10	4	37	5ème	14,8%
« Chômage »	12	16	3	31	6ème	14,4%
« RSA »	1	2	2	5		
« Accès aux soins (difficile) »	2	14	13	29	7ème	11,6%
« 100% »	12	11	6	29	7ème	11,6%
« Immigration »	4	11	10	25	8ème	10%
« Solidarité »	9	9	4	22	9ème	8,8%
« Aide (sociale) »	7	6	8	21	10ème	8,4%
« Surconsommation »	2	4	8	14	11ème	5,6%
« Social »	3	3	3	9	12ème	3,6%

Tableau 11 - Réponse à la question n°10 : autres mots cités moins fréquemment cités

Autres	10	Sentiments	4	Avis	5
Protection	4	Dignité	1	Parfois utile	1
Egalité	2	Compassion	2	Bonne couverture sociale	2
Etat providence	1	Compréhension	1	Pec adapté	
Besoin (d'assistance)	3			France (la France est un beau pays)	2
Représentation négative	27	Publics concernés par la CMUC	14	Caractéristiques sanitaires	26
Arnaques	1	Arabe	1	Manque de soins	6
Assistés	4	Français	1	Isolement	5
Pénible	1	Famille nombreuse	4	Fragile/ Vulnérabilité	3
Surconsommation	14	Etudiant	2	Manque prévention	1
Exigeant	4	Vieillesse	1	Multi pathologie	2
Fraude	1	Ma famille	1	Problème de langue	2
Abus	1	Citoyen	1	Souffrance/Détresse	2
En retard	1	Défavorisé	1	Urgence	1
Concernant le paiement	3	Gitan	1	Suivi difficile	1
Déficitaire	1	Femme au foyer	1	Insalubrité	1
Impayé	1			Maladie contagieuse	1
Argent	1	Modalité d'accès	15	Vaccination	1
Pratiques	8	Minimum	1		
Carte Vitale	1	Pas de mutuelle	2		
Attestation CMUC	1	(Plafond) salaire /Condition de ressource	3		
Refus de soins	5	Seuil de pauvreté	2		
Dépassements honoraires	1	Situation reg 3mois	2		
		Résidence	1		
		Assistante Sociale	1		

B. Tableau résumé et comparatif des deux volets de l'enquête (qualitatif et quantitatif)

Il nous a paru intéressant de mettre en perspective dans un même tableau, les résultats les plus significatifs des versants quantitatifs et qualitatifs de notre étude. Ces résultats seront discutés dans la partie suivante.

Tableau 12 - Résumé et comparatif des deux volets de l'enquête (qualitatif et quantitatif)

Thème		Questionnaire		Entretiens (n= les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre d'internes concernés)	
CMUC	Connaissance sur le dispositif CMUC (droits, seuil)	<p>Q11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seulement 1/3 des internes est informé que le tiers payant doit être effectué aussi chez un médecin de secteur 2. <p>Q13:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/3 des internes connaît le seuil CMUC (650€), ¼ le sous estime (450€). <p>Score CMUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 58% des internes ont une note supérieure à la moyenne, alors que c'est une connaissance de base. - Les connaissances sur la CMUC sont améliorées par la formation pratique : avancée dans le cursus (49% vs 66% p=0,015), maîtrise de stage (51%, vs 67% p=0,012), stage urgence (51%, vs 67% p=0,015). 	<p>Connaissances très imprécises sur la CMUC (10/10). Aucun des internes ne connaît l'ACS. Connaissances floues sur l'accès à la CMUC et le renouvellement de la CMUC (8/10).</p>		
	Avis sur le Refus	<p>Q12:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/3 des internes accepte l'idée qu'un médecin en secteur 2 peut refuser un patient bénéficiaire de la CMUC ou que le médecin puisse demander un dépassement d'honoraires. 	<p>2 attitudes à propos du refus de soins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etonnement et révolte (6/10) - Attitude de compréhension des médecins refusant les patients CMUC, sans le cautionner pour autant (4/10) <p>D'après les internes, le refus de soin est dû à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délai de remboursement plus long, démarche administrative supplémentaire. (4/10) - Discrimination selon l'origine (3/10) - Prise en charge plus compliquée (2/10) 		
	Représentations globales sur la CMUC et ses bénéficiaires	<p>Q10:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les internes, la CMUC évoque en premier lieu la précarité, puis en deuxième un mode de paiement (gratuité, 100%) (2) ; et enfin une notion de « solidarité, aide sociale » (3). - la CMUC est perçue comme une assistance (39), plutôt qu'une assurance (28), ou un droit. <p>Q13 et Q14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 25% (n=42) des internes pensent que le seuil CMUC est au dessus du seuil de pauvreté, c'est à dire qu'une partie des bénéficiaires de la CMUC ne sont pas considérés comme « pauvres ». <p>Q15 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 46 internes sur 185 ayant répondu à la question ont exprimé l'idée qu'un abus de la part des bénéficiaires de la CMUC puisse expliquer le coût des soins plus important. 	<p>Représentations sur les bénéficiaires de la CMUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les internes, la CMUC n'est pas synonyme de précarité. Les internes ont une image de la précarité comme grande pauvreté. - Les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de la CMUC sont mal connues : femme, famille monoparentale, et jeunes sont peu repérés parmi les personnes susceptibles d'être victimes de précarité. - Les représentations négatives se concentrent sur une frange des bénéficiaires de la CMUC (homme, jeune, d'origine étrangère). <p>Représentations à propos de la consommation de soins des personnes précaires ou CMUC :</p>		

Accès aux Soins	Avis Persistance de difficulté d'accès aux soins, renoncement aux	<p>Q17 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 64% sont en accord avec au moins une représentation négative vis à vis des bénéficiaires de la CMUC. 33% ne partagent aucune représentation négative. - 42% des internes sont en accord avec l'idée que les bénéficiaires de la CMUC ont une consommation excessive de médicaments. - 25 % sont en accord avec le fait que les bénéficiaires de la CMUC font plus de fraudes que les autres assurés du régime général. - 22% des internes sont d'accord avec l'idée que les bénéficiaires de la CMUC ont des comportements irrespectueux pendant la consultation - 44% des internes sont d'accord avec l'idée que les bénéficiaires de la CMUC ont des exigences particulières de traitement ou d'examens complémentaires <p>Facteurs influençant les représentations sur les bénéficiaires de la CMUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de bonnes connaissances sur les inégalités sociales de santé influencent positivement ces représentations (42% vs 58%, p=0,022). - l'avancée dans le cursus a tendance à influencer négativement ces représentations (68% vs 57%, p=0,061). - l'intérêt pour une formation médico-sociale diminue la fréquence des représentations négatives (90% vs 62%, p=0,011). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ils sont conscients qu'il y a une consommation de soins socialement différenciée : passages plus fréquents aux urgences et un moins grand recours aux spécialistes pour les personnes moins instruites. - Certains internes pensent que les personnes vulnérables socialement ont un retard d'accès aux soins curatifs et préventifs, un moins bon suivi, une consommation de soins moins importante (2), et qu'ils vivent dans une « temporalité de l'urgence » (2/10). - Certains pensent qu'il existe une surconsommation de soins, non légitime (5). Les explications qu'ils donnent à une cette surconsommation sont : <ul style="list-style-type: none"> o les bénéficiaires de la CMUC abusent et fraudent (3). o les soins primaires (médecin généraliste ou les urgences) sont considérés comme un refuge par les patients en détresse sociales, ils consultent sans motif médical. o ils ne sont pas responsabilisés vis-à-vis des dépenses de santé (2), o il existe une différence culturelle (2), o certains médecins participent aux abus (2) <p>Facteurs influençant les représentations sur les bénéficiaires de la CMUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La perception d'une remise en cause du pouvoir médical par ces patients bénéficiaires de la CMUC. - D'autres facteurs sont susceptibles de faire varier les représentations : des éléments de l'histoire personnelle, des conditions d'exercice difficiles. <p>Représentation des comportements de soins des personnes précaires ou CMUC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 internes perçoivent les patients et bénéficiaires de la CMUC comme agressifs et revendicateurs. Les représentations négatives ne sont pas partagées par tous (7/10).
Accès aux Soins	Persistance de difficulté d'accès aux soins, renoncement aux	<p>Q15 : 2 catégories de réponses très antagonistes pour les personnes moins aisées (bénéficiaires de la CMUC, personne en situation de précarité) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accès aux soins est limité, - l'accès aux soins est facilité. <p>Q20 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3/4 des internes sont conscients que le renoncement aux soins est surtout dû à l'absence de mutuelle. 14% pensent que le renoncement aux soins n'existe pas en France. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains internes sont conscients qu'il persiste des limites dans l'accès aux soins (4), d'autres pas (4). - 8 internes sur 10 ne demandent pas à leurs patients s'ils ont une mutuelle. Certains comprennent ce que cela pourrait entraîner sur leur pratique, d'autres n'en voient pas l'intérêt.
Accès aux Soins	Connaissanc es sur la PASS	<p>Q22 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 interne sur 2 ne connaît pas la PASS. Parmi ceux qui la connaissent 1/4 y adresse des bénéficiaires de la CMUC, et 1/2 des bénéficiaires de l'AME. <p>Q23 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 86% des internes ne savent pas où se trouve la PASS à Marseille. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 internes connaissent la PASS. Découverte récemment lors de stage particulier (2 SASPAS), ou urgences (1). 7 internes ne connaissent pas du tout. - Aucun interne n'a l'idée d'orienter vers la PASS un patient sans droits ouverts, même pour ceux qui connaissent la PASS.

	<p>Q16:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/5 des internes voudraient voir disparaître la prise en charge du ticket modérateur pour les patients bénéficiant de la CMUC, et pour les patients en AT/MP. - La prise en charge à 100% paraît moins légitime pour les situations de pauvreté (CMUC : 77%) et d'accident/maladie profession (80%), que pour la situation de la maladie grave et coûteuse (ALD : 98%) ou la situation de pauvreté du 3^{ème} âge (minimum vieillesse : 90%). <p>Q21:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 47% des internes pensent que le tiers payant désresponsabilise le patient ou incite à la surconsommation de soins. - 47% pensent prioritairement qu'il facilite l'accès aux soins. <p>Facteurs influençant l'avis des internes sur le tiers payant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des représentations négatives vis à vis à des bénéficiaires de la CMUC augmentent les chances de percevoir négativement le tiers payant (59% vs 27%, p=0,000). - de bonnes connaissances sur le dispositif CMUC augmentent les chances de percevoir positivement le tiers payant. (56% vs 40%, p=0,041) 	<p>Les avis sur le tiers payant sont divers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorable au tiers payant (4) - Favorable au tiers payant mais avec réserve (3) - Favorable au tiers payant limité (1) - Ambigu sur le tiers payant car cela favoriserait les abus (2) <p>Les internes ayant des représentations négatives vis-à-vis à des bénéficiaires de la CMUC sont également les plus réticents au tiers payant en raison de la surconsommation qu'il favoriserait.</p>
ISS	<p>Q15 (ISS):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 34% sont conscients des ISS et des répercussions que cela a sur le coût des soins. - 23% ne sont pas conscients des ISS et pensent que les bénéficiaires de la CMUC abusent. - 16% ont un avis nuancé : ils sont conscients des ISS mais pensent également que les bénéficiaires de la CMUC abusent. - Au final, un interne sur deux évoque spontanément l'appartenance sociale pour expliquer la différence de coût de soins. Une moitié des internes est donc consciente des inégalités sociales de santé. <p>Q15 (Déterminant de santé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les internes accentuent l'importance du système de santé et des facteurs comportementaux ou environnementaux dans les déterminants de santé. Ils éludent la position socio-économique du patient et le contexte socio-économique. <p>Q14:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16% des internes connaissent le seuil de pauvreté. - 75% se trompent, plutôt en le sous estimant (69%). <p>Q18:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4/5 des internes sont conscients que le cadre vit plus longtemps que l'ouvrier. - 1/3 d'entre eux sous-estime cette différence (2,5 ans au lieu de 7,5 ans). - 14% des internes ne savent pas qu'il existe une différence de vie socialement stratifiée. <p>Q19:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre 41 et 67% des internes ne sont pas conscients que les catégories socio-professionnelles basses sont plus touchées par certaines maladies comme le diabète, le cancer du col de l'utérus, ou les maladies cardio-vasculaires. - Seulement un peu plus d'1/3 des internes à plus de 3 réponses justes/6 quand on les interroge sur certaines pathologies en fonction de certaines conditions sociales. <p>Score ISS (Q14, Q18, Q19) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 interne sur 2 n'a pas la moyenne au score ISS, et 40% ont une note inférieure à 6/18. <p>Facteurs influençant la connaissance sur les ISS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les connaissances sur les ISS ont tendance à être meilleures si l'interne connaît personnellement un bénéficiaire de la CMUC (43% vs 58%, p=0,110). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les internes, les inégalités sociales de santé se réduisent souvent à une opposition entre pauvres et non-pauvres, manuels et non-manuels. C'est une vision dichotomique et ils n'ont pas la notion du gradient social. - Le travail est perçu comme un facteur d'usure somatique, sans mesurer que le type d'emploi exercé est le fait d'une appartenance sociale. - La majorité des internes (8/10) est consciente que la mortalité est socialement stratifiée. Ce n'est pas le cas concernant la morbidité (0/10). Ils ont du mal à faire le lien entre la position sociale du patient et l'impact que cela peut avoir sur sa santé. - Surestimation de la place du système de soins dans les déterminants de santé. - Certains stéréotypes sont encore bien ancrés, comme « La violence familiale est une violence populaire », « L'image du cadre stressé » qui développerait plus de maladies cardio-vasculaires, « Plus de cancer du col chez les personnes issues de classes favorisées ».

	Représentation sur les personnes précaires et la précarité		<ul style="list-style-type: none"> - L'idée qu'ils se font de la pauvreté est plus proche de la grande pauvreté. Les pauvres sont chômeurs plutôt que travailleurs. Ils n'évoquent pas la notion de « travailleur pauvre » ou de contrats précaires (CDD, intérim,) comme des facteurs de précarité. - Leur image de la précarité est plus proche de celle de l'exclusion ou de la grande précarité. - Certains « pauvres » paraissent plus méritants : comme les paysans ou les personnes âgées. - Les personnes pauvres sont perçues comme ayant des capacités cognitives limitées et sans éducation. - Les personnes ayant immigré, et les personnes âgées isolées sont considérées comme des personnes en situation de précarité. - Pour les internes, il n'y a pas de profil du « précaire type ». - Les internes (6/10) ressentent une distance sociale lors des soins aux personnes précaires. Cette distance ressentie varie d'un interne à l'autre et l'expérience professionnelle auprès de personnes en situation de précarité semble être un moyen de diminuer cette distance. - Une majorité d'internes (5) pense qu'ils pourraient devenir précaires un jour
	Avis sur le rôle du médecin généraliste		<ul style="list-style-type: none"> - Les internes envisagent bien leur mission d'orientation vers le secteur social. Mais ce rôle de coordination est calqué sur le modèle hospitalier (unité de lieu, disponibilité quasi-immédiate des assistantes sociales). - Une majorité des internes pense qu'il faut adapter sa prise en charge au niveau de couverture sociale du patient, sans recueillir pour autant le niveau de couverture sociale. - Parmi les difficultés classiquement rapportées dans la littérature (barrière de la langue, temps insuffisant, difficulté dans le suivi) d'autres ont été identifiées ici : le repérage d'un patient en situation de précarité n'est pas aisé pour plusieurs raisons : <ul style="list-style-type: none"> o Le corps médical, en général, ne s'intéresse pas à la problématique sociale o Les internes se sentant impuissant, ont du mal à imaginer l'intérêt de prendre en compte le facteur social o Parler de la situation sociale, financière en consultation est une barrière o Un enjeu de taille : repérage des patients précaires sans stigmatisation - Appréhension, pour assumer la souffrance secondaire aux conditions de vie difficile des patients (1) et d'un investissement très important pour travailler auprès de personnes plus défavorisées (2).
Formation	Avis	<p><u>Q27</u> : C'est à la faculté de médecine, puis en stage ambulatoire que les internes ont le plus appris sur la CMUC.</p> <p><u>Q28</u> : 92% des internes ne se sentent pas assez formés sur la problématique de l'accès aux soins et de la précarité en santé.</p> <p><u>Q29</u> : 92% des internes choisiraient ce module et 1/4 des internes le choisiraient en priorité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Souvenir des cours sur le thème médico-social: bref et vague. - Peu satisfaits de la formation (3/10). Ils observent qu'il faut effectuer une démarche active pour se former sur ce sujet-là. - Une majorité d'internes se sent incompétente sur ces thématiques là. Ils souhaiteraient un cours pendant l'internat voir après (Formation Médicale Continue). - Ils souhaiteraient qu'une formation leur apporte des outils pratiques pour répondre aux problèmes médico-sociaux et questionner les représentations des médecins. Une formation sur les ISS n'est pas demandée. - Ils souhaiteraient préférentiellement une formation sur le terrain, comme un stage dans une structure accueillant des personnes vulnérables socialement. - Ils sont la moitié (5/10) à être intéressés par des cours de sciences sociales en médecine.
Maître de stage		<p><u>Q25</u> : 81% des internes ont révélé que leur maître de stage avait une attitude plutôt neutre envers les CMUC, 8% une attitude positive, et 6% une attitude négative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 internes sur 10 ont croisé durant leur parcours des praticiens particulièrement attentifs à la prise en charge des patients en situation de précarité. - Les 3 internes qui ont des représentations négatives avaient des maîtres de stage qui selon eux avaient une attitude neutre vis-à-vis des patients précaires.

III. Analyse thématique

Après cette présentation résumée de nos résultats nous allons les détailler en les confrontant aux données de la littérature. Dans un premier temps nous tenterons d'appréhender les connaissances des internes sur les inégalités sociales de santé et les déterminants de santé, puis plus précisément sur les dispositifs tels que la CMUC (chapitres I et II). Dans un second temps, nous verrons de quelle manière les représentations des internes vis-à-vis des personnes en situation de précarité ont une incidence sur les représentations de leur rôle futur de médecin généraliste, légitimant ensuite des attitudes et des comportements (chapitre III et IV). Dans un troisième temps, nous examinerons les réponses des internes sur la façon dont ils envisageraient leur formation sur le sujet (chapitre V).

A. Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants

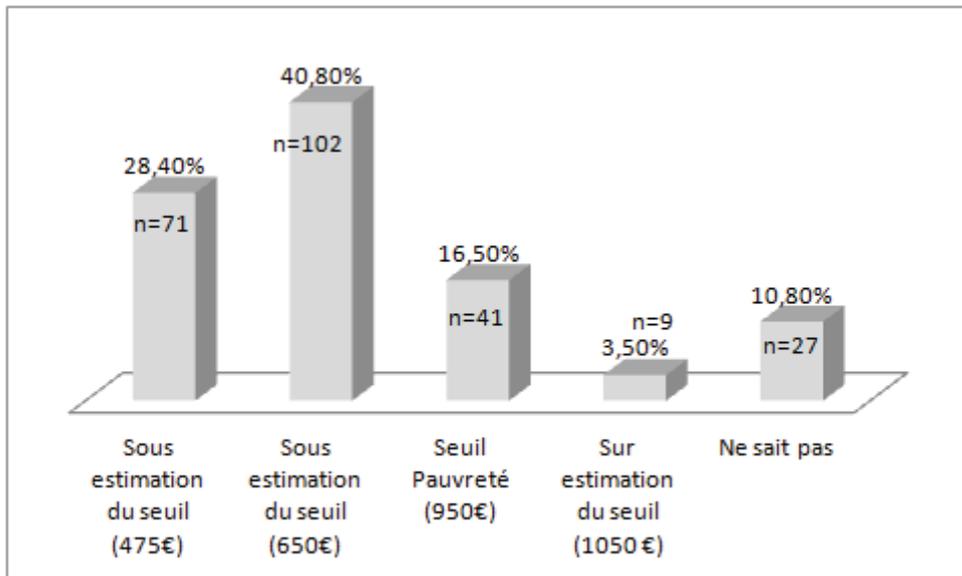
A. 1) *Une vision très parcellaire des inégalités sociales de santé*

Une partie du questionnaire explorait les connaissances des internes en matière d'inégalités sociales de santé. Trois questions étaient posées : le seuil de pauvreté (question n°14), la différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier (question n°18), et une question où nous testions les connaissances des internes sur les pathologies en fonction des classes sociales (question n°19).

a. Connaissance du seuil de pauvreté

La question 14⁶¹ testait la connaissance des internes sur le seuil de pauvreté.

Figure 8 - Réponse à la question n°14 : Montant du seuil de pauvreté



16% des internes connaissent le seuil de pauvreté, 10% avouent ne pas le connaître et 75% se trompent (plutôt en le sous estimant). On remarque que pour une forte majorité (69%) des internes le seuil de pauvreté est largement sous-estimé⁶². L'idée qu'ils se font de la pauvreté est ainsi plus proche de celle de la grande pauvreté.

⁶¹ Question n°14 : A votre avis, quel est le seuil de pauvreté en France pour une personne seule ?

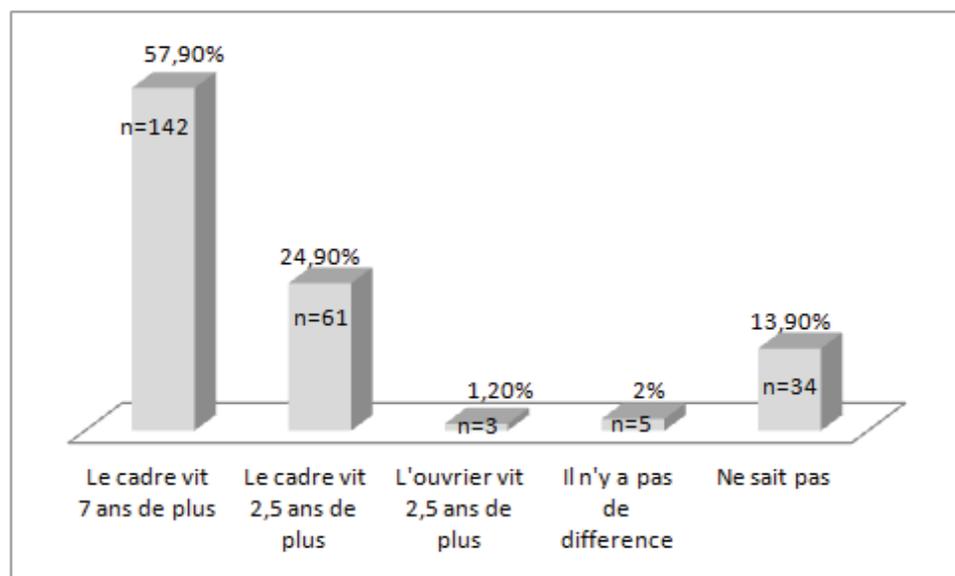
475€/mois 650€/mois 950€/mois 1 050€/mois Ne sait pas

⁶² Considérant le seuil de pauvreté à 60% du revenu médian.

b. Conscience d'une différence d'espérance de vie socialement stratifiée

La question 18⁶³ testait la connaissance des internes sur les différences d'espérance de vie qui existent entre un cadre et un ouvrier.

Figure 9 - Réponse à la question¹⁸ : « Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France? »



83% des internes sont conscients du fait que le cadre vit plus longtemps que l'ouvrier, Mais un tiers d'entre eux sous estiment cette différence (2,5 ans au lieu de 7,5ans). L'analyse qualitative rapporte la même proportion : 8 internes sur 10 savaient qu'il existait une différence, sans préciser de combien elle était.

Cependant, la différence de l'écart d'espérance de vie est très mal connue dans les entretiens individuels.

N°7 « *T'as une idée du chiffre ? Non, pas du tout. 7 ans entre un cadre un ouvrier. C'est énorme !* »

Comme Julien, ¼ des internes sous-estime cette différence d'espérance de vie :

N°10 « *Déjà entendu parler des différences d'espérance de vie selon les classes sociales ? Oui, je crois qu'elle est plus faible l'espérance de vie chez les gens précaires. Et si on te parle des cadres ou des ouvriers ça te dit quelque chose ? Ouais, ouais, je crois qu'il y avait un truc comme 3 ans de différence.* »

Il est possible voire probable que les réponses proposées dans le questionnaire aient finalement pu favoriser une réponse juste alors que la connaissance de ce fait est apparue beaucoup moins assurée dans les entretiens. En effet, quatre des huit internes qui connaissent l'existence d'une différence d'espérance de vie entre cadre et ouvrier ont été étonnés lorsque nous précisions l'importance de l'écart.

L'étude qualitative (2/10) et quantitative (14%) rapporte dans des proportions similaires, la méconnaissance de ce fait sociétal.

⁶³ Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France ?

- Oui, le cadre vit 7 ans de plus.
- Oui, le cadre vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 7 ans de plus.
- Non, il n'y a pas de différence d'espérance de vie entre les catégories socio-professionnelles.
- Ne sait pas.

N°3 « Ben je le savais pas, mais je peux l 'entendre. »

Certains mettent ces faits en relation avec leur propre profession de médecin. Cette comparaison amène de facto à minimiser le phénomène des inégalités sociales de santé ainsi que leur méconnaissance.

N°1 « Oui c'est sûr que tu vois des différences. Apres ya de tout partout. Ya des médecins qui fument comme des pompiers et de bons vivant quoi sont en mauvaise santé.»

N°7 « ya des populations à risque de suicide (rire), les flics, les pompiers, les médecins. On parle du burn-out, et on nous dit souvent qu'on est la 2eme profession qui se suicide le plus donc ça oui beaucoup »

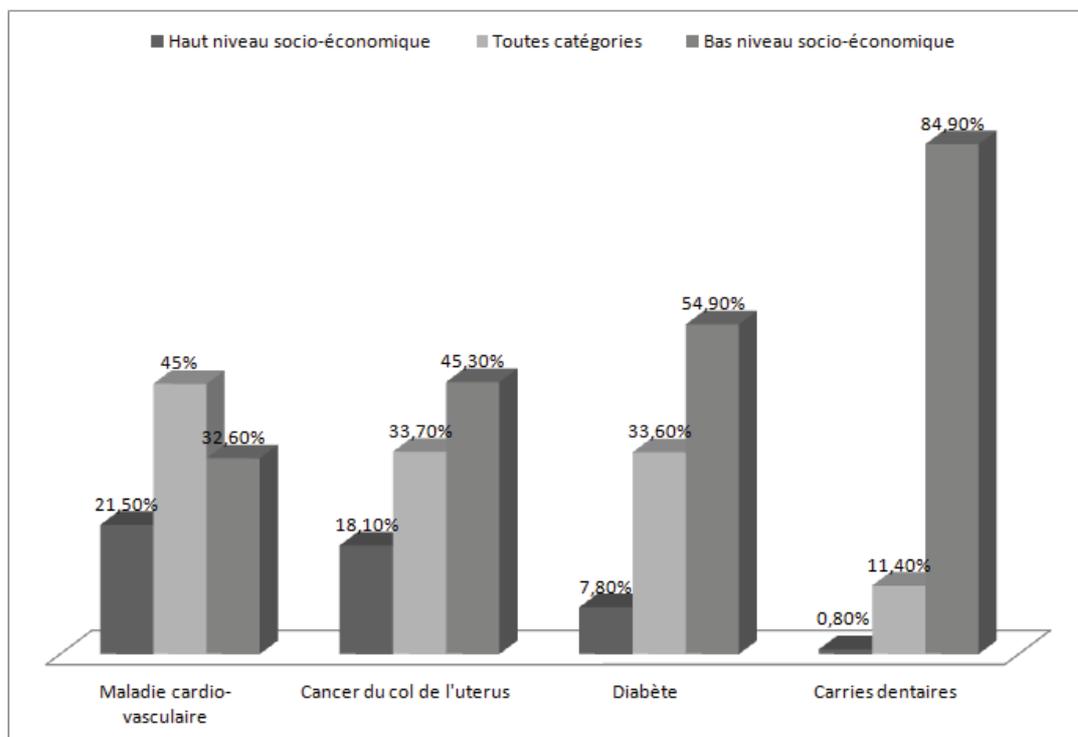
Selon une étude danoise (118), les médecins ont globalement un taux de mortalité inférieur à celui de la population générale. Pour les deux sexes, elle est d'un écart-type sous la moyenne pour les cancers, les maladies cardiovasculaires, les autres causes naturelles. Par contre la mortalité par suicide est 1,6 fois supérieure à celle de la population générale.

c. Connaissance d'une prévalence socialement déterminée des pathologies

Quatre pathologies touchant en particulier les personnes de bas niveau socio-économique

Dans la question n°19 nous demandons aux internes « pour chaque pathologie ci-dessous, selectionnez la population la plus touchée selon vous.» Ces connaissances que l'on apprend peu à la faculté de médecine ou lors de stages hospitaliers, sont plus le fruit d'un certain capital culturel des internes.

Figure 10 - Réponse à la question n°19 : « Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou faits sociaux touchent différemment les personnes, selon leurs niveaux socioéconomiques »⁶⁴



⁶⁴ n= 250

D'après les données épidémiologiques actuelles, ces quatre pathologies touchent majoritairement les personnes de faible niveau socio-économique. L'analyse des questionnaires nous montre que si une majorité d'internes est bien consciente que les caries dentaires touchent plus les populations à bas niveau socioéconomique, ils le sont beaucoup moins concernant les trois autres pathologies. En effet, entre 41 et 67% des internes ne sont pas conscients que les catégories socioprofessionnelles basses sont plus touchées par certaines maladies comme le diabète, le cancer du col de l'utérus, ou les maladies cardio-vasculaires, alors même que 82% des internes sont conscients de la différence d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles.

On remarque que pour un grand nombre d'internes -entre 45% et 33%-, et comme le dit le sociologue Pierre Aiach - est présente « *l'idée consolante que, devant la mort, tous les hommes sont égaux quelle qu'ait pu être sur terre leur richesse ou leur misère* » (119). Cette représentation que décrit le sociologue est très marquée chez les hommes, médecins ou pas. Il l'appelle « le syllogisme de l'égalité devant la mort et la maladie », qu'il formule ainsi : « *Si tous les hommes sont égaux devant la mort et la maladie, c'est qu'il n'existe pas d'inégalités selon qu'ils sont riches ou pauvres, bourgeois ou prolétaires, (...), du moment que tous sont des hommes* ». (119) Il identifie cette « *croissance innée dans l'égalité naturelle devant ce qui constitue la caractéristique fondamentale des êtres humains, la finitude de leur vie terrestre* » comme un frein à la lutte contre les inégalités sociales de santé connues depuis les travaux de Villermé au 19ème siècle.

Dans les entretiens

Deux pathologies sont bien repérées comme ayant une prévalence plus importante chez les personnes de bas niveau socio-économique : le mauvais état bucco-dentaire dans la partie quantitative et l'obésité dans la partie qualitative (2/10)⁶⁵.

N°8 « *l'obésité, je sais que dans nos pays c'est relié au niveau de vie.* »

Effectivement, selon R. Wilkinson, « *pendant des siècles, les riches ont été gros et les pauvres maigres, mais après la transition épidémiologique, le schéma s'est inversé et désormais, les pauvres tendent à être plus gros que les riches* » (120). Les internes semblent constater ce fait.

Il aurait été intéressant d'explorer dans l'enquête quantitative, la question des troubles mentaux en fonction du niveau socio-économique. Dans les entretiens, trois internes abordent spontanément ce thème, avec notamment des avis contradictoires concernant la dépression. Audrey pense qu'il y a moins de dépression chez les personnes moins favorisées alors que Nicole, plus informée, sait que la prévalence des troubles mentaux est plus importante chez les personnes en situation de vulnérabilité sociale.

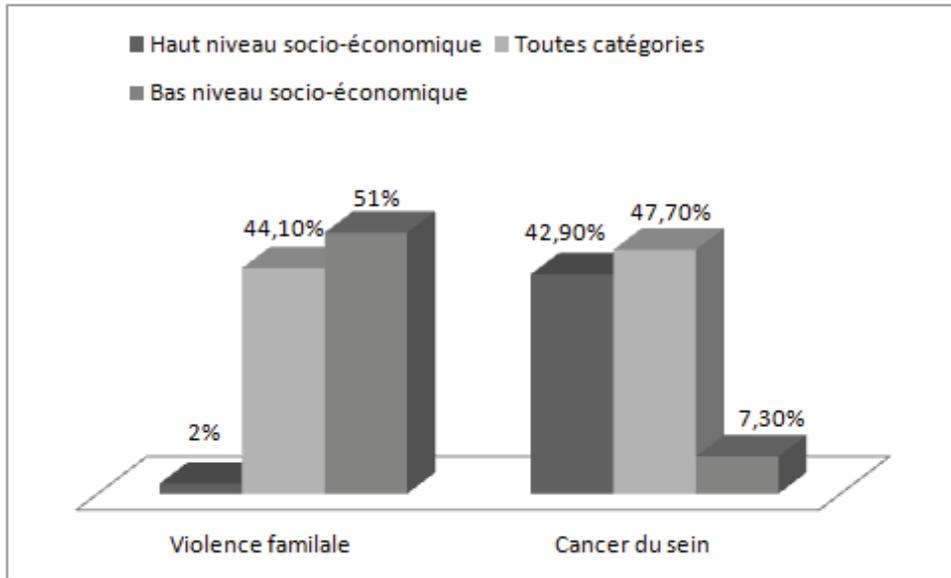
N°1 (A propos des personnes à haut niveau socio-économique) : « *Moins de trucs psy genre dépression, moins d'hystérie. Moins de maladies des riches...* »

N°8 (A propos des personnes issues des catégories défavorisées) « *On n'a pas tous les mêmes problèmes de santé selon notre niveau de vie. (...) tu sens que y'en a pas mal qui reviennent qui ont des problèmes psychologiques, ils sont pas mal dans la détresse*»

⁶⁵ Les pathologies cutanée (1/10), infectieuse (1/10), ou les troubles musculo-squelettiques (1/10), sont également identifiées dans l'analyse qualitative comme socialement différenciées.

Deux items ne touchant pas spécifiquement les classes sociales défavorisées

Figure 11 - Réponse à la question n°19, items non prédominant chez les personnes à bas niveau socio-économique.



n=250

Pour ces deux autres pathologies ou « faits sociaux » qui ne touchaient pas particulièrement les populations défavorisées, une majorité d'internes n'a pas su trouver la bonne réponse.

Les réponses justes sont pour :

- le cancer du sein : prévalence plus élevée dans les milieux favorisés (cf. paragraphe Inégalités sociales de prévalence des maladies, page 15).
- les violences familiales : touchent toutes les personnes, sans distinctions de classes sociales.

En effet, les violences domestiques n'épargnent aucun milieu social. Mais elles sont davantage signalées dans les catégories populaires, comme l'explique le sociologue L. Mucchielli dans son ouvrage "L'invention de la violence" (121). Concernant les violences sexuelles, les enquêtes Enveff et CSF⁶⁶ ont établi de façon concordante qu'elles concernent tous les milieux sociaux dans des proportions équivalentes. Or, une étude sur des viols jugés dans trois cours d'assises indique que c'est la répression de ces actes qui touche essentiellement les milieux populaires(122).

Concernant les maltraitements des enfants, comme l'explique le Haut Comité Santé Publique dans son rapport en Mai 2004 (123), il y a plus de signalement dans les quartiers défavorisés mais « *il est reconnu en effet que la maltraitance concerne tous les milieux sociaux* ».

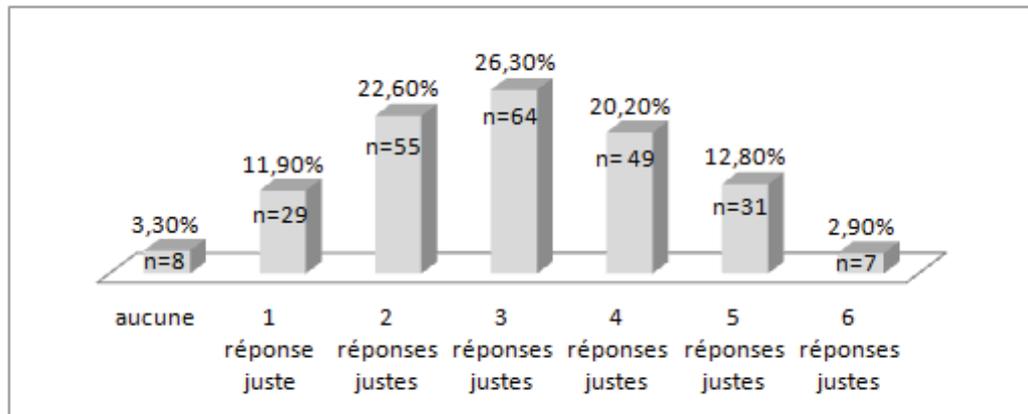
Notons également, que plus les internes avancent dans le cursus moins leurs connaissances sont justes : pour le cancer du sein 49,5% des internes de 1ère année pensent que le cancer du sein touche les personnes les plus favorisées, 39,8% des 2eme années et 30,9% des 3eme années (résultat proche du seuil de significativité : $p=0,066$). On note un gradient décroissant. Cela pourrait-il s'expliquer par le fait que c'est une connaissance apprise pour l'ENC⁶⁷, et que non mobilisée dans la pratique elle décroît au fil du temps, comme n'importe quelle connaissance ?

⁶⁶ Respectivement Enquête nationale sur les violences envers les femmes, réalisée en 2000, et l'enquête Contexte de la sexualité en France, en 2006.

⁶⁷ ECN : Examen National Classant, ancien concours de l'internat.

Nous avons synthétisé les réponses à cette question n°19 de cette manière : 1 point par bonne réponse puis nous avons réparti les notes des internes par rapport à la moyenne. Seul un interne sur trois a plus de 3 réponses justes sur 6.

Figure 12 - Nombre de réponses justes à la question n°19



L'émergence de représentations sociales

A travers cette question, nous évaluons les connaissances des internes en matière d'inégalités sociales de santé. Comme nous allons le voir ci-dessous, des éléments de connaissances erronées ou des stéréotypes sont utilisés pour construire des associations entre niveau socio-économique et type de pathologie. Ces croyances viennent compenser un défaut de connaissance.

C'est le cas ci-après pour des éléments de représentation sociale associés aux catégories sociales favorisées versus défavorisées :

« La violence familiale est une violence populaire »

Un interne sur deux pense que les violences familiales toucheraient plus les personnes à faible niveau de vie que les autres. On pourrait imaginer que certains internes ont construit leurs représentations lors de leur exercice dans les services d'urgences où il existe un biais de recrutement en faveur des plus pauvres (notamment par la non avance des frais) et où la violence est un motif fréquent de consultation. Comme nous le verrons plus loin, pour certains internes, les populations défavorisées sont caractérisées par une plus grande violence.

Bien que ce résultat ne soit pas significatif ($p=0,109$), on peut noter dans notre échantillon, une tendance au fait que le stéréotype de la violence populaire est de plus en plus présent au fur et à mesure de l'avancement dans les études (en début d'internat 47% des internes pensent que la violence familiale touche toutes les catégories sociales, alors qu'ils sont seulement 30% en dernière année). C'est au cours du troisième cycle que s'opère la première immersion dans le rôle de médecin. L'hôpital et le cabinet du médecin généraliste seront des lieux de formation et de « *socialisation propice à l'assimilation d'un certain nombre de réflexes qui seront investis dans le raisonnement médical mais aussi dans la relation avec les patients* ». Selon l'école fonctionnaliste de sociologie de la médecine, « *le groupe professionnel, qui sélectionne et supervise lui-même la formation de ses membres, est l'agent principal de l'intériorisation des normes résultant d'une longue socialisation technique et morale* » (124). Cette analyse sociologique, met à nouveau en avant, l'importance de la formation dans la construction de ces représentations sociales et ainsi des a priori du corps médical sur l'existence de la violence familiale.

« L'image du cadre stressé » qui développerait plus de maladies cardio-vasculaires

Maladies de l'abondance, de l'excès et de la vie moderne – liées à une alimentation trop riche, à la sédentarité, au surmenage et au stress –, les maladies cardio-vasculaires évoquent encore souvent le cadre

stressé, écrasé de responsabilités, que « menace l'infarctus ». Cette image ne correspond pourtant pas à une réalité épidémiologique. Les maladies cardio-vasculaires qui furent des maladies d'hommes riches, sont devenues des maladies de pauvres dans une société riche (120). Or un interne sur cinq⁶⁸ pense que les maladies cardio-vasculaires touchent principalement les personnes à haut niveau socio-économique. Ce qui est préoccupant concernant le dépistage des maladies cardio-vasculaires qui risque d'être sous effectué chez les populations précaires pourtant plus à risque de présenter ces pathologies.

Le dépistage du diabète illustre bien ce fait. Le travail de thèse de G. Lange en 2004, a montré que l'application des recommandations HAS (dépistage à 45 ans), entraînait un retard de diagnostic chez 38% des personnes de catégories sociales défavorisées versus 11,4% des diabétiques de catégorie socioprofessionnelle favorisées. Selon lui *« ces résultats semblent indiquer que si le principe du dépistage à partir de 45 ans peut s'appliquer aux sujets masculins de catégories socioprofessionnelles favorisées sans préjudice particulier, il devient source d'inégalité en terme de santé chez les patients de catégories socioprofessionnelles défavorisées ou chez les patients non Européens, en particulier chez les femmes. »* (125) Ceci illustre également ce que P. Lombrail appelle les inégalités d'accès aux soins secondaires par construction (cf. page 35).

« Le dépistage du cancer du col induit plus de mortalité par cancer » chez les personnes issues de classes favorisées

18% des internes (n=44) pensent que le cancer du col de l'utérus touche plus les femmes les plus instruites. Une interne que nous avons interrogée (cf. extrait N°6 ci-dessous) évoque le « biais de dépistage » qui marque profondément les représentations des médecins jusqu'à en inverser l'idée : *« on dépiste plus chez les classes aisées, donc on trouve plus de cancer »*. La problématique du cancer du col de l'utérus est qu'il persiste justement un sous dépistage des populations les moins instruites, ce qui entraîne un sur-risque pour ces populations là⁶⁹ (126). En effet, l'objectif pour ce cancer d'origine infectieuse, est de dépister des lésions précancéreuses afin de les traiter précocement, avant que le cancer n'apparaisse. Grâce au dépistage il y a donc moins de cancer chez les femmes les plus instruites, qui réalisent plus régulièrement leur frottis.

55% des internes de notre échantillon ne connaissent pas cette donnée. Ceci est le reflet d'un manque global de culture de la prévention en France. On conçoit ainsi l'importance que pourrait avoir pour les médecins généralistes de connaître ce différentiel social de dépistage.

N°6 *« Dans notre questionnaire 20% des internes ont répondu que le cancer du col touchaient plus les riches, aurais-tu une explication ? Non moi je dirais que ça touche tout le monde, les riches comme les pauvres ... sans distinction. Ouais, il touche tout le monde, aussi bien les petites bourgeoises que la fille un peu plus volage qui se protège un peu moins. Après avec le vaccin HPV, on verra ce que ça donne. Les gens confondent que y'en a plus chez les riches mais c'est juste qu'on le recherche moins chez les pauvres, on y pense moins mais non je pense pas que ça touche plus les pauvres. »*

d. Le score ISS

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé un « score ISS » en additionnant les résultats des questions n°14, 18 et 19, qui portaient toutes sur les ISS. La n°14 était une notion de culture générale sur le montant du seuil de pauvreté, et les deux autres portaient sur les conséquences des ISS (espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles et morbidité selon les classes sociales). Chaque question est sur 6 points, le score total est sur 18 points.

⁶⁸ Cette représentation erronée est plus partagée par les femmes internes que les hommes (maladie cardio vasculaire : 27% vs 42% p=0,018).

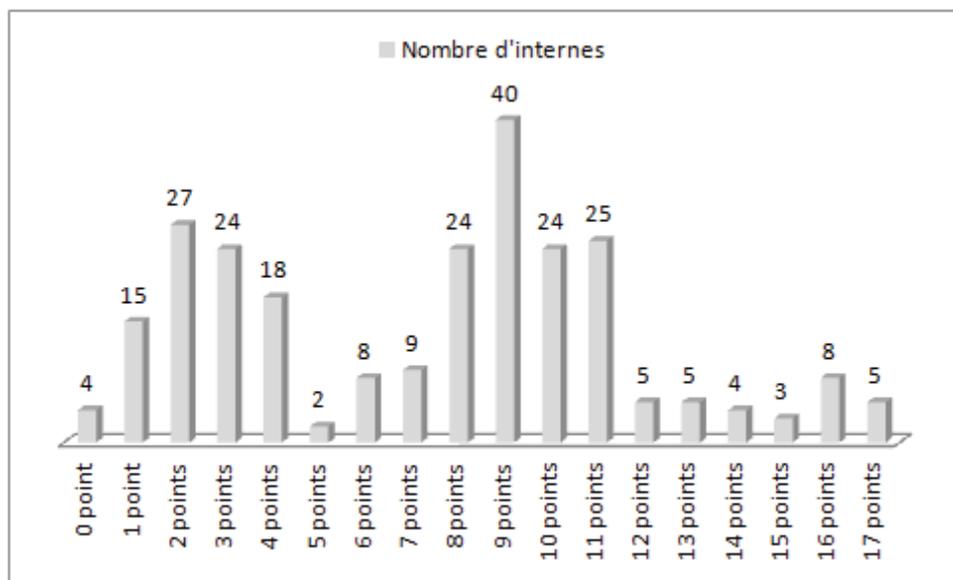
⁶⁹ Les femmes de 25 à 65 ans qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat par rapport à celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (88% contre 75%).

Tableau 13 - Détails de la constitution du score ISS

	Points par item juste	Total des points par question
Q14 - Seuil de pauvreté	6 points pour l'item juste (950€)	6 points
Q18 - Mortalité socialement différenciée	6 points pour l'item juste (7ans)	6 points
Q19 - Morbidité socialement différenciée	1 point par item juste sur 6 items	6 points
Score ISS		18 points

Pour la question 14 sur le seuil de pauvreté, seule la bonne réponse valait 6 points, les mauvaises réponses 0 point. Pour la question 18 sur la différence d'espérance de vie, seule la bonne réponse valait 6 points, les mauvaises réponses 0 point. Nous avons fait le choix d'être dichotomiques (0 ou 6 points) dans l'attribution des points, estimant que sous estimer la différence d'espérance de vie de 5 ans (différence d'espérance de vie de 2,5ans), changeait le regard sur les inégalités. Pour la question n°19, portant sur des données d'épidémiologie sociale, il y avait 6 items dont chacune des réponses justes valait 1 point.

Figure 13 - Présentation des résultats du score ISS



Aucun interne n'a répondu correctement à toutes les questions. La note médiane se situe à 8/18. Bien que 47,6% des internes aient une note au-dessus de la moyenne du score ISS, nous observons en fait un très faible effectif d'internes au dessus de 12 points (30/250 internes, soit 12%), alors que 40% des internes ont une note inférieure à 6/18 (98/250 internes).

e. Recherche de facteurs influençant les connaissances sur les ISS

Nous avons cherché à étudier quels facteurs étaient susceptibles d'influencer les connaissances des internes sur les notions d'inégalités sociales de santé. L'objectif étant de savoir si les facteurs relevant de l'histoire personnelle (sexe, taille de la ville d'origine, milieu d'origine, le fait de connaître dans son entourage proche quelqu'un qui est bénéficiaire de la CMUC), avaient un impact plus important sur les connaissances des ISS que d'autres facteurs identifiés comme appartenant à l'expérience professionnelle (ancienneté dans le cursus de l'internat, maîtrise de stage ou stage aux urgences réalisé, fréquence de consultation avec des patients CMUC pendant la maîtrise de stage, l'intérêt pour un module validant pendant l'internat). Pour cela, nous avons croisé le score ISS (2 groupes sous et sur la moyenne) avec différents facteurs susceptibles d'influencer les connaissances en matière d'ISS.

Tableau 14 - Facteurs influençant les connaissances au score ISS

Variables		% de réponses au-dessus de la moyenne au Score ISS		p=	
Facteurs l'histoire personnelle					
Q1 - Sexe	Hommes :	50%	Femmes :	46,6%	0,616
Q3 - Taille ville d'origine	Pas de différence selon la taille de la ville d'origine.				0,580
Q4 - Niveau d'étude des parents	Parents niveau bac ou inférieur :	45,8%	Parents niveau post bac :	48,3%	0,722
Q9 - Connaître bénéficiaires CMUC	Les internes connaissant une personne CMUC dans leur entourage :	58%	Les internes ne connaissant pas une personne CMUC dans leur entourage :	45,3%	0,110
Facteurs expérience professionnelle					
Q6 - Ancienneté dans l'internat	Pas de différences de connaissance sur le score ISS entre les internes les plus avancés dans leur cursus et les autres.				0,986
Q7 - Stage	Urgences	Pas de différences de connaissance sur le score ISS entre les internes selon la réalisation du stage aux urgences.			0,591
	Maîtrise de stage	Pas de différences de connaissance sur le score ISS entre les internes selon le passage ou non en maîtrise de stage.			0,956
Q24 - A vu des bénéficiaires de la CMUC pendant sa maîtrise de stage	Les internes ayant côtoyé <u>rarement</u> des bénéficiaires de la CMUC	50% (n= 35/70)	Les internes ayant côtoyé <u>fréquemment</u> des bénéficiaires de la CMUC	40,4% (n= 19/47)	0,308
Q29 - Irait à un module DUMG santé précarité	Non	35%	Oui	49%	0,226

n= 250 sauf Q24.

Comme nous pouvons le constater à l'analyse de ce tableau synthétisant les résultats, **aucune variable n'a d'influence statistiquement significative** sur le niveau de connaissance des internes en matière d'ISS (score ISS). Nous notons cependant que sur notre échantillon :

- **Concernant les facteurs de l'histoire personnelle :** Le fait de connaître des bénéficiaires de la CMUC paraît être un facteur améliorant les connaissances sur les ISS (plus de 10% d'écart, p= 0,110, proche du seuil de significativité). Par contre dans notre échantillon, le sexe de l'interne, la taille de sa ville d'origine, son origine socio-économique ne paraît pas discriminant dans le niveau de connaissance de l'interne sur les ISS.
- **Concernant l'intérêt pour une formation sur le sujet:** Les internes ayant un intérêt important pour un cours sur le sujet ont de meilleures connaissances au score ISS (49% des internes qui irait à un cours ont un score ISS au dessus de la moyenne, versus 35% pour ce qui n'irait pas, p=0,226). Nous pouvons donc nous poser la question de l'intérêt éventuel d'un cours optionnel sur le sujet, si seules les personnes les plus informées s'y rendent.

f. Finalem^{ent}, les internes de médecine générale à Marseille en 2012, sont-ils conscients des inégalités sociales de santé ?

Pour répondre à cette question nous avons extrait deux résultats de notre enquête quantitative. Nous avons tout d'abord analysé les réponses de la question n°15 sous un angle quantitatif puis nous avons exploité la variable « score ISS » dont nous décrivons la construction plus bas.

Question n°15 : En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

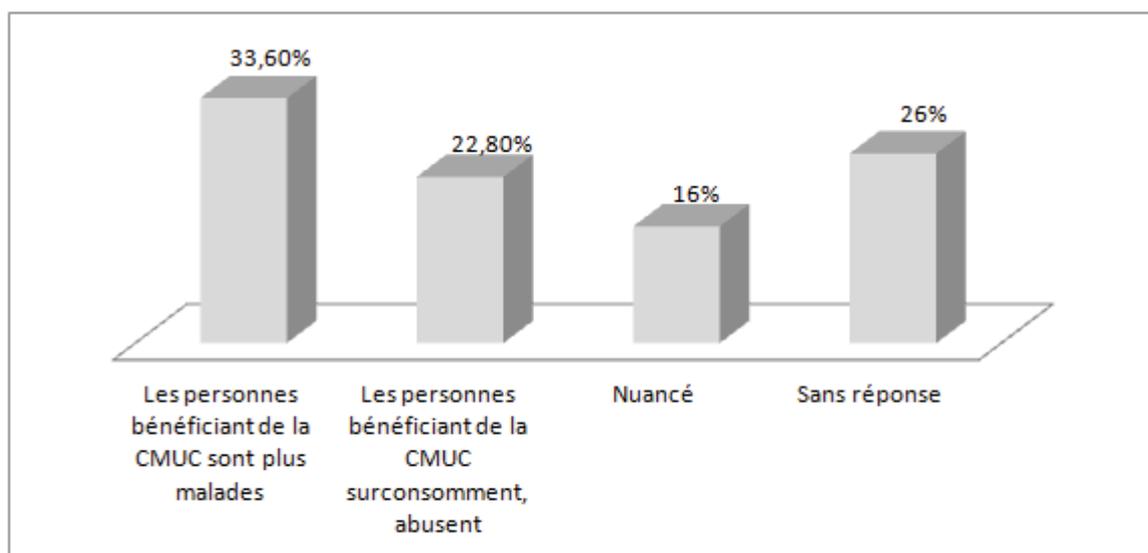
Cette différence de consommation annuelle de soins s'explique avant tout par un moins bon état de santé chez les patients bénéficiaires de la CMUC. Ce fait a été objectivé dans plusieurs études⁷⁰ ce qui reflète bien les inégalités sociales de santé.

⁷⁰ Selon le Fonds CMUC la consommation de soins hospitalier de la part des bénéficiaires de la CMUC compte pour 60,4% (et 39,6% pour les soins de ville) de leur dépenses médicales, alors qu'il est quasiment de 10 points de moins pour les assurés du régime général (51,1%) (8). « Les chiffres examinés par le HCAAM ne font pas apparaître de différence flagrante entre

Dans notre échantillon d'internes 65 personnes se sont abstenues, soit 26%. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit d'une question ouverte pour laquelle certains n'ont pas fait l'effort de rédiger. Nous avons eu cependant 185 réponses, ce qui permet une exploitation des résultats.

Nous avons identifié trois types de réponses avec comme facteurs discriminants l'évocation d'une problématique de moins bonne santé due à la précarité ou l'évocation d'abus/fraudes. Un premier groupe (84 internes soit 33,6% de notre échantillon) évoque les notions de moins bonne santé et donc d'un coût du soin plus élevé. Ce groupe peut donc être considéré comme ayant conscience des inégalités sociales de santé, ou tout du moins du lien de causalité entre la précarité et une moins bonne santé. A l'opposé, un second groupe d'internes évoque uniquement des consommations de soins irresponsables, voire des abus mis en lien avec le tiers payant. Dans le contexte de cette question, nous supposons que ces internes n'ont pas conscience des inégalités sociales de santé. Ils sont 57 internes dans ce cas là, soit 23%. Un troisième groupe d'internes est plus ambivalent et évoque les deux problématiques (moins bon état de santé et abus). Ils sont 40 internes dans ce cas-là, soit 16%.

Figure 14 - Résultat quantitatif question n°15 : « Comment expliquez-vous que les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général ? »



Nous avons regroupé dans ce tableau des extraits de réponses afin d'explicitier notre tri des données :

Tableau 15 - Extrait des réponses brutes à la question n°15

Réponses évoquant une conscience des ISS et des répercussions que cela a sur le coût des soins	33,6%
<i>« Les pauvres sont plus malades que les riches » « Personnes plus défavorisées, moins bonnes conditions de vie, professions plus difficiles physiquement » « Patients plus à risque, pas de prévention, misère sociale » « Les bénéficiaires de la CMUC, de par leur situation sociale ont moins accès à la prévention et ont plus de problèmes de santé » « Difficultés sociales, donc plus de problèmes de santé, mauvaise hygiène de vie. »</i>	85 réponses

les dépenses individuelles moyennes de santé des différentes catégories sociales. Et en tous cas, elles ne font pas apparaître une moindre dépense de santé pour les catégories sociales moins favorisées. Ce sont même les ouvriers qui ont, dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, les dépenses individuelles moyennes les plus importantes » (127).

Réponses évoquant une non conscience des ISS, et qui explique le surcoût par des fraudes et des abus de la part des bénéficiaires de la CMUC	22,8%
<i>« Gratuité totale des soins » « Soins gratuits » « Surconsommation médicale car pas d'avance des frais "ils y ont droit" » « Car dispense d'avances des frais, mal éduqués, profiteurs » « Accès aux soins gratuits augmente la "consommation" (consultation+médicament) » « Ils consultent tout le temps et pour des motifs non justifiés; Ils ont le temps de venir » « Ne pas avoir conscience du prix engagé par les soins donc surconsommation par rapport à un non bénéficiaire qui fait l'avance » « Ils abusent puisque c'est gratuit=> Tout doit leur être dû. »</i>	57 réponses
Réponses évoquant une conscience des ISS et également des abus voire des fraudes de la part des bénéficiaires de la CMUC	16%
<i>« Pas d'avance des frais donc pas de notion du coût Précarité donc plus de morbidité et plus d'attente avant les consultations donc plus de soins car dégradation de l'état de santé » « Pas d'avance des frais, pathologies plus fréquentes chez les patients pauvres » « Les classes socio-économiques basses sont plus exposées aux problèmes de santé, de plus elles y ont "droit" !! » « Maladies chroniques dues à la précarité, les personnes qui payent leurs soins peuvent hésiter à consulter pour certains motifs » « Mauvais, niveau social => Plus de maladies cardio-vasculaires, opportunistes. » « Ils n'ont aucune idée du coût. Sont plus pauvres donc mangent plus mal. Ne travaillent pas donc s'écoutent et consultent. »</i>	40 réponses

Au final un interne sur deux⁷¹ évoque spontanément l'appartenance sociale pour expliquer la différence de coût de soins. Une moitié des internes est donc consciente des inégalités sociales de santé.

Voyons maintenant ce que les entretiens nous ont apporté comme complément d'information.

g. Un difficile rapprochement entre une mortalité socialement stratifiée et une augmentation de la morbidité

Dans les entretiens nous avons remarqué que les internes avaient une connaissance incomplète des inégalités sociales de santé. S'ils étaient majoritairement conscients d'une mortalité socialement stratifiée, aucun d'entre eux n'envisageait que les catégories défavorisées étaient plus souvent touchées par la maladie. Au fil de l'entretien, après évocation d'une différence d'espérance de vie entre cadres et ouvriers et des facteurs de risques plus fréquemment retrouvés dans les groupes les moins favorisés, les internes déduisaient qu'il existait effectivement une morbidité précoce plus importante chez les personnes issues des catégories socio-économiques basses. Voici par exemple les extraits d'entretien de Laura et Julien qui illustrent ce cheminement de leur pensée :

Interne N°2 :

6'50 « *As-tu ressenti que les gens en situation de précarité sont plus malades ? Non, j'ai pas ressenti ça.*

...

12'15 « *Est ce que t'as déjà entendu parler de la différence d'espérance de vie selon les CSP ? Oh, oui, je pense qu'elle est un peu plus basse... chez les précaires. Mais après la différence je ne saurais pas dire. A quoi c'est dû ? Non. Mais oui, je pense qu'il y a un peu plus de pathologies chez les gens précaires... Ils ont des difficultés à se prendre en charge aussi. »*

Interne N°10 :

39'20 « *Est ce que tu penses que les personnes bénéficiant de la CMUC ou les personnes précaires sont plus malades? Ben je sais qu'ils ont une consommation de 30 % de plus que la population générale mais est ce qu'ils sont plus malades ? Je ne pense pas, vraiment pas. »*

...

⁷¹ Cf. 1ere et 3eme ligne du tableau n°Tableau 15: 33% + 16%

42°23 « **Donc à la question « sont-ils plus malades ? » tu ...** *Moi j'aurais dit oui, comme toutes les populations précaires mais après ils sont plus à risque, ils fument plus, l'éthylotabagique aussi.* »

On peut même retrouver cette incohérence dans la même phrase :

N°8 « *Non, j'ai pas repéré que les patients précaires étaient plus malades. Non non, par contre qu'ils se soignent moins bien. Mais après je les trouve pas... pas comme ça... pas quand tu les reçois au cabinet. Evidemment qu'ils ont plus de problèmes de santé ça c'est sur.* »

Pour expliquer la différence de mortalité entre classes sociales une interne soulève une autre cause que le facteur social :

N°7 « **Tu as déjà constaté une différence de vieillissement entre gens précaires et pas précaires ?** *Précaires et pas précaires non, mais stressé, malheureux versus heureux et sans trop de stress, oui. Alors pas forcément trop lié à la précarité (...). Mais en tout cas de voir et dans mon entourage et au travail des gens qui sont plutôt heureux dans leur vie, et dont leur vie leur plaît qu'elle soit riche ou pas riche, à priori ils sont moins malades ils vivent plus longtemps... des gens qui ont des soucis, des problèmes de famille, des décès graves, des conflits, des histoires tristes et traumatisantes dans leur vie, ben ils font des maladies plus rapidement beaucoup plus graves et quand ils sont malades ils se battent moins. ... je pense que du coup la précarité est liée mais je ne pense pas que ça soit la précarité en soit, je pense que c'est la manière d'appréhender le quotidien.* »

Cette vision rend comme seule responsable de l'état de santé une « capacité au bonheur » qui dépendrait de chaque personne individuellement. Cette vision des causes de la précarité sert ici à opérer un déplacement du niveau auquel doit se régler le conflit générateur des causes de la précarité, du niveau sociétal ou collectif au niveau individuel. Même si le rôle du stress est réel, en minimisant le facteur social, n'y a-t-il pas un risque d'occulter la responsabilité publique/politique, qui empêcherait par exemple de proposer des politiques publiques plus efficaces ? Selon J. de Kervasdoué⁷² « les chiffres (des inégalités sociales de santé) sont là, clairs et scandaleux et nous conduisent à repenser la politique de santé » (119).

Les internes ont conscience que les « ouvriers meurent plus précocement que les cadres », mais alors « de quoi meurent-ils » ? Les avis sont très partagés...

Cette question est très éclairante sur les représentations qu'ont les internes en matière d'inégalités sociales de santé. Elle permet d'analyser le lien qu'ils font entre une mortalité socialement stratifiée (globalement connue des internes, comme nous l'avons vu dans la question précédente, question n°18), et les facteurs qui déterminent leur santé (question n°15 que nous verrons plus loin). Les réponses à la question n°19, par leurs mauvais résultats prouvent que le lien ne se fait pas entre des conditions de vie⁷³ moins favorables qui entraînent une augmentation de la morbidité et donc une augmentation de la mortalité.

Lors des entretiens, comme nous l'avons vu ci dessus (page 100), la plupart des internes citent l'usure secondaire au travail physique pour expliquer la différence d'espérance de vie. Pour les internes s'il est logique qu'un ouvrier soit usé physiquement principalement par ses conditions matérielles de vie et son travail, ils envisagent moins fréquemment des pathologies systémiques comme les maladies cardio-vasculaires ou le diabète. Ils ne mesurent pas l'effet physiologique de conditions économiques et sociales stressantes vécues sur une longue durée.

N°8 « *Et puis ya des vies qui sont plus dures quand tu vois... les ouvriers les maçons à 50 ans ils sont usés, ils sont usés ! Beaucoup plus même au niveau articulaire... enfin c'est hyper dur. (...) Par exemple tout ce qui est lié aux métiers physiques, à l'usure.* »

⁷² Économiste de la santé français, ancien directeur général des hôpitaux (équivalent DGOS).

⁷³ « Condition de vie globale » comprenant les 3 niveaux du modèle CDSS : le contexte socio-économique et politique, les déterminants structurels et la position socioéconomique, et les déterminants intermédiaires de la santé.

Certains se sont fait des explications de type culturaliste pour expliquer ces pathologies que l'on rencontre plus fréquemment dans les milieux défavorisés:

N°10 « *Je sais qu'il y a plus d'obésité, plus de diabète de type 2 dans la population précaire mais ca c'est socio-culturel chez eux parce que les gens riches sont des gens gros donc le fait d'être gros chez eux ça leur donne une situation d'être riche. C'est vrai hein, les noirs et les musulmans 'fin les arabes, le bassin Nord Africain c'est ca ? Les gros, c'est les riches. »*

Cette interprétation de type culturaliste que fait Julien, P. Aïach invite à s'en distancier : « *par exemple, dans le Nord, on dira qu'on aime bien boire et manger et qu'on est dur devant la douleur pour expliquer la situation sanitaire particulièrement mauvaise de cette région !* » (128).

L'exemple du cancer : Pour les internes, existe-t-il un risque socialement stratifié ?

Dans notre questionnaire nous n'avons pas posé de question en rapport avec les cancers autre que gynécologiques, mais dans les entretiens les internes nous en ont parlé. Nous observons une grande différence de connaissances entre les internes comme en témoignent ces deux extraits d'entretiens:

N°10 « *Ouais voilà, ils (populations les plus défavorisées) meurent plus rapidement mais ils ne meurent pas de cancer, souvent ils ont des problèmes cardio-vasculaire ces gens là .. et c'est une belle mort, 'fin l'arrêt cardiaque»*

N°6 « *Dans ma pratique, je vois que les patients du BTP, des ouvriers qui sont au même âge qui ont des cancers. Moi j'ai fait beaucoup de stages en tant qu'externe en pneumo, digestif (...) Ca empêche pas que les cadres aient aussi des cancers. Mais sans chiffres j'imagine qu'ils sont quand même moins nombreux à l'hôpital. (...). **Y'a des cancers qui pour toi sont plus marqués, y'a-t-il une catégorie plus marquée par certains cancers ? Riche/pauvre je sais pas mais les CSP oui, ben les ouvriers, ... j'imagine que les cancers ORL, ceux qui fument et qui boivent c'est plus ceux qui sont sur les chantiers et .. après, digestif y'a pas vraiment de facteurs environnementaux...** »*

Pour le premier interne, les plus défavorisés ne sont pas plus touchés par le cancer. C'est l'inverse, comme nous l'avons vu dans la 1ere partie : en 1985, un ouvrier avait 2,7 fois plus de risque de décéder d'un cancer qu'un cadre⁷⁴. Les cancers ORL sont correctement reliés aux plus défavorisés par l'intermédiaire du facteur de risque majeur qu'est le tabac. Si le stage en ORL a permis à un interne d'identifier une morbidité socialement stratifiée, ça n'a pas été le cas pour le stage en service de gastro-entérologie bien que la morbidité par cancer digestif, soit également socialement stratifiée. Les stages hospitaliers en plus de dispenser un savoir biomédical, pourraient être également le lieu de questionnements sur les déterminants sociaux des maladies en accord avec le modèle biopsychosocial prôné à l'ECN.

Pour les internes, il existe des « pathologies de la précarité »

Pour les internes il existe des pathologies spécifiques à la situation de précarité. Ce n'est pas ce que rapporte le Haut Comité de la Santé Publique : « *On ne constate pas de pathologie spécifique à la pauvreté, mais que certaines populations cumulent les facteurs de risque pour la santé et les pathologies non traitées* » (129). En fait, il n'y a pas de maladies autres que celles connues et décrites à ce jour, mais une prévalence plus importante de certaines pathologies.

Les internes rapportent des pathologies étant plutôt le reflet de la grande exclusion, sans penser aux pathologies courantes plus fréquentes comme nous venons de le voir ci-dessus (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires).

N°10 « *Je pense qu'il y a des pathologies qui vont avec la précarité mais de là à dire qu'ils sont vraiment plus malades...* »

⁷⁴ Selon Eric Jouglu

N°5 « *Après je sais que y'a plein de maladies qui sont des maladies des pauvres : soit des maladies infectieuses qui se transmettent dans des conditions d'insalubrité, la tuberculose, des choses comme ça.* »

Conclusion

Comme l'ont illustré les réponses aux questionnaires (à la question n°15 et aux trois questions composant le score ISS) et aux entretiens, les connaissances des internes en matière d'inégalité sociale de santé sont plutôt faibles. Le questionnaire ne nous a pas permis d'identifier des facteurs de l'ordre de l'histoire personnelle ou de l'expérience professionnelle susceptibles de les influencer. Les internes ont une vision dichotomique des inégalités sociales de santé. Ils les réduisent souvent à une opposition entre pauvres et non-pauvres, manuels et non-manuels. Ils n'ont pas la notion du gradient social. Le travail est perçu comme un facteur d'usure somatique, sans mesurer que le type d'emploi exercé est d'abord le fait d'une appartenance sociale. Ils sont une majorité⁷⁵ à ne pas être conscients que pour certaines pathologies la morbidité est comme la mortalité, socialement stratifiée. Certains considèrent qu'il existe des « pathologies de la précarité » (saturnisme...) mais ils sont un sur deux, à ne pas envisager l'augmentation des pathologies systémiques connues (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer...) comme « pathologies liées à la précarité », ce qui est pourtant devenu une réalité épidémiologique.

Si les inégalités sociales de santé se définissent comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* », comme le définissent A. Guichard et L. Potvin nous pouvons dire que les internes ne connaissent pas les inégalités sociales de santé. Ce constat n'est pas étonnant étant donné que cela n'est pas enseigné dans les facultés de médecine à l'heure actuelle. Ceci est à replacer dans le contexte français : les inégalités sociales de santé ne constituent que très récemment⁷⁶ un objet de politique publique à part entière. Pour reprendre l'analyse de M. Elbaum (130), l'état de la question se situe entre le stade de la prise de conscience (étape 1) et celui de la perception comme enjeu de politique publique (étape 2), en deçà de la construction d'une politique globale et coordonnée (étape 3). Ceci peut s'expliquer par le fait que le constat de ces inégalités a longtemps été occulté par les performances du système de soins curatifs et la croyance en la toute puissance du progrès médical tant pour le public que pour les décideurs et les chercheurs (131). Les premiers chercheurs ont mis en évidence les inégalités sociales de santé dans les années 1980. Trente ans plus tard, l'IGAS⁷⁷ propose au gouvernement dans son rapport de Mai 2011 de « *mener un travail d'argumentaire, de conviction et de formation qui permette à chaque acteur de mesurer comment les enjeux de santé viennent s'intégrer dans ses compétences et son champ d'action* ». Le corps soignant a encore à s'emparer de cet enjeu de santé publique.

Ainsi, à l'échelle du médecin traitant, il semble nécessaire que le soignant conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers, sans réduire les choses aux capacités individuelles des individus. Cette prise en compte de l'existence d'un grand nombre de déterminants de santé, lui permettrait un meilleur accompagnement des patients dans leur globalité (132). Selon P. Aiach si « *on accepte l'analyse des inégalités en tant que résultat final des autres inégalités dans les conditions et mode de vie des différentes catégories sociales, [c'est pour] mettre en cause de façon profonde le fonctionnement et les mécanismes fondamentaux de notre société.* »

Cette méconnaissance des inégalités sociales de santé peut avoir des conséquences inquiétantes : ainsi certains internes non conscients des inégalités sociales de santé expliquent par des abus l'augmentation de la consommation de soins par les bénéficiaires de la CMUC. Nous développerons ceci dans un paragraphe traitant des représentations des internes sur les bénéficiaires de la CMUC.

⁷⁵ Concernant les 3 pathologies (diabète, le cancer du col de l'utérus, et maladies cardio-vasculaire): entre 41 et 67% des internes (53% en moyenne) ne sont pas conscients que les catégories socioprofessionnelles basses sont plus touchées alors même que 82% des internes sont conscients de la différence d'espérance de vie selon les CSP.

⁷⁶ Les objectifs de la loi relative à la politique de santé Publique, 9 août 2004

⁷⁷ IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

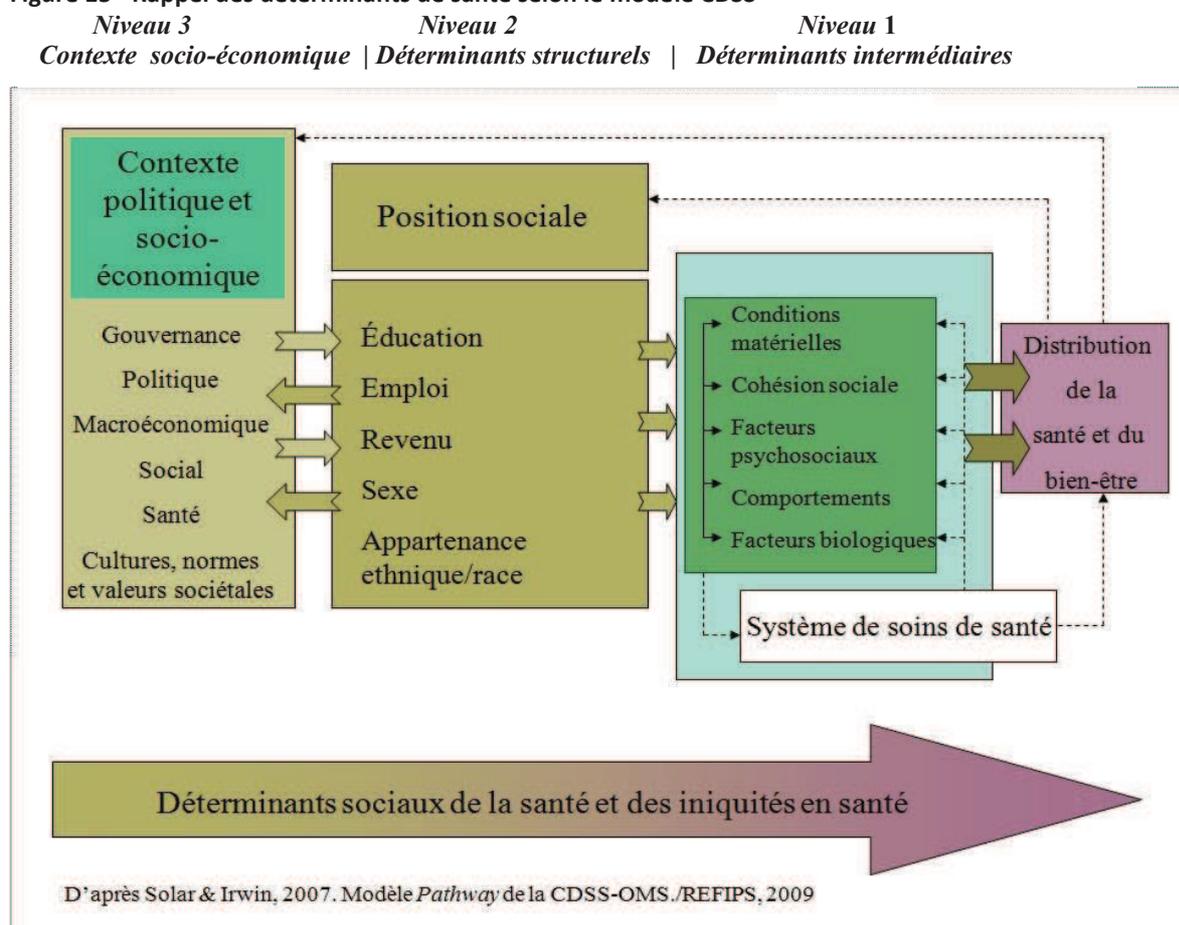
A. 2) Une connaissance incomplète des déterminants de santé

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. C'est pourquoi, il nous a semblé opportun d'évaluer plus précisément les connaissances des internes sur les déterminants de santé.

Rappel de la question n° 15 : En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

A travers l'analyse qualitative de la question n°15, nous évaluons la conscience des internes vis à vis des déterminants de santé. Selon les études du Fond CMUC (8), les patients bénéficiaires de la CMUC sont plus touchés par la maladie que les autres. Certains internes, partis de ce postulat, sont allés plus loin et ont détaillé les causes expliquant ce moins bon état de santé. Nous avons identifié ces causes énumérées par les internes comme des déterminants de santé, et nous les avons comparées avec le modèle CDSS (décrit dans la partie théorique) qui fait consensus.

Figure 15 - Rappel des déterminants de santé selon le modèle CDSS



a. Niveau 1 : Les « déterminants intermédiaires » fréquemment relevés par certains internes

Dans ce groupe nous avons regroupé puis classé les réponses concernant des conditions de vie ou environnementales défavorables à une bonne santé par opposition à des facteurs de risque clairement corrélés à des pathologies bien identifiées (tabagisme...). Concernant les déterminants de santé les internes ont cité : l'alimentation, le logement, le travail ou plus globalement l'hygiène de vie.

63 déterminants intermédiaires ont été cités sur 185 répondants à la question n°15 (250 en tout). Dans ce tableau figure un échantillon des réponses brutes à la question n°15, afin d'expliquer notre classement :

Tableau 16 - Extrait des réponses brutes à la question n°15

Niveau 1 : Les déterminants intermédiaires de la santé	
Environnement physique, circonstances matérielles	
Conditions de vie	23 réponses
<p>« Plus pauvres donc conditions de vie moins bonnes » « Conditions sociales économiques et sanitaires désastreuses entraînant augmentation des besoins de soins » « Situation précaire, isolement social => Recours aux soins plus fréquents ; fragilité physiologique et psychique. » « Conditions de vie défavorables » « Plus mauvaises conditions socio-économiques = moins bonne qualité de vie »</p>	
Travail	5 réponses
<p>« moins bonnes conditions de vie, professions plus difficiles physiquement » « personnes en état de précarité, milieu social exposé aux AT/MP » « métier plus physique » « Bénéficiaires CMUC car état de santé ne permet pas de travailler et obtenir des revenus suffisants » « classe sociale plus pauvre avec peut être travail de force, contexte socio-économique moins facile donc »</p>	
Logement	4 réponses
<p>« Pauvreté, promiscuité= mauvaise hygiène, logements insalubres » « Ceux qui sont dans une situation précaire vivent souvent en promiscuité donc plus de contamination, conditions de logement difficiles, conditions favorisant les syndromes dépressifs » « Environnement souvent insalubre. » « pas de moyens pour se chauffer »</p>	
Les facteurs comportementaux	
Alimentation	4 réponses
<p>« Sont plus pauvres donc mangent plus mal. » « pas de moyen pour se nourrir » « moins bonne alimentation » « plus exposés ... à l'obésité (mauvaise alimentation) »</p>	
Hygiène de vie	5 réponses
<p>« Mauvaise condition sociale/hygiène » « mauvaise hygiène de vie » « hygiène de vie moins bonne »</p>	
Facteurs de risque	22 réponses
<p>« Plus exposés aux maladies, populations à risque » « Précarité=co-morbidité » « Précarité = "facteur de risque" » « peut-être plus exposé à certains problèmes de santé chronique (ex: FDR cardiovasculaires) » « Plus de problèmes de santé (HTA, Obésité, Diabète, alcool) » « Catégorie de personnes plus à risque de développer des pathologies » « Exposition à des risques sanitaires plus importants »</p>	
Les circonstances sociales ou socio-environnementales	
Aucune réponse	

Si l'on compare les réponses des internes au modèle CDSS des déterminants de santé, on observe que les internes ont cité uniquement des déterminants intermédiaires de santé individuels qui déterminent les différences d'exposition et de vulnérabilité à des conditions défavorables à la santé. Les internes citent

principalement les circonstances matérielles (« *le logement, les moyens financiers pour une nourriture de qualité, un habillement adéquat et relatifs aux environnements de travail et de vie* »(23)) comme déterminants de l'état de santé. Effectivement, les auteurs du modèle CDSS rappellent que les différences au niveau des circonstances matérielles, sont les principaux facteurs intermédiaires.

Dans ce premier niveau de classement des déterminants de santé, il existe d'autres facteurs comme les facteurs comportementaux et biologiques qui font référence au style de vie. Ceux-ci sont également évoqués par les internes, mais les auteurs rappellent que « *même si leur corrélation avec l'état de santé est bien établie, seuls, ils ne suffisent pas toujours à expliquer les inégalités de santé.* » (3)

Un troisième volet de ce premier niveau de déterminants de santé décrits par les auteurs du modèle CDSS, sont les circonstances sociales ou socio-environnementales comme les facteurs de stress psychosociaux (au travail, événements personnels négatifs) ou liés à la vie courante (par exemple l'endettement), la faiblesse du support social ou familial, les méthodes pour faire face aux problèmes. Ils ne sont pas cités par les internes dans cette question n°15. Les entretiens n'ont pas apporté de données supplémentaires sur ce thème des déterminants de santé, hormis les stress psychosociaux, cité par Nadine :

N°7 « *Je pense que ya le stress. Parce que stresser ça fait vieillir hein. Moi mes premiers cheveux blancs c'était après des coups de stress, les gens qui ont des vies très difficiles émotionnellement je pense qu'ils meurent plus tôt parce que ça fatigue, tout simplement.* »

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y. expliquent qu'en effet, « *l'existence du gradient social de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé à tous les niveaux de la hiérarchie sociale (...) a conduit à penser que les différences de santé n'étaient pas uniquement expliquées par le niveau de vie absolu, mais par l'effet de la position relative. Le sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie, notamment au travail, serait à l'origine de stress. La généralisation de cette hypothèse fait de l'absence de cohésion de la société un facteur de stress psychosocial, ayant des conséquences sur les pathologies mentales, les maladies cardiovasculaires et plus généralement sur la sensibilité de l'organisme aux maladies* » (33). De plus, des études montrent que le stress chronique que peuvent induire les conditions de vie difficiles, plus que de jouer sur l'humeur ou le comportement, provoquerait des processus biologiques délétères, via la production anormale de cortisol qui peut provoquer de nombreux dysfonctionnements et dérèglements des systèmes nerveux central, immunitaire, de régulation des sucres, hormonal, cardio-vasculaire (133). De cette façon, les inégalités sociales, au travers du regard des autres, jouent directement un rôle sur l'état de santé individuel du patient, en fonction de sa place relative dans la société.

Lang nous invite à nous questionner : « *Faut-il influencer sur les comportements dits « à risque » au nom de normes et de représentations dominantes [et] ou aider les individus et les groupes sociaux à gagner en marge d'initiative et de contrôle sur les facteurs individuels et collectifs [déterminants] qui contribuent à leur état de santé ?* » (134).

Il conviendrait de relativiser la place que donnent les internes aux facteurs comportementaux dans la création des inégalités sociales de santé. Car si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu de manière précise, il a cependant été montré par des travaux épidémiologiques que les comportements individuels défavorables à la santé (consommation de tabac, d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.) constituent eux mêmes des facteurs de risque responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.). Mais ces comportements qui sont eux-mêmes socialement déterminés, ne sont pas prépondérants pour expliquer les inégalités de santé observées et ne peuvent à eux seuls les expliquer. Ils constituent en fait des médiateurs de la situation sociale sur la santé. Prenons par exemple les facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires : les résultats de la cohorte de Whitehall (1967-87) ont montré que les différences d'état de santé entre fonctionnaires Britanniques (19 015 personnes âgées de

40 à 69 ans) de différents grades de la fonction publique subsistaient après contrôle par l'ensemble des facteurs de risque connus : ainsi le tabac, le cholestérol, la pression sanguine, la sédentarité et la taille n'expliquent qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes (135). Ces travaux démontrent que les comportements à risques n'expliquent qu'une part de l'état de santé et que, toutes choses égales par ailleurs, la part de l'inexpliqué est d'autant plus importante que l'on appartient à la catégorie la plus défavorisée. Nous pouvons comparer cette information aux recommandations française de l'HAS concernant l'évaluation du risque cardio-vasculaire. Ces recommandations ne prennent pas en compte les variables sociales ou psycho-sociales et P. Lombrail explique qu'elles participent donc à une aggravation des inégalités (cf. page 35).

b. Niveau 2 : Les déterminants structurels et la position socio-économique sont très peu évoqués par les internes

Dans cette seconde partie nous allons évaluer si les internes ont conscience du 2ème niveau de déterminants, qui sont des « *déterminants structurels qui contribuent à définir la position socio-économique des individus* » (23).

Rappelons que la liste des déterminants structurels est la mesure de la stratification sociale qui se fait à travers trois facteurs (ou déterminants) : le revenu, la formation et l'emploi ; complétée par deux autres facteurs : le genre et la race.

Dans leur réponse à la question n°15, seuls quelques internes l'ont mentionné.

Tableau 17 - Présentation des résultats bruts à la question n°15

Niveau 2 : Les déterminants structurels et la position socio-économique
<p>« <i>Les classes socio-économiques basses sont plus exposées aux problèmes de santé</i> » « <i>Les pauvres sont plus malades que les riches</i> » « <i>les personnes recevant la CMUC selon les conditions de salaire sont en situation précaire, se soignent donc moins bien et développent plus de pathologies avancées, donc plus de consommation de soins</i> » « <i>Catégorie de personnes plus à risque de développer des pathologies</i> »</p>

Nous remarquons que les internes envisagent le travail sous l'angle de l'usure physique – métier manuel vs non manuel –, ou de l'exposition plus importante à des toxiques, sans mesurer que le type d'emploi exercé est le fait d'une appartenance sociale.

<p>N°7 « <i>Oui j'en ai déjà entendu parler et moi j'avais juste retenu que ceux qui ont un <u>travail hyper physique</u>, les paysans, les machins, les saisonniers, tout ça... Mais j'avais vraiment retenu que c'était principalement les <u>travailleurs physiques</u> qui avaient une espérance de vie diminuée.</i> »</p> <p>N°4 « <i>T'en penses quoi, tu le comprends, ça t'étonne ? Non non, c'est compréhensible, l'exemple de <u>l'amiante</u>, c'est très concret je trouve. Les ouvriers qui travaillent dans l'EDF, sur les ports, dans la construction navale, (...), c'est beaucoup plus exposé qu'un cadre qui venait que pour vérifier si tout allait bien ou qui n'était là que partiellement.</i> »</p>

Pourtant, comme l'explique P. Aïach, les déterminants de ces inégalités de santé sont à identifier et à déchiffrer dans les rapports qui existent entre les inégalités sociales en général et l'état de santé à travers des désavantages directement liés à l'appartenance sociale, mais le plus souvent indirectement liés dans la mesure où ils s'expriment par des médiations en rapport avec cette appartenance sociale, comme peuvent l'être le type d'alimentation ou l'usage du tabac par exemple (128).

Pendant les entretiens, parmi ceux qui connaissent cette différence d'espérance de vie, certains comme Audrey reconnaissent ne pas l'avoir analysée sous l'angle de la classe sociale :

N°1 « *Et est ce que tu as déjà entendu parler de la différence d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles ? Non, ça ne m'a pas transcendé. (...) Oui, je n'avais pas vu ça comparé aux catégories...effectivement.* »

Alors que comme dit P. Aïach « *l'échelle de mortalité sociale est en fait, chez les hommes, la réplique exacte de l'échelle des positions occupées par les catégories socio professionnelles de l'INSEE* » (119).

Nous avons observé que les internes ont une vision des inégalités sociales de santé dichotomique. Dans leurs discours, ils opposent les ouvriers et les cadres, mais ils n'évoquent jamais les autres niveaux. Comme l'illustre le discours d'Aurélien ils ne se sont pas détachés de ce concept:

N°4 « *Les cadres ont des conditions de travail beaucoup plus favorables que mes ouvriers.* »

Peut-être les avons-nous influencés par notre question sur la différence d'espérance de vie « entre cadre et ouvrier » ?

Nous pouvons donc nous demander s'ils ont conscience qu'un gradient social parcourt la société. Dans les entretiens Aurélien, évoque sans en être conscient, cette stratification sociale. Il explique la différence de confiance en soi qu'il observe cliniquement :

N°4 «*Non, c'est un problème socio-économique, les gens qui ont des revenus plus bas ou une précarité sociale, ont plus de maladies et quelque part , ils se croient plus malades et plus fragiles et donc ils essaient de se protéger en quelque sorte et consultent plus souvent aux urgences alors que les gens plus aisés, les cadres surtout, ils se trouvent plus intouchables, plus forts, ils ont une confiance en soi qui est plus solide et souvent ils arrivent pour des causes assez graves et parfois un peu tard. Y'a beaucoup plus de plaintes modérées ou pas graves du tout de la part des gens pour les niveaux sociaux plus bas. (...) Ils peuvent aussi être beaucoup plus souvent malades à cause de mauvaises conditions hygiéniques, mauvaises conditions sociales, mais également je pense qu'il y a une part de psychologique chez ces patients là.* »

R. Wilkinson raconte dans son livre « *l'égalité c'est la santé : quand j'ai commencé à m'intéresser au gradient social de santé, voici environ vingt-cinq ans, j'imaginai comme beaucoup de chercheurs travaillant dans le même domaine, que les écarts de santé que nous constatons entre les différentes catégories professionnelles tenaient aux différences de niveau de vie. Notre tâche, pensions nous, consistait à identifier les habitudes de vie qui contribuaient à l'apparition de telle ou telle affection. Cependant au fil des ans, les variables psychosociales ont remporté un succès inattendu dans l'explication des écarts de morbidité et de mortalité. Sentiment d'impuissance, dépression, hostilité, manque de confiance...* ». (120)

Effectivement, des études ont analysé les effets de la perception de sentiments négatifs, comme la honte, l'hostilité ou le sentiment d'injustice, liés à une faible position sociale. Ces mécanismes biophysiques permettraient de comprendre la grande diversité des maladies pour lesquelles on note des différences sociales. Ces dernières années, on s'intéresse de plus en plus au rôle médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc... (131,132, 133).

Les déterminants structurels et la position socio-économique sont à identifier car «*ces mécanismes configurent les opportunités en matière de santé des groupes sociaux, sur la base de leur positionnement dans les hiérarchies de pouvoir, de prestige et d'accès aux ressources* » (23).

Julien illustre bien cette différence d'accès aux ressources :

N°10 « *Ouais, ils se nourrissent pas bien, ils fument, ils ont une activité physique ... ils font pas attention à leur santé du tout alors que nous, les cadres, ils ont une grande sensibilisation, ça c'est pas bien, faut pas le faire, faire un peu de sport de temps en temps c'est quand même bien ...*».

c. Niveau 3 : Le contexte socio-économique et politique : jamais évoqué par les internes

Selon le modèle CDSS, le troisième niveau d'organisation des déterminants de santé « *inclut tout le spectre de facteurs sociétaux qui ne peuvent être mesurés au niveau individuel* » (23). Aucun interne n'a cité de déterminants de cet ordre là dans la réponse à la question n°15 du questionnaire, ni dans les entretiens. Nous pouvons poser l'hypothèse que de par leur formation très centrée sur l'approche bio-médicale, les internes ne conçoivent pas encore la santé de manière globale. Ils ont donc des difficultés à intégrer ces facteurs socio-économiques et politiques dans leur appréhension des patients et de la santé.

d. La place du système de soins dans les déterminants de santé

Comme on l'a vu dans la première partie (cf. page 18), selon le modèle CDSS « *le système de santé est considéré en tant que déterminant social à part entière. Cette caractéristique apparaît lorsque l'on considère ce système du point de vue de son accessibilité, laquelle inclut des différences en termes d'exposition et de vulnérabilité* » (23). Le système de santé a été fortement relativisé au fur et à mesure de l'évolution des modèles de déterminants de santé, évolution étayée sur l'accumulation des données empiriques. En effet certaines études (Deaton et Paxson 1999 ; Bunker 1995) rapportent que les soins médicaux expliqueraient tout juste entre 10% et 20% de la variation des gains d'espérance de vie tout au long du 20^{ème} siècle (139).

Le système de soins est donc à prendre en compte en temps que déterminant social de la santé, à travers la question de l'accessibilité. Nous n'avons pas abordé de manière systématique ce thème lors des entretiens, mais trois internes l'ont fait spontanément. Voyons quel poids ils donnent au système de santé.

Vanessa et Aurélien surestiment le poids du système de soins dans les déterminants de santé :

N°5 « *Et ça fait bondir, parce qu'on se dit que si on avait un système de soins qui permettait plus facilement aux gens en grande précarité de consulter ils ne consulteraient pas aussi tardivement.* »

N°4 « *Après, l'espérance de vie, ça peut aussi être dûe à un mauvais accès aux soins.* »

P. Aïach rappelle que les inégalités de santé ne sont pas dues aux disparités de consommation médicale : « *La mortalité dépend beaucoup plus de la catégorie socio-professionnelle, à laquelle on appartient, notamment du travail exercé, que de la fréquentation plus ou moins assidue des médecins. (...) Cette polarisation sur les soins est à mon sens due à certains facteurs : attribution à la médecine d'un rôle déterminant dans la baisse de la mortalité ; croyance dans le fait que les inégalités de santé sont dues aux disparités de consommation médicale ; manque de connaissance assez généralisé sur l'existence des inégalités face à la mort (...); caractère invisible de ce type d'inégalité* » (119)."

Audrey est la seule à relativiser le poids du système de santé, parmi les déterminants de santé :

N°1 « *Roms, le problème c'est pas forcément l'accès aux soins, c'est le fait qu'ils soient expulsés toutes les semaines et qu'ils soient jamais au même endroit.* »

Conclusion

Nous avons vu dans ce paragraphe que les internes éludent la position socio-économique des individus et le contexte socio-économique et politique et accentuent l'importance du système de soins et des facteurs comportementaux et/ou de l'environnement physique. En mettant l'accent sur les comportements à risques ils donnent la primauté aux facteurs individuels plutôt que structurels dans la construction des inégalités sociales de santé. Or on sait qu'il ne s'agit là que de causes proximales, socialement déterminées (128).

Les internes connaissent des déterminants d'ordres sociaux mais les intègrent tels que l'ont fait les premiers modèles explicatifs (comme le modèle Lalonde en 1974) où une importance spécifique est attribuée à la

responsabilité individuelle en matière d'habitudes de vie. Dans le milieu du XXe siècle les inégalités sociales de santé étaient recherchées dans les conditions de travail et les conditions d'accès aux soins. Depuis les années 1970, les modèles de déterminants de santé ont beaucoup évolué, alimentés par des données empiriques. Le changement venant essentiellement des facteurs explicatifs au cœur des modèles, les déterminants structurels remplaçant progressivement les déterminants individuels.(23)

Comme le fait remarquer, P. Aiach, l'académie nationale de médecine, en 2002, mettait également l'accent sur les comportements à risques⁷⁸. Il n'est donc pas étonnant que cette vision des choses soit largement partagée par le corps médical et que les comportements individuels soient en tête des déterminants de santé dans les discours des internes. Il met en garde sur le fait que plus la définition des inégalités sociales de santé met l'accent sur les comportements à risques, plus on s'éloigne d'une définition qui met en cause l'ensemble de la structure sociale à travers les inégalités sociales dans les divers domaines de notre société (128).

Bien que les médecins aient peu de moyens d'agir sur ces déterminants sociaux de santé, une connaissance plus exhaustive de ceux-ci aurait l'avantage de leur permettre de mieux comprendre les causes profondes des différences de santé entre groupes sociaux. Et ainsi de leur permettre d'être plus sensibles aux réalités vécues par leurs patients. Lors du colloque singulier de la consultation, ils pourraient alors changer de posture, en évitant de faire reposer majoritairement les différences d'état de santé sur des facteurs comportementaux d'individuels. De fait, ils pourraient alors sortir de la démarche -certes implicite- de "culpabilisation" des individus qu'ils soignent. Cette nouvelle pratique illustrerait une des grandes lignes de mutation du paradigme médical qui émerge actuellement dans les sociétés industrialisées. En effet, la mise en évidence des inégalités sociales de santé, pourrait être une occasion de remettre en cause le paradigme médical actuel, dominé par le modèle biomédical. Mais, les éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux apportés par les travaux de recherche en épidémiologie sociale et géographie de la santé n'ont pas eu, pour l'heure, de conséquences sur les pratiques de la médecine en France ni dans l'enseignement des facultés de médecine. L'approche bio-médicale reste prédominante et nous pouvons nous demander si elle ne risque pas de le rester dans les années à venir tant les nouvelles technologies en santé l'enrichissent jour après jour (135). Une nouvelle médecine appelée « médecine prédictive » a ainsi pour objectif de « *déterminer chez chacun des sensibilités aux médicaments et des prédispositions biologiques à certaines maladies afin d'en retarder, voire d'en éviter, la survenue* » (140) sans s'interroger sur les liens entre ces prédispositions biologiques et ce qui peut déterminer leur expression. Tandis que certains déterminants sociaux sont connus depuis les travaux de Villermé au 19ème siècle et accessibles (sans examens complémentaires !) à tout médecin formé pourquoi ne pas commencer par apprendre aux futurs médecins à prendre en compte ces prédispositions sociales dans leurs pratiques ?

⁷⁸ Rapport intitulé *La prévention en 2002*⁷⁸. Citation : «La réduction des inégalités sociales de santé dépend d'une meilleure prévention qui doit s'exercer dès la petite enfance ».

B. Le système de santé : Les dispositifs, et structures d'accès aux soins : connaissances et avis des internes

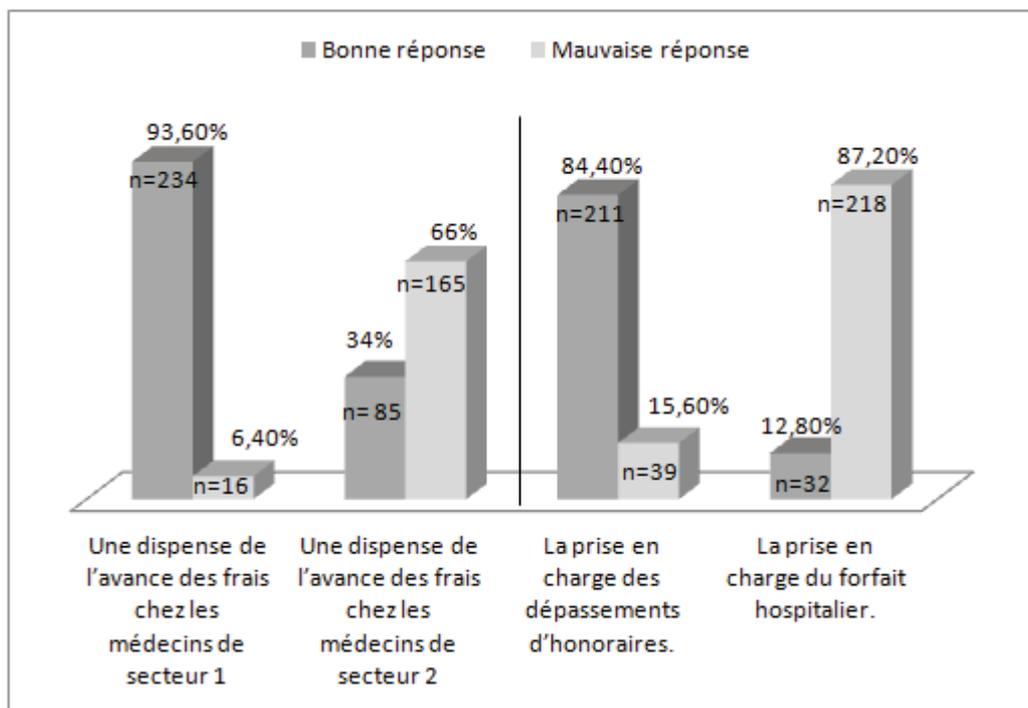
Après avoir évalué les connaissances des internes sur les inégalités sociales de santé et les déterminants de santé, penchons nous à présent sur les connaissances et les opinions des internes sur les dispositifs (CMUC, ACS, tiers payant) et les structures d'accès aux soins (PASS) ainsi que leurs limites (refus de soins, renoncement aux soins).

B. 1) *La CMUC : connaissance et avis des internes*

a. Le panier de soins de la CMUC

Les questions n° 11, n°12, et n° 13 du questionnaire ont trait à la CMUC: les droits ouverts grâce à la CMUC (question n°11), les devoirs des professionnels de santé envers les bénéficiaires (question n°12), et le seuil de revenu en dessous duquel un bénéficiaire est éligible (question n°13). Nous avons mêlé les réponses des internes aux questionnaires, et tenté d'éclairer ces résultats quantitatifs par des extraits d'entretiens.

Figure 16 - Réponse à la question n°11: « A quoi donne droit la CMUC ? »



Les items 1, 2, et 4 sont exacts. L'item 3 est faux.⁷⁹

Les internes ne sont qu'un tiers à savoir que la CMUC permet une dispense d'avance des frais chez le médecin de secteur 2. Et seulement un peu plus d'un dixième sait qu'elle permet la prise en charge du forfait hospitalier.

Seulement 1 interne sur 5 connaît bien les droits des bénéficiaires de la CMUC (bonnes réponses à toutes les questions). Si l'on compare avec l'enquête parisienne de la thèse de Laura Petitcollot (98), les internes

⁷⁹ Pour plus de précision voir en annexe n° x.

marseillais sont nettement moins performants.⁸⁰ Dans les entretiens, les internes comme par exemple Marie, nous rapportent leur méconnaissance :

N°3 « *Et le dispositif CMUC tu le connais un peu, tu sais comment ça marche ? Que dans les grandes lignes. C'est-à-dire ? Qu'on a les soins remboursés quand on n'a pas les moyens, voilà, ... non, pas trop.* »

b. Le refus de soins

01. Connaissance de la loi

Dans cette question les 2 réponses exactes étaient :
l'item 2 : « Doit accepter de les voir en consultation ».
l'item 4: « Ne doit pas leur demander un dépassement d'honoraires ».

Tableau 18 - Réponse à la question n°12 « Vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC, un médecin libéral en secteur 2 : »

Accepter/refuser en consultation			
a	Peut refuser de les voir en consultation	30,4%	76
b	Doit accepter de les voir en consultation.	54,4%	136
	Pas de réponses à l'item a ou b	15,2%	38
Demander ou pas un dépassement d'honoraires			
c	Peut leur demander un dépassement d'honoraires	35,6%	89
d	Ne doit pas leur demander un dépassement d'honoraires	49,6%	124
	Pas de réponses à l'item c ou d	14,8%	37

Nous constatons avec cette question que les internes ne connaissent pas bien la réglementation concernant la prise en charge des patients bénéficiaires de la CMUC : près d'un 1/3 des internes acceptent l'idée qu'un médecin en secteur 2 peut refuser un patient CMUC. 35% des internes pensent qu'un médecin en secteur 2 peut demander un dépassement d'honoraires aux patients CMUC, alors même que 85% savent que les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la CMUC.

Lorsque nous faisons la somme des deux idées (refus de voir en consultation, item 1 et 2 et dépassement d'honoraires item 3 et 4), 27% des internes (n= 68) n'ont aucune bonne réponse⁸¹. Ils ne connaissent donc pas la réglementation en vigueur en termes d'accès aux soins pour les patients CMUC.

A travers cette question nous avons cherché à aborder le sujet du refus de soins. Nous remarquons une forte abstention -près de 15%-, une des plus importantes du questionnaire, qui reflète probablement l'incertitude des internes à ce sujet. Nous avons fait le choix de ne pas mettre de case « ne sait pas », pour inciter les internes à se positionner sur cette question du refus de soins. Cette incertitude pourrait avoir la même signification qu'une réponse fautive, dans la mesure où le fait d'être incertain pourrait signifier l'acceptation de cette position.

Si nous comparons nos résultats avec ceux de l'enquête parisienne (98), les internes marseillais interrogés sont beaucoup plus nombreux à considérer qu'un médecin libéral de secteur 2 peut refuser de voir un patient CMUC (30,4% vs 4,6%). Ils sont également plus nombreux à penser qu'un médecin peut effectuer des dépassements d'honoraires avec les patients bénéficiaires de la CMUC (35,6% vs 13,2%).⁸² Notons que nous

⁸⁰ Dans la thèse de Laura Petitcollet : 97% d'internes avaient juste pour le premier item contre 93% dans notre échantillon, 53% vs 34% pour le deuxième item, 92% vs 84% pour le troisième item, et 83% vs 12% pour le quatrième item. A noter que sa population ne contenait que les internes de 3ème année.

⁸¹ 30,8% (n=77) des internes connaissent la loi concernant le refus de soins et les dépassements d'honoraires.

⁸² Cette variation peut être en partie due au fait que l'échantillon parisien comportait uniquement des internes de 3ème année, et qu'il n'avait pas été précisé dans le questionnaire parisien le secteur du médecin, alors que nous précisons "médecin de secteur 2".

n'avons pas trouvé de meilleurs résultats chez les internes les plus anciens dans notre échantillon marseillais. Ce qui pourrait signifier -et ceci est plutôt inquiétant- que la maîtrise de stage n'ait pas d'influence sur ce paramètre.

Il est intéressant de mettre ces résultats en parallèle avec ce que pensent les usagers. Dans son mémoire d'éthique médicale J. Gueguen (79) rapporte la parole de quatre bénéficiaires de la CMUC : ils pensent que les médecins sont libres de les accepter ou de les refuser et de leur demander des dépassements d'honoraires. Ces personnes ont eu des expériences de refus de soins fréquentes, qui ont été vécues de diverses manières. Certains patients les banalisent et ne les identifient pas comme telles, d'autres se sentent humiliés et méprisés et enfin certains patients vivent ces expériences avec inquiétude et la crainte de ne pas trouver de médecin qui les accepte. Enseigner la loi aux étudiants est un préalable évidemment nécessaire à son application, bien que cela ne soit pas une garantie suffisante. En voulant faire l'impasse sur ces enjeux, qui sont finalement plus sociaux et politique que médicaux, le troisième cycle ne va pas au bout de ses objectifs. Il se limite à la simple transmission de connaissances techniques médicales, sans inscrire leur utilisation dans les contextes sociaux et environnementaux dans lesquels le futur médecin va évoluer.

Avis sur le refus de soins aux bénéficiaires de la CMUC

Nous étions curieuses de connaître l'avis des internes sur ce sujet. A travers leurs réflexions nous souhaitions mieux comprendre ce fait social, afin de mieux le combattre, comme le suggère une enseignante du DUMG de la faculté de Paris VI dans un article intitulé : « *Lutter à la faculté contre le refus de soins. Expérience de maîtres de stage et chargées d'enseignement au DUMG de Paris VI* » (141).

Comme nous l'avons vu plus haut, dans la question n°12, près d'un tiers des internes accepte l'idée qu'un médecin en secteur 2 puisse refuser un patient CMUC. Dans les entretiens, nous avons distingué deux profils de réactions de la part des internes face au « refus de soins » : il y a ceux qui s'insurgent et trouvent cela inacceptable et ceux qui adoptent une attitude plus compréhensive vis-à-vis des praticiens.

La majorité des personnes interviewées (7/10) sont étonnées de cette pratique :

N°6 « *Ca me scandalise, c'est vrai que moi dans ma pratique, je ferais pas ça c'est sur,(...) je comprend pas trop* »

N°8 « *Ah ouais, moi je ne comprends pas. Ca c'est un truc.... (air de révolte). En fait, je ne comprends vraiment pas pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? Ils ont peur de quoi ?* »

Sans pour autant le cautionner, trois autres internes ont une posture plus compréhensive vis-à-vis des praticiens refusant de recevoir les patients bénéficiaires de la CMUC.

N°2 « *Je le ferais pas mais après j'ai pas leur argumentation.* »

N°4 « *Je comprends un peu... pas la colère mais le mécontentement des médecins mais je pense que ce n'est pas éthique de refuser certains patients à cause de leur origine ethnique ou leur niveau de langue.* »

N°10 « *Ah non moi j'ai jamais entendu personne refuser la CMUC parce qu'ils sont toujours payés mais par contre refuser des patients CMUC oui, parce que c'est des emmerdeurs. Donc y'en a qui les refusent parce que... laisse tomber, si tu commences à avoir des patients comme ça, tu deviens fou. Alors « va t'installer dans le 8ème » t'as envie de lui dire au mec, « t'en auras pas des patients CMUC », y'en a aucun qui la ici, mais bon... au moins ici on est tranquille. **Et donc tu comprends ça ? Ouais, je peux comprendre. Est-ce que je l'acquiesce je sais pas, mais je le comprends.** Mais bon ça dépend de la personne, t'as plus ou moins envie de la choisir ta cliente ... euh, ta patientèle, t'as pas envie de ... »*

Julien évoque le choix du lieu d'installation comme moyen de choisir sa patientèle et donc d'éviter ce refus de soins.

N°10 « *le libéral tu choisis la où tu t'installes. Ta patientèle tu peux la choisir, tu peux dire « monsieur j'ai plus de place dans ma patientèle » même si c'est pas vrai et y'en a qui le font !* »

Nadine, se situe entre les deux, elle trouve que c'est une pratique « honteuse » mais en même temps semble pouvoir imaginer leurs raisons.

N°7 « (a propos des médecins refusant de recevoir des patients bénéficiaires de la CMUC) *Peut-être que si ils en sont arrivés là c'est qu'ils en pouvaient plus et qu'ils se sont dit « j'arrête sinon j'arrête d'être docteur » parce que le burn out des médecins ça existe aussi et peut être que dans leur parcours à eux, ils se sont fait agresser, cambrioler, je sais pas. c'est vrai que les gens précaires ils ont une souffrance psychologique, qui fait que peut être selon les profils ils peuvent être plus agressifs, quand ils se sentent acculés et qu'ils renvoient une agressivité pour se protéger et que y a peut être des médecins qui en avaient marre de supporter ça aussi.. donc je peux pas trop juger ceux qui ont fait ça. Moi à mon, échelle je trouve c'est une honte, mais j'suis pas à leur place non plus. »*

Dans la thèse du Dr Petitcollot (98), à la question « Les comportements négatifs des médecins vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC que vous avez pu observer sont-ils selon vous inexcusables ou compréhensibles ? » :

- 46% des internes les trouvent inexcusables,
- 27% n'ont pas d'opinion,
- 8% les trouvent compréhensibles,
- et 18% ne répondent pas.

Il est intéressant de mettre ces résultats en parallèle avec ce que pensent certains travailleurs sociaux. Dans son mémoire sur l'éthique médicale J. Gueguen (79) rapporte la parole de quatre travailleurs sociaux. Ils 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).

Nous avons ensuite questionné les internes sur les raisons qui, selon eux, pourraient expliquer ce refus de soins. Trois éléments ont émergé : les raisons financières et administratives, la discrimination, et une prise en charge des patients plus compliquée⁸³.

Raisons pouvant expliquer le refus de soins	Entretien n°
Causes financières et administratives	3, 4, 5, 6, 9
Discrimination selon l'origine	1, 4, 5
Une prise en charge plus compliquée	3

Les causes financières et administratives

Les causes financières concernent essentiellement les praticiens en secteur 2 en effet, ces derniers ne pouvant appliquer de dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent des patients bénéficiaires de la CMUC, certains sont réticents voire refusent de les recevoir. Représentant moins de 10% des généralistes, nous ne développerons pas ici les refus les concernant. L'autre raison évoquée en premier lieu par les internes et qui

⁸³ Ces éléments seraient intéressants à prendre en compte afin de diminuer le refus de soins, étant donné que ce sont des barrières identifiées par les futurs soignants eux même.

concerne d'avantage les médecins généralistes sont les démarches administratives plus importantes ou les délais importants pour être rémunérés par la sécurité sociale.

N°5 « Non, je sais pas, c'est qu'ils ont eu des cas de problèmes de papiers ou ils n'étaient pas payés après dans un second temps, je pense que ça vient de ça. »

N°4 « Oui moi je pense pour les dentistes et certaines spécialités qui sont pas très favorables à recevoir des patients CMUC, (...) C'est-à-dire qu'ils sont payés très tard et même pas du tout des fois. »

Deux internes font écho à leur propre expérience :

N°8 « (...) **Des médecins qui refusent la CMUC ou des patients qui se sont fait rejeter ?** Les 2. Rejeter si, je crois que j'en ai rencontré une, mais n'empêche que je me rappelle une fois, c'était fou, j'étais à Paris je voulais prendre rendez vous, chez un gynéco. J'appelle la gynéco d'un des quartiers les plus chics de Paris, même de France. Et systématiquement la secrétaire me demandait si j'avais la CMUC.»

N°4 « La CMUC je l'ai pas trop utilisé... c'est vrai que c'était pratique car on n'avancait pas les frais quand on allait chez le médecin ... Mais comme j'ai moi même ce passé là, je pense que je serais beaucoup plus tolérant avec les patients (...) je pense que je ne refuserai pas ces patients là»

Nicole remet justement en doute cet aspect financier de la question du refus de soins.

N°8 « **Y a une raison financière avancée.** Ouais c'est la raison avancée mais en fait elle est pas vraie cette raison. Concrètement c'est pas vrai donc je comprends pas du tout pourquoi ils refusent. Enfin tout le monde le dit. Enfin après j'en ai jamais rencontré non plus. »

La discrimination selon l'origine géographique, sociale

Audrey et Vanessa utilisent le mot de racisme. C'est en fait la notion d'ostracisme⁸⁴ qu'elles expriment. Vanessa évoque des représentations négatives (honorant pas les rendez vous ...) comme pouvant être la cause de ces refus, cette discrimination.

N°1 « Ah ben, c'est pas possible. (..) Mais sur nous médecin traitant, c'est vraiment du racisme contre une classe de la population. Ca n'a pas de sens ça c'est quand même plutôt facile. (...) C'est comme si tu disais « je refuse les noirs, et les chinois ». Ca n'a pas de sens pour moi. »

N°5 « J'espère que ça vient pas d'un racisme envers les gens qui peuvent être précaires pour diverses raisons. **Quand tu parles de racisme tu penses à quoi ?** Envers les gens qui sont précaires. **Ce n'est pas un racisme comme on a coutume de le dire...** Non non ...sur une frange de la population. Non je pense que c'est comme toutes les idées qui vont avec, ils honorent moins les RDV, ils se disent que ça va être plus compliqué à prendre en charge, et du coup. »

Aurélien, lui-même étranger, parle clairement de discrimination selon l'origine.

N°4 « je pense que ce n'est pas éthique de refuser certains patients à cause de leur origine ethnique (...) Y'avait un gynécologue à Ajaccio, qui venait de Marseille, qui refusait carrément certains patients à cause de leurs origines»

On peut relier cette observation d'Aurélien au fait que 10% des internes ont répondu « immigration » à la réponse à la question n°10 dans laquelle ils devaient écrire les 3 mots leur évoquant la CMUC. E.Carde (62) (cf. page 34) montre également dans son étude sur les discriminations selon l'origine que ces revendications se mêlent souvent à des discriminations d'autre nature, telles que socio-économiques, par exemple des représentations de délégitimations à l'égard des « pauvres », quand ils bénéficient du tiers-payant (« ces gens-là » qui abusent de prestations « gratuites »).

⁸⁴ En sociologie, l'ostracisme est une forme d'exclusion sociale qui survient à l'occasion dans certains groupes particuliers (142).

Une prise en charge plus compliquée

Certains internes évoquent comme raison de ce refus, une prise en charge plus compliquée :

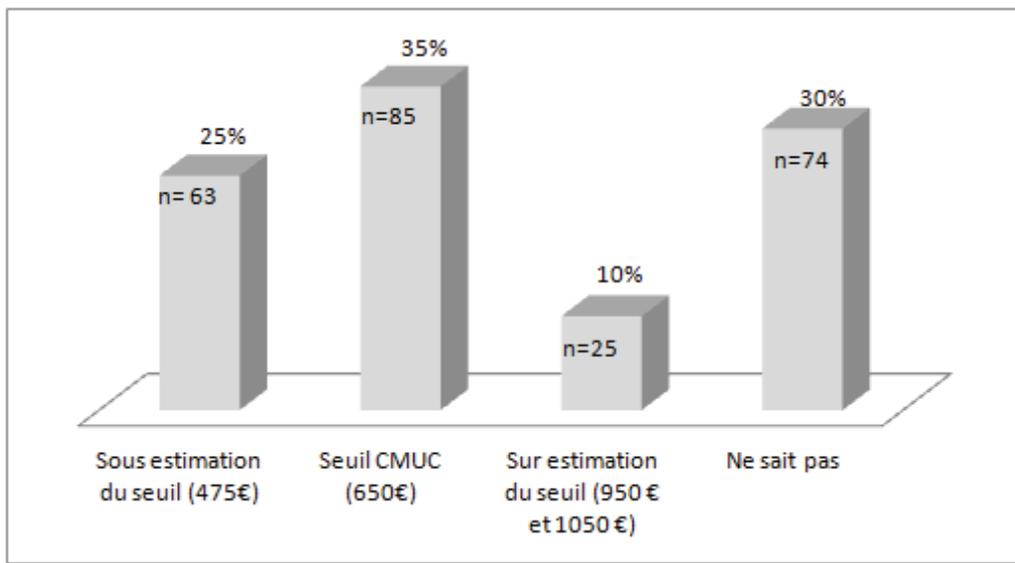
N°3 « ou ... peut être plus de travail, c'est quelqu'un qui demande plus d'attention qu'une personne ... il va falloir gérer aussi tout le reste, enfin la partie sociale(...). Je sais pas, je sais pas y'a plus aussi une prise en charge psychologique, ca prend plus de temps, j'en sais rien, je sais pas. »

Il est à noter qu'aucun interne n'a argumenté le refus de certains médecins par le fait qu'ils estiment que la prise en charge des plus défavorisés devraient être accomplie par les structures publiques de santé et non par les praticiens libéraux comme l'on trouvé dans leur enquête C. Desprès (104).

Si plus d'un tiers des internes admet l'idée qu'un médecin puisse refuser un patient parce qu'il est bénéficiaire de la CMUC, cela fait craindre un risque de refus de soin important pour l'avenir, bien que celui-ci soit illégal. Parmi les causes de refus de soins proposés en entretien par les internes, les difficultés de prise en charge semblent représenter une des causes majeures et une formation à ce sujet pourrait contribuer à lever certaines réticences. En effet lorsque le réseau social et les dispositifs existants sont connus, il est plus aisé pour le soignant d'orienter les patients. Ceci étant aussi bénéfique pour le soigné que pour le soignant (qui en retire une certaine satisfaction). Concernant les causes financières du refus de soins, si la mise en place de la CMUC a initialement posé des problèmes, ce n'est plus le cas actuellement et la rémunération des professionnels de santé se fait généralement dans les temps. Plus d'informations sur ce dispositif est également nécessaire afin de déconstruire les idées fausses. Quant aux discriminations socio-économiques, elles se mêlent souvent aux discriminations selon l'origine.

c. Le seuil CMUC

Figure 17 - Réponse à la question n°13 : « Une personne seule est éligible à la CMUC si elle gagne (en revenu net) moins de : »⁸⁵.



Un tiers des internes connaît le seuil CMUC (650€), un tiers avoue ne pas le connaître et un tiers se trompe (sous estimation plutôt que surestimation). Dans les entretiens, la connaissance des internes à ce sujet paraît globalement similaire aux résultats obtenus dans les questionnaires. Comme Nicole, 8 internes sur 10 ne le connaissent pas.

⁸⁵ Question n°13 : Une personne seule est éligible à la CMUC-C si elle gagne (en revenu net) moins de :
Une seule réponse possible.

475€/mois 650€/mois 950€/mois 1 050€/mois Ne sais pas

N°8 « **Tu connais le niveau de condition de ressources ?** *Non, pas du tout. Je l'ai su mais je ne me souviens plus. Vraiment aucune idée.* »

La réponse de Laura est intéressante :

N°2 « *Ah je pensais qu'il était plus élevé. Je me suis pas rendu compte qu'il était si bas.* »

Cela montre qu'il est utile de connaître – approximativement – le seuil d'éligibilité à la CMUC afin d'avoir une représentation des bénéficiaires plus proche de la réalité, et de pouvoir les orienter (voir partie IV rôle du médecin généraliste).

Lors des entretiens, une fois que les internes réalisent que le seuil d'accès à la CMUC est sous le seuil de pauvreté, certains comme Vanessa, ou Nicole sont pour l'augmenter jusqu'au seuil de pauvreté.

N°5 « *Donc y'a des gens en dessous du seuil de pauvreté et qui correspondent pas au CMUC, en plus si on considère qu'une personne est pauvre, c'est qu'elle a pas les moyens d'avoir accès aux soins, donc ça devrait être calqué sur les mêmes ... enfin à partir du moment où tu es sous le seuil de pauvreté, tu devrais avoir droit à la CMUC* »

D'autres, comme Nadine émettent plus de réserves quant à l'augmentation du seuil CMUC.

N°7 « *Ca serait peut être bien de le mettre au même seuil. (...) Ouais, et moins ouais, ben du coup le but c'est que ça coûte trop aussi après, ben l'état des finances étant ce qu'il est, ben c'est bien gentil de vouloir aider plus de gens mais si c'est pour filer sur le surendettement comme la Grèce enfin bon.* »

Selon le rapport n°5 du Fond CMUC « *si le plafond CMUC était réévalué de 15%, cela permettrait de retrouver le rapport de 90 % initialement fixé par rapport au seuil de pauvreté, sans dépasser par ailleurs les montants des minima sociaux tels que l'AAH et l'ASPA, dont les allocataires continueraient de relever de l'ACS* » (8).

d. Modalités d'ouverture des droits à la CMUC

Tout comme le seuil CMUC, les modalités d'accès à la CMUC nous semblent être une connaissance indispensable à avoir en tant que médecin pour pouvoir orienter correctement ses patients. Les entretiens nous ont appris que ces modalités d'accès à la CMUC ne sont pas connues des internes. Pour pouvoir orienter ses patients, encore faut-il connaître sommairement les modalités d'accès à ce dispositif CMUC, ce qui n'est pas le cas pour beaucoup d'internes comme l'illustre cette réponse d'une interne :

N°9 « *je crois que ça dépend du travail, des revenus ... je sais plus de quoi ça dépend en fait (...) mais en fait on peut avoir la CMUC pour toute autre raison, mais après non j'ai pas ...* »

Une autre interne, n'ayant pas fait son stage en cabinet de médecine générale se demande si les bénéficiaires de la CMUC ont une carte vitale. Cette question n'est pas absurde, étant donné que les bénéficiaires de l'AME n'en n'ont pas.

N°6 « *les CMUC ils ont quand même une carte vitale ?* »

e. Modalités de renouvellement de la CMUC

Pendant les entretiens, nous avons posé la question suivante aux internes : « Si vous recevez un patient n'ayant pas renouvelé sa CMUC, que faites-vous pour facturer votre consultation ? » Notre objectif premier était de voir leurs réactions par rapport à cette situation (consultation gratuite, demande de payer la consultation, mise en attente de la facturation ...). Mais à travers leurs réponses nous nous sommes rendu compte qu'une majorité (8/10) des internes ne maîtrisaient pas les modalités de renouvellement de la CMUC quelle que soit leur avancée dans le cursus.

N°9 « **Comment tu fais si le patient a droit à la CMUC mais qu'il l'a pas renouvelée ? Euh ... hésitation, la pharmacie ils ne peuvent pas hein ?** » (hésitation) *En fait je pense que mon prat⁸⁶ il savait pas faire non plus et qu'il disait « c'est pas grave vous reviendrez plus tard, on passera la carte plus tard ».*

Les remarques de Vanessa et Sarah reflètent leur ignorance :

N°5 « **En plus pendant la saison forte il avait une secrétaire qui gérait tout ça, donc moi je le vois pas trop. Mais on doit pouvoir lancer le renouvellement nous mêmes non ?** »

N°6 « **Après... je sais pas si c'est valable à vie ou ?** »

Seuls Julien, et Aurélien (qui a personnellement bénéficié de la CMUC) savent à peu près ce qu'il faut indiquer au patient.

N10 « **Pour celui qui à sa carte vitale mais qui à la CMUC pas à jour, tu sais comment faire ? Bah faut faire une nouvelle demande pour la CMUC, je sais pas comment ça marche, je m'en rappelle plus. C'est lui ou c'est toi qui le fais ? Je crois que c'est à lui, c'est pas à toi de te prendre la tête pour ouvrir les droits aux gens.** »

Tout comme la valeur du seuil CMUC, une connaissance de ces modalités de renouvellement semble importante pour deux raisons. Elle permet au médecin d'informer correctement son patient et d'éviter ainsi une rupture de droit (fin de droit CMUC). Mais également de façon indirecte pour mieux comprendre le dispositif et éviter un rejet global du patient, lorsque le médecin éprouve des difficultés au moment de la facturation.

f. Le score CMUC

Le score CMUC présenté ci dessous correspond à la somme des résultats des 3 questions ayant trait à la CMUC (Q11, Q12, Q13). Chaque question est notée sur 6 points, le score total étant sur 18 points.

Tableau 19 - Détails de la constitution du score CMUC

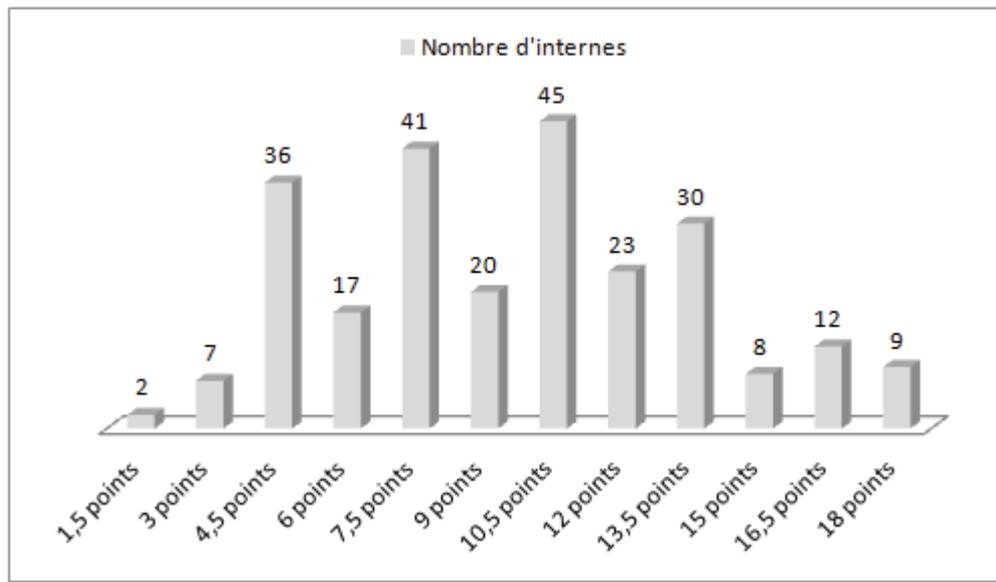
	Nombre d'items justes dans la question	Points par item juste	Points total par questions
Q11- Panier de soins CMUC	3 items justes sur 4 items	1,5 point x 4 =	6 points
Q12- Droits des bénéficiaires	2 items justes sur 4 items	3 points x 2 =	6 points
Q13 - Seuil CMUC	1 item juste sur 5 items	6 points	6 points
Score CMUC			18 points

Pour la question n°11, sur les droits qu'offre la CMUC, composée de 4 items, chaque bonne réponse vaut 1,5 point. La question n°12, sur les refus de soins et dépassements d'honoraires était en fait composée de 2 questions binaires (réponse par oui ou par non) et chaque bonne réponse valait 3 points. Dans la question n°13 sur le seuil CMUC, seule la bonne réponse valait 6 points, les mauvaises réponses valaient 0 points.

Cette dernière question (0 ou 6 points) est donc la plus discriminante du « score CMUC ». Nous avons fait ce choix pour deux raisons : tout d'abord, parce que la connaissance du seuil CMUC nous semble importante pour identifier les patients ayant des droits potentiels et les orienter si besoin. Mais aussi parce qu'elle permet une meilleure connaissance des bénéficiaires de la CMUC et comme le rappelle C. Desprès « *la mauvaise connaissance des personnes ciblées par la loi contribuait également à les considérer comme illégitimes* ».

⁸⁶ Prat' = MSU = Maître de Stage Universitaire. C'est le médecin généraliste qui accueille l'interne dans son cabinet pour réaliser le stage en cabinet de médecine générale.

Figure 18 - Répartition des résultats du score CMUC (Q11+Q12+Q13)



Seuls 3,6% des internes ont obtenu la note maximale de 18 points. Les connaissances évaluées ici sont pourtant au programme de l'ECN et ont un réel intérêt dans la pratique. Ces résultats sont probablement le fruit d'une faible « réactivation » des connaissances notamment dans les premières années d'internat qui se déroulent principalement à l'hôpital et où l'interne ne s'occupe pas de la couverture sociale, comme nous allons le voir plus loin.

41,2 % des internes ont une note inférieure à la moyenne⁸⁷ du score CMUC et 58,8% supérieure à la moyenne. Les entretiens ont confirmé ce constat de méconnaissance :

N°6 « C'est la couverture médicale universelle, c'est pour les gens qui ont pas trop de revenu, qui résident en France depuis peu, qui ont pas encore de mutuelle ou de chose comme ça. Mais c'est vrai qu'en détail, je sais pas, j'ai pas encore fait de demandes. C'est vrai (...) on s'occupe pas trop de l'aspect financier, quand on n'est pas encore passé chez le prat', on se rend pas compte de l'aspect financier, les histoires de mutuelle. Donc c'est vrai que la CMUC c'est encore un peu flou (...) Faut faire la demande ? (...) A la fac on apprend pas ça. J'imagine que c'est que chez le prat' qu'on verra comment ça se passe. Ça dépend du prat' aussi du coup. Je suis curieuse de voir comment ça va se passer. »

Sarah qui reconnaît avoir des connaissances assez floues sur la CMUC, décrit la réalité hospitalière : les médecins ne se soucient pas de la couverture maladie des patients à l'hôpital. Elle semble penser que le stage chez le généraliste améliorerait ses connaissances sur le sujet.

Après avoir identifié et quantifié les manques de connaissances relatives aux dispositifs d'accès aux soins et notamment à la CMUC, nous avons cherché à identifier des facteurs pouvant influencer ces connaissances.

g. Recherche de facteurs qui influencent les connaissances sur la CMUC

Afin d'identifier des facteurs susceptibles d'influencer les connaissances des internes, nous avons divisé l'échantillon d'internes en deux groupes selon leurs résultats au score CMUC (les internes ayant au dessus de la moyenne et ceux ayant moins de la moyenne) et nous avons croisé ces données avec différents facteurs susceptibles d'influencer les connaissances :

⁸⁷ Les notes sous la moyenne sont inférieure à < 9

- Des facteurs de l'ordre de l'histoire personnelle étaient interrogés avec les questions : question n°1 (sexe), question n°2 (âge), question n°3 (taille de la ville d'origine), question n°4 (milieu d'origine), et question n°9 (le fait de connaître dans son entourage proche quelqu'un qui est bénéficiaire de la CMUC).
- Des facteurs de l'ordre de l'expérience professionnelle étaient interrogés avec les questions : question n°6 (ancienneté dans le cursus de l'internat), question n°7 (maîtrise de stage ou stage aux urgences réalisé), question n°24 (fréquence de consultation avec des patients CMUC pendant la maîtrise de stage), et question n°27 (source de la connaissance sur la CMUC).
- Et un facteur reflétant l'intérêt des internes vis-à-vis de cette question médico-sociale, était interrogé à travers la question n°29 (l'intérêt pour un module validant pendant l'internat).

Nous pouvons le constater à la lecture de ce tableau synthétisant les résultats des croisements effectués : seuls deux facteurs de l'ordre de l'expérience professionnelle influencent les connaissances, c'est **l'ancienneté et le fait d'avoir fait sa maîtrise de stage ou son stage aux urgences**. Ces deux facteurs sont d'ailleurs liés puisque l'avancement dans le cursus augmente les chances d'avoir déjà effectué un de ces stages.

Tableau 20 - Facteurs influençant les connaissances aux score CMUC

Variables	p=	% de réponse au dessus de la moyenne au SCORE CMUC				
Facteur expérience personnelle						
Q1 - Sexe	0,518	Hommes :	61,8%	Femmes :	57,5%	
Q3 - Taille ville d'origine	0,630	Village : 70,6%	Petite ville : 59,4%	Ville moyenne : 60,9%	Grande ville : 55,3%	
Q4 - Niveau d'étude des parents	0,924	Il n'y a pas de différences entre les deux groupes.				
Q9 - Connaître une personne bénéficiaire CMUC dans son entourage proche	0,831	Il n'y a pas de différences entre les deux groupes.				
Facteur expérience professionnelle						
Q6 - Ancienneté dans l'internat	0,010	1 ^{ère} année :	49,5%	2 ^{ème} et 3 ^{ème} années :	65,7%	
Q7 - Stages réalisés	Urgences	0,015	Stages aux urgences réalisés :	66,7%	Stages aux urgences non réalisés :	51,5%
	Maîtrise de stage	0,012	Maîtrise de stages réalisée :	67,2%	Maîtrise de stages non réalisée :	51,5%
Q24 - A vu des bénéficiaires de la CMUC pendant sa maîtrise de stage	0,711	Rarement :	67,1%	Fréquemment :	63,8%	
Q29 - Irait à un module DUMG santé précarité	0,392	Non :	50%	Oui :	60%	

Les deux facteurs discriminants sont l'ancienneté et le fait d'avoir fait sa maîtrise de stage ou son stage aux urgences. Les internes plus avancés dans le cursus ont de meilleures connaissances en matière de dispositif CMUC que les autres (65% contre 49%, p=0,010). Le stage aux urgences et la maîtrise de stage améliorent significativement les connaissances en matière de dispositif CMUC.

Aucun autre facteur, ni personnel ni professionnel, n'influence de façon significative les connaissances sur la CMUC.

Bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, nous notons certaines tendances dans notre échantillon et notamment l'existence de deux gradients :

- selon la taille de la ville : plus les internes sont originaires d'une petite ville meilleures sont leurs connaissances par rapport à ceux venant de grande ville (70%vs 55%).
- selon l'intérêt des internes : les internes les plus intéressés par un cours sur la problématique de l'accès aux soins ont également un meilleur score de connaissances sur le dispositif CMUC (60% vs 50%).

Nous avons confronté dans un tableau les résultats des deux scores connaissances (ISS et CMUC) pour en synthétiser les facteurs influençant les connaissances.

Tableau 21 - Comparaison des scores connaissances sur la CMUC et sur les ISS

Variable		p=	% de réponses au dessus de la moyenne au SCORE CMUC				% de réponses au dessus de la moyenne au SCORE ISS		p=	
Facteur expérience personnelle										
Q1 Sexe		0,518	Hommes : 61,8%		Femmes : 57,5%		Hommes : 50%	Femmes : 46,6%	0,616	
Q3 Taille ville d'origine		0,630	Village : 70,6%	Petite ville 59,4%	Grande ville 55,3%	Pas de différence selon la taille de la ville d'origine				
Q4 Niveau d'étude des parents		0,924	Il n'y a pas de différences entre les deux groupes.							
Q9 Connaitre une personne bénéficiaire CMUC dans son entourage proche		0,831	Il n'y a pas de différences entre les deux groupes.							
Facteur expérience professionnelle										
Q6 Ancienneté dans l'internat		0,010	1 ^{ère} année 49,5%		2 ^{ème} et 3 ^{ème} années 65,7%		Il n'y a pas de différence de connaissance sur le score ISS entre les internes les plus avancés dans leur cursus et les autres.			
Q7 Stages réalisés	Urgences	0,015	stages aux urgences réalisées 66,7%			stages aux urgences non réalisées 51,5%			Il n'y a pas de différence de connaissance sur le score ISS entre les internes selon la réalisation du stage aux urgences	
	Maîtrise de stage	0,012	maîtrise de stages réalisée 67,2%			maîtrise de stages non réalisée 51,5%			Il n'y a pas de différence de connaissance sur le score ISS entre les internes selon le passage ou non en maîtrise de stage	
Q24 A vu des bénéficiaires de la CMUC pendant sa maîtrise de stage		0,711	Les internes ayant côtoyé rarement des bénéficiaires de la CMUC 67,1%		Les internes ayant côtoyé fréquemment des bénéficiaires de la CMUC 63,8%		Les internes ayant côtoyé rarement des bénéficiaires de la CMUC 50% (n=35/70)			
Q29 Irait à un module DUMG santé précarité		0,392	Non 50%		Oui 60%		Non 35%		Oui 49%	

De ce tableau émergent différents facteurs relevant de l'expérience professionnelle ou personnelle des internes.

L'expérience personnelle :

Aucun des facteurs personnels n'influence la connaissance en matière de CMUC et d'ISS. Cependant nous avons observé dans notre échantillon d'internes des éléments concordants (nous rappelons que ces résultats ne sont pas significatifs) :

- Les hommes avaient des meilleurs scores que les femmes sur les deux scores.
- Les internes de notre échantillon ayant un proche bénéficiaire de la CMUC ont de meilleures connaissances que les autres internes concernant les ISS, mais ce n'est pas le cas concernant la CMUC. Le facteur « intérêt pour un cours sur le sujet » (question n°29) n'influence pas de façon significative les résultats, mais nous observons sur les deux scores un gradient dans les connaissances de notre échantillon : plus les internes sont intéressés par un cours, donc par la problématique médico-sociale, meilleures sont leurs connaissances.

L'expérience professionnelle :

Concernant les facteurs professionnels seules l'ancienneté et la réalisation des stages aux urgences et maîtrise de stage influencent la connaissance en matière de CMUC alors qu'ils n'influencent pas les connaissances en matière d'inégalités sociales de santé. Ceci est la conséquence d'une formation quasi inexistante sur le sujet, tant théorique que pratique.

B. 2) Le tiers-payant

Trois questions nous éclairent sur l'avis des internes sur le tiers payant : la question n°10 sur la CMUC, la question n°16 sur la prise en charge à 100% et la question n°21 sur le tiers payant ainsi que les entretiens.

a. La CMUC, identifiée comme une modalité de paiement

Dans la question n° 10⁸⁸, le deuxième mot le plus cité, par un cinquième des internes est « gratuité ». Une autre modalité faisant référence à la facturation est le mot « 100% »⁸⁹. Ces deux termes qualifiant une modalité de facturation sont cités par un interne sur trois.

Tableau 22 - Réponse à la question°10 : thème modalité de facturation

Mots	Total de citation sur 250 internes	Ordre de citation	%
« <i>Gratuité</i> »	48	2 ^{ème}	19,2%
« <i>100%</i> »	29	7 ^{ème}	11,6%
Total	77		30,8%

Pris isolément, nous pouvons nous demander ce que ces mots signifient : cette gratuité est elle justifiée, cette grande fréquence de citation est-elle le reflet d'un fait choquant les internes et qu'ils souhaitent dénoncer ? Est-ce un principe qu'ils revendiquent et souhaitent conserver ? C. Desprès retrouve dans ses recherches à propos des médecins le premier postulat : « *le principe de la gratuité sans contrepartie, qui va à l'encontre des catégories traditionnelles d'accès à la couverture complémentaire, heurtait également les praticiens* » (23).

⁸⁸ Question n° 10 : Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiaires de la CMUC », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

⁸⁹ Ce « 100% » est l'abréviation de « prise en charge à 100% » auxquelles ont droit les bénéficiaires de la CMUC.

Si la modalité de paiement émerge en deuxième position dans la réponse à la question n°10, c'est probablement parce que pour une majorité d'internes la modalité de paiement est l'unique différence qui existe entre une consultation avec un bénéficiaire de la CMUC et une autre consultation. Bien souvent, ils n'apprennent qu'en fin de consultation que ces patients sont bénéficiaires de la CMUC.

N°8 « *Sauf que c'est quelque chose que tu sais à la fin qu'ils sont à la CMUC. Tu le sais à la fin qu'ils sont à la CMUC, les patients ils n'arrivent pas « bonjour je suis à la CMUC », c'est quand tu vas faire ta facturation « a ben d'accord vous êtes à la CMUC ». »*

b. Opinion des internes sur le tiers payant

Dans l'enquête quantitative, la question n° 21⁹⁰ nous permettait d'obtenir l'avis des internes sur le tiers payant.

Tableau 23 - Réponse à la question n° 21

	Effectif	Pourcentage	
Il déresponsabilise le patient	57	107	50%
Il incite à la surconsommation de soins	50		
Il permet aux patients de se soigner plus facilement	107		50%
Nombre total de reponses	214		100%
Pas d'opinion	13		5,2%
Données manquantes	23		9,2%
Total	250		

Nous avons choisi de regrouper les propositions : « il déresponsabilise le patient » et « il incite à la surconsommation » qui connotent plus péjorativement le tiers payant. Une seule réponse est demandée, car nous souhaitons que les internes se positionnent. Les avis sont très partagés : 50% pour chacune des 2 propositions, ce qui reflète les ambivalences. Ainsi, 50% des internes ont un avis plutôt positif sur le tiers payant puisque selon eux, ce dernier permet surtout « aux patients de se soigner plus facilement ». L'autre moitié des internes a un avis plutôt défavorable sur le tiers payant. Notons aussi la forte proportion d'internes ne s'étant pas exprimée sur cette question (presque 15%).

Avant de préciser les avis des internes sur le tiers payant, il convient de souligner que le mot est peu connu chez les jeunes internes, comme en témoigne les commentaires de Sarah et Marie, en première année d'internat :

N°3 « *Le tiers payant ça te dit quelque chose, tu sais ce que c'est le tiers payant ? Oui c'est que ah je confonds avec le ticket modérateur, euh ... y'a une part du prix qui reste à la charge du patient ? »*

N°6 « *Tu vois ce que c'est le tiers payant ? Pas tout à fait ... »*

Les entretiens permettaient aux internes d'exprimer leur avis avec plus de nuance que les questions fermées du questionnaire.

Avis sur le tiers payant	Entretien
Favorable au tiers payant	3, 4, 6, 8
Favorable au tiers payant partiel sur la part sécurité sociale	1, 2, 5
Favorable au tiers payant limité	9
Favorable au tiers payant mais favorise les abus	7,10

⁹⁰ Question n°21 : Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) en consultation chez son médecin ?

Dans nos entretiens comme dans notre questionnaire, les jeunes internes sont plus souvent favorables au tiers payant. 54,2% des premières années étaient favorables au tiers payant contre 42% chez les 2^{ème} et 3^{ème} années (p=0,190, résultats non significatifs). Aurélien, Sarah, et Marie en première année, sont tous les trois favorables au tiers payant.

N°3 « ça c'est bien, ça permet bah oui, aux gens qui n'ont pas les moyens d'avoir quand même (...) je pense que c'est une bonne chose. (...) moi je dirais pour tout le monde. »

Six internes émettent des réserves envers le tiers payant intégral, ils sont gênés par cette gratuité. Audrey parle d'une nécessité d'avoir « conscience du coût », Pauline du fait que « ça donne une valeur à l'acte », et pour Nadine « régler la consultation, c'est important ». Pour Laura, il faut qu'ils « se rendent compte qu'il y a des dépenses qui sont faites ». Audrey explique que « les gens ne savent pas, c'est pas qu'ils veulent faire mauvais esprit, c'est qu'ils ne savent pas, ils croient vraiment que c'est gratuit ». Dans ce but-là, elle propose alors un système de factures pour être « un petit peu éducatif ». Pauline restreindrait le tiers payant aux consultations coûteuses de médecins spécialistes et Julien l'envisage uniquement pour les bénéficiaires de la CMUC.

Vanessa et Nadine perçoivent le tiers payant intégral comme un risque de surconsommation (« d'y aller trop souvent ») (détaillé page 141).

N°7 « Les gens pour qui de temps en temps je me dis « ben dis donc ça fait 3 fois que je la voie en 2 mois ! », en général ils sont en tiers payant...Ouais, peut être restreindre un peu plus le tiers payant pour que les gens consomment moins le système. »

Julien et Nadine, quant à eux, ont un discours assez partagé sur le tiers payant, ce qui résonne avec les résultats des questionnaires ou les internes sont pour 50% favorables au tiers payant et pour 50% défavorables. De manière globale, ils sont favorables à une amélioration de l'accès aux soins mais de manière plus concrète, ils parlent d'abus et ne sont pas favorables au tiers payant, responsable selon eux d'une « déresponsabilisation »

N°10 « Ben c'est bien, c'est super bien pour les gens qui en ont besoin mais après y'a des abus, y'a beaucoup d'abus (...) faudrait quand même les responsabiliser ces gens là, sur les dépenses qu'ils font et moi je trouve ça bien quand les gens doivent quand même mettre la main au porte monnaie parce que ça les fait réfléchir avant d'aller quelque part. « Est-ce que j'en ai vraiment besoin ? ... » Après pour les gens qui peuvent pas, ils peuvent pas, mais

Nadine à trois reprises⁹¹ insiste sur le fait que seul le ticket modérateur permettrait d'endiguer des consultations qu'elle juge illégitimes, tandis que Julien parle du trou de la « sécurité sociale ».

N°7 « **Si t'avais juste à faire l'avance et bien tu ne viendrais pas pour rien et ça coûterait moins cher à la société.** »

N°10 « parce que le trou de la sécurité sociale, faut pas aider à le creuser quoi, il est déjà suffisamment profond non ? enfin je sais pas c'est 13 milliards non ? c'est un chiffre mirobolant en milliards d'euros quoi, qu'est c'que tu veux faire contre ça ? »

Certains internes, comme Nadine « se sentent responsables des dépenses de santé », mais Julien pointe bien l'ambivalence du système libéral, qui incite à une relation clientéliste avec ses patients.

⁹¹ N°7 « tu te dis si eux ils faisaient juste l'avance, ils seraient probablement remboursés avant que j'encaisse le chèque d'ailleurs, mais avoir à rédiger le chèque de 23 euros, peut être qu'ils consulteraient pour un petit peu moins rien ... »
N°7 « peut être que si la maman elle avait réglé ses 26 ou ses 28 Euros, elle attendrait qu'il soit vraiment malade pour venir donc ouais »

N°10 « ça serait vraiment de l'éducation par le médecin. Après c'est toujours pareil, si leur médecin il leur dit « t'étais pas obligé de me voir, ce n'était pas nécessaire », le mec il va plus y aller et il va changer de médecin généraliste ! Et comme c'est quand même des gens qui sont en libéral, ils ont besoin de clientèle »

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le tiers payant a un réel effet de justice sociale (46). Dans le domaine de l'assurance, on parle de « risque moral » lorsque le risque que l'on cherche à assurer est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes. Concernant le risque moral, les estimations dans la littérature oscillent entre 8 et 35 % de la dépense. Bardey, Couffinhal et Grignon, économistes, expliquent dans l'article « *Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé* » que le fait que l'assuré consomme plus que le non-assuré est une réaction naturelle et non la conséquence d'un comportement « frauduleux » sur lequel il faille porter un jugement « moral » (143).

c. Facteurs influençant l'avis sur le tiers payant

Nous avons essayé d'identifier des variables susceptibles d'influencer l'avis des internes sur le tiers payant (question n°21).

Tableau 24 - Facteurs influençant l'avis des internes sur le tiers payant

Variable		% d'internes ayant un avis défavorable sur le tiers payant		p=
Variable biographique				
Facteurs l'histoire personnelle				
Q1 Sexe		Pas de différence selon le sexe.		0,178
Q3 Taille ville d'origine		Pas de différence selon la taille de la ville d'origine.		0,079
Q4 CSP des parents		Pas de différence selon le niveau d'instruction des parents.		0,845
Q9 Connaître une personne bénéficiaire CMUC dans son entourage proche		Connaissait une personne bénéficiant de la CMUC 58 % (n= 29)	Ne connaissait pas une personne bénéficiant de la CMUC 65,1 % (n= 125)	0,384
Facteurs expérience professionnelle				
Q6 Ancienneté dans l'internat		1 ^{ère} année 40,6% (n= 39)	2 ^{ème} et 3 ^{ème} année 51,9% (n= 68)	0,190
Q7 Stage	Urgences	pas réalisé stage aux urgences 42,2% (n= 49)	réalisé stage aux urgences 52,3% (n=58)	0,243
	Maîtrise de stage	pas réalisé maîtrise de stage 44,2% (n= 53)	réalisé maîtrise de stage 50% (n= 60)	0,630
Q8 Type future d'exercice		Pas de différence selon le type futur d'exercice ⁹² .		
Q24 A vu des bénéficiaires de la CMUC pendant sa maîtrise de stage		Pas de différence selon si les internes ont côtoyé ou pas des personnes.		0,899
Q29 Irait à un module DUMG santé précarité		N'irait pas à un cours	Irait à un cours	0,079
Avis défavorable au tiers payant ⁹³		72,3% (n=13)	45,6% (n=93)	
Variable connaissance				
Score				
Score CMUC		Score CMUC en dessous de la moyenne	Score CMUC au dessus de la moyenne	0,041
Avis défavorable tiers payant		56,2% (n=54)	40,6% (n=53)	
Avis favorable au tiers payant		40,5% (n=39)	51,9% (n=68)	
Score ISS		Score ISS en dessous de la moyenne	Score ISS au-dessus de la moyenne	0,386
Avis défavorable tiers payant		50% (n=57)	44,2% (n=50)	
Avis favorable au tiers payant		43% (n=49)	51,3% (n=58)	
Variable représentation				
Q17 Représentations négatives		Aucune représentation négative 27,4% (n=23)	Au moins une représentation négative 58,8% (n=84)	0,000

Lors de l'analyse croisée seul deux facteurs sont retrouvés comme susceptibles d'influencer significativement l'avis des internes sur le tiers payant :

- De faibles connaissances sur la CMUC entraînent un avis sur le tiers payant plus souvent défavorable (56,2% vs 40,6%, p= 0,041). D'où l'intérêt d'une bonne compréhension par les professionnels de santé des mesures et dispositifs favorisant l'accès aux soins, tel que le tiers payant.
- Des représentations négatives des bénéficiaires de la CMUC entraînent un avis sur le tiers payant plus souvent défavorable (58,8% vs 27,4% p= 0,000). Nous explorerons dans les entretiens les liens entre ces deux variables. On observe une grande concordance entre les Q17⁹⁴ et Q21⁹⁵.

⁹² Hospitalier p=0,7 ; Libéral Agglomération p=0,4 ; Libéral Rural p=0,4 ; Libéral ZUS p=0,106 ; Salarié p=0,153. Les deux derniers groupes étant en effectifs très réduits (n=8).

⁹³ Le tiers payant favorise la surconsommation et la déresponsabilisation du patient

D'autres éléments, même s'ils ne sont pas significatifs sont intéressants à remarquer :

- Les internes connaissant un bénéficiaire de la CMUC dans leur entourage proche sont moins nombreux à être défavorables au tiers payant (65% vs 58%, $p=0,38$).
- Les internes ayant de meilleurs scores de connaissance sur les ISS sont plus souvent favorables au tiers payant que les autres. Bien qu'elle nécessiterait une étude plus étendue pour être validée ou infirmée, cette tendance doit être prise en compte : plus les internes ont conscience des ISS, mieux ils comprennent l'utilité de la loi et plus ils sont favorables au tiers payant.
- Les variables portant sur l'expérience professionnelle ne sont pas significativement discriminantes, mais nous notons une certaine concordance : plus les internes avancent dans le cursus (année d'internat, stage d'urgence et maîtrise de stage réalisés) plus fréquemment leur avis est défavorable au tiers payant. Ce fait interpelle, nous émettrons des hypothèses plus loin, lors de l'analyse des représentations.
- Plus les internes sont intéressés par cette problématique médico-sociale, plus ils sont favorables au tiers payant. (27% des internes portant peu d'intérêt à un cours sur des sujets médico-sociaux sont favorables au tiers payant, 45% des internes modérément intéressés sont favorables au tiers payant et enfin, 56% des internes intéressés pour un cours sont favorables au tiers payant.)

Le refus de tiers payant existe. En 2010, 170 bénéficiaires de la CMUC ont rapporté au conciliateur de leur CPAM un refus du tiers payant de la part d'un professionnel de santé. Dans la thèse de L. Petitcollet, 14% des internes ont répondu avoir observé des refus de dispense d'avance des frais de la part de leurs MSU. C'est pourquoi il est important de permettre aux étudiants de questionner ces représentations, afin que les droits des patients soient respectés (98).

Conclusion

Les internes sont très partagés sur le tiers payant : la moitié le perçoit comme un avantage pour les patients en termes d'accès aux soins, et l'autre moitié le perçoit comme un système qui déresponsabilise le patient et l'incite à la surconsommation de soins. Les internes ayant une perception négative des bénéficiaires de la CMUC, ou une mauvaise connaissance sur la CMUC, sont plus fréquemment défavorables aux tiers payant. Les entretiens ont permis de mettre en évidence les réserves des internes quant à cette modalité de paiement et d'en identifier les causes. La principale raison avancée dans les entretiens est un abus du nombre de consultations lié à leur gratuité. Le refus du tiers payant fait partie du refus de soins et entrave de la même façon l'accès aux soins. L'autonomie du médecin dans la pratique du tiers payant a été renforcée par la nouvelle convention qui l'autorise à proposer cette modalité de paiement aux patients en difficulté financière. Il est donc important que les futurs professionnels soient conscients de ces enjeux, questionnent leurs représentations à ce sujet et soient informés notamment de l'effet plutôt non inflationniste du tiers payant et de l'effet naturel de l'assurance à augmenter les dépenses sans être la conséquence d'un comportement frauduleux.

Le refus de tiers payant, bien qu'il soit très largement sous-estimé, existe. On a vu qu'il est probablement lié aux représentations négatives qu'ont les soignants sur les bénéficiaires de la CMUC. C'est pourquoi il est important de permettre aux étudiants de questionner ces représentations, afin que les droits des patients soient respectés.

⁹⁴ Question n°17 : Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Qu'en pensez vous ? D'accord / Pas d'accord

- Comportement irrespectueux pendant la consultation
- Exigence particulière de traitement ou d'examen
- Consommation excessive de médicaments
- Fraudes plus importantes

⁹⁵ Question n°21 : Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) en consultation chez son médecin ?

B. 3) L'accès aux soins

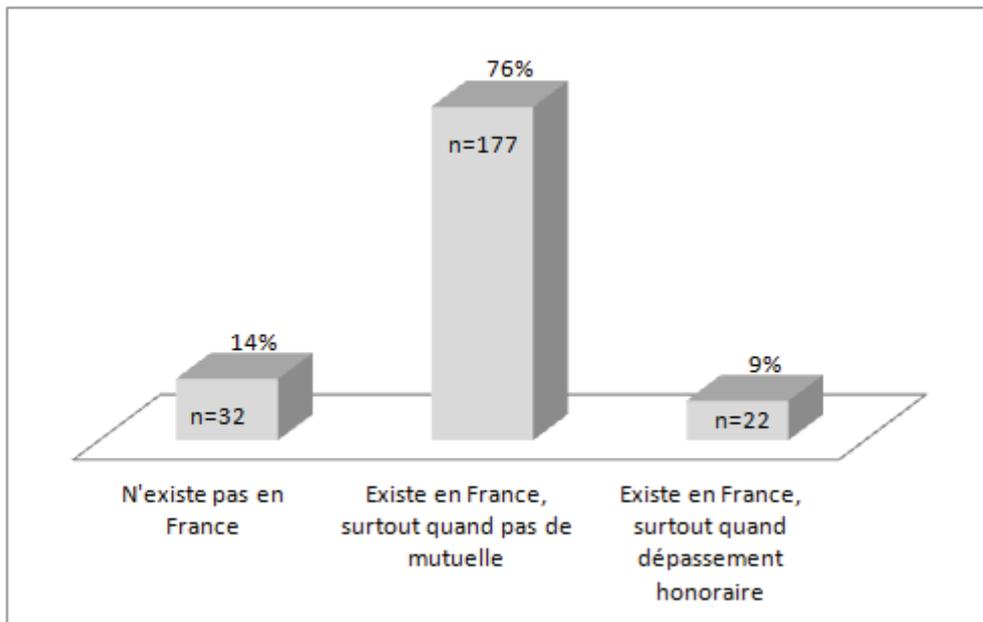
a. Le renoncement aux soins

Dans la question n°20 nous souhaitons mesurer le niveau de conscience des internes sur le phénomène de renoncement aux soins. Nous cherchons à savoir notamment s'ils sont conscients que l'absence de mutuelle en est une des causes principales. Le fait d'avoir ou non une mutuelle est un facteur intéressant car il est facilement vérifiable par le généraliste, et peut entraîner une adaptation de la prise en charge par ce dernier dans son ordonnance, voir l'adressage à des confrères de secteur 1.

Question n° 20 : Certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières :

- C'est un fait observé aux Etats Unis mais pas en France où nous avons le système de santé n°1 selon l'OMS.
- C'est un fait observé en France surtout lorsque les personnes n'ont pas de mutuelle.
- C'est un fait observé en France principalement lorsque les médecins demandent un dépassement d'honoraires (secteur 2).

Figure 19 - Réponse à la question n°20 : « Certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières : »



70 % des internes ont répondu de façon appropriée alors que 14% des internes⁹⁶, pensent que le renoncement aux soins pour raison financière n'existe pas. Dans les entretiens, nous retrouvons cette idée dans le discours de Pauline qui ne semble pas mesurer l'ampleur du renoncement aux soins:

N°9 « *Moi ça me choquerait de savoir qu'aujourd'hui en France y'a des gens qui n'arrivent pas à se payer des soins alors peut être que ça va arriver mais je me dis il doit y avoir des aides, c'est pas possible vous devez avoir des aides. Pour moi les seuls qui ont pas d'aide c'est ceux qui n'ont pas de reconnaissance, de carte de séjour ici sinon, tout le monde a la sécurité sociale de nos jours donc effectivement ça me ... sauf si quelqu'un qui est de passage en France mais sinon pour moi y'a pas de raison. »*

b. L'accès aux soins des patients bénéficiaires de la CMUC

Il est intéressant de noter que le sujet de l'accès aux soins divise fortement les internes. Pour expliquer une consommation de soins plus importante des bénéficiaires de la CMUC (question n°15⁹⁷), les internes font

⁹⁶Nombre de données manquantes à la question n°20 = 19.

deux explications opposées : soit l'accès aux soins est limité, soit il est facilité. Cet antagonisme reflète le manque de sensibilisation des internes quant aux barrières à l'accès aux soins persistantes malgré la mise en place de la CMUC (cf. page 27)

Tableau 25 - Extrait des réponses brutes à la question n°15

Accès aux soins limité / difficile	7 réponses
<i>« Accès aux soins limités » « moins bon accès aux soins » « Difficulté d'accès aux soins »</i>	
Ambigüe	1 réponse
<i>« +/- facilité de l'accès aux soins »</i>	
Accès aux soins facilités	28 réponses
<i>« Accès plus facile aux soins » « CMUC chez sujet pauvre=facilité d'accès aux soins donc plus de consultations » « accès illimités aux soins » « Recours plus facile » « Meilleure accessibilité aux soins » « gratuité des soins facilite l'accès aux soins et la prise en charge plus globale de la personne » « meilleur accès aux soins »</i>	

Selon P. Lombrail (144), « l'expression « accès aux soins » est polysémique et désigne tout autant une possibilité ou l'accessibilité que l'usage ou le recours qui en est fait ou pas. Cette contradiction totale est probablement révélatrice des enjeux de la mise en place de la CMUC : la population « précarisée » a globalement un moins bon accès aux soins, même si le dispositif CMUC a permis de lever l'obstacle financier. » Or, comme on l'a vu dans la première partie, pour cette population, et malgré ce dispositif, d'autres obstacles d'accès aux soins persistent. C'est probablement la raison d'une si grande diversité de réponse : certains internes sont conscients qu'il persiste des obstacles et d'autres non. C'est ce que vont confirmer les entretiens.

Avis sur la qualité de l'accès aux soins des patients précaires en France	Entretien n°
Accès aux soins non limité	1, 4, 9,10
Ne sait pas	7
Accès aux soins limité	3, 5, 8,6
Pas de réponses	2

Pour certains internes comme Audrey ou Aurélien, l'accès aux soins n'est pas limité. Il est réduit à l'accès financier.

N°1 « On est assez satisfait de la façon dont ça se passe. Je me sens jamais limité. »
N°4 « Mais je pense qu'à l'hôpital en France c'est un système public qui prend bien en charge globalement les patients. On ne demande pas leur carte de crédit avant de demander la carte vitale. »

D'autres, comme Nicole, sont conscients qu'il persiste encore des difficultés d'accès aux soins pour certaines populations.

N°8 « actuellement y a quand même un problème global de prise en charge. Je pense qu'il faut refonder un système, c'est pas en mettant des pansements sur les choses que.... »

⁹⁷ Question n°15 : En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociale), les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

Il est à noter que pour certains internes comme Sarah, la notion d'accès aux soins évoque surtout une accessibilité géographique.

N°6 « Ben j'imagine, pour les personnes isolées, pour les personnes âgées, qui ont du mal à se déplacer, les personnes étrangères qui ont pas de permis, pas de voiture, qui sont dans la campagne ou qui connaissent pas sinon, pour trouver un MG, j'imagine que c'est assez accessible en ville mais en campagne c'est un peu plus compliqué dans les villages, ça c'est un problème général d'accessibilité aux soins. Pour les patients CMUC c'est peut être un peu plus vrai pour eux du coup. »

En effet, les barrières géographiques d'accès aux soins font partie intégrante des inégalités sociales, et se retrouvent dans les zones rurales, mais aussi dans certaines zones urbaines où la population vit dans des conditions socioéconomiques difficiles. Ces facteurs d'accessibilité géographique ne représentent cependant pas le déterminant principal des difficultés d'accès aux soins, comme nous l'avons vu dans la première partie.

c. L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Pendant les entretiens, nous avons informé les internes de l'existence d'un dispositif visant à atténuer l'effet de seuil de la CMUC, c'est l'Aide à la Complémentaire Santé (décrit dans la première partie de la thèse). Aucun interne ne connaît ce dispositif, mais tous y portent de l'intérêt.

N°1 « Je connais pas, je savais même pas que ça existait. »
N°4 « Ah c'est bien ! et c'est jusqu'à quel salaire ? Intéressant. »

Le I. Laurent a également remarqué dans sa thèse qu'aucun des 28 médecins généralistes, dont certains pourtant « experts » de la précarité, n'a cité ce dispositif (74).

Effectivement, comme nous l'avons vu dans la première partie de notre thèse, le dispositif ACS, est très peu connu des patients et des professionnels de santé. C'est une des raisons pour lesquelles le non recours à l'ACS est très important.

Conclusion

Seulement 14% des internes ne sont pas conscients qu'il existe un renoncement aux soins en France. Par contre ils sont plus partagés concernant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité notamment les patients bénéficiaires de la CMUC. Au cours des entretiens, certains sont conscients qu'il persiste des obstacles (n=4) et d'autres non n=(4). Alors que 70% des internes semblent être conscients que la complémentaire santé est un des principaux déterminants de l'accès aux soins, ils méconnaissent totalement l'ACS, dispositif permettant de faciliter l'accès à une complémentaire santé, vers lequel ils pourraient orienter leurs patients.

B. 4) Les dispositifs spécialisés d'accès aux soins

a. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Nous avons cherché à évaluer les connaissances des internes concernant les dispositifs d'accès aux soins, plus spécifiquement à Marseille.

Deux questions y sont consacrées dans le formulaire:

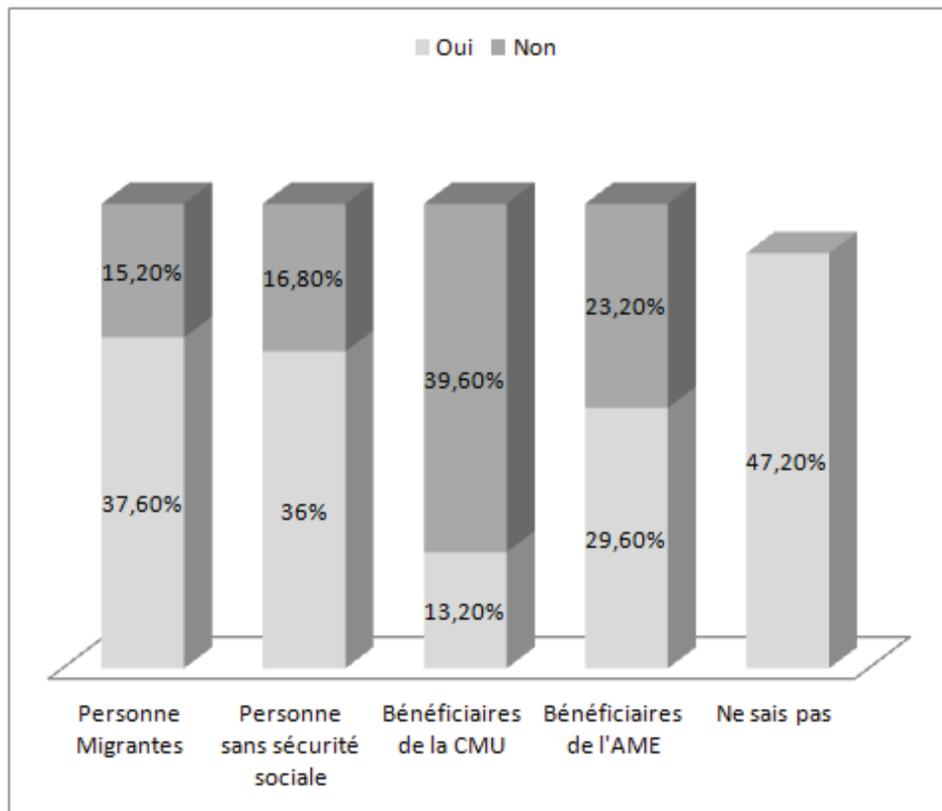
22°) A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aux personnes migrantes arrivées récemment sur le territoire.
- Aux personnes sans sécurité sociale.
- Aux personnes qui bénéficient de la CMUC.
- Aux personnes qui bénéficient de l'AME.
- Ne sais pas.

23°) Où se trouvent les PASS à Marseille ?

Figure 20 - Réponse à la question n°22 : « A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)? »



n=250

Rappelons que la priorité initiale des PASS est « d'intégrer ou de réintégrer les personnes les plus défavorisées dans le système de droit commun, et de n'être qu'un lieu de passage » (145). Implicitement cela signifie que les personnes bénéficiant déjà d'une couverture sociale (CMUC ou AME ou régime général) peuvent se faire soigner dans le système ambulatoire « libéral classique » et ne correspondent pas à la population ciblée par la PASS. Mais dans la pratique, les difficultés d'accès aux soins de ces publics très précarisés, rendent parfois compliquée leur prise en charge en médecine de ville⁹⁸.

Les internes connaissent mal les PASS. Ils sont près de la moitié à avouer ne pas connaître les indications de prise en charge de la PASS. Seulement un interne sur trois adresserait à la PASS des personnes migrantes, ou sans sécurité sociale, alors que c'est l'une des indications principales de la PASS. Un interne sur dix adresserait à la PASS des personnes bénéficiaires de CMUC et un interne sur trois y adresserait les bénéficiaires de l'AME.⁹⁹

L'analyse de la question n°23 de l'étude quantitative nous a montré que 86,4% des internes (soit 209 internes) ne savent pas où se trouve la PASS à Marseille. Dans le tableau ci-dessous sont présentées les réponses¹⁰⁰ des lieux proposés par les internes quand à la localisation de la PASS à Marseille¹⁰¹.

⁹⁸ Dans cette question nous voulions évaluer si les internes orientaient les patients déjà bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME vers l'hôpital (plutôt que la médecine de ville). En effet, dans les testings sur le refus de soins, certains médecins pensent que l'AME ne permet l'accès qu'aux consultations hospitalières ou dans des dispensaires réservés aux personnes en situation de précarité. Pourtant, ce dispositif a été créé en 1999 pour permettre l'accès des personnes précaires au droit commun en matière de santé, et notamment au parcours de soin ambulatoire.(56)

⁹⁹ Les internes qui pensent connaître les indications de la PASS sont ¼ à adresser un patient CMUC à la PASS et ½ pour les patients ayant déjà une AME.

¹⁰⁰ Nombre total de réponses : 40 réponses. 7 internes ont donné plusieurs réponses.

¹⁰¹ Nous avons également accepté la réponse « dans les hopitaux », en opposition aux cliniques, même si cela n'est pas suffisant pour orienter un patient. Nous avons par contre refusé la réponse aux urgences, car ce n'est pas le cas pour toutes les urgences de la ville de Marseille, dont la plupart ne comportent pas de PASS (Hopital Laveran, St Joseph, Ambroise Paré...).

Tableau 26 - Réponse à la question n°23 : « Où se trouvent les PASS à Marseille ? »

Réponses « acceptées » :	Nombre de réponses	Réponses « non acceptées » :	Nombre de réponses
CHU Conception	24	Saint Charles	1
Dans les hôpitaux	2	Aux urgences	1
Edouard Toulouse	1	Vieux port	1
Hôpital Nord	6	Au vélodrome	1
Timone	1	PMI	1
		Centre ville	1
		La Madrague	1
		La Valentine	1

Nous avons détaillé les missions et emplacement de la PASS en première partie de thèse (cf. page 26). Nous pouvons relativiser les résultats en notant qu'en moyenne 50% des internes changent de ville au moment de l'internat, et ne connaissent pas le CHU en arrivant de cette nouvelle ville. Ce mauvais résultat concorde tout de même avec les données énoncées dans sa thèse par le Dr Aubry: 77% des 31 médecins généralistes¹⁰² interrogés et répondants déclarent ne pas connaître la PASS (88).

En effectuant les entretiens, nous avons retrouvé cette méconnaissance de la PASS (7/10). Médecins du Monde, qui bénéficie de sa notoriété, est plus connu, mais pas vraiment localisé géographiquement par les internes, comme témoigne Aurélien :

N°4 « Médecin du monde je sais oui...mais je ne connaissais pas la PASS »

Seuls trois internes, en dernier semestre, sur les dix internes enquêtés connaissent la PASS. Deux internes l'ont découverte lors d'une démarche active, dans le cadre d'un SASPAS, où elles ont spécifiquement souhaité travailler dans des structures accueillant des patients en situation de précarité (Médecin Du Monde et la PASS).

N°8 (interne ayant effectué un stage à la PASS) « *Moi je connaissais pas la PASS et je connais personne qui connaît la PASS, enfin tu vois vraiment (...). Mais honnêtement... Je suis allé sur internet... « ah ok c'est ça la PASS ». Avant je savais pas ce que c'était. Non moi je connais pas du tout. Y a Médecins du Monde que j'ai découvert avec la PASS, comme ils orientent vachement de patients. Sinon je ne connais pas du tout c'est l'horreur, personne ne te...* »

N°1 (interne ayant effectué un stage Médecins du monde) « **Connais-tu la PASS ?** Ouais, depuis peu. Je connaissais pas, honnêtement,(..) J'avais jamais entendu parler de ça avant. J'ai fait un stage à la conception aux urgences, je savais pas que ça existait. Je l'avais découvert il y a 2 mois. »

b. Conduite à tenir face à un patient n'ayant pas de droits ouverts

Lors des entretiens, nous avons posé la question suivante aux internes : « *Vous êtes en consultation avec un patient qui n'a pas de droit ouvert à la sécurité sociale. Que faites vous ?* ». Cette mise en situation visait à évaluer de manière plus pratique les réactions des internes dans ces situations particulières.

¹⁰² Exerçant dans le 13eme arrondissement de Paris

Que faites-vous face à un patient n'ayant pas de droits ouverts ?	Entretien n°
Orientation vers la PASS	aucun
Orientation vers assistante sociale	2,10
Ne sais pas	1, 3, 5, 6, 7, 8, 9
Ne répond pas à la question	4

Certains internes, comme Marie, ne savent pas :

N°3 « *Quand moi on me dit « je vais pas pouvoir payer » ben je sais pas ce que je dois faire ou ce que je dois dire ... »* »

D'autres font une orientation vers une assistante sociale, comme ils ont l'habitude de faire en milieu hospitalier. Pourtant, comme le souligne Julien, ils ne connaissent pas les moyens de contacter une assistance sociale en ambulatoire.

N°1 « *(à l'hôpital) j'appelais l'AS et je lui disais « là il a pas de droit faut que tu fasses quelque chose ». Et là elle venait en panique. Rire. (...) je sais pas du tout exactement comment ça marche. A l'hôpital j'ai pas du tout eu l'impression d'avoir eu besoin de ça. »* »

N°10 « *Et quand tu es en libéral, quelqu'un qui n'a pas de droits ouverts, tu sais à qui l'adresser ? En libéral, euh, non. Normalement l'AS aussi mais tu dois en chercher dans le public et donc tu cherches et tu l'orientes.. Et Hors AS si t'es à Marseille par exemple tu sais où adresser ? Euh, non j'en sais rien du tout. »* »

Deux internes évoquent la facturation, mais pas l'orientation du patient.

N°9 « *Et si quelqu'un vient sans rien du tout ? Pas de mutuelle, pas de sécurité sociale et qui a pas les moyens de payer la consultation ? (gêne, rire, hésitation) ben, c'est pas cool, il revient plus la prochaine fois (rire) non euh, je sais pas après c'est vrai que mon praticien il avait une gêne avec ça aussi donc il se contentait de dire « vous me payerez plus tard » et d'attendre et de voir qu'il est pas payé quoi. »* »

N°5 « *Si le patient n'a pas de carte vitale, pas de mutuelle, pas à la sécurité sociale? Je vais pas le foutre à la porte parce qu'il n'a pas... je fais sa consultation et puis... Tu fais une consultation gratuite ? Oui. »* »

Lors de cette mise en situation concernant un patient sans couverture sociale, certains internes effectuent une consultation gratuite, sans effectuer d'orientation pour inciter le patient à accéder à ses droits.

Pourtant la PASS est un dispositif dont l'objectif est l'accès au droit commun, permettant d'éviter les prises en charges gratuites non pérennes et « au cas par cas » faisant souvent appel à la charité des professionnels de santé. Ces consultations gratuites, si elles résolvent un problème de santé à un moment précis ne permettent pas un suivi des patients sur le long terme et ne peuvent être des solutions envisageables pour résoudre les problèmes d'accès aux soins. Dix ans après la mise en place de ce dispositif dans les hôpitaux publics, les PASS restent très peu connues. Aucun des internes interrogés n'orienterait un patient sans droit ouvert vers la PASS et les deux internes connaissant pourtant le dispositif n'ont pas non plus le réflexe de faire cette orientation lorsqu'elles sont mises en situation.

Conclusion

Nous venons de voir que les internes ont des connaissances insuffisantes sur le dispositif CMUC, ainsi que la PASS (méconnaissance autant dans ses missions que géographiquement). Quant à leur avis sur le refus de soins ou le tiers payant, il dépend de la légitimité qu'ils accordent aux bénéficiaires de la CMUC.

30% des internes admettent l'idée du refus de soins, 50% perçoivent le tiers payant négativement et 23% des internes voudraient voir la prise en charge à 100% des bénéficiaires de CMUC disparaître. Ainsi les opinions et représentations des internes sur ces dispositifs, ne sont pas en faveur d'une facilitation de l'accès aux soins. Nous pouvons même nous demander si dans une certaine mesure ces représentations ne constituent pas un obstacle à l'accès aux soins des patients.

A propos du refus de soins, les entretiens ont retrouvé deux postures chez les internes, l'indignation ou la compréhension vis-à-vis des praticiens « refuseurs ».

C. Représentations des internes sur les publics précaires

Dans cette seconde partie nous tentons de dresser le tableau des représentations des internes sur les patients précaires ou les bénéficiaires de la CMUC. Tout d'abord rappelons ce qu'est une représentation : selon D. Jodelet « *une représentation est la rencontre d'une expérience individuelle et de modèles sociaux dans un mode d'appréhension particulier du réel. (...) Une représentation devient, pour ceux qui y adhèrent, la réalité elle-même, occultant les distorsions et les déformations qu'elle véhicule inéluctablement* » (146).

Au cours des entretiens, nous avons recherché spécifiquement des représentations négatives envers ces personnes et d'éventuels facteurs les influençant. L'objectif étant de mieux comprendre ces logiques représentationnelles susceptibles d'engendrer une moins bonne prise en charge.

Pour présenter les résultats nous procéderons comme pour les parties précédentes, en présentant tout d'abord les données du questionnaire, approfondies par le matériel extrait des entretiens.

C. 1) Les visages de la précarité

Dans ce premier paragraphe nous nous intéresserons à l'image que les internes ont de la pauvreté. Nous allons les explorer majoritairement à partir des entretiens. Nous verrons alors comment l'idéologie biomédicale et ses représentations affectent les professionnels du soin dans leur manière d'appréhender les usagers de la santé, tout comme les plus pauvres sont captifs de l'« ethnocentrisme de classe » des soignants (147).

a. **«Précarité» égale «grande pauvreté» ?**

Dans l'enquête quantitative, la question n°14 (cf. Figure 8) nous permettait d'aborder les représentations des internes sur les patients pauvres. Près de 70% des internes sous estiment le seuil de pauvreté (d'environ 30 à 50%). L'idée que se font les internes de la pauvreté est donc plus proche de la grande pauvreté. Nous pouvons comparer ces résultats avec ceux de l'enquête Ipsos réalisés annuellement pour le Secours Populaire auprès des citoyens. A la question: « pour vous, en dessous de quel revenu net par mois une personne seule peut être considérée comme pauvre dans un pays comme la France ? », en juillet 2010, le sondage trouvait une réponse moyenne de 1003 Euros, soit quasiment le seuil de pauvreté de l'Insee.¹⁰³(148) En comparaison, les internes ayant répondu à nos questionnaires ont donc une représentation du seuil de pauvreté bien inférieure à celle de la population générale. Ces données quantitatives sont en adéquation avec ce que nous retrouvons dans les entretiens. Pour beaucoup d'internes « la précarité » fait référence à la « grande précarité » : les SDF, les toxicomanes, les Roms...

N°1 « *C'est des gens complétement paumés, qui ont plus de boulot, qui ont plus rien. On leur a retiré leurs enfants* ». Pour Laura c'est des « *SDF, qui viennent quand ils sont tout bourrés...* ».
N°6 « *ben les précaires ça peut être les incuriques, les gens qui sont en précarité financière* ».

¹⁰³ Moins de 800 euros : 14% de répondants ; Entre 800 et 999 euros : 21% ; 1000 euros : 30% ; Plus de 1000 euros : 29% ; Ne se prononce pas : 6%

N°10 « un clodo.... On a ça, après on a tout ce qui est Roms »

Les usagers de drogues n'ont pas été cités dans la question n°10 de libre association sur la CMUC. Par contre ils ont été cités de nombreuses fois dans les entretiens au sujet des « personnes précaires ».

	Entretien	Citation
Public usager de drogues cité dans les entretiens	1	« toxico du coin »
	6	« femme toxicomane »
	7	« des toxicos »
	8	« les toxicomanes »
	10	« anciens drogués »
Non cité	2, 3, 4, 5,9	

La définition de Nicole est en fait, plus proche de celle de l'exclusion :

N°8 « on est mis de coté, de coté du travail. Enfin voilà quand on est mis de coté de la société, que ce soit par le travail, par la famille, par la société, par l'isolement social, par la santé. Voilà quand a un moment, on est mis de coté et on est plus... c'est ça pour moi la précarité. (...) tu peux rentrer dans la précarité car tu ne vas pas arriver à te réinsérer au niveau social, professionnel. Pour moi la précarité c'est un peu quand t'es mis à l'écart de la société d'une manière ou d'une autre. (...) tu seras isolé à tous les niveaux.»

Nous pouvons nous demander dans ce contexte si les internes n'ont pas finalement une vision assez duale de la société. Ils n'ont pas conscience du gradient social qui traverse la société française. Pour eux il y a les « exclus », qui sont « précaires » et les autres. Cette vision de la pauvreté est basée sur la notion d'exclusion, qui a commencé à trouver un usage social courant dans les années 1980. Cela s'illustre dans le fait qu'ils identifient le seuil de pauvreté beaucoup plus bas qu'il ne l'est réellement. Comme nous l'avons remarqué dans nos entretiens, pour beaucoup d'entre eux la personne qui bénéficie de la CMUC (moins 634€/mois) n'est pas considérée comme précaire. Ce constat est observé par P. Aïach « la manière dont les inégalités sont aujourd'hui représentées en terme d'exclusion et de précarité résulte d'un parti pris idéologique (...) la précarité ou l'exclusion des plus démunis, [laisse] hors champ des « inclus », c'est-à-dire tous ceux qui ont au moins un emploi et un logement (...). En matière de santé, on retrouve ce même phénomène avec l'accent mis en général sur les plus démunies » (par exemple, Haut Comité de la santé publique 1998) ».

Nous pouvons comparer les représentations des internes marseillais sur les patients précaires, à la vision plus experte des professionnels travaillant à la PASS de Marseille. D'après D. Fonte les professionnels travaillant quotidiennement avec ces publics distinguent deux grands types de précarité : soit la « grande précarité » (« précarité extrême », « misère », « plus que précaire », « très précaire »), soit une précarité dite « moyenne » caractérisée par la possession d'un logement et d'un minimum de ressources (« minimas sociaux », « RSA », « petites retraites », « temps partiels », « chômage »). (149) Nous avons observé que spontanément les internes n'avaient pas notion de cette deuxième catégorie, cette précarité dite « moyenne ». Audrey exprime justement son étonnement sur le fait que le niveau de précarité ne se voit pas nécessairement sur l'apparence :

N°1 « j'ai halluciné sur le fait qu'en fait ça se voit pas forcément sur leur gueule. Et notamment un type, c'était hallucinant il vivait dans un truc c'était immonde. Et ça se voyait pas forcément ... »

Paradoxalement, au fil de la discussion, certains se rendent compte que la précarité peut prendre d'autres formes. Ils s'accordent sur le fait que cela ne se voit pas uniquement sur le physique, comme le disent Nadine, Sarah, Aurélien :

N°4 « c'est pas forcément dans les apparences. »
 N°6 « c'est pas écrit sur leur front évidemment »
 N°7 « j'en sais rien que t'as la CMUC, c'est pas écrit sur ton front »

Au final, la notion de précarité évoquée de manière théorique, fait plus référence à la notion d'exclusion sociale. En les interrogeant ils prennent conscience que la précarité identifiée sur le terrain peut prendre d'autres formes. Cette contradiction entre leurs représentations sociales de la précarité et la réalité qu'ils observent, pointe l'apport que pourrait procurer une formation sur le sujet.

b. Les formes du travail précaire mal connues

Dans la question n° 10, l'évocation du mot « chômage ou RSA » arrive en 6ème position, cité par 15% des internes. Il correspond à une réalité confirmée par les données épidémiologiques : Les bénéficiaires de la CMUC sont plus fréquemment au chômage que les non bénéficiaires, comme l'attestent les chiffres de la DREES : « 46 % des chefs de ménage ouvriers ou employés sont chômeurs parmi les bénéficiaires de la CMUC, alors que dans le reste de la population, 6% des chefs de ménage ouvriers ou employés sont touchés par le chômage » (37). Ceci est d'ailleurs logique étant donné que la CMUC s'octroie sur des critères de revenu.

Il est de même pour les bénéficiaires du RSA (RSA socle à 475€) dont le revenu se situe sous le seuil CMUC (650€). Mais, s'il est pertinent, le choix de ce mot ne correspond-il pas ici à une représentation sociale partagée sur la "fainéantise du pauvre" ? Comme nous allons le voir quelques éléments des entretiens le suggèrent également.

Pour Sarah la notion de précarité évoque une condition de chômage:

N°6 « *Oui, j'imagine les patientes au chômage ou des choses comme ça, j'en avais pas trop eu mais* »

Pauline s'insurge sur le fait que les patients CMUC sont pressés alors qu'ils ne travaillent pas :

N°9 « *plus au final sur le temps, il faut que ça soit rapide alors qu'au final ils travaillent pas quoi. Alors qu'il y a d'autres personnes qui travaillent qui prennent leur journée et eux ils ne travaillent pas mais ils en ont marre d'attendre* ».

Pour Julien, ce sont souvent des personnes qui n'ont jamais travaillé.

N°10 « *vous travaillez pas ? Vous n'avez jamais travaillé, qu'est ce que vous voulez qu'on vous aide !* »

Pour Nadine, un « patient vraiment précaire » est plutôt quelqu'un de travailleur. Plus loin dans l'entretien on comprend ce qu'elle entend par « vraiment précaire » : quelqu'un qui est pauvre et qui ne touche pas d'aides sociales. Le ton employé dans le discours ci dessus nous laisse penser à une forme de jugement renvoyant à cette idée du "pauvre-fainéant".

N°7 « *ceux qui sont vraiment précaires, (...) ils ont cette notion du travail fourni et de ce qu'ils coûtent et de ce que coûtent les choses* »

Finalement, dans nos entretiens, aucun interne ne nous a parlé spontanément des « travailleurs pauvres », alors que cette nouvelle catégorie de personnes exerçant un emploi mais en situation de précarité touche selon l'INSEE environ 2 millions de personnes en France. Ces personnes sont par définition touchées par la pauvreté, mais aussi par la précarité de par les caractéristiques de leur emploi : temps partiel, fractionnement des emplois : petits boulots, alternances de phases d'emploi et de chômage ou d'inactivité. Un interne nous a parlé de sa propre situation de travailleur-pauvre, en tant qu'externe, sans avoir conscience qu'il appartenait à cette catégorisation faite par les sociologues.

N°4 « *Moi j'ai eu la CMUC quand j'étais externe, je sais ce que c'est, je sais très bien ce que c'est parce que j'étais payé que 200 Euros par mois donc en temps qu'étudiant on avait un statut de travailleur précaire et y'a* »

plein de gens qui le savaient pas ... j'avais même demandé le RSA mais il s'est révélé qu'on n'y avait pas droit ».

Lors du dernier entretien nous avons demandé à l'interne s'il connaissait cette notion. Julien devait être l'un des plus renseignés:

« N°10 D'accord, est c'que t'as déjà entendu la notion de travailleur pauvre ? C'est des gens qui travaillent mais qui ont un salaire de merde, c'est à dire je sais pas comment c'est pour dire pauvre, mais ouais, ils travaillent mais ils sont au niveau du seuil de précarité, ils gagnent 1000 Euros les pauvres. **Explication du terme « travailleur pauvre » Ou alors le serveur qui travaille que le midi qui est obligé de faire d'autres services le soir ... les américains quoi qui ont 2 boulots. »**

On peut comparer ces résultats avec ceux d'une enquête auprès des médecins généralistes interrogés par « focus groupe » dans la thèse de I. Laurent(74), où tous les groupes ont évoqué cette notion de travailleurs pauvres.

D'après les internes, un travailleur ne peut être identifié spontanément comme « pauvre ». Cette ignorance du phénomène social de travailleur pauvre peut être mise en parallèle avec les résultats de l'étude de C. Desprès auprès des médecins refusant de recevoir les bénéficiaires de la CMUC. D'après cette étude : « *les travailleurs pauvres (saliés à temps partiel, intérimaires ou salariés au SMIC) n'entraient pas, aux yeux des médecins, dans la catégorie des ayants droits légitimes à la CMUC, malgré leurs faibles revenus.* » Là encore, c'est donc bien la notion d'exclusion sociale qui fait référence.

c. Le « pauvre méritant »

L'image du « pauvre méritant » est émergente du discours des internes notamment au moment de la facturation.

N°7 « je pense que ça dépendrait de comment il le présente. Si il dit « ben écoutez, de toute façon j'ai pas d'argent, j'peux pas régler » ou si c'est « ben écoutez, je suis embêté, ... » ou si je sens que la personne est vraiment embêtée, et qu'elle est mal à l'aise, je dirais que c'est bon, que c'est pas grave. »

C. Desprès a retrouvé la même posture lors d'un échange avec un médecin spécialiste : « *le médecin a interrogé le patient alors sur la nature de ses troubles de manière assez précise. Il a fini par proposer une date de rendez-vous et concluait par ces quelques paroles : "Je prends quand on me demande gentiment"* » (104). Ainsi les internes, comme ce médecin dans l'enquête de C. Desprès apprécient les mérites et qualités du patient afin de sélectionner les « bons patients ». L'idée que ne devraient bénéficier de l'assistance sociale que ceux qui sont méritants et dont « *le comportement est vertueux* » n'est pas neuve. Aurélien Purière explique que « *pour différencier les bons pauvres des mauvais deux critères prévalent, le critère d'incapacité à travailler et celui du mérite* » (15). L'existence d'une pauvreté avérée par le sentiment de honte qui devrait s'en dégager, justifie alors la légitimité de la demande d'exonération mais il donne aussi l'occasion au praticien d'apprécier les mérites et qualités du patient. Cette situation s'explique si l'on part du principe que la représentation que l'on se fait d'une personne pauvre est influencée par la part de responsabilité qu'on attribue à cette personne dans le fait d'être pauvre. Ainsi, plus les étudiants jugent les patients défavorisés comme responsables de leur situation, plus leur représentation vis-à-vis de ces patients se dégrade.

Paradoxalement, Nadine insiste sur la nécessité de ne pas juger le patient.

N°7 « Ca prend plus de temps parce qu'il faut que la personne se mette à avoir confiance en toi et comprenne que t'es pas là pour la juger contrairement à tout ce qui lui est arrivé les fois d'avant ».

Ainsi, selon elle, le fait d'évaluer le malaise du patient dans son incapacité à payer ne correspond pas à un jugement.

D'après deux anthropologues, Y. Benoist et D Terrolle (147), cette distinction entre deux types de malades apparaît en filigrane dans l'idéologie biomédicale dominante. Ainsi il y aurait d'un côté des « bons malades » et de l'autre des « mauvais malades ». Les premiers seraient des malades compliants, respectueux des normes biomédicales et, si possible, rentables pour l'institution qui les accueille. Les seconds au contraire, seraient non compliants, se soucieraient peu des normes et seraient coûteux pour l'institution comme pour l'ensemble de la société. D'après les discours des internes deux types de patients sont ainsi plus souvent sujets à être « méritants » : les personnes habitant à la campagne, plutôt que ceux de la ville et les personnes âgées.

« Les paysans »

D'après deux internes interviewés, il existe une réelle différence entre les patients pauvres des territoires ruraux et ceux des zones urbaines. Contrairement au pauvre de la ville, le « pauvre rural » a toutes les vertus : mérite, robustesse, politesse, intelligence dans sa consommation de soins, fierté, reconnaissance envers le médecin, efficacité vis-à-vis du système de soins. Julien raconte son expérience dans les campagnes et Nadine « dans le fond d'une vallée » où elle a choisi de s'installer après y avoir réalisé la majorité de son internat. A noter que cet antagonisme ville/campagne n'a été retrouvé à aucun moment dans le questionnaire.

Pour Nadine et Julien, ils sont agréables, francs et consultent quand il faut :

N°7 « ils se plaignent pas trop, « C'est des patients beaucoup plus agréables je trouve, ils sont beaucoup moins sensibles aux petits bobos et aux petits machins et ils sont surtout beaucoup plus ouverts à la discussion, plus francs (...) Je trouve qu'il y a une vraie discussion et un vrai lien. »

N°10 « les patients savent qu'ils doivent l'appeler quand il y a quelque chose de grave, ils sont quand même logiques. »

Ces deux internes identifient les personnes vivant modestement dans les campagnes comme travailleurs :

N°10 « mais souvent comme ils sont à leur compte ils ne demandent pas trop les arrêts de travail, (...). Ils vont bosser avec l'attelle de genou, le collier cervical, ça leur pose que très peu de problèmes, ils ne sont pas fainéants, (...) quand ils sont malades et que tu leurs dis qu'il faudrait qu'ils arrêtent de travailler "si je travaille moins, je vais pas pouvoir nourrir mes enfants à la fin de la semaine donc je peux pas" »

N°7 « y'a beaucoup, beaucoup de paysans qui ont vraiment des très très bas revenus et qui ne peuvent pas s'arrêter de travailler »

« Les petits vieux »

On pourrait aussi identifier les personnes âgées comme des personnes plus « méritantes » que d'autres dans l'imaginaire de Nadine et Pauline. Cette idée recoupe les résultats à la question n°16¹⁰⁴ développé page 158.

N°7 « Ben ceux là ils sont vieux ils sont très malades, enfin ils ont plein de pathologies, mais ils sont toujours là ils sont toujours debout, et je me dis ils sont pas près de mourir. »
N°9 « non, pas forcément les précaires, moi j'aime bien les petits vieux, (...) j'aime bien discuter avec eux »

¹⁰⁴ Réponse à la question n°16 : Les internes sont plus favorables à la prise en charge à 100% des personnes âgées que des personnes en âge de travailler : 90% vs 77%.

d. L'immigration

L'immigration est considérée par les internes comme un facteur de précarité. Nous n'avions pas posé dans l'enquête quantitative de question fermée sur ce sujet. Question n°10, le mot « immigré » est cité par 1 interne sur 10. Dans les entretiens, c'est un facteur de précarité qui revient presque systématiquement (8/10).

Pendant les entretiens nous avons demandé aux internes quels étaient les 5 mots leur venant à l'esprit à l'évocation du mot « précarité ». Pour 4 internes sur 10 « étranger » « immigration » ou « immigrés » sont cités. Julien le cite en premier. Pour Nadine et Sarah les patients précaires sont plus souvent des immigrés :

N°6 « *Mais ça c'est pour les patients étrangers donc ils sont en situation de précarité. (...) Souvent c'est plus des personnes étrangères.* »
N°7 « *c'était effectivement un peu plus les populations magrébines que les paysans gardiens de vaches qui avaient ce genre de problèmes* »

Audrey fait le rapprochement entre immigration et CMUC, avant de se reprendre.

N°1 « *j'allais faire l'amalgame, parce que c'était plein de patients maghrébins qui voyageaient vachement, c'est débile car c'est même pas forcément eux qui avaient plus la CMUC. Ils leur ramenaient souvent un souvenir. C'est des patients maghrébins en général pas que les CMUC.* »

Marie, explique pourquoi elle associe précarité et personnes d'origines étrangères.

N°3 « *Pourquoi, je ne sais pas, parce que je pense que pas mal d'étrangers sont malheureusement dans des conditions un peu précaires. Inconsciemment je pense que dans mon entourage je dois ... je ne sais pas, c'est mon milieu de vie aussi, on était pas mal d'étrangers et dans des conditions précaires donc je fais un peu le lien.* »

Il est exact que les immigrés accusent une pauvreté plus importante. En France 26,8 % des immigrés nés hors d'un pays de l'Union européenne sont pauvres (soit sous le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian), contre 10,8 % pour les personnes nées en France. Ces différences s'expliquent par de très nombreux facteurs (150). Le chômage frappe beaucoup plus les étrangers que les Français : 17,3 % sont sans emploi, contre 8,9 % des Français. Le taux atteint 23,1 % pour les actifs non-ressortissants de l'Union européenne. Une partie de cet écart tient au niveau de diplôme : les étrangers sont moins qualifiés en moyenne que les Français (et les diplômés de certains d'entre eux ne sont pas reconnus) et au fait qu'une partie importante des emplois, notamment dans la fonction publique, leur est interdit. Mais les étrangers subissent aussi des discriminations (151).

Pour Sarah, face à ce constat, la précarité est en conséquence moins recherchée chez les français que les étrangers :

N°6 « *à chaque fois que je t'ai parlé de précarité c'était une famille étrangère. Je réfléchis, je pense qu'on la recherche moins, enfin moi, je pense qu'on la recherche moins chez les européens ou les français.* »

Pour Nicole et Vanessa, plus que la notion d'immigration, c'est le fait d'être « sans papiers » qui entraîne la situation de précarité.

N°5 « *Je pense que la population immigrée à plus de risque d'être dans la précarité. Plus que immigration, ça serait sans papiers.* »
N°8 « *Non c'est que malheureusement... C'est pas dans le sens précarité = sans papiers c'est plutôt dans l'autre sens forcément le fait de pas avoir de papiers entraîne une précarité, ça peut pas être autrement, t'es isolé de tout tu as accès à rien, enfin t'as rien. Quand t'es sans papiers t'as rien, c'est trop la galère. Donc c'est plutôt dans ce sens là que dans l'autre sens.* »

Comme nous l'avons vu en première partie, la région PACA est une des régions présentant la plus forte proportion de personnes immigrées. Rappelons également que l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance, alors qu'il est meilleur à l'arrivée en France, en raison des phénomènes de sélection liés à la migration. Mais leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins et à la prévention. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, et les femmes, et varient selon le pays d'origine (152). Enfin, l'absence de couverture complémentaire diminue la probabilité d'avoir consulté un généraliste. Or, 35 % des immigrés étrangers et 20 % des immigrés naturalisés ne disposent pas de couverture complémentaire, contre 7 % des Français nés en France.

Finalement les internes font facilement le lien entre précarité et immigration. C'est également une représentation collective partagée dans la société, et qui correspond aux données épidémiologiques.

e. Des capacités cognitives perçues comme limitées

Certains internes en utilisant le jargon médical, comme par l'exemple l'adjectif « cortiqué », peuvent laisser transparaître un certain mépris:

N°6 « *Après je connaissais pas leur vie à coté mais c'étaient des personnes qui étaient un peu pauvres, voir limitées intellectuellement mais ils venaient quand même voir leur MG et du coup je me disais qu'ils étaient peut être dans une précarité financière ou intellectuelle mais ils étaient quand même assez cortiqués pour aller voir leur MG, avoir un suivi, prendre les médicaments »*

N°10 « *parce qu'ils sont limités intellectuellement, ils comprennent pas très bien* »

Durant l'entretien Julien, utilise à plusieurs reprises le terme « mongols » pour parler des patients en situation de précarité ou bénéficiaires de la CMUC.

N°10 « *autant travailler avec euh des Avec des mongols » ; « en PMI tu as que les mongoliens qui y vont et qui peuvent pas aller chez un gynéco. »*

« Cortiqué » signifie selon wikipedia¹⁰⁵ « qui n'est pas bête ». M. Balcou-Debussche l'explique dans son livre « L'éducation des malades chroniques » : *Cette expression (patient cortiqué) est très gênante dans la mesure où en désignant le patient « cortiqué » par celui qui dispose d'un « cortex », cela signifie que le « non cortiqué » est perçu comme un individu non pourvu d'un cerveau* (153). Effectivement le corps médical est souvent habitué à analyser les échecs d'une éventuelle mauvaise observance en termes de manques (de motivation, de connaissances, de volonté, etc.) ou d'incompétences des individus (154). Cet exemple nous montre que le jargon médical, hérité du compagnonnage, véhicule et valide des représentations connotées péjorativement.

Julien utilise à plusieurs fois l'adjectif « cérébré » pour qualifier le niveau de compréhension :

N°10 « *... y'avait des familles précaires, comme des cas sociaux parce qu'ils étaient très peu cérébrés et qu'ils géraient leur argent de manière un peu bizarre »*

N°10 « *Si en plus il est magrébin et qu'il se retrouve diabétique de type 2 à 55 ans, tu peux être certain que son diabète sera suivi un peu comme il a envie, s'il a envie de manger des profiteroles il les mangera alors que le type qui est un peu cérébré il sait que « bon j'suis diabétique, je vais arrêter les profiteroles quoi »*

N°10 « *A bah oui, tu t'adaptes complètement, déjà tu as des objectifs qui sont pas les mêmes quoi. C'est à dire que tu as un diabétique qui comprend rien, ton objectif d'HbA1c c'est pas 7, c'est plutôt 8% de peur qu'il fasse*

¹⁰⁵ Du 18.01.2013

des hypoglycémies quoi. Donc ils sont moins bien suivis et il comprends rien, il comprends rien tu peux pas faire grand chose de plus pour lui donc t'es obligé de revoir tes objectifs »

Pour Laura, les personnes en situation de précarité oublient vite, comme si elles n'avaient pas de mémoire.

N°2 « *Ils ont la consultation qui est quand même plus facile. Donc quand c'est pas un problème de santé avec un symptôme très important, ils oublient vite qu'ils ont pris rendez-vous. Je pense que y'a de ça beaucoup. »*

A l'opposé, Marie interprète les difficultés de compréhension des personnes de bas niveau socio-économique, par une façon de communiquer. Elles sont souvent moins promptes à poser des questions ou à exprimer spontanément leurs émotions.

N°3 « *Non, pas plus malade, mais moins dans la demande et du coup faut plus aller chercher, et c'est pas d'eux mêmes qui vont te dire j'ai tout ça, c'est à toi d'aller creuser, parce que je pense qu'ils gardent beaucoup pour eux, et du coup c'est plus difficile... enfin ils sont pas très expressifs. Du coup c'est à toi d'aller gratter, et tu te dis « ah oui, ah si ya ça et en plus ya ça. »*

Les travaux de recherche de Willems mettent également en évidence que les patients de plus basse catégorie sociale reçoivent moins de paroles émotionnellement positives de la part du médecin, mais un discours plus directif leur donnant moins d'information, moins de pouvoir et d'implication dans les décisions thérapeutiques (155). C'est un cercle vicieux : les médecins préjugent que les patients précaires ne sont pas intéressés ou ne comprennent pas les informations relatives à leur état de santé. Ces patients ont du mal à exprimer leur intérêt. Les médecins communiquent alors avec eux d'une façon qui n'encourage pas à prendre une part active à la discussion. Et ainsi l'image primaire que les médecins ont de ces patients est renforcée (78).

Boltanski décrit la situation actuelle, où le praticien fait varier son mode d'intervention en fonction de l'appartenance sociale supputée du patient (156), passant du « conseil à l'ordre (...) se limitait ainsi à édicter des règles sans en expliquer le principe ».

Sylvie Fainzang retrouve « dans une enquête que les médecins délivrent plus facilement l'information aux patients dont le milieu social ou le capital culturel¹⁰⁶ connu ou supposé se rapproche du leur. Le mensonge des médecins s'adresse préférentiellement aux patients des milieux populaires. Ce critère du milieu social serait même plus important pour les médecins que la psychologie individuelle du patient, et ceci de manière inconsciente. (...) Aux tristement célèbres inégalités sociales d'accès aux soins parmi les patients, s'ajoute donc une inégalité sociale d'accès à l'information » (158).

Comme nous l'avons vu, certains internes interprètent la différence de communication comme une diminution des capacités de compréhension, voir intellectuelles du patient et ne sont pas conscients que la capacité à exprimer leur besoin de soins fait également partie du capital culturel. Etant donnée l'impact de ces représentations sur les pratiques de soins, une remise en question de celles-ci par la formation paraît essentielle.

f. « Le pauvre n'a pas d'éducation »

D'après trois des internes interviewés, les personnes issues d'une classe défavorisée sont mal élevées, et manquent d'éducation.

N°10 « *si ils étaient corrects mais c'est pas des gens corrects, ils ont pas d'éducation (...) je pense pas que je sois le seul civilisé dans cette ville mais nan, je pense que c'est normal d'avoir un minimum de respect pour les*

¹⁰⁶Le capital culturel est un concept sociologique introduit par Pierre Bourdieu, qui désigne l'ensemble des ressources culturelles dont dispose un individu (157).

gens et de civisme. Tu trouves que les gens précaires et les bénéficiaires de la CMUC en manquent des fois ? (...) Ah oui, oui oui, ils en manquent souvent. »
N°7 « Oui, oui, parce que euh, je sais pas parce que après j'ai fait mes études à Marseille et entre Marseille et le fin fond des Alpes ça fait une différence, ne serait-ce que par l'éducation des gens, y'a peut être pas que la précarité qui joue »

Nous avons retrouvé dans le questionnaire (question n°15) une autre réponse similaire : « mal éduqués ».

Nous pouvons confronter ces discours aux autres résultats de notre enquête quantitative. Dans la question n°17 portant sur les comportements des patients bénéficiaires de la CMUC, 22,4% des internes sont d'accord avec le fait que les bénéficiaires de la CMUC ont des comportements irrespectueux pendant la consultation.

g. L'isolement social identifié comme facteur de précarité

L'isolement est cité 5 fois dans la Q10 (cf. page 75). Dans les entretiens Nadine, Nicole et Pauline ont cité l'isolement parmi les 5 mots qui leur évoquent la précarité. En effet, le fait d'avoir un entourage familial ou amical, est clairement une ressource, comme l'ont identifié Sarah et Pauline :

N°9 « Ouais y a ce que je disais, le fait d'être isolé, de ne pas pouvoir compter sur d'autres personnes, pour moi c'est de la précarité aussi. (...) Même si avec des revenus convenables, sans un bon entourage, je pense qu'on peut être précaire ».
N°6 « L'isolement. Quand j'ai fait un peu de SAMU, ya des gens qui se déplacent pas du tout et si le médecin se déplace pas, ils restent dans des états de détresse médicale assez importante, ça c'est plus les vieilles personnes isolées ou les personnes dans la campagne, qui se déplacent peut être un peu moins facilement. »

h. Pour les internes, il n'existe pas de « profil type » de personnes en situation de précarité

Après avoir tenté d'analyser les différentes figures du précaire, plusieurs internes mettent en avant le fait qu'il n'y a pas un profil type de patient précaire :

N°5 « c'est des patients qui sont d'horizon tous très différents »
N°9 « les gens précaires c'est pas tous les mêmes ».
N°6 « Des gens assez différents, des vieux, des étrangers, pour moi ya pas de précaire type. »

La thèse parisienne de L. Petitcollot va dans le même sens et révèle que d'après les internes interrogés, « la CMUC peut avoir tous les visages » (98). Cette représentation est, assez positive car elle sous entend que certains internes ont conscience de la multiplicité des situations de précarité ce qui est à notre sens essentiel pour pouvoir identifier des patients en situation sociale difficile et adapter sa pratique à ces situations.

D'après Julien, il n'existe pas non plus de « profil type » mais il évoque la précarité en citant toujours des catégories bien identifiées de personnes, et déjà fortement stigmatisées dans la société.

N°10 « c'était un étranger, ... un clodo.... On a ça après on a tout ce qui est Rom tous les problèmes de rixes comme on dit souvent à Marseille avec ces populations là quoi ». « Y'a beaucoup de Gitans et y'a beaucoup de Musulmans ».

i. Représentation du profil démographique des patients en situation de précarité

La population des bénéficiaires de la CMUC comporte 58% de femmes, 44,3% de jeunes ayant moins de 20 ans et 30% de familles monoparentales. Nous avons souhaité savoir quelles idées les internes se font du profil

démographique des patients précaires et plus particulièrement des bénéficiaires de la CMUC. La question n°10¹⁰⁷ de l'enquête quantitative ainsi que les situations cliniques rapportées par les internes dans les entretiens nous ont permis de faire cette analyse et ainsi d'explorer les représentations des internes sur les personnes précaires en termes de genre, d'âge et de situations familiales. Précisons que la question n°10 portant spécifiquement sur les patients bénéficiaires de la CMUC, nous avons dû analyser de manière différenciée les représentations sur ces derniers et celles, plus générales, sur les personnes en situation de précarité plus souvent abordées dans les entretiens.

01. **Concernant la proportion homme/femme**

Dans les réponses à la question n° 10, seul le terme « *femme au foyer* » cité une fois qualifie le genre des personnes bénéficiaires de la CMUC. Dans les entretiens, lors de l'évocation de rencontre avec des patients en situation de précarité, le terme « *femme enceinte* » est cité par 2 internes mais globalement, les récits des internes concernent plus souvent des hommes que des femmes.

Tableau 27 - Répartition homme / femme dans les entretiens des situations en lien avec la précarité

	Nombre de citations totales	Entretien n°
Hommes	9	3, 4, 7, 8, 9,10
Femmes	4	3, 5, 6,7

Dans notre étude, les internes ont plus souvent des images de précarité touchant des hommes (patient étranger, SDF, travailleurs manuels...). Ainsi nous pouvons nous demander si des situations de précarité ne sont pas moins souvent repérées lorsque les patients sont des femmes, alors que le taux de pauvreté est au moins équivalent, sinon plus important chez ces dernières (8,1% femmes vs 7,4% hommes, Insee, 2010) et que ce sont elles qui bénéficient majoritairement de la CMUC (58%).

02. **Concernant la proportion jeunes / vieux**

Seulement deux mots qualifient l'âge dans les réponses à la question n°10 : la « *vieillesse* » (x1), « *étudiant* » (x2). Dans les entretiens, concernant les bénéficiaires de la CMUC, une seule interne, Audrey, a un ressenti correspondant à la réalité démographique.

N°1 « *J'ai l'impression qu'ils sont jeunes aussi les gens qui ont la CMUC. Y'avait aussi des vieux. Pour moi un type qui a la CMUC il est jeune, c'est le cliché. »*

Sur le sujet plus général de la précarité les internes évoquent plus souvent la vieillesse que la jeunesse. Ils identifient l'isolement de la personne âgée, à la précarité. La vieillesse est bien identifiée comme un facteur de vulnérabilité de la part des internes, peut être parce que cet âge bénéficie d'une spécialité médicale à part entière -la gériatrie-.

	Nombre de situation cités	Entretien n°
Jeune	2	1, 4
Vieux	4	6, 3

N°6 « *ça c'est plus les vieilles personnes isolées ou les personnes dans la campagne, qui se déplacent peut être un peu moins facilement. »*

¹⁰⁷ Question n°10 : Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiant de la CMUC », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

Pourtant comme le rappelle l'observatoire des inégalités la pauvreté touche en premier lieu les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (20-29 ans) dont plus d'un sur dix est pauvre. Les plus de 60 ans sont moins souvent concernés : 4,7 % d'entre eux sont pauvres (159).

03. **Concernant le rapport familles nombreuses/ familles monoparentales**

Dans les réponses à la question n°10, les familles nombreuses sont citées 4 fois alors que les familles monoparentales n'y figurent pas. Dans le discours des internes, nous retrouvons ces deux notions, avec une plus grande fréquence de citations pour les familles nombreuses.

Familles nombreuses
N°2 « <i>Après c'est souvent des familles nombreuses</i> » N°9 « <i>5 Mot évoquant précarité : grandes familles</i> »
Familles monoparentales
N°6 « <i>y'a tellement de choses associées à la précarité que (rire), précarité sociale, ou j'imagine une femme seule, célibataire, qui doit élever ses enfants</i> » N°9 « <i>c'est la mère qui est toute seule avec ses gamins qui ont 4 ans et qui sont tout seuls à la maison, euh, c'est un peu pour ça</i> »

Pourtant, la pauvreté s'est récemment déplacée des familles nombreuses vers les familles monoparentales, et nous constatons que les internes ont gardé cette idée obsolète de la pauvreté (160).

Conclusion

Dans la première partie nous avons vu que les internes ne sont pas conscients de l'existence d'un gradient social. C'est pourquoi il n'est pas étonnant de retrouver dans leurs représentations de la pauvreté, l'image de la grande pauvreté. Ils ne considèrent d'ailleurs pas les personnes bénéficiant de la CMUC comme des personnes « précaires ». Ils se disent étonnés lorsque les patients pauvres ne portent pas de stigmates physiques de cette pauvreté, ne semblent pas avoir conscience du phénomène des « travailleurs pauvres », ni d'un « niveau de pauvreté moyen » (minimas sociaux) comme en ont conscience d'autres professionnels (comme ceux travaillant à la PASS). Cette vision des choses est à mettre en parallèle avec la façon dont les politiques traitent cette question. Selon P. Aïach: « *la lutte contre les inégalités (...) a laissé place à la polarisation sur les questions de pauvreté et à l'accent mis sur les exclus. On se place alors sur un terrain bien plus acceptable et politiquement correct : celui de la compassion et de la charité (...), entretenant parfois une confusion avec celle des inégalités : on affiche inégalités et on ne parle que d'exclusion.* »

Le profil démographique des patients bénéficiant de la CMUC est peu connu des internes : les jeunes, les femmes, et les familles monoparentales sont peu cités dans les entretiens. Ceci a donc deux conséquences :

1) Ce décalage entre les représentations et la réalité peut accentuer le manque de légitimité de la CMUC comme le suggère C. Desprès (104).

2) Dans la pratique, cette méconnaissance des facteurs de précarité n'est pas propice à un repérage adéquat des patients dans le but d'une orientation optimale.

Certains préjugés dévalorisants comme un faible niveau d'intelligence, ou un manque d'éducation (politesse) sont rapportés par quelques internes dans les entretiens ce qui complètent ainsi les résultats constatés dans le questionnaire¹⁰⁸. Ces représentations négatives se concentrent sur une frange des bénéficiaires de la

¹⁰⁸ Questions n°17 : 63,6% d'internes sont d'accord avec au moins un comportement connotés péjorativement).

CMUC, non majoritaires et déjà stigmatisés par ailleurs (les jeunes hommes désocialisés, les étrangers, les familles nombreuses).

Nous verrons plus loin comment ces représentations peuvent devenir un obstacle à l'accès aux soins de ces populations. D'autres catégories de patients semblent plus méritantes aux yeux des internes et bénéficient d'une certaine clémence : les personnes âgées et les paysans bénéficiant déjà de plus de compassion dans la société française. Ainsi d'après, Y. Benoist et D. Terrolle (147), les soignants intègrent d'autant mieux ces représentations qu'elles dépassent très largement le champ médical. Ces représentations collectives renvoient à des stéréotypes très partagés dans la société, qui s'imposent de façon inconsciente, conformément à ce que les deux anthropologues appellent un « *ethnocentrisme de classe* »¹⁰⁹. Cette notion renvoie à la tendance à évaluer ce que l'on voit à l'aune de sa propre expérience et de sa propre culture. En ayant cette grille de lecture anthropologique, les futurs professionnels de santé pourraient mieux comprendre leurs propres représentations et celles de leurs patients, et ainsi les soigner plus équitablement.

C. 2) Perception du comportement des patients en situation de précarité à travers leur consommation de soins

Nous venons de présenter les représentations des internes sur les personnes se trouvant dans une situation de précarité. Nous allons à présent analyser plus précisément l'idée qu'ils se font du comportement de ces patients vis-à-vis du soin. Pour cela nous avons analysé les réponses aux questions n°10, n°15, n°17 de notre enquête quantitative approfondie par les discours extraits des entretiens.

a. Une consommation de soins socialement différenciée

01. Un passage plus fréquent aux urgences et un moins grand recours aux spécialistes

Les internes rapportent dans les entretiens et dans le questionnaire une plus grande consommation de soins hospitaliers (urgences et hospitalisations) pour les personnes de bas niveau social, ainsi qu'un accès moins facile aux spécialistes. Nous avons déjà longuement analysé les réponses à la question n°15¹¹⁰ dans la première partie (déterminants de santé) mais en l'analysant sous un autre angle, elle fait également émerger la perception qu'ont les internes du mode de consommation de soins des patients en situation de précarité.

Tableau 28 - Réponses brutes à la question n°15 sur les causes d'une consommation de soins plus importante pour les bénéficiaires de la CMUC

Consommation en urgence/ Hospitalière
<i>« Patients allant plus volontiers à l'hôpital pour les soins. Soins réputés inutiles. »</i>
<i>« Ils consultent plus aux urgences. »</i>
<i>« le patient arrive plus directement à l'hôpital et le coût de la prise en charge augmente »</i>

Cette notion de consultation plus fréquente aux urgences est confirmée dans les entretiens. Les internes ont également la sensation que les patients précaires ont plus difficilement accès aux spécialistes.

N°4 <i>«après y'a des gens qui n'ont vraiment pas les moyens de financer leurs soins et qui sont obligés de venir aux urgences parce qu'ils n'ont vraiment pas d'autres choix donc ils viennent nous voir plutôt que d'aller voir les spécialistes... »</i>

¹⁰⁹ L'ethnocentrisme est une attitude qui consiste à analyser et à juger les autres cultures en référence à sa propre culture (nationale, religieuse, morale...). On parle aussi d'ethnocentrisme de classe quand l'observateur se place du point de vue de son appartenance sociale pour juger le comportement de ceux qui appartiennent à d'autres classes sociales. Des formations à l'analyse de la pratique ou un accompagnement des étudiants permettraient aux futurs professionnels de les questionner.

¹¹⁰ Questions n°15 : En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociale), les bénéficiaires de la CMUC-C avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

L'étude de la littérature confirme que la consommation de soins est différente selon les classes sociales. Selon l'étude de Raynaud en 2005, les personnes issues de ménages favorisés, recourent plus aux soins ambulatoires, et les personnes issues de ménages défavorisés ont plutôt recours aux soins hospitaliers. Les cadres présentent une plus faible probabilité de consulter un médecin omnipraticien alors que les bénéficiaires de la CMUC complémentaire engagent des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens supérieures à celles des autres assurés complémentaires. Le plus grand écart de dépenses entre les cadres et les ouvriers concerne les dépenses de médecins spécialistes (+ 21 % pour les cadres par rapport aux ouvriers) (161). Selon le Fonds CMUC (30), la consommation de soins hospitaliers des bénéficiaires de la CMUC représentent 60,4% (et 39,6% pour les soins de ville) de leurs dépenses médicales, alors qu'elle est quasiment de 10 points de moins pour les assurés du régime général (51,1%).

Il est intéressant de constater que tous les internes n'ont pas noté cette différence de consommation de soins. Pour certains une ambiguïté persiste. Pour Pauline c'est les cadres qui consultent pour « pas grand-chose » et pour Aurélien ce sont les personnes en difficulté financières.

N°9 « *Après quand ils travaillent au contraire, c'est pas ceux là, quand ils viennent ils ont vraiment quelque chose alors que le cadre pour moi il peut venir pour pas grand chose, ça dépend un peu de si c'est le père qui ramène de l'argent ou si c'est la mère, ça dépend de quel est le rang dans la famille et quelle est la charge et quel est le risque de tomber malade* »

N°4 « *Y'a beaucoup plus de plaintes modérées ou pas graves du tout de la part des gens pour les niveaux sociaux plus bas.* »

Selon S. Chaveau les ouvriers se déclarent plus souvent malades que le reste de la population et, en même temps, les moins qualifiés de ces ouvriers se soignent très peu. Inversement, les cadres supérieurs se déclarent peu souvent malades, mais au final se soignent beaucoup plus que le reste de la population. L'éducation, l'instruction, la connaissance des opportunités thérapeutiques pourraient être autant de facteurs d'inégalités que la généralisation de la protection sociale ne supprime pas. (162)

Les internes ont donc majoritairement une perception conforme à la réalité, concernant la répartition des dépenses de santé soins hospitalier/soins ambulatoires.

02. Moins de prévention, moins de suivi, retard de diagnostic et de prise en charge

Ces trois thèmes émergent dans les réponses à la question n°15 et également repérés par les internes dans les entretiens.

Tableau 29 - Extrait des réponses brutes à la question n°15 : thématique de la consommation de soins

Education Prévention	20 réponses
« Pas ou peu d'éducation, hygiène de vie, Pas d'accès à la prévention » « ce sont souvent des personnes ayant très peu de connaissances médicales. Ils paniquent rapidement. » « parfois accès à la scolarité limité (dans les quartiers nord de Marseille, notamment) »	
Manque de suivi, plus de complications	7 réponses
« soins pour des pathologies plus graves car pas de suivi régulier » « car le suivi de ces patients et l'observance thérapeutique surtout des maladies chroniques (type diabète) est moins bonne. »	
Retard diagnostic	17 réponses
« Précarité donc plus d'attente avant les consultations donc plus de soins car dégradation de l'état de santé pathologies à des stades plus avancés » « Recours aux soins tardifs lors de l'apparition de complications » « Retard de diagnostic (pas de dépistage). »	

Plusieurs études ont montré que les personnes pauvres ont un recours aux soins qui est toujours plus tardif, souvent en urgence, tourné davantage vers l'hôpital. Ainsi, les internes semblent conscients d'un recours aux soins plus tardifs tourné davantage vers l'hôpital et en particulier par les urgences. Selon F. Tuleu, délégué général d'Emmaüs France¹¹¹ : *« Cette difficulté à s'y retrouver traduit l'ensemble des difficultés des plus pauvres dans leur rapport aux services publics ; tout est toujours un peu plus compliqué, difficile ou menaçant ; le Père Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde a très bien expliqué cela en montrant que pour les plus pauvres, le monde s'organise comme dans un tableau de Picasso : avec des parcelles de choses qu'on reconnaît, mais qui toutes mises ensemble ne forment aucune cohérence. Le rapport à la santé s'inscrit dans cette même confusion, ce qui fait souvent dire que les plus pauvres se soignent mal, mangent mal, comprennent mal ce qu'on essaie de leur expliquer... Mais on prend rarement le temps de comprendre au préalable ce qu'ils vivent, savent ou rencontrent comme difficultés. »* Il poursuit son propos en incitant les professionnels à prendre le temps de « décoder cela », pour éviter de « renforcer des représentations négatives ou stigmatisantes des plus pauvres : celles qui consistent à ne pas valoriser leurs savoirs, mais plutôt à dénoncer leurs manques ou leurs incapacités » (163).

Le corps médical est en effet habitué à analyser les échecs d'une éventuelle mauvaise observance ou suivi thérapeutique en termes de manque de connaissances ou d'incompétence des individus (154). C'est ce qui transparait dans les réponses des internes. Aujourd'hui l'éducation thérapeutique balaye petit à petit cette approche, afin au contraire de renforcer les compétences des personnes.

Les internes évoquent également le manque de prévention et de « dépistage ». M. Millet et D.Thin expliquent les difficultés des personnes à adopter des conduites préventives en invoquant un « hédonisme populaire » qui, *« lié à la dureté des conditions d'existence et à la perception d'un avenir fermé et incertain, consiste à profiter de la vie chaque fois que c'est possible sans attendre »*. *Soumis à la pression des menaces dont leur présent est gros, souvent inscrits dans un rapport « désillusionné » à l'avenir, les membres des fractions inférieures des milieux populaires engagent un rapport peu préventif à la santé et aux soins. C'est davantage un rapport fataliste qui prédomine et les conduit à considérer que leurs affections ne peuvent être soignées ou qu'il faut savoir « faire avec »* (164).

Dès le 17ième siècle, René Villermé, médecin précurseur de la sociologie, recommande que soit garantie la santé pour tous. Pendant les siècles suivant, la diffusion du savoir médical est plus rapide dans les classes aisées que populaire. P. Aïach rappelle *« que les groupes adoptant un comportement sain, sont le plus souvent (sinon presque toujours) des groupes dotés d'un capital culturel et ayant une forte disposition socialement différenciée à l'appropriation des connaissances en matière de santé et des soins et à leur utilisation »* (113). Cela fait partie des inégalités sociales (ici culturelle et relationnelle) qui jouent en matière de santé.

On peut identifier d'autres facteurs liés au système de santé ne favorisant pas les conduites préventives, comme la rémunération à l'acte des praticiens, ou l'accumulation de problèmes combinés à des consultations plus courtes (63), qui accroissent la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention et l'éducation thérapeutique, soient laissées de côté.

03. Une « temporalité de l'urgence »

Deux internes évoquent une perte des repères avec une modification des rapports au temps chez les personnes en situation de précarité. Perte de repères qu'ils expliquent par leur inactivité.

¹¹¹ À Paris lors d'un colloque « Santé et Précarité : l'évolution des déterminants ».

N°9 « *un peu plus exigeants j'ai l'impression (...) sur le temps, il faut que ça soit rapide alors qu'au final ils travaillent pas quoi. Alors qu'il y a d'autres personnes qui travaillent qui prennent leur journée et eux ils travaillent pas mais ils en ont marre d'attendre* »

N°4 « *enfin de compte, ils sont un peu perdus comme ils n'ont pas de repères, (...) vers la fin ils viennent nous voir parce qu'ils sont un peu perdus.* »

Les internes ont du mal à comprendre la logique de soins qu'adoptent certains patients. Ne rentrant pas dans leur logique rationnelle de soignants, ils développent des jugements négatifs. L'apport du regard anthropologique sur les comportements permet des explications et donc une meilleure compréhension de ces comportements. M. Millet et D. Thin (164) expliquent par exemple que les classes populaires sont plutôt caractérisées par un rapport oral-pratique au monde et par une faible maîtrise de l'écriture. Ceci implique une vision temporelle plus pratique laissant une large place à l'action spontanée. L'épreuve de la précarité induit une temporalité de l'urgence, du coup par coup et de l'inattendu qui empêche les familles de se projeter vers l'avenir, à la fois parce que la vie au jour le jour empêche cette projection et parce que l'avenir, à la lumière du passé et du présent, est inquiétant (risque de chute sociale, crainte de nouveaux problèmes, peur de ne pas s'en sortir).

Conclusion

Concernant les comportements de soins objectivés dans les études, les internes ont observé avec justesse que la consommation de soins était socialement différenciée : les cadres consommant plus de consultations de spécialistes et les ouvriers se tournant plus vers l'hôpital. Cette donnée intégrée peut être source pour le professionnel d'une plus grande attention dans l'orientation des patients. Elle permet aussi d'expliquer cette sensation de surconsommation des personnes pauvres chez le médecin généraliste.

La moindre attention pour des conduites préventives de santé observée chez les personnes les moins instruites est également repérée par les internes. Elle peut être expliquée par une façon différente d'envisager les événements de la vie. C'est une donnée utile à connaître pour que cela ne devienne pas une source de découragement pour le professionnel de santé, pouvant se transformer en perception négative d'un patient considéré comme « fautif ».

b. Surconsommation, abus, fraudes : beaucoup d'idées fausses à déconstruire

La surconsommation de soins, les abus, les fraudes sont des reproches souvent faits aux patients en situation de précarité bien qu'aucune étude ne les ait objectivées. Nous avons souhaité savoir si les internes partageaient ces mêmes représentations. Dans cette hypothèse, il nous semblerait important de déconstruire ces idées qui peuvent, être un obstacle à l'accès aux soins des personnes précaires et donc participer à l'aggravation des inégalités sociales de santé.

01. Surconsommation de soins, abus.

Une partie de la question n°17¹¹² concernait la consommation de médicaments : 42% des internes de notre échantillon sont d'accord avec l'idée que les bénéficiaires de la CMUC ont une consommation excessive de médicaments. Nous retrouvons cette notion de « surconsommation » dans la question n°10¹¹³ où le mot

¹¹² Questions n°17 : Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Qu'en pensez-vous ?

¹¹³ Question n°10 : Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiaires de la CMUC », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

surconsommation est cité par 5,6% (soit 14 internes¹¹⁴, cf. page 75).¹¹⁵ Dans la question n° 15¹¹⁶ nous demandions aux internes les raisons d'un coût de soins plus important pour les personnes CMUC. Une centaine d'internes¹¹⁷ ont répondu que la raison principale était qu'un accès gratuit à la santé augmentait la demande et donc le coût des soins. D'autres expriment plus directement la notion de consultation injustifiée, voir d'abus.

Tableau 30 - Extrait des réponses brutes à la question n°15

Consommation plus importante car absence d'avance de frais/ soins gratuits	50 réponses
<i>« L'absence d'avance des frais » x8 « Pas d'avance des frais, surconsommation. » « Gratuité des soins » x6 « Pense que la santé c'est gratuit! » « CMUC chez sujet pauvre=facilité d'accès aux soins donc plus de consultations » « gratuité ressentie avec surconsommation réactionnelle » « Trop de consultations pour rien. Parce qu'ils ont l'impression que les soins sont gratuits » « Ces patients n'ayant pas d'avance des frais à faire n'hésitent pas à consulter. Les patients bénéficiaires du régime général ont une "consommation" de soins plus rationnelle (et "rationnée?") » « Car dispense d'avances des frais, profiteurs » « surconsommation par rapport à un non bénéficiaire qui fait l'avance »</i>	
Consultation pour motif non justifié	4 réponses
<i>« Ils consultent tout le temps et pour des motifs non justifiés; Ils ont le temps de venir » « Trop de consultations pour rien. Parce qu'ils ont l'impression que les soins sont gratuits » « ils viennent aux urgences pour un rien » « Soins réputés inutiles »</i>	
Abus, Nomadisme médical	46 réponses
<i>« Abus (seul) » x3 « Abus de la CMUC par les patients? » « Car dispense d'avances des frais, mal éduqués, profiteurs » « Nomadisme médical »</i>	

Lors de l'étude qualitative par entretiens, nous n'avons pas posé spécifiquement de question concernant le mode de consommation mais nous avons essayé d'identifier globalement l'idée que les internes se font du mode de consommation de soins à travers leurs différents récits d'expériences. Pour les internes interviewés, il est manifeste que les patients pauvres ou bénéficiaires de la CMUC consultent plus fréquemment des médecins (urgences ou ambulatoire) :

Avis concernant la consommation de soins des patients « précaires »	Entretien n°
Consommation de soins plus importante non légitime	2, 7, 9, 10
Consommation de soins plus importante légitime	5, 4
Consommation de soins moins importante	6, 8
Pas de réponses	1, 3

¹¹⁴ Ce pourcentage est moins important que dans la question n°17 mais a peut être plus de « poids » car l'évocation d'une surconsommation se fait spontanément dans une question d'association d'idées sur la CMUC alors que la question 17 demande aux internes s'ils sont d'accord avec cette notion. L'analyse de cette problématique sous ces deux angles nous a semblé intéressante et nous a permis d'évaluer le niveau « d'autocensure » des internes sur cette problématique assez sensible.

¹¹⁵ Dans cette question de type association libre on note que les représentations négatives n'émergent pas souvent en premier. Cela se confirme avec le mot surconsommation qui est plus souvent cité en dernière place (cité deux fois en première place, quatre fois en deuxième et huit fois en troisième).

¹¹⁶ Question n°15 : En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociale), les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

¹¹⁷ Sur 185 réponses à la question n°15.

Une majorité des internes s'exprimant sur le sujet ont l'idée que cette consommation est souvent injustifiée et donc pas légitime. Seuls Vanessa et Aurélien expliquent cette surconsommation par un plus mauvais état de santé.

Consultations plus fréquentes injustifiées médicalement
N°2 « <i>Ils ont la consultation qui est quand même plus facile.</i> »
N°7 « <i>Les gens pour qui de temps en temps je me dis « ben dis donc ça fait 3 fois que je la vois en 2 mois ! », en général ils sont en tiers payant... quand c'est pour des choses pas graves. (...) Et donc des gens <u>qui venaient consulter aux urgences pour rien du tout et qui venaient trois fois par semaine et qui avaient la CMUC.</u></i> »
Consultations plus fréquentes non perçues comme injustifiées
N°5 « <i>je suis pas sûre que ce soit dû au fait qu'ils aillent plus voir le médecin pour des conneries, je pense qu'à partir du moment où t'es dans une plus grande précarité, que tu y vas plus tard et que tes pathologies sont plus avancées, t'as besoin de plus de traitements pour la prendre en charge et que du coup ça coûte plus cher sans pour autant que tu y ailles plus souvent.</i> »
N°4 « <i>Non, c'est un problème socio-économique, les gens qui ont des revenus plus bas ou une précarité sociale, quelque part ont plus de maladie</i> »
Consommation de soins moins importante
N°8 « <i>Mais <u>comme ils se soignent moins tu les vois moins</u></i> »

Les quelques études réalisées sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMUC, dont notamment, l'étude de Raynaud en 2003(165) montrent que si les bénéficiaires de la CMUC ont, en 2000, des dépenses de santé plus élevées que les autres bénéficiaires de l'Assurance Maladie¹¹⁸, cette différence s'explique par leur moins bon état de santé, et par un « effet de rattrapage¹¹⁹ » de l'accès à la CMUC. Mais, « à état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent comparables à celles des autres assurés complémentaires¹²⁰ ». Ainsi les notions de surconsommation et de consommation de soins injustifiées sont très souvent évoquées dans les questionnaires comme dans les entretiens mais n'ont pas été prouvées par les études. Ces représentations erronées nous posent question et pourraient selon nous participer à une mauvaise appréhension des patients en situation de précarité dans l'exercice professionnel de ces futurs médecins généralistes. Cette notion de consultations injustifiées interroge également la représentation que les internes se font de leur rôle de soignant, que nous développerons dans la partie IV.

Hormis la réalité objectivée par les études économiques il est intéressant de se pencher sur la représentation sociale du médicament, devenu un bien de consommation courante. S. Chauveau¹²¹, historienne, a étudié « la figure du consommateur » dans le système de soins. Selon elle, « dans le domaine de la santé, être un consommateur, c'est être un individu qui abuse d'une offre de soins, qui recherche le superflu (confort, bien-être) et se montre même irresponsable en ne prenant pas soin de lui car le système de soins s'en charge. (...) La figure de consommateur apparaît parfois lorsque la cohérence d'un comportement échappe à l'analyse, elle

¹¹⁸ « des dépenses de soins supérieures de 13% à celles des personnes non couvertes malgré une structure d'âge plus jeune. À âge et sexe équivalents, cet écart atteint 30 % »

¹¹⁹ Cet argument repose sur plusieurs éléments : une forte consommation médicale des nouveaux bénéficiaires supérieure à celle du reste de la population couverte par le régime général, un moindre taux de renoncement aux soins lors de l'accès à la CMUC, et l'évolution vers une diminution de l'écart de consommation médicale entre bénéficiaires de la CMU et autres patients du régime général.

¹²⁰ « étant supérieures d'environ 14 % pour les dépenses ambulatoires mais pas significativement différentes pour les dépenses hospitalières »

¹²¹ Maître de conférences d'histoire contemporaine à l'université Lyon II.

crystallise aussi les inquiétudes provoquées par les effets inattendus de l'offre thérapeutique ». Ces éléments permettent de mieux comprendre la manière dont les internes ont appréhendé ces comportements.

D'autre part, cette surconsommation, lorsqu'elle existe, ne se fait-elle pas avec l'aval du médecin puisque c'est lui le prescripteur ? Dans sa thèse sur les représentations des bénéficiaires de la CMUC, L. Petitcollot dénonce cette idée en ces termes : « *si ces pratiques de surconsommation existent c'est parce que des médecins l'acceptent. Jusqu'à preuve du contraire, ce n'est pas le patient qui rédige son ordonnance de médicaments, se prescrit un scanner ou passe sa carte vitale* » (98).

02. Les fraudes

Après avoir exploré la notion d'abus¹²², les entretiens ont fait émerger des comportements perçus comme frauduleux¹²³ par certains internes. Nous pouvons relier ces affirmations aux réponses de la question n°17 où 25,6 % des internes sont d'accord avec le fait que les bénéficiaires de la CMUC font plus de fraudes que les autres assurés du régime général. Dans cette question il s'agit d'évaluer un climat moral, favorable, sinon bienveillant, qui ne semble pas garanti si l'on en juge par la forte proportion de réponses positives à cet item.

Remarquons que 16,8% des internes se sont abstenus de donner leur avis sur cet item ce qui correspond au plus gros taux d'abstention pour les questions fermées du questionnaire. Dans les entretiens deux internes, Julien et Nadine évoquent la notion d'abus tandis que Pauline a un avis plus nuancé. Dans l'enquête de C. Desprès, les figures du tricheur étaient immanquablement évoquées au cours des entretiens, nuancés en fonction des praticiens, selon qu'ils acceptent ou non de recevoir les bénéficiaires de la CMUC (104).

N°10 « *Après je pense qu'il y a des abus, y a des gens qui ont la CMUC parce qu'ils ont un revenu déclaré qui font que, et tu le vois ils roulent en Mercedes parce qu'à côté ils travaillent au black et qu'ils se font plus d'argent que ce que moi je me ferais jamais (...) y'avais des gens CMUC mais ils sont comme toi et moi les gens CMUC la bas, c'est simplement qu'ils déclarent pas leurs revenus (...)! Y'en a qui sont même plus riches que toi et plus riches que moi mais c'est toujours pareil, (...) ils ont tous une maison avec un jardin ou une maison de village donc ils vivent pas dans la rue quoi* »

Julien illustre ce que C. Desprès, a retrouvé dans son enquête auprès des médecins : si les bénéficiaires de la CMUC ne portent pas de stigmates de la pauvreté, les médecins sont amenés à penser qu'ils mentent sur leur situation afin d'obtenir des droits et quelques cas de tricherie avérés confortent ces représentations.

En 2010 selon le Fonds CMU, le nombre de cas de fraudes détectés au Régime général est de 588 pour la CMUC complémentaire, sur 4 326 579 bénéficiaires soit 0,033 % des effectifs de la CMUC affiliés CPAM (8). Le montant du préjudice subi est de 567 913 € pour la CMUC. Ce montant paraît dérisoire si nous le comparons au 460 millions d'euros de fraude à la Sécurité sociale en 2010 (166), ou aux 800 millions d'euros de fraudes aux aides sociales ainsi qu'aux 27 milliards d'euros de fraude fiscale. En 2008, les conséquences financières de la fraude à la CMU (base et complémentaire) ont représenté moins de 1,5 % (729 714 €) du montant total du préjudice subi par l'assurance maladie.(167)

Selon le CNLE dans son dernier rapport, l'économie réalisée par le non-recours aux droits est bien supérieure au coût de la fraude des allocataires (168). Mais ce dernier déplore que les études sur le sujet ne soient pas nombreuses car « *il faudrait pouvoir répondre avec des chiffres réels aux détracteurs des prestations sociales* ». En effet non seulement le gain que représente les politiques de prévention et les actions de

¹²² L'abus, selon la sécurité sociale, « *est un usage avec excès d'un bien, d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incomptence, complaisance ou négligence* ».

¹²³ La fraude « *stricto sensu, est une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui* ».

sensibilisation est considérable, mais il est à mettre aussi en regard avec la très faible proportion de fraude réalisée par les allocataires de prestations sociales ». Le fait d'objectiver cette réalité par des chiffres pourrait permettre, selon de CNLE, de passer d'une « société de défiance » à « une société de confiance ».

Nous pourrions adapter cette recommandation du CNLE à l'échelle microsociale, dans la relation médecin-patient : de la défiance à la confiance afin d'engager une relation de soins plus équilibrée.

Pour certains internes l'abus viendrait aussi des médecins

Il est intéressant de voir que certains internes retournent la responsabilité de la surconsommation de soins, voir des abus, aux médecins. Ils l'expliquent comme l'un des effets pervers de la CMUC.

N°1 *« Je pense que c'est bien... mais que c'est un peu pervers car les médecins ont l'impression de s'y retrouver car il se payent eux mêmes comme ils le sentent. (...) Ils se disent : « J'ai fait 30 demandes ALD, ça je me fais payer 10 consultations sans le dire au gens. » Donc je fais 3 fois le tiers payant. Ils sont contents parce qu'ils sont payés. Ils essayent d'estimer le temps qu'ils y passaient et je pense qu'ils font ça assez honnêtement. J'ai l'impression que c'est quand même un peu fraudé. »*

Les propos de Julien délégitiment également les soignants qui s'occupent des patients bénéficiaires de la CMUC.

N°10 *« Et puis c'est pratique la carte vitale, le mec il a rien, tu lui dis bonjour, tu prends la carte vitale, allez si ils sont 10 sur la carte vitale, tu fais passer les 10 tu as fait 10 consultations en une, c'est connu ça aussi mais ils se sont fait choper quand même parce qu'ils commencent à regarder la sécurité sociale mais c'était connu y'avait des médecins ils se faisait des salaires comme ça, y'avait des CMUC dans le 15ième, c'était impressionnant. (...) Et puis tu en as un gentil qui prend tout les cas sociaux de Marseille ! Allez ! Mais lui c'est le professionnel de la carte vitale. »*

D'autres internes développent cette idée en répondant à la question n°26¹²⁴ du questionnaire qui était ouverte :

Réponses brutes à la question n°26 :

« En revanche, si un patient CMUC venait et qu'il demandait du Doliprane pour sa sœur, il était facile de faire passer la carte vitale pour le patient et la sœur ! Les abus existent aussi du côté des médecins !! »
« Beaucoup de ces patients sont bénéficiaires de la CMUC. Faisaient payer même pour des "brouilles" (plus facile de demander la carte vitale que de demander un chèque pour une ordonnance...) »

L'étude du CREDES n'a pas observé cet « effet d'aubaine » que peut représenter, pour les médecins, une population dispensée de toute participation financière, car pouvant les inciter à « pousser à la consommation ». Comparant l'impact de la CMUC dans les régions à forte densité de médecins (Paris et PACA) et dans les autres régions, nous pourrions en effet nous attendre, si de tels comportements existent, à ce qu'ils soient plus fréquents dans les zones fortement médicalisées où la pression de la concurrence est plus vive. Les résultats trouvés semblent aller à l'encontre de cette hypothèse, que ce soit pour le taux de recours ou pour la dépense (169).

Comme le rappelle Jean Peneff (170) dans son livre « La France malade de ses médecins », la visite médicale pour la réalisation d'un certificat de non contre indication à la pratique d'un sport, n'est normalement pas remboursée par la sécurité sociale. Or la majorité des médecins, le font passer sous le « risque maladie ». Ceci constitue un avantage pour les membres des classes sociales favorisées étant donné qu'elles sont plus nombreuses à pratiquer un sport : dans les familles où aucun parent n'est diplômé, 52 % d'entre eux font du

¹²⁴ Question n° 26 : Expliquez pourquoi vous avez eu la sensation qu'il/elle avait une telle attitude vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC?

sport, contre 83 % quand un parent est diplômé du supérieur (171). Il y a dans ce cas là un abus voir une fraude de la part du médecin bénéficiant majoritairement aux classes sociales aisées. Dans le contexte de paiement à l'acte, cet avantage paraît moins déranger certains médecins que lorsque les bénéfices d'une pratique médicale sont attribués aux classes sociales moins favorisées.

Conclusion

Une partie des internes (5) dénonce une surconsommation de soins non légitime de la part des bénéficiaires de la CMUC. Cette surconsommation est démentie par les chiffres, puisque à état de santé égal les bénéficiaires de la CMUC ont la même consommation. Cette impression de surconsommation peut être en partie le reflet des inégalités sociales de santé. N'ayant pas cette grille de lecture les internes ne le perçoivent pas comme tel, et dénoncent des consultations qu'ils jugent illégitimes.

c. Des tentatives d'explication de cette consommation perçue comme injustifiée

Même si certains internes sont partiellement conscients que les personnes défavorisées ont un moins bon état de santé, (cf. page 91) ils continuent à penser que les patients précaires ont tendance à consulter de manière injustifiée et donc à « surconsommer » les soins. Pendant les entretiens, nous avons questionné les internes pour comprendre les causes de ces perceptions.

Explications données par les internes concernant la surconsommation de soins	Entretien n°
La consultation comme un « refuge »	2, 4, 1, 6, 7
Notion de responsabilisation	7, 10
Différence culturelle	6, 4

01. La consultation comme lieu refuge pour patient en détresse

Face à ces motifs de consultations injustifiées certains internes se sont fait des explications. Ils identifient les consultations de MG ou les urgences comme un premier recours (pas seulement en matière de soins), pour des populations en détresse. Les consultations sont ainsi identifiées comme un lieu de « refuge », ou le médecin peut être un des acteurs du « sauvetage ». Cette vision évoque une pratique « charitable » de la médecine, éloignée d'une perception de justice sociale, qui voudrait que ce soit des personnes autonomes qui viennent chercher une réponse à une question. Aurélien et Laura voient la consultation comme une démarche de protection.

N°2 « S'ils ont la consultation plus facile parce qu'il y a des difficultés de compréhension ... souvent ils ont personne autour d'eux qui peut répondre à leurs questions, moins d'accès internet, moins d'informations... je pense que y'a ça aussi. »

N°4 « Non, c'est un problème socio-économique, les gens qui ont des revenus plus bas ou une précarité sociale, ils se croient plus malades et plus fragiles et donc ils essaient de se protéger en quelque sorte et consultent plus souvent aux urgences (...) Y'a beaucoup plus de plaintes modérées ou pas graves du tout de la part des gens pour les niveaux sociaux plus bas. (...) en fin de compte, ils sont un peu perdus comme ils n'ont pas de repères, (...) ils viennent nous voir parce qu'ils sont un peu perdus. »

Audrey, sans considérer ces consultations comme des abus, évoque des consultations sans réelle « utilité médicale » pour une « réassurance des patients » :

N°1 « un peu un besoin de suivi, (...), peut être parfois ils viennent un peu pour rien, mais je ne pense pas parce que c'est un dû, c'est aussi un besoin de faire un peu gaffe à eux. Enfin en tout cas, je ne prends pas forcément ça comme un abus. Je pense que ça les rassure. Ca m'énerve pas. »

Sarah imagine que le médecin généraliste va « sortir » ses patients de la précarité.

N°6 « comme si le fait de voir un médecin ça les sortait de la précarité. »

En effet les internes semblent avoir observé que dans nos sociétés modernes, comme dit R. Wilkinson « les difficultés psychosociales représentent le principal motif de consultation médicale » (120).

02. Des patients ont plus de temps pour venir consulter

D'autres internes pensent que les personnes bénéficiaires de la CMUC consultent plus car ils ne travaillent pas et ont donc le temps de venir au cabinet. Nous avons retrouvé cette notion dans l'analyse de la question n°15.

Tableau 31 - Extrait des réponses brutes à la question n°15

Temps	3 réponses
« Ils ont le temps de venir »	
« Plus de temps »	
« Ne travaillent pas donc s'écourent et consultent »	

Une grande disponibilité explique ainsi pour certains internes une consommation de soins injustifiée. Cette vision assez négative réduit la démarche de soins des patients en situation de précarité à une activité « occupationnelle ».

03. Des patients irresponsables vis-à-vis du coût des soins

De nombreux internes évoquent « l'irresponsabilité des personnes bénéficiant de la CMUC vis-à-vis du coût des soins », comme générateur de ce qu'ils pensent être de la « surconsommation ». Cette notion de « responsabilisation » est retrouvée dans les réponses des internes aux questions n°15¹²⁵ et n°21, ainsi que dans les entretiens. Cela est aussi retrouvé chez les professionnels de santé libéraux interrogés par C. Desprès dans son enquête (104).

Tableau 32 - Extrait des réponses brutes à la question n° 15

Une population moins responsable :	16 réponses
« Ils n'ont aucune idée du coût. »	
« Par l'absence totale d'avance de frais donc pas de responsabilisation du patient »	
« Non sensibilisé aux dépenses de soins/santé »	
« Ne pas avoir conscience du prix engagé par les soins »	
« moins sensibles aux dépenses de santé »	
« L'accès aux soins sans avance de frais les met hors de la réalité du coût de la santé »	
« Consommation de soins moins réfléchie »	
« Quand on paie rien on réfléchit moins »	

¹²⁵ Question n°15 : En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociale), les bénéficiaires de la CMUC-C avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

Les réponses des internes à la question n°21 portant sur les effets du tiers payant évoquent aussi cette idée de déresponsabilisation du patient qui est partagée par ¼ des internes. Dans les entretiens une interne met également en avant cet argument et se rend compte que deux logiques s'affrontent : celle du soignant, qui raisonne en termes de rationalité médicale et économique et celle de la personne en demande de soins ayant peu de ressources, avec sa propre expérience de vie, son propre savoir, ses angoisses...

N°7 « **Mais pourquoi ils viennent à ton avis?** « *Parce que je pense qu'ils ont aucune notion de combien ça coûte et que si on leur disait « ben vous êtes soignés pareil chez le généraliste mais ça coûte 3 fois, 4 fois 10 fois moins cher à la société, peut être qu'ils iraient chez le généraliste ... ou peut être qu'ils sont dans un tel état de détresse qu'ils en ont rien à foutre de savoir combien ça coûte à la société et qu'ils font juste ce qu'ils peuvent quand ils ont mal, ils vont à l'endroit ou y'a écrit urgences et qu'ils ont aucune notion du système et de toute façon c'est gratuit, enfin c'est gratuit pour eux ... ou alors, ... ouais je pense que y'en a qui sont dans un tel état de rage contre la société qu'ils doivent se dire « certes on a la CMUC, mais avec 650 euros on peut pas non plus vivre pour autant et donc s'ils coûtent plus cher à la société peut être que c'est le cadet de leur souci. »*

En effet il est prouvé que les personnes jeunes, en bonne santé et à niveau d'éducation supérieur à la moyenne sont plus sensibles aux arguments d'amélioration de la prise en charge et d'économies pour le système de santé que les « CMUCistes » (six sur dix sont dans ce cas) ainsi que les personnes plus âgées et en moins bonne santé. Ceci est révélé à travers une enquête étudiant les motifs de déclaration du médecin traitant (172). Les bénéficiaires de la CMUC rapportent l'avoir fait le plus souvent par obligation, alors que les premiers l'ont fait dans une logique de rationalité médicale et économique. Nadine fait en effet partie de ce dernier groupe qui est plus sensible à des considérations économiques que les patients touchés par d'autres problèmes de santé ou sociaux.

Selon Bec et Procacci, cette peur de la surconsommation des assurés n'est pas nouvelle. Elle était déjà présente lors de la création de l'Assurance maladie et fut à l'origine de l'institution du ticket modérateur. La notion de responsabilité a évolué depuis cette époque. La notion existait depuis le 18^e siècle mais le paupérisme du 19^e siècle a amené à repenser la notion de responsabilité, notamment concernant les pauvres. Ils n'étaient plus jugés alors comme responsables de leur sort et de leur condition. Celle-ci apparaissait soumise à des déterminismes sociaux. Depuis les dernières décennies, alors que la crise de l'emploi s'aggrave et le chômage devient structurel, on observe un retour de la question de la responsabilité. Les politiques actuelles cherchent à remobiliser la responsabilité citoyenne en mettant en place des mesures d'activation. Les discours des médecins à cet égard s'inscrivent dans ces évolutions qui parcourent la société. Peut-être chez certains révèlent-ils une méfiance irréductible à l'égard du social. Malgré les évolutions de la société depuis la fin du 19^e siècle, l'idée n'a jamais disparu dans l'esprit de certains acteurs sociaux que celui qui reçoit une allocation ne déploie pas tous les efforts nécessaires pour "se sortir" de sa situation. Elle révèle ce que les auteurs appellent une culture du soupçon (173).

Ainsi, la notion d'irresponsabilité des patients précaires émergeant dans le discours des internes fait écho à l'image qu'ils ont de patients « sans éducation » développée plus haut. Elle participe à une posture de « supériorité » du soignant qui, à nos yeux, ne peut favoriser la confiance mutuelle à établir dans la relation médecin-patient pour une meilleure prise en charge.

Ils consomment sans payer

Certains internes, comme Julien considèrent que les personnes pauvres cotisent moins et donc contribuent moins au système de sécurité sociale. Dès lors leurs consommations de soins, leur paraît moins légitime.

N°10 « **ils travaillent pas forcément (...)** tu te retrouve avec des gens et tu paye pour eux, après je trouve qu'on en paye assez quoi ! »

Pourtant, comme le rappelle J. Peneff, nous devrions voir les choses autrement et considérer l'ensemble du parcours de vie de ces personnes : à état de santé égal, la consommation de soins des ouvriers est équivalente à celle de la population générale. Par contre leur espérance de vie étant notablement raccourcie, leur consommation de soins au 3^e ou 4^e âge ou d'indemnité de retraite est plus faible que la population générale.

04. Une surconsommation de soins, expliquée par une différence de cultures

Pour expliquer des consultations plus fréquentes et qu'ils considèrent parfois comme injustifiées, certains internes mettent en avant une différence culturelle.

N°6 « Est ce que t'as l'impression que les patients précaires consultent plus aux urgences que d'autres ? (...) Après je pense qu'il y a une notion de la définition d'urgence, mais là après c'est pas précaire ou pas précaire. C'est plus culturel et secondairement personnel que précaire ou pas précaire. »

Dans les entretiens, certaines réponses de type culturaliste ont émergé surtout lors de l'évocation des a priori sur les patients CMUC n'honorant pas les rendez vous ou arrivant en retard.

N°4 « Y'a des gens qui donnent beaucoup plus d'importance au fait de penser à annuler un rendez vous et d'autres qui disent « bah c'est pas grave de toute façon j'y vais pas, il va annuler tout seul le RDV ». Donc ça peut être culturel. »

Au contraire d'Aurélien, certains internes, comme Vanessa, ne voient pas de causes culturelles à ces problématiques.

N°5 « Moi ça m'est pas trop arrivé personnellement mais oui, j'en ai entendu parler. (...) On peut même pas dire que ça soit culturel, car c'est des patients qui sont d'horizons tous très différents, je sais pas si c'est du au fait d'être dans la précarité que du coup... je sais pas la santé ça passe après plein d'autres soucis, et ils oublient parce qu'ils ont pleins d'autres problèmes. »

Selon D. Fassin, cette lecture culturaliste des faits, qu'elle soit fondée sur des études ou sur de simples stéréotypes « évite aux professionnels de santé et aux institutions, de se poser des questions plus dérangeantes sur les conditions dans lesquelles vivent les personnes immigrées et dans lesquelles ils sont pris en charge par le système de santé ». Selon lui, cette lecture réductrice de la culture doit être rejetée pour la violence symbolique qu'elle produit dans quatre registres : « elle dénie aux autres le partage d'un monde commun » (...), « elle récuse la pluralité des autres en les enfermant dans une unité factice » (...), elle méconnaît la rationalité des autres en focalisant l'attention sur des croyances surnaturelles » (...), et enfin, elle néglige le contexte social dans lequel vivent les personnes et, en mettant en avant des explications culturelles, occulte des problèmes bien plus importants (papiers, avenir, emploi, ressources, logement) » .

Ce médecin et anthropologue invite les soignants à un déplacement dans leur pratique : « Il ne s'agit donc pas de penser la culture comme un obstacle à la prévention ou au traitement, mais de la mettre en regard de la culture de ceux qui tendent souvent à oublier qu'eux aussi en ont une : les soignants, les intervenants, les travailleurs sociaux, les responsables sanitaires. » (12).

Conclusion

Les patients en situation de précarité sont souvent accusés de consommation illégitime de soins et de fraude. Même si aucune étude n'a confirmé sérieusement ces accusations, elles sont partagées par une partie des internes que nous avons interrogés dans nos deux études. Les entretiens nous ont permis d'approfondir ces représentations et de comprendre la manière dont les internes perçoivent ces consultations injustifiées: par une différence culturelle, un besoin de refuge, un manque d'éducation ou de responsabilisation et une plus grande disponibilité. Nous pourrions émettre une autre hypothèse : les personnes pauvres seraient les premières

victimes des excès d'une pratique consumériste de la santé. Ces personnes bénéficiant d'un plus faible pouvoir d'achat et (en théorie) d'une moindre contribution à l'équilibre des comptes sociaux, seraient perçues comme moins légitimes bien que, comme nous l'avons vu, à état de santé égal elle ne consomment pas plus¹²⁶. En effet selon S. Chauveau l'utilisation de la figure du consommateur sert également « à faire valoir une représentation de la santé et un fonctionnement idéal du système de santé, elle ne sert pas seulement à décrire des comportements, elle relève d'un discours politique sur la santé » (162).

d. Perception du comportement des patients précaires dans leur relation avec les soignants

Nos enquêtes ont fait émerger des représentations négatives partagées par certains internes sur les comportements des bénéficiaires de la CMUC. Ces perceptions sont subjectives, et n'ont jamais été objectivées ou infirmées par des études. Dans une seconde partie nous évoquerons des pistes de réflexion sur l'origine de ces représentations.

Dans notre questionnaire 3 questions permettaient de faire émerger ces représentations négatives : la question n°10, une question d'association libre de 3 mots, la question n°15, qui était une question ouverte et la question n°17, une question fermée. Ces représentations sont partagées par 3 des 10 internes interviewés, ce qui est proche de la proportion de représentation négative moyenne retrouvée dans notre panel pour la question n°17 : 40%.

Comportement des patients précaires perçus par les internes	Entretien n°
Comportement agressif	7, 10
Comportement revendicateur	9, 10
Thème non abordé	1, 2, 3, 4, 5,6

01. Des comportements agressifs

Dans la question n°17, 22 % des internes sont d'accord avec le fait que les bénéficiaires de la CMUC ont des comportements irrespectueux pendant la consultation. Les entretiens explicitent cette notion de « comportement irrespectueux » puisque trois internes (n°4, 7 et 10) ressentent plus d'agressivité chez les patients en situation de précarité.

N°10 « *c'est vraiment une population qui est très agressive (...) y'a tous les clochards après y'en a pas mal qui font plus ou moins le bordel. »*
 N°7 « *c'est vrai que les gens précaires ils ont une souffrance psychologique, qui fait que peut être selon les profils ils peuvent être plus agressifs»*

Un autre interne relie la précarité à la délinquance :

N°4 « *Mais la plus grande cause pour moi (de criminalité) c'est la précarité, le reste est vraiment minoritaire, marginal.* »

Dans la thèse du I. Laurent (enquête qualitative par focus group), les médecins quotidiennement confrontés à ces patients n'expriment pas le sentiment d'agressivité et d'incompréhensions, révélées par leurs

¹²⁶ L'*inverse care law* est la disponibilité de soins médicaux de bonne qualité qui tend à varier de manière inversement proportionnelle aux besoins de la population concernée (89).

collègues moins confrontés à la précarité. Les comportements sont perçus différemment par les médecins habitués qui les rattachent à des déterminants socio-culturels identifiés. Ce constat vient confirmer l'hypothèse selon laquelle une meilleure connaissance du public facilite la relation médecin patient (74).

02. Des comportements revendicateurs

L'analyse des réponses à la question n°17 nous révèle également que 43,6 % des internes sont d'accord avec le fait que les bénéficiaires de la CMUC ont des « exigences particulières de traitement ou d'exams ». ¹²⁷ Une réponse à la question n°15 est assez évocatrice de cette sensation « d'exigence particulière » : « *le médecin doit leur prescrire ce qu'ils veulent* ». Trois internes dénoncent dans les entretiens le côté revendicateur de ces patients.

N°9 « *souvent plus impatient, plus demandeurs. (...) ils ont l'habitude de venir et c'est « ah, la dernière fois c'était plus rapide » .. un peu plus exigeants, il faut que ça soit rapide alors qu'au final ils travaillent pas quoi.*

N°10 « *Je pourrais être précaire, mais je serais pas emmerdeur comme eux, comme certains. (...) « C'est des gens complètement demandeurs, tout le temps ».*

S. Paugam (174) dans sa thèse de sociologie intitulée « *La disqualification sociale* », classe les habitants d'une cité en 3 catégories : les *fragiles*, les *assistés*, ou les *marginiaux*. Parmi les assistés, il identifie 3 catégories, *l'assistance différée*, *l'assistance installée* et « *l'assistance revendiquée* ». Les personnes de cette dernière catégorie sont au stade ultime de l'assistance, celui auquel l'identification au statut d'assisté est la plus forte. Or, les *assistés revendiqués* ont un rapport conflictuel avec l'institution par le biais des travailleurs sociaux dès lors qu'ils souhaitent s'affranchir de leur rôle social d'assisté dans laquelle on les contraint (reconnaissance de leur infériorité sociale, contrôle de sa vie privée par un travailleur social, nécessité de montrer une motivation pour la réinsertion...). Ces personnes peuvent devenir alors revendicatrices car leur survie dépend entièrement des prestations sociales.

Les internes semblent avoir identifié une catégorie de « personnes revendicatrices ». Nous pouvons faire le parallèle avec la théorie de Paugam, qui identifie une catégorie « d'assistance revendiquée » parmi les sept ¹²⁸ présentées dans son étude. Ainsi, tout comme les bénéficiaires des prestations sociales dépendent de ces dernières pour survivre, les bénéficiaires de la CMUC dépendent de ce dispositif pour se soigner. Nous pouvons alors trouver une explication au rapport conflictuel qu'ils entretiennent parfois avec les professionnels de santé. Peut-être dans les deux cas, ce comportement revendicateur permet-il de recouvrer une identité de sujet actif et pas seulement de bénéficiaire passif d'une prestation perçue par ailleurs par certains comme illégitime ou exorbitante ?

03. Des représentations sociales discriminantes largement partagées par le corps médical

Les représentations individuelles des internes peuvent être abordées sous l'angle des représentations collectives appartenant à leur groupe social. Ce discours rend compte d'une représentation sociale fortement partagée par l'ensemble du corps médical sur les bénéficiaires de la CMUC.

N°1 « *Je connais des internes qui ont des avis pas extrêmes mais qui disent un peu en rigolant « ouais, ils nous emmerdent ».*

N°5 « *mais en moyenne, les patients CMUC ont une mauvaise réputation. (...) Et t'as entendu quoi ? Ben justement qu'ils ne viennent pas, qu'ils sont chiant, qu'ils comprennent rien. Et ça tu l'as entendu beaucoup chez des internes ? Oui, oui, Ou plus chez des médecins dans les couloirs à l'hôpital ? Les deux, "oh c'est encore un CMUC", c'est quand même très stigmatisé ».*

¹²⁷ Dans la question n°10, le mot « exigeant » est cité par 4 internes.

¹²⁸ Les sept catégories sont : la fragilité intériorisée, la fragilité négociée, l'assisté différé, l'assisté installé, l'assisté revendiqué les marginaux conjurés, les marginaux organisés.

Comme nous le rapporte les internes, contrairement à la posture que l'on pourrait attendre des soignants, le corps médical tient fréquemment un discours stigmatisant, non bienveillant vis-à-vis de ces patients. Fait inquiétant, ces représentations négatives ont été légitimées par les institutions. Suite à la possibilité donnée aux patients bénéficiaires de la CMUC de porter plainte auprès de la CPAM contre les médecins refusant des bénéficiaires de la CMUC, la sécurité sociale a publié en juin 2008 dans sa « lettre aux médecins n° 29 », la circulaire 33/2008 indiquant que « *l'Assurance Maladie autorise les médecins à porter plaintes et réclamations contre les bénéficiaires de la CMUC dont certains comportements seraient considérés comme abusifs* ». Parmi lesquels :

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

La circulaire donne également un exemple de griefs exclus : « train de vie incompatible avec les conditions de ressources applicables pour bénéficier de la CMUC ».

Un collectif de soignants le CoMeGAS¹²⁹ après avoir rappelé qu'aucune étude n'apporte la preuve que ces comportements "abusifs" seraient plus fréquents chez les bénéficiaires de la CMUC que chez les autres assurés sociaux, dénonce le caractère discriminatoire de ces mesures, voire illégal pour celles concernant l'observance des traitements. Ils ont décidé de porter plainte devant la HALDE¹³⁰ pour que le caractère discriminatoire de ces mesures prises par l'Assurance Maladie soit reconnu et qu'elles soient annulées. Le CoMeGAS souligne 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, dues à des a priori envers les plus fragiles de notre société* ». Cela confirme le constat d'une 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". (175) Il n'y a pas eu à ce jour de réponses de la part de la HALDE, et pour 2009, 251 saisines d'assurés et 30 réclamations de professionnels de santé, ont été recensées, sur une population de 4,2 millions de bénéficiaires de la CMUC-c.(176)

Le CoMeGAS juge prioritaire la formation à la prise en charge des populations précarisées qui devrait s'inscrire dans les programmes universitaires des futurs médecins, et dans les thèmes de formation médicale conventionnelle des médecins financés par l'Assurance Maladie¹³¹.

C. 3) La CMUC, une légitimité discutée

Dans son étude C. Desprès propose un lien de causalité direct entre le problème du refus de soins et la légitimité et l'efficacité qu'accordent les praticiens au dispositif de la CMUC. Certains praticiens interrogés dans son enquête pensent que « la loi n'a pas visé les « *bonnes personnes* » et remettent en question la logique de la gratuité des soins. Nous assistons alors à un processus de délégitimation. D'après E. Carde cela correspond à « *une caractérisation de la différence d'origine susceptible de justifier des traitements discriminatoires* ». (62) Dans ces représentations, l'usager délégitimé, c'est-à-dire caractérisé par un défaut de légitimité, est le bénéficiaire de la CMUC. Il est volontiers présenté comme un « assisté » dont les soins « coûtent cher aux cotisants », ceux qui relèvent de l'Assurance maladie. Dans ce contexte, nous avons souhaité évaluer la légitimité que les internes accordent à la CMUC et à ses bénéficiaires en abordant le sujet à travers deux angles différents : leurs perceptions des bénéficiaires (pauvres ou pas ; assurés ou assisté ?) et leur avis sur la prise en charge à 100%.

¹²⁹ Le Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins, CoMeGAS, créé en 2003, regroupe des médecins soucieux de l'accès aux soins de leurs patients, particulièrement des plus démunis.

¹³⁰ Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité

¹³¹ Cela ne figure pas dans les objectifs de DFC 2012 (177).

a. Les personnes bénéficiant de la CMUC sont elles considérées comme pauvres ?

Actuellement, le seuil de pauvreté (950€/mois) se situe au-dessus du seuil CMUC (650€). Par conséquent une partie des personnes ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté ne peuvent bénéficier de la CMUC (personne seule ayant un revenu entre 650€ et 950€). Nous souhaitons, en croisant les réponses aux questions n°13¹³² et 14¹³³, évaluer le nombre d'internes plaçant, à tort, le seuil CMUC au-dessus du seuil de pauvreté. Ces internes considèrent donc une partie des bénéficiaires de la CMUC comme « non pauvre ». 32,3%¹³⁴ (n= 54) des internes ayant répondu aux deux questions¹³⁵ placent correctement le seuil CMUC au-dessous du seuil de pauvreté, comme cela est le cas dans la réalité et 42,5%¹³⁶ (n=71) des internes placent les 2 seuils au même niveau. En additionnant les deux derniers groupes, 75% des internes considèrent donc les bénéficiaires de la CMUC comme « pauvres », puisqu'ils placent le seuil de pauvreté au-dessus du seuil CMUC. Par contre, 25%¹³⁷ (n=42) des internes pensent que le seuil CMUC est au-dessus du seuil de pauvreté, c'est à dire qu'une partie des bénéficiaires de la CMUC ne sont pas considérés comme « pauvres ». Cette donnée fait écho à l'étude de C. Despres dont nous parlions plus haut qui explique que le fait de ne pas connaître les critères d'inclusion des personnes dans un dispositif peu contribuer à considérer ces personnes comme illégitimes. Pour notre exemple précis, le fait de penser, à tort, que certains bénéficiaires de la CMUC ont des revenus supérieurs au seuil de la CMUC peut contribuer à les délégitimer et à faire émerger des représentations négatives à leur sujet que nous développerons plus bas.

La question n°10, propose aux internes de citer 3 mots leur évoquant la CMUC. L'analyse des réponses nous a permis de nous faire une idée sur le lien qui existe entre CMUC et précarité pour les internes. Comme le montre le tableau ci dessous, un regroupement synthétique des résultats fait émerger trois grandes thématiques : la notion de pauvreté, est citée le plus souvent :

Tableau 33 - Réponse à la question n°10 : Les 3 concepts les plus cités¹³⁸

	Nombre de citations
Qualification de la pauvreté : « Précarité ; Difficulté sociale/financière/socio-éco ; Pauvreté ; Faible revenu/ niveau socio-éco ; Chômage, RSA »	252
Modalité de facturation : « Gratuité ; 100% »	77
Notion d'altruisme: « Solidarité ; Aide (sociale) ; Social »	52

Dans cette question d'évocation libre, le mot « précarité » est cité le plus fréquemment (par 38,4% des internes). Ce mot est en général cité en 1^{er}. Mais comme le dit Abric (102), il ne faut pas confondre l'ordre d'apparition du mot et son rang d'importance. L'auteur montre que « la rapidité d'association ne dit rien de la force du lien, mais donne des informations sur la consensualité ». Autrement dit, « les mots qui viennent en premier sont souvent ceux qui sont socialement les mieux partagés et qui font un consensus au sein du groupe d'appartenance ». ¹³⁹ Comme l'explique J.C. Abric, ce mot, *précarité* est donc socialement partagé par les étudiants en médecine. En effet il est assez neutre, consensuel au sein de la société française, souvent même

¹³² Question n°13 : Une personne seule est éligible à la CMUC si elle gagne (en revenu net) moins de :

¹³³ Question n°14 : A votre avis, quel est le seuil de pauvreté en France pour une personne seule ?

¹³⁴ Ce qui correspond à 21,6% de la totalité des internes.

¹³⁵ Nous n'avons pris en compte pour ces calculs que les internes ayant répondu aux deux questions, soit 167 internes sur 250. Les 83 internes ayant coché une ou deux fois la case "ne sais pas" à la Q13 ou Q14 ne sont pas comptabilisés.

¹³⁶ Ce qui correspond à 28,4% de la totalité des internes.

¹³⁷ Ce qui correspond à 17% de la totalité des internes.

¹³⁸ 250 internes ont cités 3 mots. 750 termes étaient donc à analyser.

¹³⁹ Pour rendre compte de l'importance des termes évoqués, l'auteur préconise de demander aux sujets d'ordonner eux même l'importance des mots qui les lie avec l'objet, ce que nous n'avons pas réalisé.

utilisé de façon abusive. Cependant il est intéressant de constater que l'approche de problématiques sociales au sein de la population est relative aux cultures concernées. Comme le souligne Mr Tudrej dans son mémoire en éthique médicale : « *Alors que le terme de précarité existe en anglais, «precariousness», il n'est que peu utilisé dans les pays anglo-saxons laissant place plutôt aux termes de «poverty» (pauvreté) ou même de «deprivation» (privation, perte). Cette divergence témoigne d'un phénomène d'acceptation de ces situations de fragilité sociale.* »(178) Ce n'est pas le cas du discours analysé dans notre étude puisque le terme de pauvreté pourtant souvent assimilé au terme de précarité est loin dernière en 4ème position, partagé par seulement 16% des internes. Ce terme est comme le suggère Mr Tudrej beaucoup moins « politiquement correct », et révèle peut être une réalité monétaire que les internes ne souhaitent pas voir. Dans un éditorial du Point (3-12-1990), JF. Revel soulignait que : « *chaque époque à ses mots passe-partout. La nôtre à l'exclusion. L'exclusion est partout et tout est exclusion (...)* Lorsqu'un terme veut tout dire, il ne veut plus rien dire, (...) l'émergence de l'exclusion dans le discours est désormais le signe sûr du zéro absolu de la pensée ». On peut se demander comme Mr Tudrej si effectivement « *près de 20 ans plus tard, le mot Précarité aurait-il pris le relais ?* » (178).

Les mots cités le plus fréquemment après le mot précarité sont « *difficulté (financière, ou sociale, ou socio-économique)* » et « *faible revenu ou niveau socio-économique* ». Ils sont cités à la même fréquence que le mot pauvreté. Nous pourrions dire qu'ils en sont des euphémismes, puisqu'ils évoquent la même notion que la pauvreté mais sans en avoir la violence de la signification. Ce déplacement sémantique permet une mise à distance voir une dépolitisation du concept de pauvreté. Paradoxalement dans les entretiens, les patients précaires ne sont pas associés aux bénéficiaires de la CMUC. Pour rechercher les représentations des internes, nous les avons d'abord fait raconter librement des expériences cliniques vécues en rapport avec la précarité. Les internes avaient un grand nombre d'anecdotes à raconter, ce qui témoigne d'ailleurs d'une confrontation fréquente avec des patients en situation de précarité. Puis nous avons posé une question plus directe sur les moyens utilisés et les critères leur permettant d' « identifier » un patient en situation de précarité. Les entretiens n'ont pas mis en évidence le lien CMUC / précarité identifié dans l'enquête par questionnaire, comme l'explique Nicole.

N°8 « *Non, alors pour moi CMUC, pour le coup NON. Ca veut pas forcément dire précaire. Je pense que CMUC signifie peut être niveau de vie. Mais tu peux avoir un niveau de vie bas et ne pas être précaire pour moi. C'est pas ça la précarité pour moi. (...) Non moi je pense pas que CMUC = précaire.* »

Seule Pauline pense que les bénéficiaires de la CMUC sont précaires, mais nous pouvons nuancer son propos par l'injonction de la question, et sa réponse peu assurée.

N°9 « *Tu penses que les gens qui ont la CMUC sont précaires ? Euh ... Oui oui ... silence* »

La définition de la « précarité » donnée par les internes lors des entretiens nous a semblé être d'une grande justesse si nous la comparons à la définition du père Wrésinski¹⁴⁰ qui fait référence :

N°7 « *Quand tu peux plus subvenir à tes besoins avec ton salaire, les besoins minimum qui sont le logement, la nourriture, l'habillement, la scolarisation, et les soins.* »

Pour Nicole la situation de précarité est, comme le dit le père Wresinski, avant la situation de grande pauvreté. Pour Marie, c'est une situation de danger, qui vient en écho au concept de sécurité employé par ce dernier.

¹⁴⁰Définition de la précarité : « *la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence. Lorsqu'elle devient persistante, elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible* ».

N°8 « Pour moi la précarité c'est y a quelque chose qui va pas. Alors que avoir la CMUC...la CMUC en gros c'est des conditions de ressource. Y a des gens ils vivent avec que dalle et ils sont pas précaires. (...) Précaire c'est quand t'es au bout du gouffre. (...) La précarité pour moi c'est avant que ça bascule. »
N°3 « Ah j'ai un autre mot qui me viens là, pour précaire, ... c'est « Danger », quelqu'un qui est en danger »
N°1 « essayer de survivre »

La pauvreté appartient uniquement au registre comptable sans prendre en compte les autres réalités comme les solidarités familiales, culturelles, ou amicales. Les internes semblent bien faire la distinction entre pauvreté et précarité. Pour eux la précarité est plus large que la situation de privation monétaire.

N°10 « Ouais c'est financier mais y'a plein de chose, y'a social aussi avec la précarité sociale, quand t'es isolé, parlant pas français.
N°7 « Je pense que c'est quand même principalement les problématiques d'argent quand même mais dans précarité y'a aussi souffrance psychologique, y'a des gens qui ont pas forcément de gros problèmes d'argent mais qui sont très seuls, qui sont très isolés.
N°4 « Alors précarité c'est économique mais également social, donc c'est hébergement, c'est pas que financier, c'est socio-économique. »

Conclusion

Même si le mot précarité est le premier mot qui leur vient à l'esprit à l'évocation de la CMUC, un quart des internes considère les bénéficiaires de la CMUC comme « non pauvres » puisque pensant qu'ils ont des revenus supérieurs au seuil de pauvreté. De la même manière l'ensemble des interviewés n'inclut pas les bénéficiaires de la CMUC dans leur définition de la précarité. Ceci peut s'expliquer par l'idée qu'ils se font de la précarité, idée souvent plus proche de la grande pauvreté.

Dans ce contexte les bénéficiaires de la CMUC pourraient ne pas être identifiés comme nécessitant une attention particulière d'un point de vue social (et médical) et les soignants pourraient les percevoir comme moins légitimes puisque non pauvres.

b. Les patients bénéficiaires de la CMUC sont-ils perçus comme assistés ou assurés ?

La question n°10¹⁴¹ analysée sous un autre angle nous permet de répondre à cette question. Nous avons identifié dans les réponses des internes deux notions différentes : celle d'assurance, en rapport avec la logique assurantielle du principe fondateur de la sécurité sociale, et celle d'assistance. Précisons d'abord quelques définitions :

Assistance : Héritière de la charité chrétienne et de la Révolution française de 1789, à travers ses principes d'égalité et de solidarité nationale, elle se définit comme le devoir de la société de porter secours aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Elle peut prendre la forme d'une aide monétaire, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation. En revanche, elle est soumise à des conditions de ressource et de besoin qui justifient l'examen au cas par cas de la situation du demandeur : de ce fait, elles ne constituent qu'un droit "subjectif" (179). Une connotation négative est attachée à ce terme : l'individu qui relève d'un statut inférieur est pris en charge ; assisté, sa situation dépend de la bonne volonté d'autrui ou de la charité publique ; il est déresponsabilisé et dévalorisé (180).

Assurance : L'assurance sociale est traditionnellement présentée comme un système de protection sociale reposant sur des mécanismes de transfert du type contribution / rétribution. Les travailleurs versent une cotisation qui est fonction de leur revenu, et s'ouvrent ainsi un droit "objectif" sur la société. Ce droit consiste à percevoir une prestation dont le montant est en rapport avec leur revenu, en cas d'interruption ou de privation

¹⁴¹ Question n°10 : Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiaire de la CMUC », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

d'emploi. La notion d'assurance s'est développée parallèlement à l'émergence du travail salarié : pour pallier les risques d'une perte de salaire consécutive à un accident, au chômage ou à la vieillesse. Les assurances sociales fonctionnent sur la base de la mutualisation des risques (179). La figure emblématique des assurances sociales est le salarié. L'individu se prend en charge lui-même ; il acquiert des droits grâce à son travail. L'assurance sociale s'appuie sur des mécanismes de solidarité mis en place entre des personnes à égalité de droit et de statut (180).

Tableau 34 - Extrait de réponses brutes à la question n°10¹⁴²

	Nombre de fois cité au total
Notion d'Assurance	28
Solidarité ¹⁴³	22
Egalité	2
Protection	4
Notion d'Assistance	39
Aide (sociale) / Social	30
Assistés	4
Compassion	2
Besoin (d'assistance)	3
Etat Providence ¹⁴⁴	1

Le caractère assistantiel de la CMUC est retenu par une majorité d'internes. C. Desprès retrouve la même idée dans son enquête : la CMUC est perçue comme une assistance par de nombreux agents sociaux incluant les professionnels de santé(104). Les raisons avancées sont son caractère soumis à condition de ressources et son financement mais surtout le « *brouillage des frontières entre Sécurité sociale, aide sociale et action sociale* » selon M. Elbaum. En effet si le caractère hybride de l'Etat Providence a existé depuis son origine, son caractère assistantiel semble prendre le pas ces dernières années sur la logique assurantielle avec une réduction des prestations universelles au profit des prestations ciblées. Pourtant, la CMUC ne s'apparente pas, à proprement parler, aux catégories traditionnelles de l'assistance, dans le sens où elle ne vient pas répondre à un besoin, besoin de soins en l'occurrence, mais relève plus d'une assurance sociale permettant la couverture du risque maladie, incluant notamment des mesures de protection de la santé et de prévention. Ce paradoxe entre la perception du dispositif par les professionnels (assistance) et son objectif (assurance) peut entraîner une incompréhension, être responsable d'une dé-légitimation et, par extension, du refus de soin.

Audrey rapporte les représentations sociales partagées par le corps médical :

N°1 « *Et je pense que ça existe, des gens qui prennent ça comme une assistance, qui pense que c'est normal, que c'est un dû. »*

Les soins sont ils un droit ou un dû ?

Dans son enquête chez les praticiens, C. Desprès (104) a recueilli des témoignages de médecins particulièrement irrités par certains patients considérant l'accès à la santé comme « un dû ». La phrase « *tout leur est dû* » revient ainsi de manière récurrente dans ses entretiens : E. Carde fait le même constat dans son enquête auprès des agents d'accueil de la Sécurité sociale (62).

¹⁴² Question n°10 : Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiant de la CMUC », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

¹⁴³ Nous avons fait le choix de classer le mot solidarité dans « l'Assurance » dans le sens où l'article 1er du code de la Sécurité Sociale mentionne que " L'organisation de la Sécurité Sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale."

¹⁴⁴ Nous ne classerons pas le mot « Etat providence » étant donné que ces objectifs sont poursuivis par un double dispositif : un système d'assurance offert par la sécurité sociale et un système d'assistance offert par l'aide sociale.

Nous avons retrouvé ces termes dans les réponses à la question n°15 où les internes dénoncent une posture de « droit aux soins » exprimés par les bénéficiaires de la CMUC.

Un droit - Un dû

« ... de plus elles y ont "droit" !! »

« Ces patients considèrent les soins comme un droit.... Peut être car ils ont très peu de droit dans leur vie de tous les jours »

« Tout doit leur être dû. »

« ... "ils y ont droit" »

« Ces patients considèrent les soins comme un droit... ». Cette réponse est intéressante par ce lapsus de « dû » à « droit ». L'interne a probablement voulu dire « Ces patients considèrent les soins comme un dû.... ». Puisqu'en France, effectivement l'accès aux soins est déjà un droit qu'essaie de garantir l'Etat providence, par l'assurance maladie.

Le médecin, le juge de la légitimité

Dans les entretiens, Nadine a la sensation, que certains bénéficiaires de la CMUC réclament les soins comme un « dû ». Elle semble d'accord avec le fait que la CMUC soit un droit mais pense que ceci entraîne un manque de reconnaissance du patient envers son médecin.

N°7 « aux urgences, des gens qui avaient l'impression que tout leur étaient dû, et que parce qu'ils étaient en précarité et qu'ils avaient droit à certaines aides sociales, tout leur était dû (...) il faudrait qu'ils soient reconnaissants, de pas estimer que ça leur arrive de droit (...) **Et tu trouves ça plus normal d'être dans un mode de reconnaissance plutôt que un droit ?** Non, moi je trouve que c'est important que ça soit un droit et que tout le monde qui puisse y avoir (...) accès mais c'est dans la manière de le présenter, c'est normal que ça soit un droit et effectivement de ne pas être reconnaissant de ça parce que ben, les pauvres, heureusement qu'il y a ça qui existe parce qu'ils en ont vraiment besoin mais il y a des manières de le dire. »

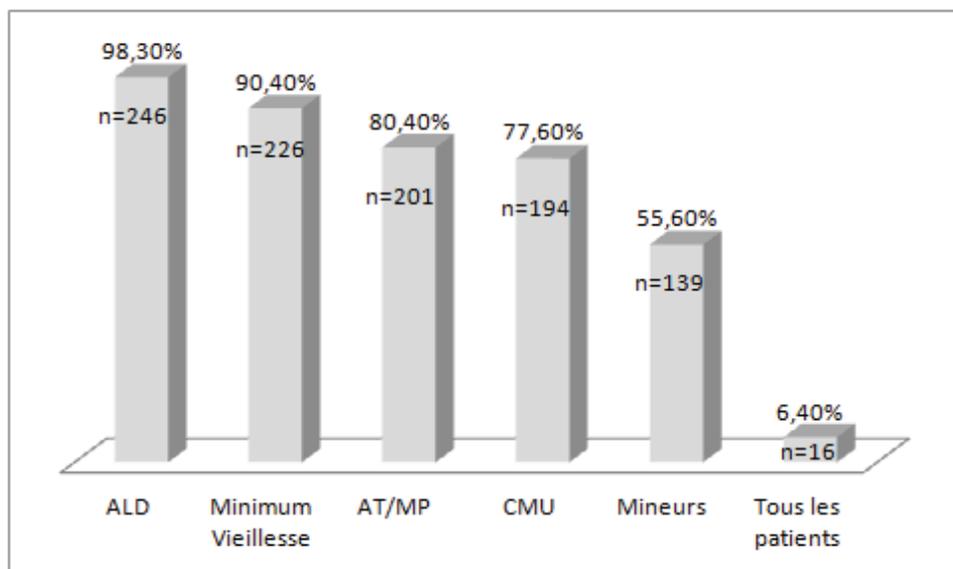
Comme l'évoque C. Desprès « dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, certains professionnels se font alors les garants de l'application de la loi quand ils ont le sentiment de l'existence d'une fraude » (104). De la même manière, Laura ne semble pas convaincue que la CMUC s'adresse aux « bonnes personnes ». Elle propose de faire les choses au cas par cas, en s'improvisant ainsi juge de la légitimité ou non du patient à bénéficier de la CMUC.

N°2 « Mais peut être... revoir si ils ne pourraient pas avancer une toute petite somme pour au moins se rendre compte qu'il y a des dépenses qui sont faites ; (Rire) Mais voir au cas par cas. Parce que y'en a qui peuvent pas. »

Cette évaluation de la légitimité du paiement de la consultation en fonction de la façon d'être et de demander du patient, est une façon de réduire la portée du droit aux soins selon ses besoins pour le ramener à une sorte de concession faite aux pauvres. Un droit ne souffre pas de géométrie variable, il n'a pas à être marchandé ni soumis à conditions, il a juste à être appliqué. Or, les discours des professionnels de santé retrouvés dans les études (Carde et Desprès) et dans nos entretiens évoquent l'idée qu'il faudrait faire entendre aux pauvres qu'ils disposent moins d'un droit que d'un ultime recours concédé au regard de leur état « désespéré ». Ces attitudes des médecins induisent fortement les sentiments de culpabilité des personnes et ne favorisent pas l'accès aux soins et l'inscription dans un parcours de soins.

c. **Des représentations négatives responsables d'une remise en cause de la prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la CMUC**

Figure 21 - Réponse à la question n°16 : « Diriez-vous, pour chaque type de patients suivants, que la prise en charge à 100% est ou serait justifiée. »



La question n° 16¹⁴⁵ nous permet de comparer la légitimité qu'accordent les internes à la prise en charge à 100% des patients bénéficiant de la CMUC par rapport aux autres situations médico-sociales. Dans les 4 situations où la prise en charge à 100% existe déjà (AT/MP, ALD, CMUC), la CMUC est la moins plébiscitée par les internes : 77% vs 98 % pour l'ALD. Les internes sont plus d'un cinquième à souhaiter la disparition de la prise en charge du ticket modérateur pour les patients bénéficiant de la CMUC et plébiscitent par contre davantage la prise en charge à 100% pour les personnes bénéficiant de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées, qui se situe pourtant environ 100€ au delà du seuil de la CMUC (648€ contre 742€ en 2011). Nous verrons plus bas (page 130) que les personnes âgées bénéficient de plus de clémence de la part des internes que les personnes en âge de travailler.

On note que l'AT/MP et CMUC obtiennent sensiblement les mêmes avis concernant la prise en charge du ticket modérateur et font moins l'unanimité que le 100% accordé aux patients atteints de maladies chroniques (ALD) (environ 20% de différence). Cette réticence fait écho aux suspicions de fraude et d'abus souvent dénoncés par les médecins pour ces deux dispositifs et dont nous parlerons plus bas.

La moitié des internes serait favorable à une prise en charge à 100% des mineurs, alors qu'ils sont 18 % de ceux ci à vivre sous le seuil de pauvreté (60 % du revenu médian), et que prédomine l'influence des déterminants sociaux (les causes de pauvreté des enfants sont directement en lien avec celles de leur parents : situation professionnelle, situation familiale, taille de la famille, nationalité...) (181). Même si l'accès aux soins est peu susceptible de modifier en profondeur les inégalités face à la santé, l'enfance est une période privilégiée vis à vis de la santé et l'IGAS rappelle que les déterminants sociaux agissent dès l'enfance et que les inégalités de santé dans l'enfance et leurs déterminants ont un impact sur toute la vie des individus (182). Même si actuellement la prise en charge à 100% n'est pas systématique pour les enfants, nous avons été interpellées par la relative faible proportion d'internes émettant un avis favorable à ce sujet (50%).

Seuls 6,6% des internes sont favorables à une prise à 100% pour tous. Dans les entretiens, Nicole est la seule de cet avis. Elle revient sur des principes de couverture maladie universelle, basés sur des systèmes de

¹⁴⁵ Question n°16 : Diriez-vous, pour chaque type de patients suivants, que la prise en charge à 100% est ou serait justifiée.

santé Beveridgiens. Certains systèmes de santé, comme le NHS en Grande-Bretagne ont d'ailleurs choisi de réaliser la prise en charge intégrale pour les consultations de médecine générale.

N°8 « Voila pour moi il ne devrait pas y avoir de CMUC. Je pense que tout le monde devrait avoir la même secu, qui soit pas fonction du revenu, pas fonction de savoir si t'es salarié ou pas salarié, mais je sais bien que c'est pas possible. »

Une étude de l'IRDES montre que si l'assurance maladie entraîne une augmentation de la consommation de soins, elle améliore l'état de santé des populations pauvres, notamment par la réduction des maladies infantiles, des problèmes de vision et des risques liés à l'hypertension. D'autres analyses suggèrent un effet indirect de l'assurance maladie : en évitant que les dépenses de santé grèvent le budget, elle permet le maintien de consommations non médicales susceptibles d'avoir des répercussions positives sur l'état de santé, comme le logement ou l'alimentation (183). Même si la prise en charge à 100% est moins plébiscitée pour les bénéficiaires de la CMUC que pour les autres dispositifs, les internes sont tout de même ¾ à émettre un avis positif à ce sujet. Dans les entretiens, les internes sont unanimes sur le bien fondé du dispositif, même pour ceux qui paradoxalement le critiquent le plus.

N°2 « C'est un mal pour un bien... Sinon on leur coupe l'accès aux soins. L'inverse serait pire. Si ça existait pas. »

N°6 « Ben, moi je suis plutôt en faveur je trouve ça très bien. (...) dans un monde social, un peu sensible, aider les personnes en difficultés non c'est nécessaire. Plutôt favorable. »

N° 10 « après pour les gens qui sont français même si ils gagnent pas beaucoup d'argent, qui ont la CMUC et qui travaillent et qui ont besoin de soins, je comprends tout a fait, on a un système social qui est bien fait »

C'est également ce que retrouve C. Desprès dans son enquête au près des médecins refusant des patients bénéficiaires de la CMUC : « les discours révélaient que tous les praticiens reconnaissent le bien-fondé d'une loi visant à améliorer l'accès aux soins des populations défavorisées » (104).

Facteurs influençant l'avis sur la prise en charge à 100%

Nous avons cherché à savoir quelles variables influençaient l'avis des internes sur la prise en charge à 100% pour tenter d'identifier les causes d'un avis défavorable. Par un croisement des résultats de différentes questions avec la question n°16, nous avons pu mesurer si le niveau de connaissance des internes ou leurs représentations pouvaient influencer leur avis à ce sujet.

Tableau 35 - Facteurs influençant l'avis des internes quant à la prise en charge à 100%

Variables	% d'internes partageant un avis défavorable à une prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la CMUC		p=
Connaissances			
Q13 Connaissance seuil CMUC	Pas de différence selon la connaissance du seuil CMUC.		0,851
Score CMUC	Pas de différence selon les connaissances sur la CMUC.		0,413
Score ISS	Pas de différence selon les connaissances sur les ISS.		0,957
Représentations			
Q17 représentations négatives			
Avis défavorable tiers prise en charge 100%	Représentations négatives 25,8% (n=41)	Pas de représentations négatives 7,7% (n=7)	0,001
Avis favorable prise en charge 100%	Représentations négatives 70,4% (n=112) ¹⁴⁶	Pas de représentations négatives 90,1% (n=82) ¹⁴⁷	
Q21 avis tiers payant			
Avis défavorable prise en charge 100%	Avis défavorable tiers-payant 31,8% (n=34)	Avis favorable tiers payant 7,5% (n=8)	0,000
Avis favorable prise en charge 100%	Avis défavorable tiers-payant 62,6% (n=67) ¹⁴⁸	Avis favorable tiers payant 90,7% (n=97) ¹⁴⁹	

¹⁴⁶ Ne sais pas : n=6 (3,8%)

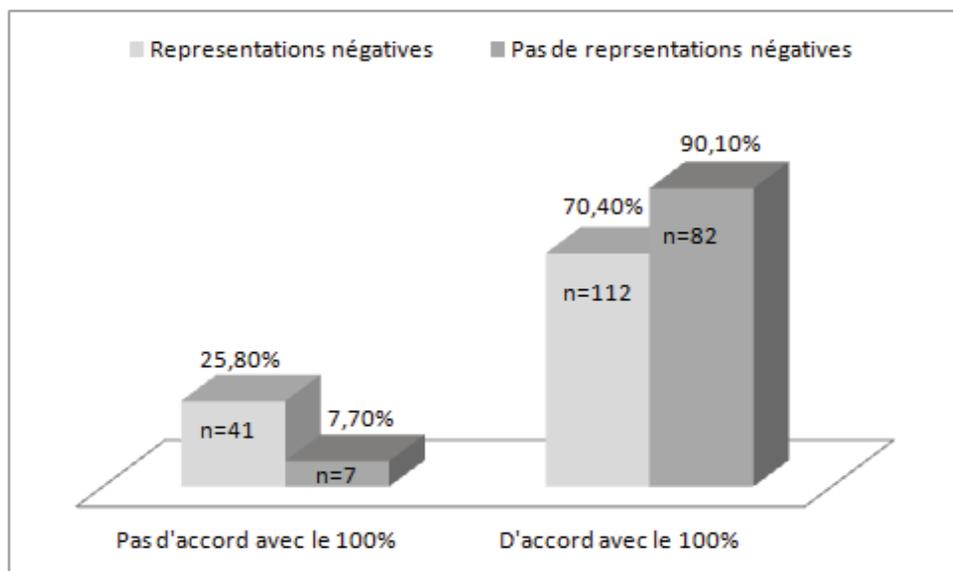
¹⁴⁷ Ne sais pas : n=2 (2,2%)

¹⁴⁸ Ne sais pas : n=6 (5,6%)

2 résultats sont significatifs :

- L'avis des internes sur la prise en charge à 100% des bénéficiaires de la CMUC n'est donc pas lié à leur niveau de connaissance sur la CMUC mais plutôt à leurs représentations des bénéficiaires. Les internes ayant des représentations négatives vis-à-vis des bénéficiaires de la CMUC ont plus souvent un avis défavorable quant à leur prise en charge à 100% (25,8% vs 7,7% p=0,001).
- L'avis des internes sur le tiers payant est très fortement corrélé avec l'avis des internes sur la prise en charge à 100 % des bénéficiaires de la CMUC, ce qui est logique. Ils ont plus de chance d'être favorable avec le 100% s'ils ont déjà un avis favorable au tiers payant (90,7% vs 62,6%, p=0,000). Ils sont 34, soit 13,6% à ne pas être d'accord avec les deux dispositifs, et 97, soit 38,8% à être favorable aux deux dispositifs. Ils sont par contre 67 à être d'accord avec le 100% et à avoir une image péjorative du 1/3 payant (ou inversement : 8 internes).

Figure 22 - Proportion d'internes partageant des représentations négatives envers les patients bénéficiaires de la CMUC en fonction de leurs avis sur la prise en charge à 100% de ces derniers



Ainsi, nous pouvons nous demander dans quelle mesure ces opinions défavorables, directement liées à des représentations négatives envers les bénéficiaires de la CMUC peuvent représenter un obstacle à l'application de la loi (respect du tiers payant, respect du non dépassement d'honoraires, respect de l'acceptation en consultation). Comme dit C. Desprès, « *l'immense majorité des praticiens n'a pas saisi (...) le véritable enjeu de la loi qui est d'établir l'accès à la protection sociale comme un droit, et un droit effectif (accès aux soins).* » En effet, comme nous l'avons vu dans les études, le refus de soin ou de tiers payant ainsi que les dépassements d'honoraires abusifs sont des pratiques toujours d'actualité, conséquence d'une incompréhension des enjeux du dispositif chez les praticiens.

Conclusion

25% des internes ont placé le seuil CMUC au dessus du seuil de pauvreté considérant donc une partie des bénéficiaires de la CMUC comme « non pauvres ». Une proportion similaire (23%) d'internes souhaiterait la disparition de la prise en charge du ticket modérateur pour les patients bénéficiant de la CMUC. La perception de la légitimité d'une prise à charge à 100% est fortement influencée par les représentations qu'ont les internes des

¹⁴⁹ Ne sais pas : n=2 (1,9%)

personnes bénéficiant de la CMUC. Certains internes dénoncent le fait que l'accès aux soins soit vécu comme un dû ou un droit par les bénéficiaires de la CMUC et perçoivent le dispositif CMUC comme une assistance, une prestation sociale, alors qu'elle a été conçue dans une logique assurantielle universelle. Cette méconnaissance des objectifs de la loi (réinclusion et accès aux soins) entraîne une délégitimation du dispositif et une remise en cause du droit de ces patients pouvant probablement expliquer une partie des discriminations dont ils sont victimes.

C. 4) Les facteurs influençant les représentations

a. Etude quantitative

Afin d'identifier d'éventuels facteurs influençant les représentations des internes vis-à-vis des bénéficiaires de la CMUC, nous avons croisé la question n°17 avec différentes variables.

Question n°17 : Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Qu'en pensez vous ?

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Plutôt d'accord</i>	<i>Plutôt pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas d'opinion</i>
<i>Comportement irrespectueux pendant la consultation</i>					
<i>Exigence particulière de traitement ou d'examen</i>					
<i>Consommation excessive de médicaments</i>					
<i>Fraudes plus importantes</i>					

A partir des réponses à la question n°17 nous avons créé un score « représentations négatives »: Nous avons attribué 1 point à chaque item coché par l'interne. Ainsi les internes qui ne sont d'accord avec aucune des affirmations proposées ont 0 point/4. Nous avons différencié 2 groupes d'internes: ceux qui ne partagent aucune des représentations négatives proposées sur les patients bénéficiaires de la CMUC (0 point) et ceux qui sont d'accord¹⁵⁰ avec au moins un des items de la question n°17 (1,2, 3 ou 4 points). Les réponses brutes à cette question ont déjà été présentées dans les paragraphes précédents. Nous présentons à présent les résultats du croisement de ce score « représentations négatives » avec d'autres variables. Le groupe d'internes partageant des représentations négatives correspond aux internes ayant au moins ¼ au score « représentation négative » qui représente 63,6% des internes (n= 159/250).

¹⁵⁰ « Tout à fait d'accord » ou « Plutôt d'accord »

Tableau 36 - Facteurs influençant les représentations des internes vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC

Questions		% d'internes partageant des représentations négatives		p=
Variable biographique				
Facteurs l'histoire personnelle				
Q1 Sexe		Pas de différence selon le sexe.		0,924
Q3 Taille ville d'origine		Pas de différence selon la taille de la ville d'origine		0,515
Q4 Niveau d'étude des parents		Pas de différence selon le niveau d'instruction des parents.		0,952
Q9 Connaitre une personne bénéficiaire CMUC dans son entourage proche		connaissait une personne bénéficiant de la CMUC 58 % (n= 29)	ne connaissait pas une personne bénéficiant de la CMUC 65,1 % (n= 125)	0,352
Facteurs expérience professionnelle				
Q6 Ancienneté dans l'internat		1ere année 57% (n= 61)	2eme et 3eme année 68,5% (n= 98)	0,061
Q7 Stage	Urgences	pas réalisé stage aux urgences 61,5% (n= 80)	réalisé stage aux urgences 65,8% (n= 79)	0,481
	Maitrise de stage	Pas réalisé leur maitrise de stage 59,7% (n= 80)	Réalisé leur maitrise de stage 68,1% (n= 79)	0,169
Q8 Type future d'exercice ¹⁵¹		Pas de différence selon le type future d'exercice ¹⁵² .		
Q24 A vu des bénéficiaires de la CMUC pendant sa maîtrise de stage		Rarement 62,8 % (n=27)	Fréquemment 73,9 % (n=51)	0,213
Q27 Origine des connaissances sur la CMUC ?	Maitrise de stage	Appris pendant la maitrise de stage 69,7% (n=53)	Pas appris pendant la maitrise de stage 60,9% (n=106)	0,183
	Faculté de médecine	Appris à la faculté de médecine 68,2% (n=58)	Pas appris à la faculté de médecine 61,2% (n=101)	0,274
Q29 Irait à un module DUMG santé précarité				
Représentations négatives		Non 90% (n=18)	Oui 61,6% (n=138)	0,011
Pas de représentations négatives		Non 10% (n=2)	Oui 38,4% (n=82)	
Variable connaissance				
Score				
Score CMUC		Pas de différence selon le niveau de connaissance sur la CMUC		0,690
Score ISS				
Représentations négatives		score ISS en dessous de la moyenne 57,9% (n=92)	score ISS au dessus de la moyenne 42,1% (n=67)	0,022
Pas de représentations négatives		score ISS en dessous de la moyenne 42,9% (n=39)	score ISS au dessus de la moyenne 57,1% (n=52)	

Lors de l'analyse croisée seuls deux facteurs sont susceptibles d'influencer les représentations des internes vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC :

- Les connaissances des internes sur les inégalités sociales de santé sont un facteur influençant de manière significative les représentations des internes. Dans notre étude les internes ayant de bonnes connaissances sur les inégalités sociales de santé (score ISS au dessus de la moyenne) partagent moins souvent des représentations négatives que ceux qui ont de faibles connaissances sur les inégalités sociales de santé (un score ISS en dessous de la moyenne) (42% vs 57% p=0,022). Bien qu'à lui seul un apport de connaissances n'est sans doute pas suffisant pour faire évoluer les représentations, ceci est un argument majeur pour proposer une formation sur les inégalités sociales de santé aux acteurs de soins primaires.
- Il existe un lien statistiquement significatif entre les représentations des internes et l'intérêt qu'ils porteraient à un cours sur le sujet. Les internes partageant des représentations négatives sont plus

¹⁵¹ Dans notre étude le choix l'exercice futur de l'interne n'était pas une variable influençant sa représentation, alors que c'était le cas dans l'étude de L. Petitcollot : un interne prévoyant de s'installer en ville avait plus de risque d'avoir une représentation négative des bénéficiaires de la CMUC. (p=0,11)

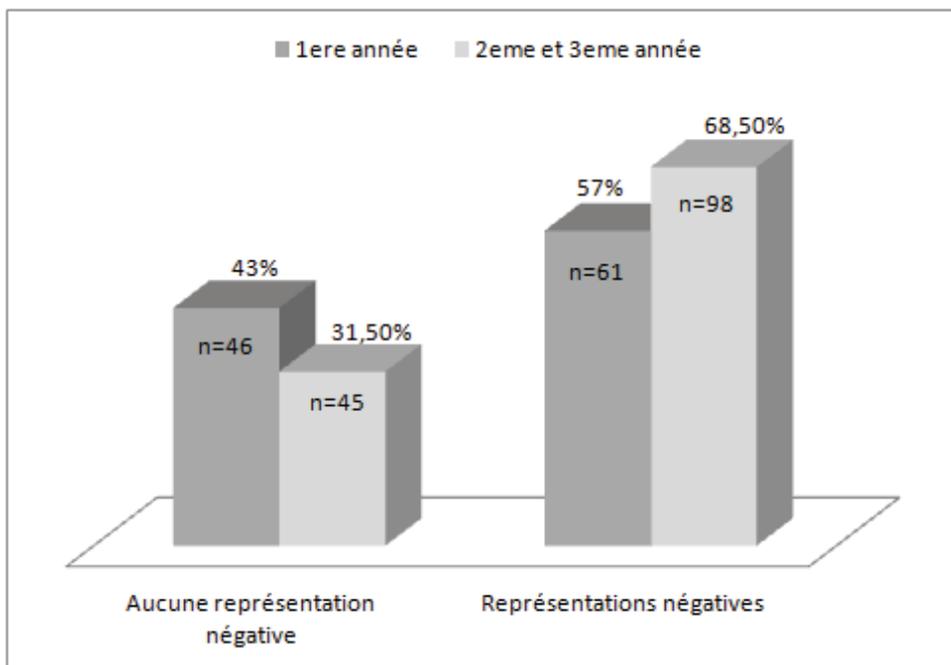
¹⁵² Hospitalier p=0,7 ; Liberal Agglomération p=0,4 ; Libéral Rural p=0,4 : Liberal ZUS p=0,106 ; Salarié p=0,153. Les deux derniers groupes étant en effectif très réduit (n=8).

nombreux à ne pas être intéressé par un cours (90% vs 62%, $p=0,011$). Dans l'objectif de lutter contre ces a priori, ce résultat pose la question d'un cours facultatif, si seul les internes intéressés y participent.

D'autres tendances, bien que les résultats soient **non significatifs**, sont intéressantes à remarquer :

- Le sexe, la taille de la ville d'origine, ou le milieu social d'origine n'influencent pas les représentations des internes vis à vis des bénéficiaires de la CMUC. Alors que L. Petitcollot a retrouvé dans son travail de thèse que le sexe influençait les représentations des internes.
- Plus les internes avancent dans le cursus, plus nombreux ils sont à partager des représentations négatives : 68,5% des internes partagent des représentations négatives en les 2^{ème} et 3^{ème} années versus 57% chez les internes de première année. Ceci est proche du seuil de significativité: $p=0,061$ et recoupe donc d'autres enquêtes (cf. paragraphe L'avancée dans le cursus des études médicales, p47).

Figure 23 - Représentations négatives en fonction de l'avancée dans le cursus

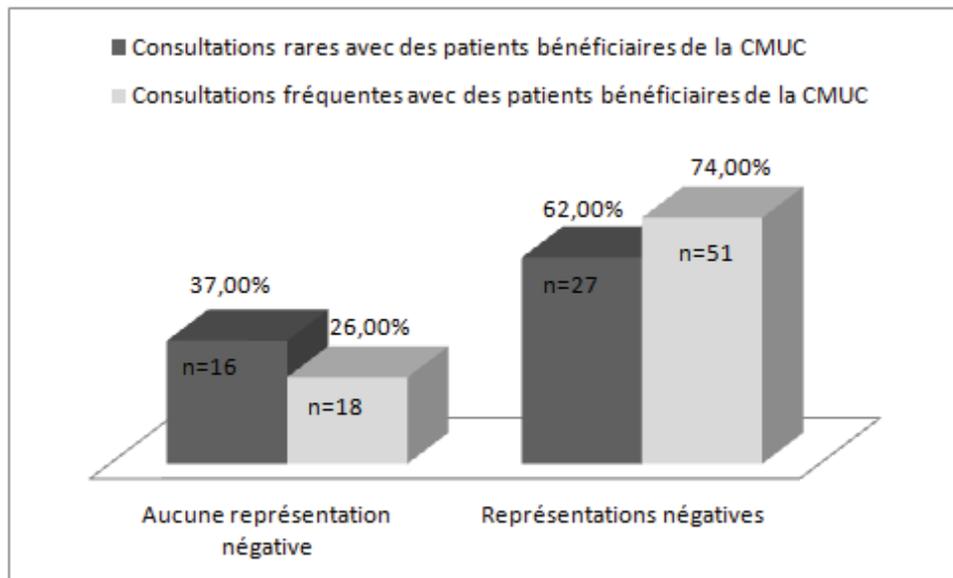


- Le fait d'avoir réalisé sa maîtrise de stage paraît également favoriser les représentations négatives (68% de représentations négatives chez les internes ayant réalisé ce stage versus 59% chez les internes ne l'ayant pas réalisé, $p=0,169$). Ces résultats sont concordants avec les résultats de la thèse de J. Salle. Ce dernier avait observé que les internes ayant réalisé leur stage de médecine libérale étaient significativement plus nombreux à accuser les bénéficiaires de l'AME d'abus et de fraude¹⁵³. Cette tendance vient confirmer des études déjà effectuées sur le sujet, qui mettent en avant la responsabilité de l'environnement universitaire dans le déclin de l'investissement humaniste des étudiants au cours de leur cursus (cf. paragraphe « L'avancée dans le cursus des études médicales », page 48).
- On peut également noter que dans notre échantillon plus les internes ont côtoyé fréquemment des personnes bénéficiaires de la CMUC lors de leur maîtrise de stage plus ils ont des représentations négatives (74%, vs 63%, $p=0,213$). 154

¹⁵³ (22% vs 1,22% $p=0,015$)

¹⁵⁴ Ce résultat est discordant avec celui retrouvé dans la thèse de L. Petitcollot : « Les internes qui disaient en avoir rencontré souvent avaient des représentations globalement plus positives que les internes qui estimaient n'en avoir rencontré que très peu au cours de leur pratique ».

Figure 24 - Représentations négatives en fonction de la fréquence de consultation avec de patients bénéficiaires de la CMUC durant la maîtrise de stage



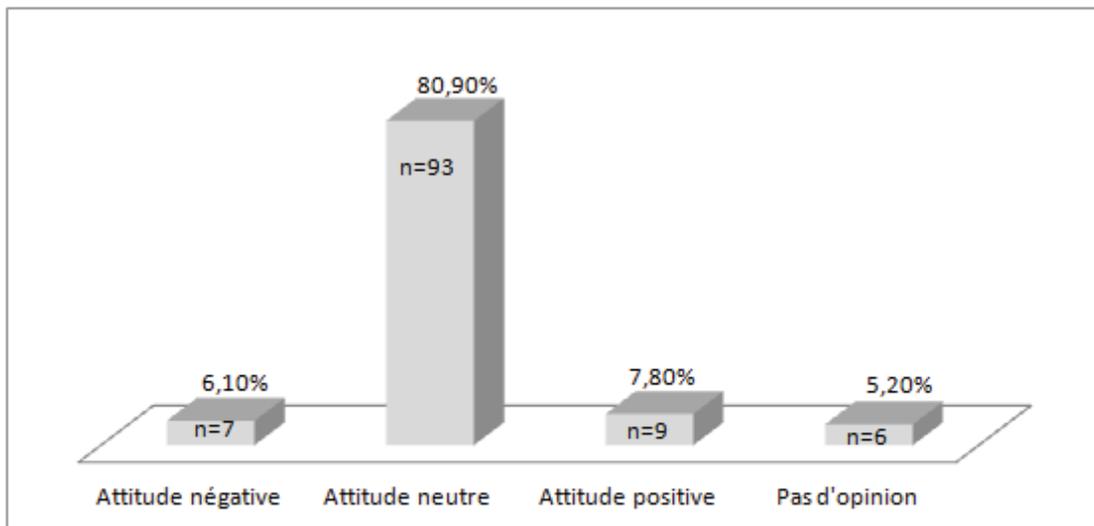
- Dans notre échantillon, les internes ayant un membre de leur entourage qui bénéficie de la CMUC, ont moins de représentations négatives (65% vs 58%, $p=0,352$). L'hypothèse étant que la proximité avec un bénéficiaire de la CMUC (ce qui correspond donc à une distance à l'objet plus faible) influence favorablement les représentations

Ces deux dernières tendances pourraient paraître paradoxales. En effet le fait de soigner fréquemment des patients bénéficiaires de la CMUC a tendance à augmenter les représentations négatives, alors que c'est l'inverse lorsque des personnes bénéficiaires de la CMUC sont côtoyées dans le cadre personnel. Le contexte serait alors prédominant. Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que les internes souvent confrontés à des bénéficiaires de la CMUC dans un cadre professionnel, mais se trouvant en difficulté développeraient plus souvent des représentations négatives.

L'influence du Maître de Stage Universitaire (MSU)

Même si les liens ne sont pas statistiquement significatifs, l'analyse des questionnaires suggère que trois facteurs pourrait augmenter le risque de développer des représentations négatives : l'avancement dans le cursus de l'internat ($p=0,061$), la réalisation de la maîtrise de stage ($p=0,169$), et la plus grande fréquence de consultations avec des patients bénéficiaires de la CMUC ($p=0,213$). Ces tendances soulèvent des interrogations quant à l'influence de la formation sur l'intériorisation de ces représentations (développé précédemment page 85). Est-ce du aux difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patients et particulièrement en médecine ambulatoire ? Le maître de stage a-t-il eu une influence ? Nous avons cherché à éclaircir ces questions à travers la question n°25 et n°26 du questionnaire.

Figure 25 - Réponse à la question n°25 : « D'après vous, quelle attitude avait généralement votre maître de stage vis-à-vis des patients bénéficiant de la CMUC ? »



Le terme « attitude positive » du MSU vis-à-vis de ces patients évoque une attitude particulièrement bienveillante. Et inversement pour l'attitude négative sans augurer de la qualité de la prise en charge. Cette question est assez subjective et évalue l'opinion que se sont fait les internes de leur MSU dans un contexte de prise en charge de patients bénéficiaires de la CMUC. 80% des internes ont répondu que leur maître de stage avait une attitude neutre. Malheureusement les résultats à la question n°25 ont été trop peu discriminants pour pouvoir effectuer des croisements avec d'autres variables¹⁵⁵.

La question n°26¹⁵⁶ était une question ouverte, permettant aux internes d'exprimer leur avis plus librement. Un grand nombre d'internes ont explicité cette attitude neutre. Voici un extrait de leur réponse dans le tableau.

Tableau 37 - Extrait des réponses brutes à la question n°26

En quoi le maître de stage avait une attitude neutre vis à vis des patients bénéficiaires de la CMUC ?
<p>« Elle était pareille avec tous les patients » « Neutre=> Pec égale de tous les patients » « parce qu'il n'a pas d'opinion négative vis à vis des patients qui ont la CMUC. » « Patients CMUC = Patients comme les autres » « Fait pas de différence entre les statuts sociaux » « CMUC ou pas, un patient est un patient » « Ne fait pas de différence, respecte la loi » « Soigné comme un autre » « Pas de jugement » « Ne fait pas de différence, respecte la loi » « par conscience professionnelle, pourtant il m'a confié que ces patients sont déresponsabilisés et surconsomment les consultations »</p>

¹⁵⁵ En effet les effectifs étant trop réduits (dans les groupes « attitudes négatives » n=7, et « attitude positive » n=9) nous n'avons pas pu croiser les représentations des internes (question n°17) vis-à-vis des bénéficiaires de la CMUC avec celle qu'ils se font de leur maître de stage.

¹⁵⁶ Question n°26: Expliquez pourquoi vous avez eu la sensation qu'il/elle avait une telle attitude vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC?

Les entretiens n'ont pas apporté d'informations supplémentaires. Quatre internes décrivent l'attitude de leur maître de stage vis-à-vis des patients précaires de manière neutre et notamment ceux qui partagent le plus de représentations négatives vis-à-vis des publics précaires. Trois autres internes sur les sept qui avaient effectué leur maîtrise de stage n'avaient pas du tout été confrontés à la précarité (maîtrise de stage en station de ski ou en secteur 2).

N°7 « *T'as l'impression qu'il avait une prise en charge particulière avec les patients précaires ? Ben lui il avait beaucoup de patients précaires, (...) des gens de tous azimuts notamment des toxicos, des gens qui sont dans une vraie précarité mais lui pour le coup il est pareil avec tout le monde mais du coup je trouve que c'est une bonne prise en charge, il engueule autant, il est gentil autant, il est prévenant autant avec les précaires et les non précaires, non lui pour le coup il est toujours pareil quelque soit le milieu social ou le ... »*

Les internes rapportent majoritairement une attitude neutre de leur maître de stage vis à vis des patients bénéficiaires de la CMUC. Ils précisent cette notion en expliquant que leur maître de stage prenait en charge tous les patients de manière équitable. Finalement, les méthodologies employées dans nos études quantitative et qualitative ne permettent pas de mettre en évidence une éventuelle influence du maître de stage sur les représentations des internes. Les effectifs de répondants étant trop faibles, nous n'avons pu effectuer de croisement de données.

b. Etude qualitative

La lecture transversale des entretiens nous permet d'identifier des pistes de réflexion sur des facteurs pouvant influencer les représentations, comme des expériences vécues (professionnelles ou personnelles) ou des postures vis-à-vis du soin.

01. Des éléments de l'histoire personnelle modificateurs des représentations de la précarité

Bien que les éléments biographiques n'aient pas été identifiés comme une variable influençant significativement les représentations dans l'analyse quantitative, nous avons repéré une certaine constance dans le discours des internes lors de la réalisation des entretiens. Ces derniers rapportent des éléments de leur parcours de vie qui ont modifié leur perception des personnes en situation de précarité.

Eléments de l'histoire personnelle modificateurs des représentations de la précarité	Entretien n°
Les stages pendant la formation	1
Stage médical à l'étranger	3,5
Voyages	5, 6
Milieu familial	1, 8
Cadre de l'institution judiciaire	8

Certains internes racontent que c'est leur milieu familial qui les a incité à voir les choses différemment.

N°8 « *J'ai eu (membre de sa famille) qui à toujours beaucoup milité en faveur des sans papiers. (...) j'ai toujours eu cette approche (...) j'ai pas grandi dans la non connaissance dans ma bulle, je suis dans le plus beau quartier de France en ayant habité à Paris (...) mais nous on n'a pas grandi dans une bulle, on a toujours été en contact de la précarité, enfin on nous a toujours dit que ça existait mais ça n'a rien à voir que tout d'un coup d'être projeté à l'intérieur et de te rendre compte de ce que ça veut réellement dire en pratique dans la vie des gens. »*

Pour Audrey c'est lors de ces stages d'externat puis d'internat qu'elle a « ouvert les yeux ».

N°1 « *Mais par contre j'ai l'impression, d'avoir un peu ouvert les yeux, (...) à l'hôpital mais même en général dans notre boulot, c'est quand même un truc qui m'a ouvert les yeux sur pas mal de trucs sur la société. Mon boulot et notamment mon stage en Médecine Générale. Mais tous les stages en général, l'hôpital en général.* »

Pour deux autres internes, ce sont les voyages.

N°5 « *Je pense que les voyages ont modifié ma manière de voir, façonné ma manière de voir la médecine et de la pratiquer. (...) Quand t'as 18 ans et que tu pars faire de l'humanitaire tu as l'impression que tu vas sauver le monde et ce que tu vois là bas ca fait pas mal réfléchir. »*

Pour une interne c'est une expérience auprès de personnes rencontrées dans le cadre de l'institution judiciaire

N°8 « *Et moi je me suis pris moi, un peu la précarité. (...) J'étais jurée en cours d'assises (...) je me suis vraiment pris en pleine figure la misère humaine, la précarité et la société quoi enfin. »*

Deux articles anglais montrent qu'un parcours diversifié au cours des études (stages pratiques dans des communautés défavorisées de la ville, stages à l'étranger), et des stages au contact de différents types de populations, permettent une plus grande ouverture d'esprit et influencent donc positivement les représentations des futurs médecins vis-à-vis des populations défavorisées (154,155).

02. Des conditions d'exercice difficiles influencent les représentations des médecins vis-à-vis de leurs patients

Selon le contexte de soins (les urgences ou la PMI), Julien ne perçoit pas les usagers de la même façon. Dans le contexte de travail où les personnes défavorisées ne lui « posent pas de problèmes » il les perçoit comme respectueux et gentils.

N°10 En PMI¹⁵⁷ : « *là on a vu un peu les problèmes sociaux des gens mais ils étaient respectueux, ils étaient sympas, ils avaient des problèmes sociaux et c'était pas vraiment des problèmes quoi* »

Julien est conscient que la situation de consultation aux urgences peut générer plus d'agressivité :

N°10 « *des gens en situation précaire qui ont été corrects euh bon (sous entendu « il n'y en a pas beaucoup ») après nous on est biaisé nous, peut être mais euh ... **Biaisé par les urgences tu veux dire ?** Ouais, y a un biais. »*

Nadine, dans un contexte de travail difficile comme les gardes aux urgences « prend sur elle ».

N°7 « *ils devenaient agressifs même avec toi qui était là pour les aider et que ben c'est difficile de prendre sur soi et de se dire « bon ben c'est parce qu'il souffre et va plus loin que ça, ne te vexes pas et va plus loin », y'a des fois notamment pendant les gardes aux urgences (...) et tu finis au bout d'un moment par ne pas avoir la patience de prendre sur toi »*

Deux études tendent à montrer que la discrimination en milieu médical est dépendante de la charge de travail des acteurs de santé et donc que l'activité professionnelle agit comme un facteur régulateur des conduites discriminantes. En effet, lorsque les patients sont nombreux et que les exigences professionnelles sont sollicitées, comment se comportent les personnels de santé ? Adoptent-ils toujours un comportement égalitaire ou au contraire seraient-ils enclins à se faciliter le travail et donc à privilégier certains patients « plus faciles » au détriment d'autres qui se retrouveraient ainsi discriminés? Chez les professionnels évoluant en secteur libéral,

¹⁵⁷ PMI : Protection Maternelle et Infantile

les principales discriminations évoquées semblent liées à des problématiques financières, concernant notamment les patients précaires (bénéficiaires de la CMUC, de l'AME). Pour les intervenants hospitaliers, il est davantage question de patients qui alourdissent l'activité et sont vécus comme étant « désagréables » à soigner. Les patients concernés sont ceux en rupture sociale, ceux qui ont un comportement agité (sous l'emprise de substances toxiques ou non) et les personnes âgées (i.e difficulté à leur trouver une place dans un service hospitalier). Concernant le facteur patient comme source de charge de travail, les soignants évoquent en premier l'agressivité du patient (n = 8), puis les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique (n = 5), les patients revendicateurs (n = 4), les toxicomanes (n = 4), les alcooliques (n = 3), les patients avec lesquels la communication est difficile hors problème linguistique (n = 3), les troubles du comportement (n = 3) et enfin les personnes âgées, les SDF et ceux qui présentent des problèmes linguistiques (n = 2 pour chacun) (186).

L'enjeu serait de faire prendre conscience aux étudiants de l'influence du contexte de soins sur leurs représentations et des moyens dont ils disposent pour solutionner les problèmes, afin que ceux-ci ne se reportent pas sur les usagers et qu'ils puissent adopter une attitude de neutralité bienveillante à l'égard des usagers.

03. Une menace de remise en cause du pouvoir médical peut faire émerger des représentations négatives

A travers les entretiens, il nous semble que la principale variable influençant les représentations des internes vis-à-vis des patients précaires, est la perception d'une remise en cause du pouvoir médical, voir pour certains la menace de déchoir d'une position sociale qu'ils estiment prestigieuse.

La différence de perception des patients serait donc liée à leurs attitudes et au besoin ou non de reconnaissance sociale de la part du médecin. Nous allons voir dans ce paragraphe que l'analyse des entretiens met en avant une des grandes mutations actuelle du paradigme médical - le partage d'information et de la décision médicale - révélée ici, comme par effet de loupe, par la posture et le vécu des internes dans la prise en charge des personnes les plus fragiles socialement.

04. Un besoin de reconnaissance sociale

Nous retrouvons chez les trois internes qui, partageant des représentations plus négatives des personnes pauvres, un besoin de reconnaissance assez important. Ils ressentent une non reconnaissance de leurs compétences de la part des patients et ils le vivent comme une menace, ce qui engendre de l'agressivité de part et d'autre. Par exemple, Julien a l'impression que les personnes bénéficiaires de la CMUC « ont moins confiance » en ses compétences de médecin :

N°10 « *Ouais, on la sent plus chez les gens CMUC parce que les gens qui ont plus d'éducation(...) qui ont fait des études, (...) ils te font quand même confiance, ils te disent « ben voilà, il a fait des études, si il me dit que j'ai pas besoin de scanner ben je pars plus tôt et je suis content »* »

Ce besoin de reconnaissance est aussi exprimé en termes de salaire ou de mérite :

N°10 « *et comme c'est quand même des gens qui sont en libéral, ils ont besoin de clientèle pour gagner de l'argent, car ils gagnent 4€ bien pourris en ville (...) par rapport au nombre d'années d'étude et aux heures, ils sont mal payés... c'est emmerdant quoi. »* »

N°7 « *Après, quand on est médecin on se le doit aussi un peu à soi même parce que c'est des études longues et on se rattrape comme ça je pense »* »

Pour Nadine, il semble important que les patients reconnaissent son travail, et lui fassent savoir :

N°7 « *ils sont respectueux, ils sont très respectueux du travail que tu fais, plus que d'autre (...) si par exemple tu leur prends beaucoup de temps parce que ce jour là, y'a un problème, ils te disent 15 fois merci, « ben j'suis désolé, y'a du monde derrière » « les gens (...) dès qu'ils ont une aide, ben d'en être reconnaissant, de pas estimer que ça leur arrive de droit et je trouve que ça parasite moins la relation avec le médecin en tous cas. »* »

«il faudrait qu'ils soient reconnaissants, de pas estimer que ça leur arrive de droit (...). Et tu trouve ça plus normal d'être dans un « mode de reconnaissance» plutôt que un droit ? Non, moi je trouve que c'est important que ça soit un droit et que tout le monde qui puisse y avoir (...) accès mais c'est dans la manière de le présenter, c'est normal que ça soit un droit et effectivement de ne pas être reconnaissant de ça parce ben, les pauvres, heureusement qu'il y a ça qui existe parce qu'ils en ont vraiment besoin mais il y a des manières de le dire. »

Julien décrit le comportement des patients dans une zone rurale où il a fait son stage. Pour lui cette reconnaissance est recherchée, elle est même un critère de choix d'exercice important :

N°10 « on a vu un peu les problèmes sociaux des gens mais ils étaient respectueux, ils étaient sympas ». « Si je voulais m'installer en temps que médecin généraliste ça serait vraiment en rural quoi parce que les gens ils sont vraiment contents de t'avoir, ils savent que t'es là pour eux, ils sont content de te voir, ils sont plus agréables»

Pauline raconte de la même façon ce qu'elle a observé à propos du respect vis à vis du médecin:

N°9 « Je ne sais pas des fois ils n'estiment pas trop aussi le médecin, pour eux c'est un droit enfin ça dépend aussi des personnes hein, la je dis ça mais »

Cette reconnaissance que les internes cherchent dans la relation médecin patient, semble pouvoir influencer les représentations. En effet, une reconnaissance attendue mais ne venant pas de la part des patients va entraîner une certaine frustration. Une étude de l'IRDES, observe que dans les pays où les pouvoirs publics ont davantage cherché à accorder une place importante aux soins primaires dans le système de santé, les professions de santé intervenant dans les soins primaires – notamment les médecins généralistes et les infirmières - bénéficiaient d'une plus grande reconnaissance sociale (187). Ainsi, nous pouvons nous demander si ce besoin de reconnaissance émergeant dans le discours des internes ne pourrait être satisfait par une revalorisation de la place des soins primaires dans la société par les institutions.

05. Le pouvoir médical à travers la prescription

Voyons, à travers des situations cliniques, expliquées par Nadine et Julien, la manière dont ils perçoivent les demandes des patients aux urgences.

N°10 « ils demandent (le patient) « j'ai mal à la tête, je veux un scanner ! », et (Julien) « pourquoi pas de frites et un coca aussi? ».

N°7 « (le patient) « ben oui, j'ai une CMUC, pourquoi est ce que je paierais ça ? Donnez moi des médicaments, moi j'ai pas d'argent, ». Y'a d'autres manières de demander ce genre de service »

Nadine insiste sur la façon de demander des personnes.

N°7 « a propos d'un patient qui ne peut pas payer (...) si la personne a essayé de me l'imposer, je pense que c'est pas pareil. Je pense que ça dépendra du contact que j'ai avec le patient »

Il est intéressant d'analyser cet enjeu de pouvoir à travers une grille de lecture sociologique. Il est démontré qu'il existe des différences de traitement selon les catégories sociales, qui pourrait être expliquées par un facteur « humain » : les catégories sociales les plus basses exerceraient une plus faible pression sur les professionnels. Comme si le professionnel ajustait son « effort» (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient (33). J. Peneff, sociologue, a montré, par exemple, comment les hiérarchies sociales se reproduisent à l'intérieur de l'organisation hospitalière suivant les lignes de partage des différentes catégories professionnelles, induisant de subtiles graduations dans les modalités de prise en charge selon les origines sociales des patients (188). Il donne également une analyse à l'échelle micro sociale de la consultation:

« L'autre aspect problématique de la consultation est la prescription en aveugle qui se négocie dans un mélange de respect des normes médicales légitimes et du désir de satisfaire les patients ; le médecin veut garder son autonomie de décision basé sur les certitudes scientifiques qu'il a acquise. (...) Il a horreur d'être influencé mais il est disposé au compromis. (...) Il est sensible aux arguments de la société ambiante ; il tient compte des évolutions et des idées répercutées par les médias. Il ne cède pas au patient mais aux idées dominantes ! Ainsi, face aux demandes présentées par les classes habituées en tant que clients habiles à ne pas faire de pressions maladroites, il est sensible au registre de raisons avancées si elles sont cohérentes avec le discours ambiant. La liberté médicale est sauve si les formes du compromis sont respectées : « C'est moi qui décide : je vous donne huit jours (arrêt de travail) » (170).

Sachant qu'une influence variable s'exerce sur le médecin selon le type de demande socialement acceptée ou selon l'origine sociale du patient, ces deux analyses nous permettent de déceler à travers une autre grille de lecture les difficultés de communication entre patient moins instruit et médecin. Une meilleure connaissance de ces enjeux de pouvoir médical peut permettre aux professionnels de prendre le recul nécessaire à une prise en charge impartiale des patients.

06. Le pouvoir médical au moment de la facturation

Souvent, c'est au sujet de la facturation que les internes révèlent des problèmes de « communication ». Ils observent que les patients CMUC signalent le fait qu'ils ne payent pas et cette annonce est parfois vécue comme agressive ou revendicative par les internes. Pour Pauline, tous les patients bénéficiaires de la CMUC signalent au médecin le fait qu'ils ne paieront pas. Julien n'a entendu qu'une fois parler de la CMUC dans le contexte hospitalier mais c'était aussi pour une histoire de facturation. Quand à Nadine elle a vécu ces situations plusieurs fois en cabinet, et c'est également au moment de la facturation qu'elle ressent de l'agressivité.

N°7 « Je sais pas ici quand de temps en temps tu leur dis « bon ben ça fera 23 euros » et que t'as pas capté qu'ils avaient la CMUC, des fois même de manière agressive ils te disent « ben non, j'ai une CMUC je paie rien, donc bon... ».

N°9 « ils (les patients bénéficiaires de la CMUC) le signalent, ils disent « de toute façon je vais pas payer » »

N°10 « la seule fois où j'ai entendu le mot CMUC à l'hôpital c'était « de toute façon je m'en fous, j'ai la CMUC, je paye pas », ouais, je l'ai entendu aux urgences « j'ai la CMUC, je m'en bats les couilles, je ne paye pas, je fais ce que je veux et de toute façon t'es obligé de me soigner ».

Nous avons l'impression à la lumière de ces extraits d'entretiens que les internes se sentent menacés par les patients et que s'installe un rapport de domination dans la relation médecin patient (« t'es obligé de me soigner »). Sont-ils gênés par cette gratuité des soins qu'ils trouvent illégitime ou pensent-ils que l'application du droit au tiers payant efface la reconnaissance envers le médecin qui prend en charge ? Effectivement, dans un système monétaire où l'argent est maître des échanges, le fait d'avoir un échange non marchand (ou en tout cas perçu comme tel), pourrait ainsi annihiler, pour certains soignants, une reconnaissance. Une autre hypothèse est qu'ils perdent cette posture omnisciente, et que le patient est là pour leur rappeler ses droits.

07. Le partage d'information sur les droits sociaux des personnes à l'échelle de la consultation

De la même manière nous pouvons illustrer cette différence de vision du paradigme médical, à travers deux points de vue d'internes –antagonistes– vis-à-vis de l'information du patient.

Nadine a l'impression que les patients (notamment les bénéficiaires de la CMUC) sont souvent bien renseignés sur leurs droits et se sent mal à l'aise dans ce contexte même si elle reconnaît que le fait d'être informé peut aussi être un avantage pour eux.

N°7 (en parlant des patients « ruraux ») « *ils sont très très peu renseignés sur ce genre de chose en tous cas. Donc en même temps c'est moins bien pour eux je trouve mais en même temps ça parasite moins la relation je trouve.* »

N°7 « *des patients CMUC on en voyait énormément et les gens connaissent parfaitement le texte, et les montants, à ce qu'ils ont droit, ce qu'ils ont pas droit. Bon, c'est bien aussi hein, ça les protège..* »

Au contraire Vanessa fait remarquer que les patients qui ont moins d'accès à l'information, mettent le médecin dans cette position asymétrique du savoir et dans une posture plus paternaliste. Elle fait remarquer qu'au contraire elle trouve que les patients précaires sont moins informés.

N°5 « *les gens qui ont un accès facile à internet qui sont en général des gens pas précaires, ils vont arriver en consultation avec un diagnostic déjà fait, ils savent déjà ce qu'ils veulent comme médicament alors que le patient qui a moins accès à internet, le patient précaire en fait partie mais y'a pas que lui, (...) il est plus dans l'attente de ce qu'on va lui dire. (...) il est moins dans l'exigence « je veux absolument tel médicament (...) Oui, à la fois c'est plus facile oui et non parce que ça conserve dans la vision très paternaliste qui balance son savoir, y'a que lui qui sait et qui n'est pas une vision que je trouve adaptée à la médecine »* »

Estelle Carde l'a montré dans son étude sur les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins : chez les employés de la CPAM, deux visions s'opposent : certains professionnels pensent que les personnes connaissent trop bien leurs droits, tandis que les associatifs déplorent au contraire ne croiser que des étrangers trop peu informés pour parvenir seuls aux guichets CPAM (62). Comme chez les employés de la CPAM nous retrouvons deux types de profil chez les médecins, ceux qui pensent que les personnes précaires sont trop informées sur leurs droits et ceux qui pensent qu'elles ne le sont pas assez. Nous nous demandons pourquoi certains médecins sont gênés vis-à-vis des patients informés. Est-ce la marque d'une domination sociale qui serait menacée ? Cette posture des médecins qui recherchent ce pouvoir médical pourrait avoir pour conséquence le comportement de certains usagers de « renoncement refus » de soins, décrits par C. Desprès: « *Les individus se mettant à distance des espaces où ils sont confrontés à des disqualifications, où se jouent des rapports de domination, comme c'est le cas dans un cabinet médical* » (104). L'enjeu pour le médecin accueillant un « public précaire », pourrait donc être d'adapter la relation afin de diminuer ces rapports de pouvoir au minimum, de partager l'information tout autant qu'avec d'autres publics.

Concernant les représentations négatives des futurs soignants envers un public précarisé, l'analyse quantitative nous a permis de conclure que seules les connaissances des internes sur les inégalités de santé seraient susceptibles de les diminuer. L'analyse qualitative a quant à elle posé la question de la domination sociale qui pouvait se jouer durant la consultation.

C. 5) Les représentations négatives ne sont pas partagées par tous

Les représentations négatives présentées dans ce paragraphe ne sont pas partagées par tous les internes rencontrés lors de nos enquêtes. Elles sont présentes chez une minorité non négligeable de futurs médecins et de manière plus ou moins importante.

Les résultats de la question n°17¹⁵⁸, montrent que seul 36,4% (n=91)¹⁵⁹ des internes ne partagent aucune des représentations négatives énumérées dans cette question, comme par exemple Audrey ou Vanessa.

¹⁵⁸ Question n°17 : Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Qu'en pensez vous ?

Comportement irrespectueux pendant la consultation ; Exigence particulière de traitement ou d'examen ;

N°1 « Mais j'ai jamais eu de soucis, pas plus qu'avec d'autres gens. »
N°8 « Je trouve que dans l'ensemble les gens qui au contraire, c'est des gens intéressants qui posent pas de souci. »

Certains internes comme Audrey et Nadine, apprécient les relations humaines avec des patients en situation de vulnérabilité sociale, qu'elles jugent différentes.

N°1 « C'est vraiment un échange, c'est vraiment dans les 2 sens. »
N°7 « Y'a pas que les gens qui sont dans la précarité qui sont comme ça mais quand même je trouve que majoritairement les gens qui sont dans la précarité ont un contact vraiment très agréable et un vrai échange humain. »

D'autres internes essayent de lutter contre leurs propres représentations négatives, qui émergent au cours de leurs pratiques médicales. Ils restent vigilants à ne pas généraliser et se remettent en question lorsqu'ils se trouvent en difficulté avec des patients précaires.

N°1 « Je me suis dit « ils sont vraiment cons c'est gens qui ont la CMUC ». Pendant 2 sec, et après je me suis dit "Ah allez ca va, il est 2h du mat c'est parce que t'es fatigué". Je l'ai déjà pensé. (..) Quoi ya des cons partout».
N°4« Ou c'est peut être parce que c'est notre faute, on leur a pas bien expliqué qu'il faut attendre l'action des traitements. »

C. 6) Hypothèses sur la fonction de ces représentations sociales

Après avoir détaillé ces représentations sociales fortement partagées par le corps médical, essayons de comprendre d'un point de vue psychosociologique, leur fonction, au regard de ce contexte de soins. Nous détaillerons trois fonctions principales : les fonctions identitaires, les fonctions d'orientation des conduites et des comportements et les fonctions d'interprétation et de construction de la réalité.

Les fonctions identitaires

Une des fonctions des représentations sociales est de définir l'identité sociale de chaque individu et ainsi préserver la spécificité des groupes sociaux. L'hypothèse est que ce discours interviendrait dans les processus de socialisation ainsi que de dans le but de situer les individus et les groupes dans le champ social (189). Nous avons vu que l'origine sociale des étudiants en médecine est assez homogène. Les individus sont issus pour leur très grande majorité de classes sociales aisées et souvent peu confrontés aux réalités sociales en dehors de leur formation. Effectivement, comme le décrit Nicole, les modalités de sélection des études de médecine ne favorisent pas la mixité sociale. Elle émet d'ailleurs une opinion assez critique sur les études de médecine,

N°8 « On est quand même vraiment dans un vase clos. C'est des études particulières... moi je trouve... des gens... c'est même pas que la précarité c'est l'ensemble. C'est des études ultra longues où on sort peu de notre univers, où les gens sont dans l'ensemble peu cultivés, très peu cultivés, pas politisés du tout quoi. (...) Quand tu vas à la crèche des internes tu comprends que les médecins n'ont pas les mêmes modes de vie. C'est un petit milieu, un microcosme. »

Cette grande homogénéité sociale est renforcée par ce que Reynaud et Touraine ont pu mettre en évidence dans leur études sur la mobilité sociale des étudiants en médecine en 1956 : « la disparition ou le

Consommation excessive de médicaments ; Fraudes plus importantes.

¹⁵⁹ De la même manière, seul 8,8% (n=22) des internes adhèrent à toutes les représentations négatives proposées.

gommage des différences de classe à l'intérieur du cursus universitaire s'explique à partir du concept d'effet de dominance dont les mécanismes reposent pour l'essentiel sur le désir des individus de mobilité sociale : ceux qui ont plus de possibilité et de désir d'ascension sociale seront plus sensibles à l'effet de dominance » (190). Un phénomène d'acculturation ou d'uniformisation a lieu. Celui-ci est d'autant plus important que ces études sont longues et intenses (volumes horaires, charge émotionnelle).

Les fonctions d'orientation des conduites et des comportements

Les représentations sociales sont porteuses de sens, elles créent du lien. En cela elles ont une fonction sociale. Elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes et des opinions. Elles orientent les conduites et les comportements des soignants, car la représentation sociale a aussi un aspect prescriptif : « *Elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné* »(189). Jodelet parle d'affiliation sociale : "*Partager une idée, un langage, c'est aussi affirmer un lien social et une identité.*"(146)

Les fonctions d'interprétation et de construction de la réalité

Les représentations sociales sont une manière de penser la vie quotidienne. Les valeurs et le contexte dans lequel elles s'élaborent ont une incidence sur la construction de la réalité. Il existe toujours une part de création individuelle ou collective dans les représentations. C'est pourquoi elles ne sont pas figées à jamais, même si elles évoluent lentement. Ce discours serait donc une manière pour les soignants d'interpréter le monde et d'exprimer leurs difficultés. Les professionnels de santé, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, sont soumis aux mêmes difficultés, aux mêmes limites du système de soins, aux mêmes normes du système biomédical. La « socio parésie¹⁶⁰ » du système de santé, entraîne des difficultés concrètes dans la pratique, engendrant des souffrances pour les soignants allant jusqu'à la production d'un discours stigmatisant envers les « éléments perturbateurs ». La fonction de cette représentation sociale partagée par une partie des soignants cherche à légitimer cette difficulté de prise en charge, dans le contexte de la pratique médicale. Cette représentation sociale s'est construite afin de faire face à un à objet sensible. Certains ont mis en place des stratégies d'évitement comme le choix d'installation ou à l'extrême, le refus de soins.

Conclusion

Notre étude a mis en lumière des représentations négatives vis à vis des personnes vulnérables socialement assez largement partagées par les internes interviewés. Ces représentations sociales sont également partagées par le corps médical et par la société en général. Lors de la recherche de facteurs influençant les représentations, seul un facteur a été retrouvé : les connaissances des internes sur les inégalités de santé modifient positivement les représentations des futurs soignants envers les personnes en situation de vulnérabilité sociale. D'autres tendances (résultats non significatifs) comme l'avancée dans le cursus et le stage en médecine de ville, sont identifiées comme catalyseur des représentations négatives et concordent avec les résultats d'autres enquêtes. Par contre, une éventuelle influence du maître de stage n'a pas été démontrée dans cette étude. L'analyse des entretiens a quand à elle montré que la posture de l'interne vis à vis de la notion de pouvoir médical, ou l'importance qu'il porte à une reconnaissance sociale, pouvait influencer son vécu des consultations et donc ses représentations vis à vis de personnes précarisées.

¹⁶⁰ Jonathan Mann désignait par cette expression la difficulté de la santé publique en tant que science et en tant que pratique à se détacher de ses références biomédicales et à affronter la réelle nature sociétale des déterminants de la santé. (1998)(191)

D. Le médecin généraliste face à la précarité : son rôle et ses difficultés dans la pratique

Après avoir identifié le corpus de connaissances, de représentations et d'opinions personnelles des internes, voyons comment ils s'en servent pour délimiter leur rôle de médecin généraliste face à des personnes en situation de précarité. Dans un second temps, nous verrons comment les difficultés rencontrées dans la pratique et les ressentis plus subjectifs des internes peuvent influencer leur souhait d'installation et d'exercice.

D. 1) *Le rôle du médecin généraliste face à la précarité*

a. **La place du médecin généraliste dans la prise en charge sociale du patient**

Après avoir évalué les compétences des internes en matière médico-sociale, nous ne pouvions nous abstenir d'une interrogation plus précise quant au rôle des médecins généralistes. S'envisagent-ils comme acteur de réduction des inégalités sociales de santé ou au contraire participent-ils inconsciemment à la construction des inégalités ? Comment intègrent-ils la question de la prise en charge sociale à leur pratique ? Cette question est également posée dans la thèse de Laurent : « *les médecins soulignent la difficulté qu'il y a à définir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge sociale* ». Un des médecins interrogé pense que « *les limites ne sont pas définies, ce sont les limites qu'on se pose* » (74).

L'analyse des entretiens révèle que les internes envisagent bien leur rôle d'alerte et leur mission d'orientation et de collaboration avec le secteur social. Ceci correspond d'ailleurs à la deuxième mission de la médecine générale selon la définition de la WONCA : "*coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*"

N°1 « *Moi pour moi mon rôle, c'est juste m'assurer qu'il a des droits ouverts, qu'on soit tous les deux contents, que ça marche et que moi je me fasse payer. Après je l'oriente vers des gens qui peuvent l'aider, mais ça s'arrête là.* »

N°5 « *En tant que médecin généraliste on est les premiers, surtout avec l'histoire du « Médecin Traitant », on est les premiers acteurs de soin, les premiers soignants que va rencontrer le patient dans son parcours de soin donc si le patient est dans un état de précarité, si c'est nous qui le rencontrons le premier, c'est nous qui devons faire quelque chose, enfin prendre en charge aussi ce côté social.* »

Nous avons remarqué que ce rôle de coordination est calqué sur le modèle hospitalier. Dans leurs discours, on remarque qu'ils envisagent de gérer les situations de la même manière qu'à l'hôpital, avec des travailleurs sociaux, dans la même unité de lieu et ayant la même disponibilité (cf. paragraphe Conduite à tenir face à un patient n'ayant pas de droits ouverts page 125). Ils se limitent à appeler l'assistante sociale lors de la détection d'un problème. Or, les internes ayant, comme nous l'avons vu précédemment, d'assez faibles connaissances, ils pourraient avoir du mal à faire émerger des difficultés sociales que le patient n'aurait pas verbalisé. En effet, comment suggérer à un patient de renouveler sa CMUC, si on ne sait pas qu'elle se renouvelle annuellement ? Pourquoi soulever le problème de l'absence de couverture sociale, si on ne sait pas orienter secondairement le patient ? De la même manière qu'il n'est pas concevable d'adresser un patient à un spécialiste, sans savoir quel est le domaine de compétences de ce dernier ; il est difficile d'indiquer un lieu ou un partenaire à une personne sans savoir si celle-ci pourra répondre à sa demande.

Les internes sont aussi très clairs sur les limites de leur rôle quant à l'accompagnement social des patients.

N°1 « *c'est un boulot à part, (...), en l'état actuel des choses c'est trop compliqué. On peut pas tout faire(...), ou alors faut être payé pour ça. (...). Je pense que c'est pas notre boulot.* »

N°10 « *Tu vas pas commencer toi à essayer de faire les choses (...), il faut mieux le faire faire par quelqu'un d'autre qui est fait pour ça quoi.(...) c'est pas à toi de te prendre la tête pour ouvrir les droits aux gens.* »

b. Les compétences psycho sociale du médecin généraliste

Alors qu'ils envisagent bien leur rôle de prise en charge sociale de médecin généraliste sur le plan administratif (couverture sociale)¹⁶¹, ils le conçoivent plus difficilement dans le sens de la prise en compte de l'environnement social du patient. Ceci est probablement lié à un manque de connaissance des multiples déterminants de santé et à une vision de la médecine imprégnée par le modèle biomédical, qui ne prend pas en compte le rôle des facteurs sociaux ou de la subjectivité individuelle. N'ayant pas été formés à ce sujet, ils semblent, par exemple, avoir du mal à imaginer ce que pourrait concrètement leur apporter la connaissance des « paramètres sociaux » de la personne.

N°6 « *je sais pas, j'avoue que chez des patients, ... qu'ils seraient intéressés de savoir que le médecin généraliste s'intéresse à leur vie, ceux qui viennent pour des soins ou des choses précises, je pense que ça leur apporte rien mais d'autres personnes qui viennent un peu des fois pour des motifs un peu cachés, ils viennent pour parler, des petits vieux, qui viennent toutes les semaines pour leur raconter tout et n'importe quoi, leur vie quoi, il pourrait le rechercher, pour voir si il pourrait leur apporter quelque chose de plus concret.*»

H. Falcoff donne deux raisons principales pour le médecin de s'intéresser à la position sociale de chaque patient (12). Tout d'abord parce que cette position exprime un risque social plus ou moins élevé et que la connaissance de ce risque oriente la prise en charge. Ensuite, dans un but d'évaluation des inégalités sociales de santé. Il propose d'enregistrer à minima deux critères caractéristiques. Le premier est la profession, suivi de la catégorie socioprofessionnelle selon l'INSEE. La seconde catégorie renseigne sur la protection sociale du patient.

Seuls deux jeunes internes imaginent ce que pourrait apporter la prise en compte du facteur social dans le déroulement de la consultation. Elles donnent l'exemple du rappel personnalisé des patients identifiés comme « à risque » de mauvais suivi.

N°3 « *savoir dans quel contexte il vit, pour aller le chercher. Parce que quand on sera médecin généraliste, on aura un suivi des patients ... tu sais que telle personne même si tu lui dis faut revenir dans un mois, parce que faut faire le vaccin, ben ça sera à toi d'aller le chercher parce que de lui même il ne viendra pas (...) si toi tu leur dis « c'est maintenant qu'il faut venir »... alors après ça fait beaucoup de travail mais ça sera aussi plus adapté.* »

N°6 « *Ca serait peut être à nous d'aller les chercher ces patient précaires, d'aller vers eux. Parce que je suis pas sur qu'ils connaissent, si ils connaissent les médecins, mais j'suis pas sur que... »*

Ceci rappelle ce que H. Falcoff suggère dans son article sur les dispositifs basés sur des rappels destinés aux professionnels et/ou aux patients. Ils sont de quatre types : *register*, *reminder*, *outreach*, *recall*¹⁶², et se sont montrés efficaces dans l'amélioration de la qualité des soins des populations défavorisées aussi bien dans les interventions ciblées sur ces populations que dans les interventions universelles (89).

Seules Marie et Nadine imaginent une adaptation de leur interrogatoire lorsque le patient est identifié comme en situation de vulnérabilité.

¹⁶¹ tout en ayant des difficultés à le mettre en pratique, comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant.

¹⁶² Un dispositif de type *register* consiste en une liste des patients pour lesquels certaines procédures de prévention ou de soins sont recommandées selon une périodicité bien définie. Un dispositif de type *reminder* est un programme qui déclenche des rappels automatiques destinés au médecin ou à l'infirmière lorsque le moment de réaliser la procédure approche. Un dispositif de *recall* est un système de rappels téléphoniques ou postaux des patients. Enfin un dispositif de type *outreach* est une intervention d'un professionnel qui va sur le terrain pour informer les patients concernés, au lieu d'attendre qu'ils se présentent spontanément en consultation.

N°3 « Ils sont moins dans la demande et du coup faut plus aller chercher, et c'est pas d'eux même qu'ils vont te dire j'ai tout ça, c'est à toi d'aller creuser, parce que je pense qu'ils gardent beaucoup pour eux, et du coup c'est plus difficile... enfin ils sont pas très expressifs. »
 N°7 « Ben déjà je les écoute plus, 'fin c'est pas que je les écoute plus mais je les fais parler, je pose pas juste «nez qui coule ? Vous tousses ? vous avez de la fièvre ? ... » bon, ça on le fait mais j'essaie de pousser un peu plus, par des biais détournés (...) et qu'elle parle un peu de la famille, du quotidien, pour voir si y'a pas aussi des soucis à ce niveau là. »

Ces adaptations du mode de communication ont déjà été étudiées. H. Falcoff décrit par exemple des « procédures d'activation » des patients ou du médecin (voir page 42).

L'apport du modèle biopsychosocial développé par Engel en 1980 permet également de trouver des éléments théoriques d'intégration d'éléments sociaux dans la consultation médicale. Selon A. Berquin la pratique clinique « *aura deux caractéristiques essentielles : un élargissement des perspectives et la participation active du patient. L'élargissement des perspectives traduit le fait que le soignant conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers. [Au cours de la consultation], il sera particulièrement sensible – en plus et non à la place du bilan somatique – à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel. Quant aux stratégies thérapeutiques envisagées, elles comprendront, outre les modalités « traditionnelles » visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé* » (132).

Conclusion

Notons que la perception du rôle social du médecin face à une situation de précarité, est limitée à l'orientation des patients, faisant l'impasse sur l'impact de la connaissance de la réalité de vie vécue par les patients tant pour le diagnostic que pour l'adaptation de la prescription, comme nous allons le voir.

c. En pratique : s'informer sur la couverture maladie du patient et adapter sa prescription

Un exemple concret du rôle du généraliste dans la prise en compte de la fragilité sociale du patient est de lui demander quel type de couverture complémentaire il possède. Dans les entretiens, nous avons questionné les internes pour savoir s'ils demandent à leurs patients s'ils ont une mutuelle. Huit internes sur dix ne demandent pas aux patients s'ils ont une mutuelle, et généralement ils présentent plutôt cela comme un « oubli » que comme un choix de ne pas poser cette question.

N°3 « Non, ça m'arrive pas, mais d'elles-même y a des personnes qui me le disent. (...) Mais spontanément je pense pas à poser la question»

Certains expliquent cela par un manque de formation.

N°2 « Non je le demande jamais. (...) Surtout, je sais même pas comment ça fonctionne. »
 N°8 « Je pense pas trop à poser la question de la mutuelle. J'arrive pas... on est pas formés donc voilà.

Julien ne voit pas l'intérêt de poser ce genre de question aux urgences, pour lui c'est la mission du médecin traitant.

N°10 « **Tu penses que ça à un intérêt de faire ça (demander si ils ont une mutuelle) aux urgences par exemple ?** Non ça n'a aucun intérêt, les examens dont tu as besoin tu le fais dans l'immédiat et tu fais un courrier et à la limite c'est son médecin généraliste qui lui prescrira donc c'est à lui de gérer ce type de problème... mais en tant qu'urgentiste, on prend pas le temps de faire ça. On écrit au médecin. Il a plus de temps à consacrer à ses patients, c'est quand même ses patients, c'est sa patientèle, c'est pas sa clientèle quoi, pour moi y'a une différence quand même entre les deux. »

Certains comme Nadine semblent découvrir les conséquences que le fait de ne pas avoir de mutuelle pourrait entraîner sur les soins :

N°7 « **est ce que toi tu demandes aux gens si ils ont une mutuelle ?** Je pars du principe qu'ils l'ont, 'fin je demande jamais ... et j'ai croisé personne qui n'en avait pas. ... **d'accord ... parce qu'il y en a quand même beaucoup qui l'ont pas et du coup ça joue parce que par exemple sur les 23 Euros ils vont quand même payer 7 Euros ... Ouais, mais en fait on s'en rend pas du tout compte ... pas du tout.** »

D'autres comme Marie, imaginent très facilement l'impact que cela peut avoir dans sa pratique, et prend conscience de l'écart qui existe entre le savoir et la pratique :

N°3 « . **Du coup je fais des ordo un peu bête, les mêmes pour tout le monde et il y a certaines personnes qui disent « ah ben oui mais la... » c'est vrai que c'est un peu bête de pas poser la question. Mais pas assez naturellement. Je me rends compte que ça m'arrive, mais après changer c'est encore autre chose. »**

La thèse A. Aubry (88) trouve des résultats similaires chez les médecins généralistes installés du 13ème arrondissement de Paris : seulement 7,4% des médecins posent systématiquement la question de la complémentaire santé, 48% ne la posent que s'ils jugent qu'il y a des facteurs de précarité et 44% ne la posent jamais.

De manière assez paradoxale, ils sont une majorité (6 internes sur 10¹⁶³) à affirmer adapter leur prescription au niveau de couverture du patient, bien que très peu d'internes pensent à s'informer de la couverture complémentaire de leur patient. Nous nous sommes alors demandé si les internes ne nous parlaient pas d'une pratique idéalisée.

N°2 « ouais il faut s'assurer que derrière, ce qu'on va prescrire ça va suivre... (...) Pour moi il faut plus réfléchir à la prescription parce qu'on ne connaît pas tout ce qui est pris en charge à 100% et ce qui ne l'est moins. Faut faire un peu plus attention »

N°4 « je vais vraiment me limiter au médicaments les plus importants et puis surtout les génériques. »

La couverture complémentaire est l'un des principaux facteurs de renoncement aux soins et dans le but d'une bonne poursuite de la prise en charge, il suffirait d'inclure dans la consultation une courte question à ce sujet.

Conclusion

Cette partie met en lumière l'impact potentiel de faibles connaissances des déterminants de santé sur la manière d'envisager le rôle de médecin généraliste. Ainsi, alors que 75% des internes sont conscients de l'importance de la complémentaire santé dans l'accès aux soins¹⁶⁴, ils sont peu nombreux à avoir adapté leur pratique en questionnant leurs patients sur leurs couvertures complémentaires. De la même façon, si les internes semblent sensibles à la nécessité d'une adaptation des prescriptions, ils n'ont pas le réflexe d'évaluer la couverture sociale des patients. De manière plus globale, ils envisagent le rôle de médecin généraliste dans la

¹⁶³ Le sujet n'ayant pas été abordé dans les 4 autres entretiens.

¹⁶⁴ Réponse à la question n°20 où 76,7% (n=177) des internes sont d'accord avec le fait que le renoncement aux soins existe en France, surtout quand les personnes n'ont pas de mutuelle.

prise en charge sociale de leurs patients de manière assez réduite : orientation, voir coordination avec des travailleurs sociaux, calquée sur le modèle hospitalier et ne semblent pas être conscients de la nécessité d'une prise en compte des facteurs sociaux pour une meilleure qualité de prise en charge. Ils ont donc du mal à imaginer dans quelle mesure ils pourraient lutter contre les ISS et « faire partie de la solution »¹⁶⁵.

Améliorer cela nécessiterait donc une plus grande sensibilisation sur ces enjeux de fragilité sociale pendant les études médicales. Il faudra attendre probablement encore quelques années puisque cette réflexion sur les pratiques émerge tout juste en France avec par exemple le premier colloque français¹⁶⁶ s'intitulant « *Les inégalités sociales de santé : les soins primaires sont-ils une partie du problème ou une partie de la solution ?* ».

D. 2) Difficultés perçues dans la prise en charge du patient en situation de précarité

Comme nous l'avons vu précédemment⁽¹⁶⁷⁾ les difficultés perçues peuvent être la source de discrimination, c'est pourquoi il est intéressant de recueillir les difficultés et appréhensions perçues par les internes dans la prise en charge du patient en situation de précarité afin d'orienter au mieux leur formation.

a. Le repérage des patients en situation de précarité en cabinet n'est pas facile

Notons tout d'abord que la problématique du « repérage » des personnes en situation de précarité pose un problème éthique de fond. Nous pensons que ce repérage est nécessaire pour permettre au médecin de jouer pleinement son rôle d'orientation décrit précédemment par les internes, mais également d'adapter la prise en charge médicale et sociale des patients. Mais il peut également mener à une forme de stigmatisation et de catégorisation pouvant favoriser la discrimination. Nous avons voulu savoir comment les internes envisagent ce repérage. Par exemple pour Nadine, cette étape semble être difficile.

N°7 « *J'ai pas assez d'expérience professionnelle pour pouvoir te dire qui sont les gens précaires ou pas précaires* »

Les internes s'accordent sur le fait que cette « identification » ne se fasse pas uniquement sur le physique.

N°1 « *j'ai halluciné sur le fait qu'en fait ça se voit pas forcément sur leur gueule. Et notamment un type, c'était hallucinant il vivait dans un truc c'était immonde. Et ça se voyait pas forcément ...* »
N°6 « *c'est pas écrit sur leur front évidemment* »

La profession, le lieu et les conditions de vie, sont des facteurs permettant aux internes d'évaluer le niveau socio-économique de leurs patients.

N°2 « *et après... c'est difficile en fonction de leur profession, quand on discute avec eux on se rend compte de leur niveau de vie.* »
N°5 « *Quand on discute avec les patients on leur demande ce qu'ils font dans la vie, où ils habitent, un peu leurs conditions de vie. Dans ces moments là.* »

Mais finalement, comme cela transparait bien dans le discours de Sarah, nous avons l'impression, que le fait de « faire » ou « ne pas faire » précaire tient surtout au ressenti et à la subjectivité du médecin.

¹⁶⁵ Cf. le titre de la thèse : Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?

¹⁶⁶ Colloque international organisé par Equip et la SFTG, parrainé par la Société Française de Santé Publique, le 5,6 avril 2013) à Paris.

¹⁶⁷ Paragraphe Des conditions d'exercice difficiles influencent les représentations des médecins vis-à-vis de leurs patients » page 158

N°6 « *Je me souviens d'une famille, nan mais en fait, ils ne faisaient pas précaires.* »
N°6 « *Du coup, tu dirais que la fille de ta patiente vit dans des conditions précaires ? Je pense, c'est ce que j'ai senti* »

C'est également les conclusions de la thèse de B. Girard (192) : « *Actuellement, les médecins généralistes ne possèdent pas de critères objectifs ou standardisés pour procéder au repérage des personnes socialement vulnérables. La caractérisation de celles-ci par le médecin généraliste se fait donc selon un raisonnement analogique. Ce processus cognitif se définit comme la somme des expériences et connaissances accumulées permettant de classer à un instant T un sujet dans un groupe aux propriétés et caractères communs.* » Les résultats de sa thèse intitulé « *Comparaison du score de raisonnement analogique clinique et du score EPICES pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale* » rapportent que dans l'ensemble les médecins généralistes parviennent à repérer les patients à risque, avec une variation importante selon les médecins.

Développons les éléments qui semblent faire obstacle au repérage des patients en situation de précarité identifiés par les internes.

Selon une approche individuelle 3 facteurs nous semblent déterminants :

- le sentiment d'inutilité à détecter une situation, devant le manque de moyens pour la résoudre ou adapter sa prise en charge.
- la difficulté à parler de la situation sociale ou financière de la personne en consultation, certains internes ne se sentant pas légitimes.
- et enfin, la peur de stigmatiser avec pour objectif de « ne pas faire de différence ».

Si l'on prend une approche systémique le fait que le corps médical, et le système de santé dans son ensemble, se préoccupent peu du contexte psycho-sociale des personnes encourageant peu ce travail et donc l'évolution des pratiques professionnelles du corps médical.

01. Le corps médical, en général, ne s'intéresse pas à la problématique sociale

Sarah et Marie illustrent ce fait par l'absence de recherche d'éléments sur la situation sociale des patients pendant la consultation.

N°6 « *Y a des médecins qui veulent pas la voir, qui la voient pas qui la recherchent pas. Ils n'en parlent pas, ils ne s'intéressent pas. (...) Avec l'entretien qu'on fait d'habitude, on la recherche pas. (...) De ce que je voyais, les entretiens fait en médecine générale sont très courts, tu vas à l'essentiel, le problème médical, et au final, le problème social c'est très peu pris en compte à moins que la personne vienne pour une demande sociale ...* »
N°3 « *nous on s'axe beaucoup vraiment sur le domaine de la santé et tout ça et y'a plein d'autres choses qu'on voit pas et qui pour eux sont peut être plus importantes que ce que nous on voit.* »

L'observation de Sarah est assez sévère : les professionnels de santé sont confrontés aux problèmes sociaux mais ne s'en soucient pas. En effet, à l'hôpital, les internes sont confrontés à la prise en charge sociale des patients, mais se sont l'administration et les assistantes sociales qui se soucient de l'ouverture des droits.

N°6 « *Tant qu'on est pas très sensibilisé a ce sujet en tous cas par nos études, on en parle vraiment peu, on la rencontre mais on en parle pas, on nous l'apprend pas, on sait pas comment la gérer* »

En médecine libérale, les médecins sont confrontés plus directement à cette question de la couverture sociale, notamment pour leur rémunération.

N°1 « A l'hôpital même j'en ai jamais entendu parler. (...) Par contre, mais c'est la médecine libérale en général (...). Le jour où ça te permet d'être payé, t'as besoin de comprendre comment ça marche. »
 N°4 « En Gynéco-ped, souvent aux urgences on demande pas souvent si ils ont la CMUC, ce genre de question on les pose surtout dans les cabinets, les dentistes. »

Nous avons la sensation ici que les internes sont conscients du désintérêt global du corps médical pour cette problématique. Ils sont conscients de la difficulté dans leur pratique, de s'y intéresser, dans ce contexte. P. Lombrail, décrit ce mécanisme par le terme « *inégalité d'accès aux soins secondaire par omission* » comme décrit dans la première partie. Il suggère que les inégalités sont la conséquence de « *l'inertie d'un système dont les acteurs méconnaissent l'ampleur des besoins de soins non satisfaits et le rôle de rattrapage qu'ils pourraient jouer, s'ils soignaient en conscience des opportunités perdues de le faire* » (34).

02. De la même manière, les internes ne semblent pas préoccupés par cette problématique sociale

Lors de nos entretiens nous avons demandé aux internes s'ils parlaient entre eux de situations complexes socialement, de la même manière qu'ils évoquent des situations complexes sur le plan médical.

	Entretien n°
N'en parle pas avec ses collègues	1, 2, 4, 8
En a déjà parlé avec ses collègues	3, 6

N°4 « Non non j'ai pas eu l'occasion d'en parler, non. »
 N°1 « C'est pas un sujet de discussions dans un sens comme dans l'autre. C'est comme ça.(...) . On est un peu confronté à la précarité dans notre boulot. Mais, on l'accepte assez bien. La majorité des gens que je vois sont pas révoltés, font leur boulot avec ça. C'est des gens sans avis. »
 N°8 « quand t'as grandi y a quand même beaucoup d'internes qui sont enfants de médecin, voilà ils ont pas accès à ça.. donc ils vont pas le voir. Ils en pensent rien car pour eux c'est pas un sujet, c'est pas un sujet voilà.»

Sarah, est la seule à avoir déjà évoqué avec sa co-interne le thème de la précarité suite à des situations vécues, lors d'intervention médicale à domicile.

N°6 « Oui, les quelques cas marquants, on en parle, mais on parle de petits cas de précarité, nos cas du Samu quand on est dans des maisons très insalubres, on en parle, mais c'est vrai que ça nous fait pas plus agir. On en parle un peu, plus par le biais des cas qu'on rencontre, par la pratique. »

Ce désintéressement des médecins, constaté par les internes, concernant cet aspect social, contribue à alimenter ce que J. Mann appelle la « socio-parésie » du système de soins (détaillée dans la partie 1).

03. Les internes se sentent impuissants

N'ayant pas les outils pour détecter une situation de précarité, puis pour adapter leur prise en charge, ils perçoivent mal l'intérêt de ce repérage. Face à ce constat, ils ressentent un sentiment d'impuissance. Ce sentiment est à identifier comme un autre obstacle pour les futurs médecins, à une connaissance plus exhaustive du contexte social du patient.

N°10 « Donc il est moins bien suivi et il comprend rien, si il comprends rien, tu peux pas faire grand chose de plus pour lui »
 N°7 « tu fais c'que tu peux toi de ton coté et c'est frustrant et tu sais bien que tu peux pas faire plus. »
 N°6 « Ouais des fois impuissante aussi (...) j'ai l'impression qu'on a pas beaucoup de moyens »

En effet, mieux connaître le rapport à la santé qu'entretiennent les personnes, ainsi que les adaptations qui en résultent permettent aux soignants de ne pas se sentir découragés et de réduire leur sentiment d'impuissance.

04. Parler de la situation sociale, financière en consultation est une barrière

Plusieurs internes se sentent gênés ou non légitimes pour parler de situation sociale ou financière avec les patients. Pour Julien, un médecin qui parle de revenus avec son patient, est suspecté de vouloir le voler.

N°10 « et puis on connaît pas le salaire des gens réellement, si tu leur demandes pas. « combien vous gagnez par moi » ? Si tu vas chez le médecin et il te demande « combien tu gagnes par mois ? ». D'entrée, le mec il se dit « celui la, il veut me piquer de l'argent » tu vois ?

Nadine trouve cela gênant de demander au patient s'ils sont bénéficiaires de la CMUC, elle a peur que les patients se sentent jugés.

N°7 « si ils ont la CMUC, c'est pas écrit sur leur front et quand on pose la question, ici de temps en temps ben ils le vivaient mal, j'avais l'impression que du coup, ils se sentaient jugés parce que tu leur posais cette question»

C'est également ce qu'a retrouvé J. Gueguen dans son enquête auprès de quelques médecins généralistes. Certains estiment que le fait de ne pas s'enquérir du statut social d'un patient est un principe éthique qui permet de mettre tous le monde sur le même pied d'égalité et d'éviter ainsi la « stigmatisation » (79).

Nadine ne se sent pas légitime pour « parler de la précarité » qu'elle ne connaît pas. Elle exprime son malaise :

N°7 « c'est assez délicat quand t'es médecin de parler de précarité, parce que t'as toujours l'impression, ... que si je me mets à leur parler de ça, ils vont me regarder en disant « ben vous savez pas de quoi vous parlez ». Ce qui est vrai parce que je ne suis pas du tout dans le cas. (...) donc si eux m'en parlent (de leur situation de précarité), on discute plus au niveau « organisation du quotidien. Après parler précarité vraiment avec les patients, je ne me sens pas du tout capable sur ce sujet. »

Certains internes, comme Nicole semble aborder les choses plus naturellement avec les patients :

N°8 « Après les gens, ils te disent rapidement quand tu discutes avec eux qu'ils ont des difficultés. »

Aborder la situation sociale et en particulier le thème de l'argent dans une consultation de médecine générale, dans le contexte culturel français, pose problème à certaines personnes et peut être une barrière à la prise en compte sociale des patients dans leur parcours de soin.

05. Un enjeu de taille : le repérage des patients précaires sans stigmatisation

Les internes relèvent dans leur pratique la difficulté d'offrir une prise en charge adaptée à chaque patient sans pour autant stigmatiser un public particulier.

N°7 « j'avais l'impression que c'était vraiment euh, c'était une manière de les discriminer peut être et du coup est-ce que t'allais moins bien les soigner si ils te disaient qu'ils étaient CMUC »

D'autres internes mettent donc en avant l'absence de différences lors des consultations avec des patients précaires à l'image de leurs maîtres de stage¹⁶⁸.

N°1 « *j'ai pas l'impression de faire des différences.* »

N°4 « *qu'ils soient précaires ou pas pour moi ça change pas beaucoup, ...* »

Pauline est la seule à exprimer une différence de prise en charge qu'elle a observée.

N°9 « ***Est-ce qu'il y a une prise en charge différente pour un patient en situation de précarité par rapport à un autre ?*** *Ca dépend, si le patient est alcoolisé on a tendance à se dire, on le laisse tranquille, on le laisse cuver alors que quelqu'un qui n'est pas précaire qui s'est pris une cuite le soir, si il a un comportement bizarre on va peut être plus faire le bilan alors que lui il vient souvent parce qu'il s'alcoolise souvent alors on le laisse comme on dit « dormir en box » et puis on fait un petit examen rapide et un examen neurologie peut être pas aussi approfondi que si c'est quelqu'un qui est sorti un jour ... alors que c'est tous les deux une intoxication alcoolique aigue. Peut être dans ce sens la oui mais après sinon moi non, moi je ne note pas énormément de différence. »*

Comme nous l'avons vu précédemment (page 166), selon E. Forichon «*la discrimination fortuite – bien que non intentionnelle – est si répandue que toutes les politiques et toutes les organisations de santé devraient être invitées à exercer sur ce point une vigilance particulière.* »

Une contradiction émerge donc chez les internes entre le fait d'affirmer que le médecin généraliste doit assurer une prise en charge identique pour tous, et les adaptations qu'ils envisagent face aux difficultés rencontrées en consultation, comme par exemple le fait de rédiger une ordonnance selon la couverture sociale du patient. Cette ambivalence est peut-être le reflet d'une pratique idéale imaginée par les internes, entre non stigmatisation et adaptation au profil social du patient, comme le raconte Audrey.

N°1 « *A l'hôpital même j'en ai jamais entendu parler, mais ce qui est pas forcément un mal je pense. A la limite c'est pas plus mal que tu saches pas, finalement c'est signe aussi d'équité. C'est pas écrit sur sa gueule, on t'as pas mis un panneau sur la porte « attention il a la CMUC » j pense que c'est bien, t'as rien à voir avec le fric et avec ça.* »

Selon E. Forichon « sans qu'il soit ici question de stigmatisation, les protagonistes de l'action en faveur des publics défavorisés se sentent souvent comme pris en tenaille entre deux impératifs apparemment contradictoires : reconnaître les identités et respecter le principe d'universalité» (191). Cette intention de ne pas stigmatiser est primordiale, et les internes semblent bien conscients de cet enjeu. Mais cela ne doit pas limiter la diffusion des connaissances sur les inégalités sociales de santé et des adaptations visant à les réduire qui peuvent en découler dans la pratique de la médecine générale.

Alors que la vulnérabilité sociale pourrait être considérée comme un facteur de risque au même titre que les facteurs dits classiques, les médecins généralistes ne possèdent pas actuellement de critères objectifs ou standardisés pour procéder au repérage des personnes socialement vulnérables (192). Les internes sont donc aussi dépourvus que leurs aînés et s'appuient sur « *la somme des expériences et connaissances accumulées* ». Ainsi, en tout début de vie professionnel et sans sensibilisation durant les études, ce repérage représente une réelle difficulté pour les internes qu'ils expriment bien dans les entretiens. Un véritable travail de recherche est en cours (groupe de recherche Equip) afin de déterminer les outils les plus adaptés à la pratique de médecine générale pour recueillir la position sociale des patients. Dans l'attente des résultats, un recueil systématique de la couverture sociale et de l'emploi permettrait déjà un repérage des patients sur la base de critères objectifs.

¹⁶⁸ Cf. paragraphe l'influence du MSU (page 158)

a. Autres difficultés identifiées en consultation

Hormis la difficulté à identifier un patient précaire, d'autres difficultés sont repérées par les internes.

Difficultés sont repérées par les internes	Entretien n°
Difficulté à contacter une assistante sociale en ambulatoire	10
Le manque de temps en consultations, pour prendre en charge ces problématiques sociales.	6, 7, 8, 9
Des conditions de vie plus difficiles empêchant un suivi et une observance corrects.	3, 4, 5, 8, 9
Des patients qui nécessitent des explications plus longues	1, 2, 5, 6, 9, 10
La barrière de la langue	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10

En ambulatoire, les internes ne savent pas comment contacter l'assistance sociale.

N°10 « *En libéral, euh, non. Normalement l'AS¹⁶⁹ mais tu dois en chercher dans le public et donc tu cherches et tu l'orientes.* »

Selon la WONCA¹⁷⁰, les médecins généralistes devraient pouvoir utiliser « *de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires* ». N'étant pas formés à la coordination avec les travailleurs sociaux, ils utilisent donc de façon incomplète toutes « *les ressources du système de santé* ».

Le manque de temps en consultation est identifié par les internes comme la difficulté majeure dans la prise en charge des problématiques sociales¹⁷¹.

N°7 « *Je pense qu'il n'a pas le temps. (...) ça serait merveilleux que le médecin généraliste puisse faire ça mais t'as pas le temps quoi ! ou alors être payé pour ça ? (...), passer 45 min au lieu de 20 parce que tu veux faire en sorte que la personne ait confiance en toi, c'est plus difficile et puis y'a des fois ou tu vas peut être pas réussir à donner les bons mots de code et la bonne communication et tu vas peut être pas réussir à créer un climat de confiance* »

Effectivement, comme le rapporte H. Falcoff, plusieurs études d'observation ont montré une association positive entre la durée des consultations et la qualité des procédures et des résultats des soins. Toutefois, en 2006, une revue Cochrane des interventions visant à modifier la durée des consultations conclut à la faiblesse méthodologique des études et à l'absence de preuves suffisantes des bénéfices de cette modification (12).

D'après les internes, les patients en situation de précarité nécessitent plus de temps de consultation et ceci est dû en partie selon eux au fait que les explications doivent être plus longues.

N°2 « *Il faut (...) souvent plus leur expliquer les choses. (...) Prendre plus de temps pour leur expliquer, pour être sur qu'ils ont bien tout compris, trouver des moyens pour qu'ils puissent respecter toute la prescription.* »

Cette nécessité d'avoir plus de temps de consultation avec des patients socialement plus défavorisés, afin de pouvoir prendre en compte le côté social et de faire plus d'éducation thérapeutique est à mettre en perspective avec les pratiques actuelles. Ainsi, comment nous avons vu dans la première partie, une enquête de la DREES réalisée en 2002 a prouvé que la durée des consultations des généralistes libéraux était inversement

¹⁶⁹ AS : assistante sociale

¹⁷⁰ qui a défini les caractéristiques de la discipline médecine générale.

¹⁷¹ Cela pourrait être à pondérer par le fait qu'ils soient en début d'exercice, mais cette thématique est également retrouvée dans d'autres thèses pour les praticiens en exercice (73,74).

proportionnelle au niveau socio-économique des patients et que par exemple les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire ont une durée de séances inférieure à celle des autres assurés (63). On peut noter ce paradoxe : les internes pensent que les patients précaires nécessitent des consultations plus longues, alors que leurs aînés réalisent avec ces derniers des consultations plus courtes (cf. page 30).

La rémunération actuelle des médecins (majoritairement basé sur le paiement à l'acte) est identifiée comme un obstacle à une bonne prise en charge sociale par des internes de dernier semestre, comme Nicole ou Vanessa.

N°8 « *pour moi c'est une contrainte, moi je pense que voila, un médecin il doit être libre de tout ça, il doit avoir l'esprit occupé par ce qu'il fait et ce qu'il fait c'est soigner les gens, avoir aussi une vision globale de l'individu, la prévention, et tout ça tu peux pas le faire si t'es en train de te dire « putain ça fait ¾ d'heures que je suis avec cette patiente, ça va me rapporter que 23 euros ». J'ai assisté a des discussions de médecin sur « ce qui est chiant avec ce genre de patiente (ayant une dépression) c'est qu'elles te prennent 1 h mais qu'elles vont te rapporter que 23 Euros » alors y 'en avait un qui avait dit « alors moi j'essaie de leur faire faire un petit test comme ça je peux le facturer».*

Effectivement, aujourd'hui, la majorité des médecins généralistes français sont payés à l'acte et exercent seuls ou dans des structures de petites tailles sans collaboration avec du personnel paramédical (psychologue, infirmières,...), avec des moyens en secrétariat réduits. Ces conditions favorisent la réponse à la demande plus qu'aux besoins (12). On peut comprendre que les internes interrogés délimitent leur rôle de cette façon. Sans doute pourraient-ils l'envisager différemment dans un exercice pluridisciplinaire groupé, associé à une rémunération différente. D'autres systèmes de santé rémunèrent différemment les médecins. Le paiement au forfait signé par les généralistes anglais en 2004, permettent une pondération des rémunérations des médecins selon la situation locale de morbidité et de mortalité (fortement dépendant comme nous l'avons vu plus haut du niveau socio-économique de la population) et permet ainsi d'intégrer la dimension sociale dans le soin primaire (193).

Nadine, qui a le projet de s'installer dans une maison médicale connaît une expérimentation de rémunération qui favorise cette prise en charge globale, comprenant le volet social.

N°7 « *ou alors être payé pour ça ? Avec les « Nouveaux Modes de Rémunération », cela permettrait d'avoir une partie sociale dans la consultation»*

En effet les structures d'exercice médical regroupé ou pluri-professionnels peuvent participer à l'appel à projets sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Cet appel à projets vise à encourager les coopérations professionnelles pour prendre en charge notamment les maladies chroniques et développer des services innovants aux patients (194).

Ce temps « d'explications plus longues » mis en avant par les internes est particulièrement justifié lorsque qu'il existe une barrière de la langue. Cette barrière est identifiée par les internes comme une des principales difficultés rencontrées en consultation.

N°8 « *Quelles sont les difficultés que t'as rencontré avec des patients en situation de précarité ? Ah ouais, le langage c'est le premier. »*

Lorsque la langue du patient n'est pas la même que la leur, les internes se « débrouillent » comme ils peuvent :

N°2 « *C'est difficile. Compliqué. Des fois y a des interprètes dans les hôpitaux, ou les aides soignantes ou les IDE « qui parlent arabe » ... Mais c'est pas facile»*
N°9 « *après y'a aussi le problème de langage, c'est souvent des immigrés donc on se comprend pas toujours, et on sait pas si on sont toujours compris non plus Et tu sais comment faire justement quand y'a ce problème de langage ? tu fais comment toi ? J'essaie de faire en anglais mais c'est vraiment lamentable après sinon je fait pas mal par les signes.»*

Et quelles que soient les solutions de communication trouvées, elles ne semblent pas leur convenir. Les internes ont la sensation de mal faire leur travail dans ces conditions. L'un d'eux, comme d'autres, utilise l'expression « faire de la médecine vétérinaire » :

N°10 « *les difficultés après ça peut être la barrière de la langue. (...) quand on arrive à parler avec eux, parce qu'il faut qu'ils parlent Français sinon c'est du veto (vétérinaire)? (...) ils comprennent pas très bien et puis faut qu'ils parlent français tu vois ! y'a beaucoup de gens il faut un traducteur pour pouvoir parler avec quoi ! Alors aux urgences faire un examen avec un mec derrière qui traduit tous tes mots et qui les retraduit ... enfin voilà ça prends des heures et on est pas la pour ça quoi alors donc on fait du veto ... « allez c'est bon laisse tomber, tu appuie sur le ventre y'a pas de défense, tu fais un bilan parce qu'on fait toujours un bilan et puis il rentre a la maison si y'a rien avec un traitement symptomatique, il t'en voudra de pas l'avoir hospitalisé mais bon. »*

Nicole, qui connaît le système de l'interprétariat par téléphone, grâce à la PASS Rimbaud, donne une piste d'amélioration des soins.

N°8 « *Un truc très con, moi qui m'a fait halluciner. C'est l'interprétariat par téléphone. J'ai trouvé ça génial ! Je me dis : (...) Pourquoi c'est pas plus répandu ! Aux urgences ils ne connaissent même pas ça. Comment c'est possible, (...) je ne comprends pas. »*

Des conditions de vie difficiles empêchant un suivi et une observance corrects sont également des difficultés mentionnées pendant les entretiens. C'est également l'élément le plus souvent observé par les internes dans la thèse de L. Petitcollot sur les représentations des internes vis à vis des patients bénéficiaires de la CMUC (98).

N°3 « *même si nous on a plein de trucs dans la tête « ah il faudrait faire ça ... est c'que c'est applicable ? c'est pas forcément ... fin voilà, on a plein de rêves ...»*

N°5 « *Un patient qui Dit qu'il n'ira pas faire les examens complémentaires qu'il faudrait, enfin que nous on aimerait bien qu'il aille faire, parce qu'il a pas les sous pour aller les faire. »*

Comme on l'a vu dans la partie sur le rôle du médecin généraliste les internes envisagent facilement d'adresser les patients vers une assistante sociale. S'il est aisé d'adresser les patients à une assistante sociale dans le milieu hospitalier, une telle tâche peut se révéler bien plus complexe pour des médecins généralistes installés en libéral.

N°10 « *Quelqu'un qui n'a pas de droit ouverts, tu sais à qui l'adresser ? En libéral, euh, non. Normalement l'AS aussi mais tu dois en chercher dans le public et donc tu cherches et tu l'orientes. Mais je pense que la première année quand tu es installé, tu commences à les chercher ces gens là après tu gardes le numéro. »*

Conclusion

Le repérage des patients en situation de précarité semble problématique pour les internes parce qu'aborder ce sujet avec les patients leur paraît souvent difficile, parce qu'ils se sentent impuissants une fois l'information recueillie, et car leur corps de métier ne prévoit pas forcément une implication importante dans le travail social. Une interne le résume de cette façon : « on la rencontre mais on en parle pas ». A travers l'observation de leur pratique ou celle de leurs confrères, les internes ont identifié le concept de la socio-parésie : « cette difficulté de la santé publique française (...) en tant que pratique à se détacher de ses références biomédicales et à affronter la réelle nature sociétale des déterminants de la santé » (191). D'autre part, les internes ont du mal à concevoir dans leur pratique, l'intérêt que pourrait avoir la connaissance de la position sociale des patients. Pourtant, comme nous l'avons vu avec les algorithmes d'évaluation du risque coronaire (algorithmes de Framingham), le fait de négliger le contexte psychosocial du patient équivaut à se priver d'outils

diagnostics et pronostics dont la pertinence a déjà été documentée. Le futur médecin doit prendre conscience de l'utilité de collecter des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et les déterminants sociologiques, économiques, sanitaires, culturels et autres qui influencent le bien-être de ses patients. Il doit apprendre à faire émerger ces informations dans sa relation avec le patient tout en restant vigilant à ne pas le stigmatiser. Cette vigilance, les internes interviewés semblent l'avoir intégré (195). La prise de conscience par les soignants de l'existence d'un gradient de morbi-mortalité entre groupes sociaux hiérarchisés, plutôt que d'une vision binaire des inégalités (exclus/non exclus), pourrait permettre une réduction du risque de stigmatisation envers une population déterminée. Ainsi, la prise en compte systématique de la position sociale du patient paraît nécessaire pour un suivi décomplexé, globale et adapté à la particularité de chaque patient.

Après avoir évoqué de façon objective, les freins à une prise en charge sociale dans la pratique du médecin généraliste, voyons les difficultés, relevant plus de l'ordre de l'intime et du personnel que les internes ont abordé en entretien.

D. 3) Positionnement subjectif de l'interne face à la précarité

a. Distance au patient versus intimité avec la précarité

En étudiant les représentations des internes nous avons souhaité analyser dans le même temps leur distance par rapport à la précarité. Nous leur avons posé la question suivante: « *Pourriez vous un jour vous retrouver en situation de précarité ?* ». C'était également souvent l'occasion de nous donner leur vision de leur positionnement propre dans la société.

Pourriez-vous un jour vous retrouver en situation de précarité ?	Entretien n°	Positionnement dans la société	Entretien n°
Se sent protégé	1, 3, 4, 9	Se sent privilégié	1, 3, 5, 8
Protégé temporairement	6	Ne se sent pas privilégié	9
« On pourrait tous être précaire »	5, 7, 8, 10		
Pas de réponses	2	Pas de réponses	2, 4, 6, 7, 10

Quatre internes se sentent protégés et n'envisagent pas de devenir un jour « précaire », bien que deux d'entre eux aient déjà vécu dans des conditions qu'ils considéraient comme précaires.

N°1 « *Ah non. Je me sens hyper protégé. A pleins de niveau. (...) j'ai trop de moyens autour de moi, psychologique, familiaux, des ressources financières* »

Pour les cinq autres internes la peur d'être précaire un jour les préoccupent, comme 60% des français selon une étude TNS SOFERS de 2008 (196). Pourtant comme le rappelle l'observatoire des inégalités et contrairement à une thèse répandue, la pauvreté ne frappe pas au hasard. Les personnes les plus démunies sont d'abord les moins qualifiées et celles qui ont le plus de difficultés à s'intégrer dans l'emploi. Il peut aussi s'agir de contraintes familiales : l'absence de mode de garde, les faibles salaires, le temps partiel contraint font basculer dans la pauvreté une part importante des familles et en particulier des familles monoparentales (composée le plus souvent d'une femme et de ses enfants) (197).

N°10 « *C'est possible, on peut pas savoir de quoi la vie est faite, mais c'est vrai que oui, c'est possible. Mais précaire, je serai pas emmerdeur comme eux, comme certains. Et qu'est c'qui te protège actuellement de cette précarité ? Le niveau scolaire principalement, le niveau socio-économique, culturel, on arrive toujours à se débrouiller et puis l'entraide, moi j'ai des amis toujours prêt à t'aider et puis ouais, en corse ... Tu serais pas seul ? Ouais, jamais.* »

N°5 « *Je pense que tout le monde peut être précaire un jour.* »

Pour Sarah cette « *stabilité* » est temporaire. Elle considère la période de vieillesse particulièrement précarisante par le fait de l'isolement.

N°6 « *Après une précarité, de se retrouver seul, ça je pense que ça peut toucher n'importe qui. On voit bien les personnes âgées qui se retrouvent seules (...) **Donc tu te sens protégée par ton métier, ta famille...** Oui, par les amis **ton entourage social ? Ouais, pour le moment. C'est temporaire.** »*

On s'aperçoit que les internes ont une distance à la précarité très variable, non dépendante de leur parcours personnel ou de leur milieu social d'origine, mais répondent plus à des logiques intimes.

Il est assez étonnant qu'autant d'internes (4 sur 10) pensent qu'ils pourraient être un jour « précaires ». Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses :

- Cela est peut-être dû au contexte de l'entretien : 1h30 de discussion au sujet de la précarité influence forcément le discours de l'interviewé.
- Peut être que la position du soignant est marquée par les destins malchanceux observés durant sa vie professionnelle ?

Cela est étonnant au regard de la position sociale majoritairement aisée des internes. Comme le rappelle un sondage d'Emmaüs, l'appréciation des Français sur cette question varie en fonction de leur position sur l'échelle sociale : les personnes de catégories sociales modestes pensent davantage qu'elles peuvent devenir SDF au cours de leur vie que celles de catégories aisées. 64% des ouvriers (contre 33% des cadres supérieurs) pensent pouvoir devenir sans-abri un jour. Ajoutons que cette crainte de se retrouver sans abri augmente en sens inverse du revenu mensuel des foyers (198). Si nous interprétons les choses au regard du statut social de l'interne, -son revenu étant aux environs du revenu médian (1 487 €) – la proportion d'internes inquiets sur le fait de devenir un jour précaire n'est pas discordante mais ce statut est à relativiser étant donné que l'internat est une période courte de trois ans, avant une vie professionnelle dont la rémunération est connue comme nettement supérieure et dépourvue de risque de chômage.

Dans l'ensemble, les internes expriment une angoisse peut-être un peu démesurée par rapport aux risques réels qu'ils ont de devenir un jour précaires et cette angoisse est probablement due à une connaissance incomplète des facteurs menant à la précarité et des facteurs de protection dont chacun dispose.

b. Appréhensions

Certains internes nous ont rapporté être mal à l'aise vis-à-vis de situations pouvant heurter leurs catégories affectives. Nadine, parle de la difficulté du soignant à assumer cette souffrance secondaire aux conditions de vie difficiles des patients.

N°7 « *moi j'aime bien là bas parce que les gens qui sont en souffrance, ils te le renvoient pas dans la tête, c'est pas du à toi, (...) je trouve ça plus facile. »*

L'empathie consiste à « *se mettre à la place de l'autre sans pour autant s'identifier à lui, voir le monde avec les yeux de l'autre en restant soi* ». Selon J. Lebas et P. Chauvin, c'est donc là toute la difficulté : « *si le patient défavorisé peut rassurer le médecin sur sa propre situation, il peut aussi lui donner l'impression de lui tendre un miroir et générer ainsi une réelle angoisse* » (32).

Audrey et Nicole soulèvent la nécessité d'un investissement très important pour travailler auprès de personnes plus défavorisées.

N°8 « *Faut avoir l'énergie aussi. Je pense que c'est ambivalent, je pense qu'il faut pas que les gens soient trop spécialisés dedans. Faut pas qu'on fasse que ça.* »
 N°1 « *tu sens qu'elle vibre complétement. Ça fait 6 mois qu'elle y est et ça la prend complétement aux tripes, à mon avis elle ne dort pas bien.* » « *Je pense qu'elle vit une expérience géniale. Dans ces trucs là tu sens que tu peux pas le faire à moitié. A partir du moment où t'as envie de t'investir, t'es obligée de foncer.* »

Toujours selon J. Lebas et P. Chauvin, l'aidant, surtout lorsqu'il est inexpérimenté, peut avoir du mal à instaurer la dimension de neutralité qui lui incombe, et perdre la distance nécessaire à la prise en charge de patients en situation de précarité. Il est donc important que l'aidant, et donc ici plus particulièrement l'étudiant, soit préparé à tous ces phénomènes, mais aussi accompagné autant que possible pour pouvoir verbaliser les difficultés auxquelles il fait face (32).

Au regard de nos recherches nous réalisons que les moyens de prendre en charge des personnes en situation de précarité sont réduits et peu connus. Tant qu'il en sera ainsi, seule une minorité de soignants aura assez d'énergie, et de motivation pour exercer auprès des publics vulnérables, et les usagers continueront à se tourner vers des structures spécifiques et alternatives, éloignées du droit commun car répondant mieux à leur besoin.

c. Perception d'une distance sociale

Sur le sujet de leur positionnement dans l'échelle sociale, les internes à qui nous avons posé la question nous ont tous répondu se sentir privilégiés a des degrés plus ou moins importants.

N°1 « *Privilegié plutôt que protégé. J'ai vraiment tout, alors si même moi je n'arrive pas à faire quelque chose, c'est vraiment que je suis une sale gosse. C'est quand même pas une grosse bataille pour moi la vie.* »
 N°8 « *Moi je me catégorise comme plus que privilégié. On n'est pas aisé on est ultra riche, comparé à la majorité.* »
 N°9 « *je me sens pas du tout dans le besoin quoi, je suis à l'aise. Maintenant, pas au point d'investir dans quoi que ce soit mais je vis bien, confortablement, donc milieu haut, milieu + quoi.* »

Cela peut expliquer la sensation de barrière sociale et d'incompréhension retrouvées dans les discours des internes. Cette distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient peut altérer la qualité de communication et donc du soin.

Par ailleurs, S. Chatelard retrouve dans son travail de revue de la littérature que les patients « *ayant du mal à juger la compétence médicale du médecin, fondent leur confiance sur des critères relationnels. Le ressenti lors du premier contact est un élément décisif. Puis dans la construction de la relation au fil du temps, les qualités d'écoute et de compréhension du contexte global du patient sont mises en avant, de même que la façon de délivrer l'information médicale*» (154). Ces critères relationnels étant très important pour les patients, il est aussi important que le professionnel ne se sente pas gênés par une trop grande distance sociale. Pour notre étude, nous avons choisi d'explorer la question de la distance sociale ou culturelle ressentie et une question a été spécifiquement posée aux internes lors des entretiens pour évaluer la conscience qu'ils en avaient et si celle-ci était source de difficultés dans leur pratique médicale.

Dans sa pratique médicale	Entretien n°
Ressent une distance sociale	3, 6,7, 8, 9, 10
Ne ressent pas de distance sociale	1
Pas de réponse	2, 4, 5

Sarah et Mairie définissent la distance sociale comme une incompréhension ou une méconnaissance.

N°6 « *Je pense qu'il y a une méconnaissance (...). La précarité, je vois bien j'ai du mal à la définir, donc pour la personne, (...) possiblement il peut y avoir une incompréhension...* »
 N°3 « *On a du mal à se comprendre eux et nous. Tu sens cette distance toi ? Ouais, moi je la sens...* »

« *La moitié du monde ne sait pas comment l'autre vit* », écrivait Rabelais. Cette phrase écrite il y a plus de cinq cents ans par ce médecin, écrivain reste encore d'actualité.

Nicole parle de la différence qu'elle ressent entre la connaissance qu'elle a des problématiques de vie liée à la pauvreté et concrètement les enjeux auxquelles sont confrontées les personnes dans la précarité. Pour elle, il y a une grande différence entre les deux et les médecins n'en ont pas idée.

N°8 « *Non mais tu es sensibilisé tu connais le problème, mais après ça dépend évidemment de ta culture (...) j'ai pas grandi dans la non connaissance, dans ma bulle. (...) on nous a toujours dit que ça existait mais ça n'a rien à voir de tout d'un coup être projeté à l'intérieur et de tout à coup voir (à travers le procès d'assises), te rendre compte de ce que ça veut réellement dire en pratique dans la vie des gens. (...) moi je serais plus pour une ouverture de la médecine sur d'autres milieux. On est trop renfermés sur notre milieu, et c'est un tort* »

Julien définit cette distance sociale comme « un gouffre » qui le gêne dans sa pratique.

N°10 « *on vient pas du même milieu, on a pas eu la même éducation, on comprend pas forcément leurs us et coutumes parce qu'on est pas forcément de la même ethnologie/religion/éducation (...)... c'est un gouffre(...), [...] ouais, y'a un gouffre entre nous.* »

Nicole illustre cette distance sociale par la mise des gants par certains étudiants en médecine lorsqu'ils sont avec des patients qu'ils jugent « précaires ».

N°8 « ***Et tu parlais d'une distance sociale entre le médecin et ces patients.*** Oui, ben oui, je pense qu'il doit y avoir une certaine appréhension de certaines personnes.. Mais y'a vachement d'externes ou d'internes quand ils voient un patient précaire arriver c'est mettre des gants. (...). Mais quand même y a une peur des gens, je pense que c'est quand même une peur(...) par contre la mamie tu ne vas pas mettre des gants pourtant elle peut ne pas être plus propre que (...) Je trouve qu'il y a une distance. Normal aussi, on n'a pas le même mode de vie. »

Nicole pense que la distance sociale est aggravée par la disparition de l'image paternaliste du médecin et le manque de diversité dans la population d'étudiants en médecine. Effectivement, une étude de la DRESS montre un processus de démocratisation plus lent pour les études de médecine que pour certaines filières d'enseignement supérieur : entre 1992 et 2002, la part des enfants d'ouvriers, déjà faible, a même diminué en 2^{ème} année (-2,4 points en 2^e année de médecine) (114).

N°8 « *On le voit d'ailleurs, car je trouve que de plus en plus les patients ils sont méfiants de leur médecins, car on est de plus en plus éloignés d'eux. Alors avant y'avait l'image du médecin de famille, maintenant le médecin il est plus comme ça. La société elle est plus dans ce fonctionnement là de paternalisme. (...) Je pense que les médecins doivent être à l'image de la population. Quand même dans les amphis de P1 tu t'aperçois qu'il y a une diversité et après il n'y en a plus du tout. A Marseille il y a un noir, (...) c'est hallucinant.* »

Nadine pense qu'une certaine mixité sociale au sein des équipes de soins, est un réel atout pour l'accueil des personnes et permet une diminution de la distance sociale.

N°7 « *Un patient qui arrive et qui est typé maghrébin on a pas le même rapport que si il est pas typé maghrébin, c'est ce (...) que j'ai ressenti. A x (nom d'un hôpital) la moitié de l'équipe était typé maghrébine donc y'avait plus ça, on avait deux asiatiques et puis y'avait une grande mixité et (...) du coup y'avait plus de tolérance et on ne jugeait pas les gens selon leur apparence y compris les patients.* »

J. Peneff, voit le médecin généraliste issu de classes défavorisées comme un éventuel médiateur positif: « On prête qu'il est difficile aujourd'hui de rapprocher le monde médical de celui des jeunes (notamment ouvriers) (...) Pour cela les médiateurs manquent. Pourtant un recrutement de praticiens socialement proches d'eux, qui seraient encouragés à donner des traitements et soins appropriés à ces catégories sociales, est tout à fait imaginable. Alors que le nombre de médecins fils d'ouvriers est proche du néant, on pourrait l'augmenter à l'aide de bourses. Ils amèneraient des attitudes plus réalistes, une compréhension des conditions de vie et témoigneraient alors d'attitudes plus efficaces car moins distantes et moralisatrices » (170).

En dehors de la complexité de sa mise en œuvre, cette proposition nous pose question. En effet, le fait de former des médecins issus de différentes classes sociales pour qu'ils soignent chacun les patients de leur classe sociale respective risque de diminuer la cohésion sociale et de favoriser l'ostracisme.

Pour Nadine cette distance sociale s'exprime par des sentiments : rancœur, méfiance et agressivité de la part des populations précaires. Elle pense que les personnes dans la précarité en voudraient aux personnes plus aisées.

N°7 « Ouais, parce que dans les deux sens, je pense que les gens qui ne sont pas dans la précarité ont pas envie de voir la précarité et les gens qui sont dans la précarité en veulent aux gens qui ne le sont pas. ... Y'a pas cette méfiance, cette agressivité réciproque. (...) ... une rancœur un petit peu et parce que je pense que c'est vraiment très très dur... « vous pouvez pas comprendre de toute façon » et euh, c'est vrai que je peux pas comprendre ! Mais du coup ça donne pas envie de comprendre. »

Elle ressent une grande distance sociale, et exprime son malaise :

N°7 «**Est ce que tu pense qu'il y a une distance sociale entre toi et des patients précaires ?** Ouais, ça c'est sur 'fin bien sur que c'est sur. (...) de temps en temps ca me met mal à l'aise, et notamment quand tu dois te faire payer (...) J'ai l'impression qu'ils vont me juger»

En se questionnant Pauline, soulève l'intéressante question de la disqualification sociale.

N°9 « J'ai l'impression qu'ils se sentent un peu plus sous estimés donc du coup ils ont l'impression qu'on s'occupe moins bien d'eux alors que c'est le contraire. J'ai l'impression qu'on passe même plus de temps. »

S. Paugam dans sa thèse de sociologie intitulée *La disqualification sociale* montre que les populations en situation de précarité économique et sociale, font l'expérience de la disqualification sociale en ce sens qu'elles ont conscience de l'infériorité de leur statut et qu'elles se savent désignées comme des «pauvres», des « cas sociaux » ou des « inadaptés » de la civilisation (174).

Dans nos entretiens, la perception de la cette distance sociale, ne semble pas être liée au vécu personnel, mais plus au vécu professionnel. Marie est la seule interne à avoir connu une situation de pauvreté personnellement. Paradoxalement, c'est elle qui semble ressentir le plus fortement cette distance sociale. Elle est peut être la plus consciente des différences qu'il peut exister.

N°3 «même si moi (...) j'ai vécu de façon précaire, (...) j'arrive comme médecin dans leur vie, on sait pas tout ce qui se passe autour (...). Le contexte dans lequel je vis m'empêche de comprendre et ... de me mettre à la place de la personne que j'ai en face de moi et savoir tous les problèmes et 'fin (soupir) c'est pas facile quoi... »

Audrey, au contraire, ne souffre pas de cette altérité dans sa pratique professionnelle. Elle est la seule à ne pas ressentir cette difficulté, c'est aussi la plus expérimentée de tous les internes interrogés. Elle a fait plusieurs stages en contact avec des patients très précarisés.

N°1 « *On est dans deux mondes parallèles, et pourtant tu arrives carrément à te retrouver, (...) Ca se fait simplement.* »

Pour diminuer cette distance sociale, Marie et Nadine tentent de créer du lien.

N°3 « *des fois j'essaye de me poser avec eux pour essayer de comprendre mais y a forcément une distance* »
N°7 « *moi je redoublais de gentillesse, de sourires, de prévenance pour rompre cette barrière j'essayais justement de prendre le contre pied pour justement créer un lien* »

Cette distance sociale aurait elle une traduction en terme clinique, lors des consultations ? Cela a été mis en évidence dans l'étude Intermède (199) : les patients ayant un faible niveau d'éducation ont un plus fort niveau de désaccord avec leur médecin. Ces patients ont quatre fois plus de chance que leur état de santé soit «*surestimé*» par leur médecin en regard de leur propre évaluation. Ces résultats soulignent que de tels patients se sentant en mauvaise santé ne sont pas identifiés en tant que tels par leur médecin. Sachant qu'une mauvaise santé perçue est associée à un risque de morbidité et mortalité plus élevée, cette donnée subjective n'est donc pas à négliger de la part des professionnels de santé. Leur prise en compte permet d'améliorer l'orientation et la trajectoire de santé, et pourrait contribuer à réduire les inégalités sociales face aux soins.

Conclusion

Bien que les étudiants soient majoritairement issus des milieux aisés, ils ressentent une angoisse à l'idée de devenir un jour précaire. Cette angoisse leur est peut être renvoyée lors de soins aux patients précaires, et pourrait constituer un obstacle de plus pour soigner les personnes précaires. Une meilleure connaissance des facteurs sociaux (et notamment ceux précipitant vers la précarité) pourrait être un moyen de lever cette barrière.

Parallèlement, les internes ressentent une distance sociale lors des soins aux personnes précaires. Cette distance ressentie varie d'un interne à l'autre et l'expérience professionnelle auprès de personnes en situation de précarité semble être un bon moyen de diminuer ce sentiment de distance. A l'inverse, l'expérience personnelle ne semble pas influencer cette sensation de distance. Comme le souligne Wear et Kuczewski, la formation des étudiants à l'empathie et à la compréhension des populations en situation de précarité dans les facultés serait une piste d'amélioration (92).

d. Le choix de pratiquer une « médecine sociale »

Quelques-uns des internes interviewés semblent intéressés par le fait de pratiquer une médecine où les problèmes sociaux prennent une part importante. Quatre internes parlent d'une plus grande satisfaction à soigner les patients en situations de précarité parce qu'ils trouvent cela plus gratifiant.

N°1 « *quand il y a tellement de trucs à faire... t'as toujours un minimum de résultat.. quand tu fais avancer un peu d'un côté t'es content (...), t'as vachement de retours.. C'est assez satisfaisant. (...)Oui, et en plus souvent on te dit « Merci vous êtes génial », il y a quand même un gros côté « retour positif ». Tu fais plaisir aux gens assez facilement. Et donc au niveau de ton ego c'est quand même pas mal. Et en plus on te dit « ma pauvre ça doit être dur ». Je pense que parfois, ça a un rôle assez sympa. »*

N°5 « *c'est super satisfaisant car on se dit qu'on a vraiment été utile au patient. (...) Quand on arrive à faire bouger les choses, c'est plus gratifiant.* »

Audrey, est également intéressée par le fait de voir des pathologies devenue rares.

N°1 « *Même si c'est malsain de dire ça c'est un peu vrai. La tuberculose, même si t'es triste pour le mec qui à la tuberculose c'est quand même hyper intéressant d'en voir une vraie....* »

Dans les entretiens où le thème a été abordé, une majorité d'internes (cinq internes sur six) se sont montrés intéressés à l'idée de pratiquer une médecine « plus sociale » (zone urbaine sensible ou l'exercice de la médecine pénitentiaire, ou en association).

Dans les questionnaires (question n°8), 12 internes soit 4,8%, ont indiqué leur souhait d'exercer en ZUS¹⁷². Marie et Nicole se sentent attirés par l'exercice de la médecine en prison :

N°3 « (à propos du travail en prison), je pense que ça m'attire inconsciemment. ... j'ai jamais vraiment côtoyé la prison mais j'ai plein de potes qui y sont passé. Donc peut être que ... enfin je sais pas ça m'a plu. »
N°8 « j'aurais adoré être médecin de prison, ça c'est un truc ça ma toujours branché après tu précipites peut être les choses en te prenant une claqué comme ça. »

Audrey est très enthousiaste à l'idée de pratiquer de la médecine dans une association caritative :

N°1 « Je suis hyper contente d'y aller. (...) je découvre surtout que ça existe et ça m'intéresse »

Julien n'aimerait pas y travailler.

N°10 « **Et toi si tu devais t'installer à Marseille, tu te mettrais ou justement ?** Moi m'installer à Marseille ? Jamais, sûrement pas. Et si tu t'installais, tu te mettrais ou ? Ici. **Ici là où t'habites.** Ouais, pas en zone franche»

Laura et Julien rappellent que chaque médecin, grâce à la liberté d'installation, à le choix d'envisager une pratique de la médecine plus ou moins sociale.

N°2 « Je pense que chaque médecin le place comme il veut, surtout ça dépend de là où il s'installe et de sa patientèle. (...) Mais bon forcément on y est confronté à des problèmes sociaux en médecine générale... »

Une étude de l'ORS PACA, auprès de 434 médecins généralistes montre que la plus grande part des activités en direction des populations démunies semble être assurée par un tiers environ des médecins (200). Mais comme l'évoque Laura seule une infime minorité de praticiens (0,8 %) n'a pris en charge aucun bénéficiaire de la CMUC (201). Si la part de clientèle CMUC chez les praticiens libéraux est en moyenne de 8,2% en 2006, elle est inférieure à 3,1 % pour un quart d'entre eux (201). Ces différences doivent bien évidemment être mises en regard avec les disparités de répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire. Les généralistes auront donc tous à prendre en charge des patients bénéficiaires de la CMUC, d'où l'intérêt qu'ils soient formés, ou du moins tous sensibilisés.

La précarité angoisse les internes, ils ressentent une distance sociale importante face à certains publics. Ils perçoivent cette distance comme une difficulté. Ils sont pourtant une partie à être intéressés au travail auprès de public précaire et pensent même y trouver pour certains une plus grande satisfaction. Il semble donc exister un paradoxe entre l'intérêt porté au sujet et les difficultés et réticences dans la pratique du quotidien. Il est alors probable qu'une formation attentive à la précarité permettrait d'apaiser les angoisses et les doutes.

¹⁷² ZUS : Zone Urbaine Sensible

E. Formation

Dans les deux parties de notre enquête nous avons questionné les internes à propos de leur formation sur la thématique médico-sociale ainsi que sur leur niveau de satisfaction. Nous avons également recueilli leur souhait de formation sur ce sujet, afin de répondre au mieux à leur besoin.

E. 1) *Avis des internes sur leur formation sur le thème médico-social*

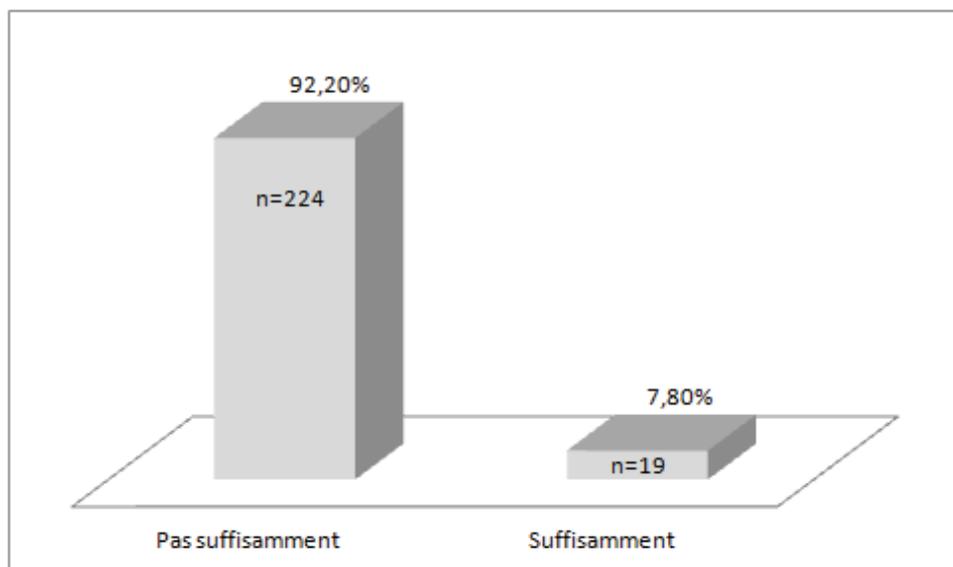
A travers la question 27 du questionnaire, nous avons cherché à savoir d'où venait la connaissance des internes sur la CMUC. Deux réponses maximum étaient demandées.

Tableau 38 – Réponse à la question n°27 « Où considérez vous avoir le plus appris sur la CMUC ? »

	Nombre de Réponses	%
Faculté de médecine	85	34%
Stage ambulatoire	76	30,4%
Pas d'information	47	18,8%
Stage hospitalier	34	13,6%
Entourage	26	10,4%
Seul	16	6,4%
Médias	8	3,2%
Remplacement	6	2,4%
Association	1	0,04%
Total	299 réponses	250 internes

Les deux lieux où les internes semblent voir le plus appris sur la CMUC sont la faculté de médecine et le stage ambulatoire. L'hôpital n'apparaît qu'en 4^{ème} position, alors que c'est le terrain principal de la formation. Le troisième item le plus choisi est « pas d'information ». C'est une donnée difficile à interpréter puisque les internes pouvaient cocher deux items mais nous supposons que les internes l'ayant coché (47 internes sur 250, soit près de 20%) estiment ne pas être suffisamment formés sur ce sujet. Dans le questionnaire, nous avons demandé aux internes s'ils se sentaient assez formés sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé.

Figure 26 - Réponse à la question n°28 : « Vous sentez-vous assez formé sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé ? »



92,2% des internes pensent ne pas être assez formés sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé.

Ce fait est confirmé dans les entretiens où les internes nous rapportent avoir de vagues et brefs souvenirs. Bien conscientes qu'il existe un biais de mémorisation, nous voulions savoir si ces cours les avaient marqués¹⁷³.

N°1 « j'ai eu des cours de *santé publique en P1* mais j'm'en rappelle plus, peut être ça m'a mis 2 ou 3 notions dans la tête que j'me rends pas compte. Et après l'externat, rien, peut être en D4, un peu mutuelle, complémentaire, tiers payant un peu mais sans plus »
N°2 « Ben rapidement en 6ème année en *santé pub*, ils en parlent rapidement. Mais pas trop développé. »

Puis nous avons interrogés les internes sur leur satisfaction vis-à-vis de ces cours. Dans les entretiens, trois internes sont assez satisfaits de la formation qu'ils ont reçue et 7 internes n'en sont pas satisfaits. Notons que le parcours des stages des internes sont très divers alors que certains ont effectué plusieurs stages en accueillant des publics majoritairement précarisés, d'autres n'ont été que très peu confrontés à cette problématique.

Audrey ou Julien semblent satisfaits de leur formation et pensent avoir plus appris aux cours de leurs stages que pendant les cours.

N°1 « Je pense qu'à la fac on nous en a quand même bien parlé, on a du avoir P1-D4, à (ville d'externat (...)) *Je suis contente* parce que c'est pas un mystère pour moi (...) et ça me suffit pour savoir comment ça marche. Je vois un peu ce qui est important ce qui l'est pas. Ca me fait pas trop peur.(...) A propos de la CMUC : « J'me rappelle que je savais c'que c'était, j'me suis pas dit « hallucinant qu'est c'que c'est qu'ça » (...) J'ai pas l'impression qu'on nous ai fermé les yeux sur ce que c'était (...) *En fait moi c'est plus personnel, moi dans mes stages j'ai compris ce que c'était d'être dans la merde.* »

Pauline a des souvenirs surtout livresques et plutôt axés sur les dispositifs d'accès aux soins.

N°9 « C'était en *santé publique*, je me souviens des livres, il y avait des chapitres pas sur la précarité mais sur les droits, la CMUC.

Les autres internes ne semblent pas satisfaits de leur formation sur le sujet, selon eux c'est une formation très théorique, dont ils gardent peu de souvenirs.

N°1 « Surement un peu, (...) j'ai eu des cours de *santé public en P1* mais j'm'en rappelle plus, peut être ça m'a mis 2 ou 3 notions dans la tête que j'me rend pas compte. Et après l'externat, rien, peut être en D4, un peu mutuelle, complémentaire, tiers payant un peu mais sans plus »
N°7 « La formation des internes ? *Néant (rire) sur la précarité, on est pas formé, on sait pas l'appréhender, (...) on est pas du tout formés (...), donc si tu as un peu de feeling et que tu aimes parler avec les gens, je pense que tu t'en sors mais euh, ... non je pense que ça craint (rire).* »

Par ailleurs, nous avons observé que le savoir des internes en matière de soins auprès des personnes précaires est quasi exclusivement empirique. C'est au travers de leur pratique médicale qu'ils se sont forgés des connaissances non soutenues par un savoir théorique. Cet apprentissage sur le terrain relève du « compagnonnage ». Il va être l'occasion pour l'étudiant de rencontrer des praticiens. Selon les travaux de D. Saint Marc « *la formation des futurs médecins va en large partie reposer sur la succession des modèles pris en références et donc sur la multitude d'interactions avec des autres signifiants* »(190).

¹⁷³ Cinq internes se souvenaient de cours en 1ère ou 2ème année, et cinq en préparation de l'ENC. Deux internes se souvenaient de cours dans les deux cycles, et deux n'ont pas abordé le thème.

Plusieurs articles (145,140,70) soulèvent le problème du manque de modèles positifs de praticiens travaillant avec les populations défavorisées. Par modèle positif, les auteurs entendent « *un médecin qui inciterait à la remise en question de l'étudiant sur ce dont il est témoin en privilégiant l'analyse et la compréhension des situations difficiles* ». Cela rejoint le propos de P. Foucras dans son mémoire intitulé « santé et exclusion : apports du stage de médecine générale », qui considère que l'accompagnement de l'étudiant par le maître de stage dans des situations difficiles rencontrées avec les populations précaires est essentiel pour éviter un traumatisme et la mise en place de mécanismes de fuite et de rejet. Nous avons cherché dans nos entretiens si les internes avaient eu des modèles positifs pendant leur cursus médical.

	Entretien n°
Modèle positif	1, 5
Pas de modèle positif	3,6, 8, 9, 10
Thème non abordé	2, 4, 7

Seuls deux internes, se rappellent avoir eu des modèles positifs : Audrey durant son stage d'externe en médecine générale et Vanessa durant son externat.

N°1 « *Ca donne envie ? Exactement. Ca c'était vraiment bien passé, j'avais adoré.* » (Stage externe en ZUS) (...)*j'ai eu d'la chance, j'ai l'impression d'être tombée au bon endroit au bon moment pour en entendre parler (...). En addicto, (...) t'es vraiment dans des situations pas possible socialement parlant mais si j'avais pas fait ces trucs là, je l'aurai peut être pas vu.* »
 N°5 « *après quand j'étais externe en maladie infectieuse, les médecins étaient super bien pour tous les patients qui étaient en moyenne des patients précaires.* »

Cette notion de modèle positif est très subjective. Ainsi, les internes l'ont interprété comme des professionnels particulièrement exemplaires sur la prise en charge des patients en situation de précarité. Ce concept implique une certaine sensibilisation de l'étudiant, afin qu'il puisse intégrer cette réflexion, au moment où il rencontre un praticien plus expérimenté. Cette question mettait également en jeu la mémoire (rappel des dix dernières années du cursus médicale pour les plus anciens), ce qui constitue un biais de mémorisation. D'autres internes ont rencontré ce que l'on pourrait considérer comme un modèle positif mais ne paraissent pas avoir été marqués par ces rencontres.

N°10 « *Et dans ton parcours médical t'as croisé des praticiens qui avaient des prises en charge un peu plus sensibles vis à vis des précaires, ils les accompagnaient plus ? Ouais y'a des médecins qui aiment bien ça, essayer d'aider leur prochain. Moi je pense qu'ils doivent se faire aider par d'autres gens que par des médecins, c'est pas notre rôle, sinon j'aurais fait AS, c'est leur vrai but quoi ! Elles sont là pour aider les gens. Et t'en a croisé quelques un des médecins comme ça ? Ouais. Ils t'ont marqué ? Non, euh, de ceux qui m'ont marqué, y'en a pas beaucoup qui m'on marqué,...* »

Les autres internes ne se rappellent pas d'avoir croisé durant leurs parcours, des médecins qui les aient particulièrement guidés sur ce champ de réflexion.

N°6 « *Moi ça m'a pas marqué, je pense pas qu'il m'ait plus sensibilisé sur ça. Je pense que c'est moi qui était plus sensible à ça que eux. Mais eux...* »
 N°8 « *Et t'as eu des praticiens dans tes études qui t'ont un peu sensibilisé à ça ? Pas du tout. Pas du tout honnêtement aucun. Zéro.* »

Les internes que nous avons interviewés n'ont donc pas majoritairement rencontré de modèle positif durant leur cursus bien que plusieurs études aient identifié ces médecins comme pouvant aider les internes dans

la prise en charge des personnes en situation de précarité. Une réflexion pourrait donc être menée à ce sujet dans l'élaboration et les propositions de terrains de stages pour les internes.

Nicole, Pauline ou Audrey expliquent qu'il faut effectuer une démarche active pour se former sur ce sujet là.

N°8 « *C'est vrai pour la précarité mais c'est vrai en tout. En médecine tu découvres une fois que t'as besoin et que t'as envie de te bouger, si t'as pas envie de te bouger tu découvriras rien.* »

Dans les entretiens, une majorité des internes regrette ce manque de formation et se sent incompétente dans la prise en charge médico-sociale de leurs patients.

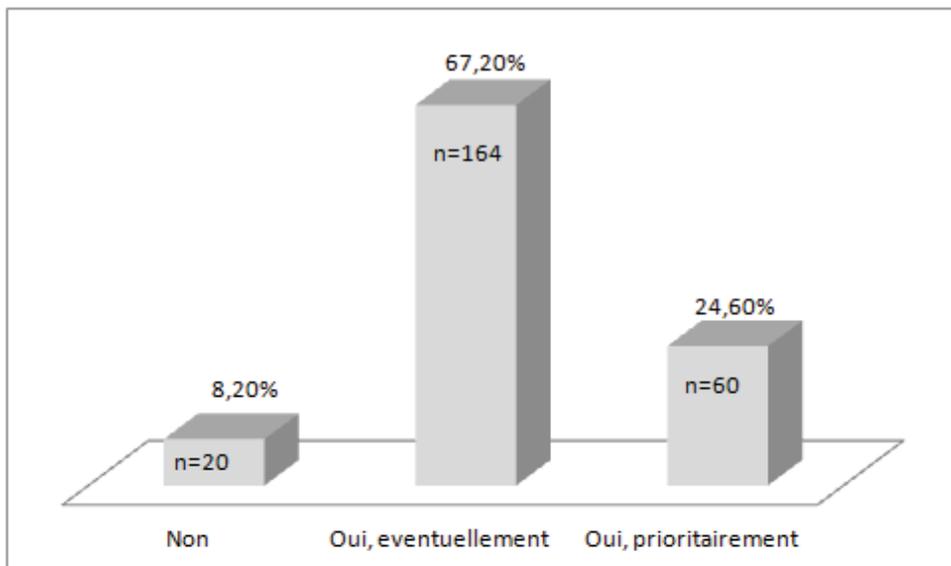
N°8 « *je me sens pas du tout armée pour aborder ça, on est pas du tout formés(...) Sais pas quoi faire, et même dans les remplacements c'est un truc qui me fait assez flipper* »

De manière plus globale, certains internes comme Sarah ou Pauline soulignent le « médico-centrisme » des études médicales.

N°5 « *je me sens pas assez formée sur plein de chose mais tout ce qui est hors médecine pure, on connaît rien.* »
N°9 « *pendant la 6ème année on va se focaliser sur les pathologies et tout ce qu'il y a à apprendre* »

Nous avons ensuite demandé aux internes s'ils seraient intéressés par un cours sur ce sujet médico-social s'il en existait un dans le cadre des modules validant proposés à la faculté (trois modules d'une journée par semestre à choisir parmi vingt cinq modules proposés).

Figure 27 - Réponse à la question n°29: « Iriez-vous à un module du DUMG sur ce thème médico-social si celui-ci comptait comme un module validant par la faculté ? »



92% des internes choisiraient ce module s'il existait. Ceci montre un intérêt pour cette problématique. Il est pourtant à noter que seulement un interne sur quatre le choisirait prioritairement. Par ailleurs seulement 8% des internes ne choisirait pas ce module. Les internes seraient donc majoritairement intéressés pour bénéficier d'un cours sur ce sujet ce qui est assez cohérent avec leur sensation de ne pas être suffisamment formés sur cette problématique.

E. 2) Souhait des internes quant à leur formation

a. Modalité de formation

Concernant les modalités de formation sur la précarité, les internes pencheraient plus pour une mise en pratique concrète plutôt qu'un cours théorique.

Quand ?	Modalité de Formation		Entretien n°
Pendant l'internat	Théorique	Pour un cours théorique	3, 7, 8, 9
		Contre un cours théorique	1, 6, 10
	Pratique	Stage dans structures recevant un public précarisé	1, 3, 6, 9, 8
		Compagnonnage ou intervention dans les services	7, 8
Post Internat		la FMC	4, 7

Certains internes préfèrent un stage pratique, auprès d'une structure tournée vers l'accueil de publics vulnérables socialement à un cours théorique.

N°3 «*Peut être un stage dans un milieu un peu comme ça, dans un contexte un peu précaire, (...), être en contact avec des gens, (...) je pense qu'il faut le vivre entre guillemets* »
N°9 «*j'ai oublié tout ce que j'avais appris à l'internat, (...) comme j'y ai pas été très confronté (...) je m'en souviens plus parce que je l'ai pas mis en pratique en fait* »

Deux internes suggèrent une sensibilisation pendant les stages obligatoires de la maquette, au travers du compagnonnage effectif à l'hôpital.

N°8 « *Après la précarité on la voit quand même à l'hôpital ...(...) les chefs qui te forment, ça serait le mieux* »

Trois internes seraient favorables à un module d'une journée. Certains proposent l'intervention de professionnels médicaux ou sociaux-médicaux ayant de l'expérience dans ce domaine lors de cours théorique ou pendant les stages.

N°9 « *Pas forcément un stage complet mais des demi-journées peut être ou des interventions dans les services comme on a, on a des staffs ou des labos. Même pas longtemps, juste des rappels comme ça (...) avec des AS¹⁷⁴ ou quelqu'un d'autres mais des cours par exemple une journée par semestre* »
N°6 « *peut être que rencontrer des gens qui font partie des réseaux, qui sont en contact avec la précarité... les médecins qui y sont plus sensibles, qui sont dans cette pratique. .* »

Comme pour le stage obligatoire à la sécurité sociale pendant la maîtrise de stage, nous avons demandé aux internes ce qu'ils pensaient d'un stage auprès d'assistantes sociales. Les avis semblent assez partagés sur cette proposition.

N°6 « *Est-ce que si on te proposait un stage de suivre une assistante sociale pendant une semaine ? Ah ça m'intéressait justement vu qu'on n'est pas assez informé on ne connaît pas et donc on a des stages obligatoires avec IDE/aide soignante, donc pourquoi pas avec les AS, parce que ça fait partie quand même du milieu médical de notre métier.* »
N°9 « *un stage de 2/3 jours avec une AS, non quand même pas.* »

¹⁷⁴ AS : Assistante sociale

b. Contenu d'un futur cours sur l'accès aux soins et les inégalités sociales de santé

Afin de répondre à leur attente dans la perspective d'un éventuel cours, nous avons demandé aux internes quelles connaissances ils souhaitaient acquérir en matière sociale. Le tableau ci dessous résume les attentes des internes interviewés dans les entretiens.

	Entretien n°
Base sur la couverture sociale	3, 6
Orientation vers le réseau local, la PASS	3, 7,8, 9
Dispositif CMUC	5, 10
Contact avec les personnes usagers de drogues	8

Nous avons interrogé les internes sur leurs attentes quand à une formation. Selon Marie et Sarah, le but d'une formation serait d'apporter des outils pratiques devant des situations cliniques de précarité.

N°3 « *il faudrait quand même que j'ai des notions parce que je peux pas tout le temps dire d'aller voir l'assistante sociale.* »

N°6 « *Ben un cours pour au moins savoir définir la précarité, ou la reconnaître ou la rechercher* »

Certains, comme Marie, voudraient être plus formés globalement sur la couverture sociale.

N°3 « *je pense que j'ai même pas suffisamment de connaissance vraiment de base* »

Vanessa et Julien mettent l'accent sur les droits auxquels ouvrent la CMUC et les modalités classiques d'accès à la CMUC.

N°10 « *Il faut avoir un minimum, il faut savoir que ça existe, savoir à qui c'est de mettre en place et vers qui faut adresser les gens, après je pense que c'est vraiment les seuls trucs qui te servent dans ta pratique. (...) Tu penses toi que c'est utile par exemple de connaître le seuil CMUC ou ... Ben ouais, parce que tu peux leur dire aux gens qu'ils ont des droits. Ouais tu peux leur dire : « vous avez droit à ça, ça, ça ... »*

D'autres internes souhaiteraient de meilleures formations sur les pathologies touchant particulièrement les patients précaires.

N°1 « *Saturnisme. Truc qu'on voit pas souvent, donc je me sens pas bien formé.* »

Les internes semblent convaincus de l'importance de connaître le réseau local pour orienter les patients, ils souhaitent des réponses concrètes.

N°8 « *Je pense qu'avoir (...), une meilleure connaissance des lieux d'accueil, des lieux de prise en charge, (...) puis connaître plus les réseaux (...), car maintenant le médecin généraliste c'est quelqu'un qui coordonne beaucoup, je suis plus demandeuse de ça. (...) Comment c'est possible qu'on nous ait jamais dit alors « au sein du CHU à Marseille, ça existe ça (...). Jamais personne ne m'a parlé de la PASS. (...) ça me choque, »*

N°3 « *je sais pas comment je peux être le plus utile, quelles armes j'ai pour aider les personnes* »

Comme nous l'avons vu dans la première partie, les internes manquent de connaissances autant sur le dispositif législatif de la CMUC, sur l'orientation des patients, que sur des notions plus globales des inégalités sociales de santé. Malgré la longueur de l'entretien portant en grande partie sur les inégalités sociales de santé, les internes ne rapportent pas le besoin d'être formés sur ce sujet spécifiquement, y compris lorsqu'on pose explicitement la question.

N°1 « *Est-ce que t'as déjà entendu parler de la différence de vie entre cadre et ouvrier ? (...) C'est important de savoir ça dans son exercice médical ? Non, ça ne ma pas transcendé. En fait ça me soule un peu de mettre*

des mots sur tout. Ouais, effectivement quand tu fumes, manges pas bien, bois, t'es pas bien, et plus t'es dans la merde et plus t'as envie de fumer de boire, de manger mal... enfin.. j'ai l'impression qu'on tourne un peu en rond, c'est sur c'est pas bon pour la santé. Enfin pas besoin de mettre des mots la dessus. Ca me soule un peu ces notions. »

Nous pouvons alors nous demander si l'absence d'intérêt pour cette problématique est due à un manque de sensibilisation sur la question ou à une crainte d'aborder les dimensions sociales et politiques qu'impliquent la prise en compte des ISS dans la pratique médicale.

Et de manière plus globale, certains internes voient la formation comme un moyen de questionner leurs représentations sur les personnes en situation de précarité.

N°5 « *Je pense que ça pourrait changer la vision parfois négative qu'ont certains internes.* »

N°4 « *Sensibiliser en quelques sorte le médecin pour ne pas avoir cette image négative de la CMUC.* »

Plus de sciences sociales en médecine ?

Concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité, il nous a semblé qu'une formation en sciences sociales pourrait être un atout. En effet, selon C. Lefèvre¹⁷⁵, « *même si il n'y a pas de causalité ni directe ni assurée entre l'enseignement des sciences humaine et sociales (SHS) et l'amélioration des relations de soins (...), elles sont un détour indispensable. Elles offrent un travail de liaison et de décloisonnement disciplinaire. Ce qui importe c'est la pluralité des regards : historique, anthropologique, sociologique, philosophique, éthique, psychologique, etc... Elles n'apportent ni théorisation supplémentaire, ni clés pour la pratique, mais avec des outils scientifiques, elles analysent la médecine de manière plus complète, plus complexe et plus concrète. En comprenant que la médecine n'est pas abstraite de la vie de la société, les étudiants se relient eux même à leur apprentissage. En réalisant qu'elle est pensée et pratiquée par des sujets, ils se placent eux même en position de sujet, futur acteur de soins*» (202).

Nous avons donc interrogé les internes afin de savoir s'ils étaient intéressés par une formation en sciences humaines au cours leurs études de médecine.

	Entretien n°
Intérêt pour des cours de sciences sociales	2, 3, 7
Intérêt pour des cours de sciences sociales, mais lourdeur	5, 6
Intérêt des sciences sociales, mais plutôt sous forme de recherches personnelles	8,10
Pas d'intérêt pour des cours de sciences sociales	1, 4, 9

Sarah et Vanessa montrent de l'intérêt mais s'interrogent sur la lourdeur de cet enseignement dans des études déjà bien chargées.

N°5 « *T'aurais aimé avoir eu des cours ? Ben je pense que sur le moment j'aurais râlé mais je pense que ça aurait été important ouais. Quelles matières ? Anthropologie de la santé, socio, (...) santé publique on en a eu un peu mais un peu tôt dans le parcours.* »

Deux autres internes pensent que c'est plus de l'ordre d'une recherche personnelle.

N°8 « *qu'on doit se cultiver par soi même et qu'on doit avoir la curiosité d'aller voir ailleurs et qu'on a pas à nous donner des cours systématiquement.* »

N°10 « *vaut mieux les lire soit même, se poser les questions soi même que on essaie de te les apprendre parce que quand tu y vas a ces cours, tu y vas déguster et les gens ils n'écourent pas.*»

¹⁷⁵ Maître de Conférences à l'université Paris Diderot

Certains internes ne sont pas intéressés par les sciences sociales :

N°4 « *Non, non plus(...) Je pense que déjà la médecine c'est assez complexe, y'a tellement de choses à apprendre que on peut franchement se passer de tous (...) les autres trucs comme anthropologie tout ca, botanique ... non, non »* »

c. Quand placer le cours dans le cursus ?

Les internes semblent globalement d'accord sur l'idée qu'un cours sur cette thématique n'a pas beaucoup d'utilité avant l'ECN y compris pendant le premier cycle des études médicale. Comme le dit Nadine c'est un thème « *qui fait partie des items* » pour la formation à l'internat, mais ce n'est pas un item qui « *tombe au concours* ». Il mobilise donc peu l'intérêt des étudiants comme le souligne Nicole ou Laura.

N°5 « *En P2, on connaît rien à la médecine, on a jamais vu l'hôpital de sa vie, je trouve que c'est pas du tout à ce moment la, c'est pas du tout adapté. »*
N°8 « *Les cours d'externes je pense que malheureusement t'es dans le système actuel on passe un concours, t'es pas réceptif. »* »

Certains argumentent cette idée en sous entendant que les années d'études avant l'internat sont dédiées à apprendre des connaissances requises pour le concours alors que les années suivantes leur servent pour apprendre leur métier.

N°7 « *tu apprends des mots clés pour apprendre des mots clés et ce chapitre là (Accès aux droits) autant te dire qu'il passe... alors qu'il est super important mais à ce moment là tu as autre chose à faire que te dire que ca va te servir pour après* »

En effet selon B. Pissaro¹⁷⁶ « *quelles que soient les transformations envisagées elles resteront inutiles si les modes d'évaluation ne sont pas adaptés et pertinents : le premier objectif des étudiants n'est pas de bien se former, mais de réussir leurs examens et leur qualifications. (...) tous les changements de programme sont voués à l'échec s'ils ne préparent pas au programme et aux modalités de contrôles de connaissances. C'est donc elles qu'il faut modifier en premier en s'assurant qu'elles sont pertinentes par rapport aux compétences attendues. (...) Dans ce domaine l'ECN n'a pas pour but d'évaluer les compétences attendues des médecins mais de classer les étudiants.* »

La préparation de ce concours constitue un facteur important de formation des étudiants mais reflète surtout les priorités de l'institution médicale.

Les internes plébiscitent plutôt un cours pendant l'internat qui répondrait aux questions concrètes auquel ils sont confrontés, voir après dans le cadre d'une formation médicale continue (FMC).

N°6 « *... après faut que ça soit pendant l'internat là ou on est un peu plus confronté... faut que ça soit en même temps que la pratique. (...) plutôt en 3eme cycle. »*
N°7 « *Je pense que pendant l'internat c'est un peu tôt en fait, on est pas assez matures, je pense que c'est mieux peut être a la fin de l'internat quand on se rend compte de tout ce qu'on sait pas, c'est maintenant que j'en aurais besoin (...) Je pense peut être plus tard quand on est en FMC, je pense que c'est mieux la, quand t'a été sensibilisé, mis en contact, en face et que tu t'es dis « je sais pas ».* »

Selon le M. Denantes, enseignante au DUMG de PARIS V, « *cet enseignement devrait démarrer dès le second cycle.* »

¹⁷⁶ Professeur de Santé Publique

Conclusion

Pour B. Pissaro il est intéressant de « *partir des besoins de la population, des constats d'échecs actuels, des insatisfactions des étudiants et de leurs propositions pour rêver un projet utopique, puis voir ce qui est concrètement réalisable, (...) l'utopie étant un puissant facteur de changement et d'innovation* ». Selon lui, les ajustements de la formation évoquée ci dessus par les internes « *correspondrait à modifier le système à la marge, [ce qui serait] loin d'être négligeable* » (203).

Or l'hôpital, principal lieu de formation des internes, est un lieu peu formant sur le dispositif CMUC. Les internes ont de brefs et vagues souvenirs d'une formation sur le sujet médico-social, et ils sont peu nombreux à en être satisfaits. Plus de neuf internes sur dix choisiraient un module sur le sujet s'il existait. Les internes suggèrent quelques adaptations de la formation comme une sensibilisation à la résolution concrète de problèmes sociaux ou le questionnement sur les représentations des publics précarisés. Mais ils ne rapportent pas de besoin d'être formé sur les inégalités sociales de santé. Peut être est-ce la conséquence de leur insuffisance de prise conscience des ISS qui les empêchent de percevoir les enjeux dans leur pratique ? Pourtant, comme nous l'avons vu, une bonne connaissance sur les inégalités sociales de santé influence positivement les représentations des publics.

Les internes s'accordent sur une formation tardive (internat ou même post-internat), lorsque les questions émergent dans la pratique, plutôt qu'avant l'ECN, qui ne valorise pas ces connaissances sociales. Plusieurs ont évoqué leur préférence pour une formation plutôt pratique que théorique, en proposant notamment une réelle généralisation des stages dans les structures ayant l'habitude de recevoir des publics précarisés. D'autres proposent une formation répondant aux questions émergeant dans la pratique comme la participation d'intervenants extérieurs tels que des assistantes sociales ou médecins, voir même de stages courts auprès d'assistantes sociales. Certains remarquent qu'un compagnonnage sensibilisant sur ce thème dans les stages obligatoires de la maquette, où il existe déjà des contacts répétés avec des populations défavorisées, serait utile. Cela jouerait en effet le rôle d'un « modèle positif ».

Introduire de nouveaux séminaires et diversifier des terrains de stages comme le souhaitent les internes pourraient être des propositions raisonnables d'évolution de la formation et immédiatement réalisables.

PARTIE 3 - DISCUSSION

I. Atouts et limites de l'étude

A. Atouts de l'étude

A. 1) L'intérêt d'effectuer une thèse en binôme

Même si la réalisation d'une thèse en binôme n'est pas habituelle à Marseille, nous avons souhaité effectuer ce travail en binôme afin de réaliser une étude plus aboutie aux vues de la complexité du sujet et notamment pour pouvoir effectuer une recherche quantitative et qualitative. Le travail en duo peut également permettre un apprentissage du travail en équipe, pré-requis nécessaire à l'heure où sont créées de nombreuses maisons de santé pluri-professionnelles et où le médecin généraliste est amené à travailler de plus en plus en collaboration avec d'autres professionnels. Comme décrit dans la partie matériel et méthodes (cf. page 62) ce travail nous a également permis d'effectuer une triangulation notamment dans la réalisation de l'enquête qualitative.

Le fait d'être co-dirigé dans notre travail nous a permis de bénéficier des compétences bien spécifiques de chacun de nos deux directeurs de thèse, sur le volet quantitatif puis qualitatif de notre étude ainsi que sur les différents aspects de notre sujet de thèse (inégalités sociales de santé, accès aux soins etc.). Ce travail à quatre mains nous a ainsi sensibilisées au travail de recherche en groupe.

A. 2) L'intérêt d'une double approche quantitative et qualitative

Nous avons choisi de compléter notre étude quantitative par une étude qualitative afin d'approfondir, voire de mieux comprendre les idées évoquées par les internes dans leurs réponses aux questionnaires. Ainsi, pour l'étude des connaissances des internes, l'enquête quantitative a permis d'évaluer de manière binaire et graduée le niveau de connaissance des internes alors que secondairement, l'étude qualitative a précisé les thèmes qui n'étaient pas acquis. Par exemple sur les déterminants de santé, nous avons pu constater grâce aux entretiens que les internes ne mesuraient pas que le type d'emploi exercé est le fait d'une appartenance sociale.

Pour l'étude des représentations des internes, l'analyse des mots évoquant « le patient bénéficiaire de la CMUC » dans le questionnaire (question n°10) a fait émerger des représentations sur les patients bénéficiaires de la CMUC. Les entretiens ont permis une meilleure compréhension de l'origine de ces représentations avec notamment la description par les internes d'expériences vécues. L'étude qualitative a fait émerger de nouvelles idées qui n'avaient pas été mises en avant par l'étude quantitative. Par exemple, la sensation d'impuissance et d'échec ressentis par les internes face à un patient précaire a été évoquée pour la première fois pendant les entretiens. Les entretiens nous ont aidées à donner une explication à certaines représentations et à renforcer notre hypothèse de départ sur les potentiels liens entre méconnaissance, sensation d'échec, représentation négative, et moins bonne prise en charge. Le couplage des deux études et les va et viens entre questionnaires et entretiens nous ont permis, lors de l'analyse des résultats, de minimiser les biais d'interprétation de chaque étude et d'ainsi renforcer la fiabilité des résultats.

A. 3) Atouts de l'étude quantitative

Deux cent cinquante internes ont rempli notre questionnaire sur les quatre cent onze internes de médecine générale Marseillais. Ce taux de réponse nous paraît satisfaisant aux vues de la dispersion géographique de ces internes (dans toute la région PACA) et des difficultés souvent rencontrées (par les responsables facultaires ou les syndicats d'interne notamment) pour toucher une majorité des internes. Les

questionnaires comportaient des questions à choix unique ou multiple mais également des questions ouvertes ce qui nous a permis d'étudier différentes dimensions du sujet et notamment d'avoir une première approche des représentations des internes.

A. 4) Atouts de l'étude qualitative

Comme nous l'avons décrit dans la partie "matériel et méthode", nous avons analysé de manière thématique les entretiens au fur et à mesure de leur réalisation. Ce continuum entre la collecte et l'analyse des données nous a permis, au fur et à mesure de l'avancée de nos recherches, de mieux cerner les problématiques importantes à développer durant les entretiens et d'ainsi approfondir certaines informations émergeant des premiers entretiens. La réalisation de ces dix entretiens était une première expérience pour nous. Nous avons été agréablement surprises de voir la réactivité des internes interrogés sur le sujet. Les entretiens ont été assez longs et nous avons pu échanger en profondeur sur des sujets touchant parfois à l'intime tels que leur sensation d'échec, leurs difficultés, leur sensation d'incompétence, d'incompréhension ou de colère.

Les internes nous ont paru, pour une majorité, en confiance durant les entretiens et cette situation leur a probablement permis de s'exprimer le plus librement possible même si, comme le rappelle J.C. Kauffman, « *la méthode d'entretiens standardisés touche (...) les opinions de surface qui sont les plus disponibles* ». Contrairement aux études par entretiens directifs, le recours à la méthode semi-directive, nous a permis de laisser les internes s'exprimer sur les sujets qu'ils désiraient et a évité que nos propres idées reçues et présumées d'enquêteur prennent trop de place. Le sujet étant parfois un peu délicat, nous avons souhaité savoir à la fin des entretiens, comment les internes avaient vécu les interviews. Voici quelques extraits de leurs réponses :

N°10 « *Tu as des trucs à dire sur l'entretien ? Tu ne t'es pas trop senti jugé ? ça s'est bien passé ? Non, non, ça va, de toute façon j'ai mes opinions, chacun les siennes disons. Je ne sais pas si on est du même bord politique et tout ça...* »

N°9 « *L'entretien a été, tu ne t'es pas senti jugé ? Non non j'ai dit ce que je pensais.* »

A. 5) Avantages de notre posture d'interne.

Le fait d'être encore interne et donc de faire partie intégrante du terrain d'étude a rendu notre posture d'enquêteur assez particulière. Notre expérience d'étudiantes en médecine constitue un réservoir de données qui nous a permis, dans la rédaction des questionnaires et pendant les entretiens, de pouvoir interroger les internes de manière pertinente en étant parfaitement conscientes des réalités de leurs quotidiens. Nous avons également mieux compris la réalité des situations décrites par les internes pendant les entretiens, situations faisant souvent écho à nos propres expériences de terrain. Le contact avec les internes interviewés a probablement été facilité par un sentiment d'appartenance mutuelle à une même discipline avec, comme nous l'avons détaillé plus haut, un potentiel « sympathie » à l'égard des étudiants de fin de cursus en cours de rédaction de thèse. L'objectif personnel de cette thèse était d'acquérir quelques clés de lecture, de bagage théorique supplémentaire, afin de mieux comprendre cette altérité à l'intérieur même de notre propre profession. Nous verrons plus bas comment cette posture d'interne peut également être une limite pour l'étude.

B. Limites de l'étude

B. 1) Difficultés d'une thèse en binôme

Bien qu'ayant permis un travail plus approfondi notamment par la réalisation de deux enquêtes en parallèle, ce travail en binôme a nécessité un temps très important de discussion autour de points de désaccord afin de trouver à chaque fois un consensus. Si le travail de chacune a été alimenté par l'autre, il a fallu parfois faire des concessions et reformuler jusqu'à trouver le juste milieu convenable à toutes les deux. Bien que partageant de nombreuses valeurs communes, nous avons découvert à travers ce travail des différences que

nous ne soupçonnions pas. Le rythme de travail, la manière d'envisager l'accès aux ressources documentaires, le mode de rédaction, la séparation des tâches, le degré d'importance de chaque information tirée de nos résultats, ont souvent été sujet à discussion. Au final, nous nous sommes rendu compte que ce travail n'est pas la somme de deux travaux mais correspond vraiment à une autre manière de travailler et d'appréhender le travail de thèse. Contrairement à ce que nous pourrions penser, ce n'est pas plus économe en temps, puisque ce temps de consensus incompressible existe. Avec du recul, nous aurions probablement rencontré moins de difficultés si nous avions chacune effectué un volet de l'étude plutôt que de travailler conjointement sur les deux parties.

Nous avons également rencontré quelques difficultés dans le fait d'avoir deux directeurs de thèse. En effet, il nous est arrivé que les directeurs aient des avis divergents et ici aussi, le fait de trouver un consensus est toujours plus long lorsque l'on est plus nombreux à travailler sur le même sujet. Le fait de travailler à quatre personnes a pu également présenter des obstacles techniques dans l'organisation du travail sur un même document informatique ou pour réussir à trouver des dates de réunion.

B. 2) Difficultés d'une double approche quantitative et qualitative

La double approche quantitative et qualitative nous a permis d'approfondir de nombreux sujets et d'éviter ainsi les conclusions trop hâtives mais au fur et à mesure que nous analysions les données, nous avons eu de plus en plus de mal à trouver une cohérence dans les résultats obtenus. Chercher à approfondir nos résultats quantitatifs via une étude qualitative a mis en exergue la complexité et parfois les incohérences de la population étudiée. Ainsi, comme le rappelle J.C. Kauffman (112), « *dans l'entretien compréhensif, l'opinion d'une personne n'est pas un bloc homogène. Les avis sont multiples pour une même question, voir contradictoires (...) Tout entretien est donc d'une richesse sans fond, et d'une complexité infinie. On ne peut jamais vider le sac du contenu complètement lors d'un entretien* ». Les contradictions de certains discours d'internes ont donc été difficiles à analyser et à comprendre. Pour la rédaction, et notamment dans le plan de la thèse, nous avons essayé de faire une retranscription la plus fidèle possible tout en tentant de donner une cohérence à l'ensemble.

B. 3) Limites de notre posture d'interne : une distance à l'objet d'étude nulle

Dans le cas de notre thèse, la question de la distance par rapport à l'objet se pose indéniablement puisque nous faisons nous-même partie de l'objet d'étude. Si cette posture peut être un atout en termes de connaissance de la population interrogée, elle n'en reste pas moins une cause indéniable de biais d'interprétation dans la mesure où nous étudions des opinions et représentations d'internes, sur lesquels nous portons nous-même un jugement, qui fait écho à nos propres représentations et opinions, issus de notre vécu d'interne mais également de notre environnement personnel. Ainsi, la distance à l'objet nulle a probablement diminué l'impartialité et l'objectivité des enquêtes menées et peut-être également entraîné quelques raccourcis. Dans la mesure où nous connaissions très bien la population étudiée nous avons pu identifier des modes de réflexion chez nos confrères en faisant un amalgame avec nos propres réflexions, comme si le fait d'appartenir à la population d'étude rendait généralisable à cette population des réflexions personnelles.

Ainsi, dans la réalisation des entretiens, nous n'avons pas forcément réussi à toujours garder la distance nécessaire avec les internes pour ne pas influencer leurs réponses. De la même manière, l'analyse thématique des entretiens a fait appel à nos propres normes et représentations autant dans la compréhension du discours des internes que dans le tri de leurs idées et leur restitution. Une analyse différente aurait probablement pu être faite à partir des mêmes discours par des personnes différentes et cela relativise les résultats obtenus. Cependant la cohérence globale et la complémentarité trouvée entre les volets qualitatifs et quantitatifs de notre étude vient minimiser ce biais d'interprétation.

B. 4) Les limites du sujet de l'étude

a. Un sujet très vaste et non « biomédical »

Le sujet était très vaste et nous nous sommes rendu compte, en débutant le travail de rédaction, qu'il était probablement trop vaste. La conséquence est que nous avons parfois l'impression d'avoir « survolé » une multitude de thèmes sans avoir produit une recherche très aboutie sur un thème en particulier.

Nous avons choisi un sujet ne relevant pas d'un thème biomédical mais tourné vers la pratique de la médecine générale. Cette thèse nous a peut-être permis de découvrir la sensibilisation aux sciences sociales que nous aurions aimé avoir pendant nos études. Nous étions assez novices dans ce domaine et nous avons donc beaucoup appris. Notre pratique clinique a même été enrichie et s'est modifiée au fur et à mesure de l'avancée de nos recherches. Ce sujet nous a probablement donné quelques clés sur la réalité d'un métier, à laquelle nous nous sentions mal préparées. Effectivement comme dit M. Vannotti « *Le modèle biomédical comporte donc un problème de base qui rend compte pour une bonne part du malaise éprouvé, face à la médecine, par un certain nombre de patients, tout comme du malaise que les médecins eux-mêmes peuvent ressentir en présence de situations face auxquelles leur modèle classique de pensée et d'action les laisse en partie démunis* »⁽³¹⁾. Évidemment, nous n'avions pas les connaissances et acquis qu'auraient pu avoir des étudiants en sociologie ou en anthropologie. Notre thèse n'est donc ni tout à fait médicale, ni tout à fait sociologique ou anthropologique, elle pourrait représenter un pont entre les deux disciplines avec les avantages et les limites que cela représente. Avantage de relier deux thématiques fortement intriquées dans la pratique quotidienne de la médecine générale, et inconvénient de n'être spécialisée dans aucune des deux disciplines.

b. Un sujet sensible

Une des limites de notre étude semble être liée à son caractère déclaratif pour tout ce qui a trait aux avis et opinions des internes. Les sujets abordés dans nos études portant sur le refus de soins, l'opinion sur la prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la CMUC, les « reproches » souvent fait à ces patients sont des thèmes sensibles, souvent controversés. Nous sommes conscientes que le fait d'affirmer son opposition à un dispositif tel que la CMUC par exemple, peut possiblement être culpabilisant pour de jeunes médecins dans le sens où tout médecin sait qu'il se doit d'apporter ses soins sans distinction à tous les individus.

Assumer leurs avis n'est pas toujours évident pour des internes et il est certain que notre étude notamment l'enquête qualitative, comporte un biais de courtoisie¹⁷⁷ que nous avons senti surtout en interviewant les plus jeunes. Ainsi Aurélien semble avoir été gêné par certaines de nos questions selon lui trop subjectives.

N°4 « *les questions pourrait être un peu plus précise pour qu' il y ait moins de part de subjectivité dans les réponses* ».

c. L'amalgame entre patients précaires et patients bénéficiaires de la CMUC

Dans notre questionnaire et dans les entretiens, nous avons utilisé alternativement ces deux dénominations. Dans le questionnaire, nous parlons de patients « bénéficiaires de la CMUC », sauf dans les questions n° 28 et 29 où nous parlons plus globalement de formation sur la « précarité en santé » ou d'un cours sur le « thème médico-social ». Dans nos entretiens, l'utilisation d'un terme ou d'un autre est beaucoup plus aléatoire. Le terme de « patient précaire » revêt un caractère abstrait par le fait même qu'il ne fait référence qu'à

¹⁷⁷ Biais de courtoisie : qui incline la personne interrogée à donner des renseignements qui lui semblent devoir plaire à l'enquêteur

une représentation subjective, contrairement au terme « bénéficiaires de la CMUC », parfaitement objectif. Ce n'est alors plus le dispositif de la CMUC en lui-même qui est jugé, mais les bons sentiments vis-à-vis d'une population en difficulté. L. Petitcollot a exprimé la même ambiguïté dans la discussion de sa thèse « *On n'obtiendrait peut-être pas les mêmes réponses à mon étude si elle portait plus globalement sur les patients en situation de précarité, et non plus sur les patients bénéficiaires de la CMUC* » (96). Sachant cela, nous avons utilisé alternativement ces deux termes selon ce que nous cherchions. Afin d'être plus large et de ne pas limiter les internes à la dimension administrative, nous utilisons majoritairement les termes de « patients précaires ». Lorsque nous voulions en revanche que l'interne s'imagine dans des situations concrètes de consultation, ou lorsque nous cherchions les a priori entendus dans le milieu médical, nous avons utilisé le terme de « patient bénéficiaire de la CMUC ». Nous sommes conscientes que ces deux termes ne sont pas synonymes puisque les patients précaires ne sont pas tous bénéficiaires de la CMUC. Certaines réponses portent la marque de cette ambiguïté notamment dans l'analyse des représentations des internes où nous avons eu du mal à savoir si leurs représentations sur les patients bénéficiaires de la CMUC pouvaient s'assimiler à leurs représentations sur les patients en situation de précarité.

Avec du recul, nous aurions probablement dû utiliser plus fréquemment le terme de vulnérabilité sociale plutôt que celui de précarité. En effet, comme défini en début de thèse, la précarité peut correspondre à une accumulation de difficultés pouvant toucher le logement, les revenus, la situation familiale et le réseau social, l'emploi et la santé. Dans le langage courant, ce terme est souvent confondu avec le concept de pauvreté voir de grande pauvreté et perd ainsi la notion de processus multidimensionnel pouvant toucher toute personne quelque soit sa position sociale. Le terme de vulnérabilité sociale permet de conserver cet aspect primordial. De plus, la santé est englobée dans la définition de la précarité du Père Wresinski alors que comme l'explique S. Chatelard « *Pour les professionnels de santé il s'agit d'apprécier tous ces champs de l'existence sauf celui de la santé puisque c'est à partir de ce champ « santé » que se déploie son action* ». Ainsi, dans nos questionnaires comme durant les entretiens, nous nous sommes intéressées à l'approche psycho-sociale des patients et il aurait donc probablement été plus judicieux d'employer le terme de « vulnérabilité sociale » plutôt que « précarité ».

d. Plusieurs sens pour le terme « situation sociale »

Dans nos entretiens comme dans les questionnaires, le terme « social » pouvait parfois recouvrir une notion administrative, comme « démarche sociale » ou « couverture sociale » et parfois avoir le sens plus large « d'environnement social », plus proche des « déterminants sociaux de la santé ». Ainsi, cette ambivalence s'est ressentie notamment dans la question posée lors des entretiens aux internes sur « le rôle social du médecin généraliste » qui pouvait se comprendre en termes de « démarches sociales telles que l'ouverture des droits » qui relève plus souvent des travailleurs sociaux ou en terme plus global « de prise en compte de l'environnement social du patient dans la prise en charge ». Conscientes de ce double sens, nous avons trouvé intéressant d'évaluer la perception de cette ambivalence par les internes, et de comprendre quel sens cette notion prenait pour eux.

e. La difficulté d'aborder le sujet des Inégalités Sociales de Santé

La définition des ISS est complexe¹⁷⁸ et non consensuelle. De plus, malgré un travail théorique, il n'est pas aisé d'en saisir tout les tenants et aboutissants. Hormis dans la question n°19 et n°18 du questionnaire¹⁷⁹, les deux volets de notre étude ont abordé la question des ISS ou des déterminants de santé de manière indirecte. Par exemple, la question n°15 du questionnaire interrogeait les internes sur les causes de dépenses de santé plus

¹⁷⁸ Définition des ISS selon P. Aiach :

(1) différence de santé entre des individus liés à des facteurs sociaux de différenciations (CSP...).

(2) Les inégalités de santé apparaissent comme essentiellement le produit final des autres inégalités sociales.

¹⁷⁹ Qui portaient sur les différences d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles et sur la notion de pathologies socialement différenciées

importantes pour les bénéficiaires de la CMUC afin d'évaluer indirectement la conscience qu'avaient les internes de la différence d'état de santé entre des individus de classes sociales différentes. Dans les entretiens, cette problématique a été abordée par des mises en situation, par exemple sur les retards en consultation. Cette approche indirecte a certainement laissé plus de place à notre interprétation et représente donc probablement un biais dans les résultats de notre étude.

B. 5) Les limites de l'étude quantitative

Il est à noter un biais de sélection lors de la distribution des questionnaires. Cette distribution ayant eu lieu lors des choix de stage de mars 2012, nous n'avons pu les distribuer aux internes effectuant un SASPAS (car ayant déjà fait leur choix de stage) et plus globalement à une partie des internes de sixième semestre qui étaient absents. Leurs postes étant souvent assurés, ils ont eu recours à des procurations pour choisir leur stage. Pour obtenir un échantillon plus représentatif de la population d'internes, nous avons donc, comme présenté dans la partie matériel et méthode effectué un second recueil de données par l'intermédiaire de mail envoyés aux internes n'étant pas présents aux choix, notamment les internes de troisième année n'ayant pas eu de choix de stage à faire (Internes en SASPAS ou en disponibilité). Ce second recueil nous a permis de collecter sept questionnaires supplémentaires remplis par des internes de troisième année d'internat. Nous sommes conscientes que le recueil ne s'est donc pas fait dans les mêmes conditions pour tous les internes. Nous devons donc analyser avec prudence les résultats, en particulier ceux touchant à une comparaison entre les différentes années d'internat.

Lors de l'analyse des données, nous avons constaté que certaines questions n'étaient pas discriminantes ou avaient été posées sans savoir exactement à quoi allaient nous servir les résultats. Par exemple, les questions sur la taille de la ville d'origine (question n°4), sur la mutuelle (question n°5), sur les choix d'exercice futurs (question n°8) et la question n°27 sur l'origine des connaissances sur la CMUC ont peu été exploitées dans notre thèse et ont alourdi le questionnaire sans être d'une réelle utilité pour notre recherche.

Par ailleurs, le questionnaire comportait plusieurs questions ouvertes que nous avons analysées en triant les réponses par thème. Pour la question n°15 qui interrogeait les internes sur les causes d'une augmentation des dépenses de santé pour les bénéficiaires de la CMUC, nous avons par exemple trié les réponses en trois catégories détaillées ci-dessous (cf. Tableau 15, page 92).

Réponses évoquant une conscience des ISS et des répercussions que cela a sur le coût des soins
Réponses évoquant une non conscience des ISS, et qui explique le surcoût par des fraudes et des abus de la part des bénéficiaires de la CMUC
Réponses évoquant une conscience des ISS et également des abus voire des fraudes de la part des bénéficiaires de la CMUC

Nous sommes conscientes que cette méthode constitue un biais d'interprétation non négligeable. Ce tri a en effet été effectué à partir de nos propres représentations et ressentis, étant nous-même en pleine recherche et nourries de toutes les informations tirées de notre revue de littérature. Afin d'identifier les représentations négatives des internes, nous leur avons demandé leurs avis sur certaines représentations négatives proposées directement dans la question (question n°17). Cette méthode peut également être sujette à caution car le choix des items dépend également de nos propres représentations et ressentis. Le fait d'analyser des représentations à l'aide de questions fermées est assez réducteur et ne permet pas de faire émerger de nouvelles représentations mais cela évite l'apparition d'un biais de courtoisie en proposant aux internes d'adhérer à une affirmation plutôt que d'assumer des avis négatifs. D'autre part, le fait de proposer une question ouverte sur le ressenti vis-à-vis

des patients bénéficiaires de la CMUC (question n°10) et de compléter ce volet quantitatif par un volet qualitatif avait aussi pour objectif de faire émerger d'autres représentations non énumérées dans la question n°17.

La réalisation de scores de connaissance concernant les dispositifs d'accès aux soins et les inégalités sociales de santé comportait un biais de pondération. En effet, nous avons été confrontées au fait de décider quelle question était la plus représentative et la plus « légitime » pour évaluer les connaissances. Pour limiter ce biais nous avons choisi de pondérer chaque question de la même manière ce qui paradoxalement a donné une place plus importante aux questions ne comportant qu'une bonne réponse possible (question n°13 et 14 : 6 points pour une réponse juste) par rapport à d'autres questions plus complexes comportant plusieurs items justes (question n°11 : 4 réponses justes donc 1,5 point par réponse juste).

Nous pouvons enfin regretter un certain manque de puissance statistique dans ce volet quantitatif de notre étude. Par exemple dans le croisement de la question n°6 portant sur l'ancienneté de l'interne avec la question n°17¹⁸⁰ le p est presque significatif (p=0,061) tout comme lors du croisement du score ISS avec la question n°9¹⁸¹ (p= 0,110). En effet, assez peu de données sont revenues statistiquement significatives et nos résultats mériteraient d'être confirmés par des études plus approfondies et sur des populations plus grandes.

B. 6) Les limites de l'étude qualitative

La méthode utilisée pour choisir les internes interviewés durant les entretiens comporte un biais de sélection non négligeable puisque nous avons commencé par interviewer des internes que l'une de nous connaissait (l'enquêtrice étant à chaque fois celle qui ne connaissait pas la personne). De plus nous nous sommes rendu compte lors de l'analyse thématique des entretiens, à quel point le fait de connaître la personne pouvait poser problème dans l'interprétation des résultats. Nous avons nous-même secondairement réorienté nos recherches de contacts, pour avoir une population d'étude ayant un positionnement des plus variés. Les entretiens semi-directifs étaient une première expérience pour toute les deux et nous avons été conscientes par moment d'être trop directives dans les questions et d'induire quelques réponses normatives. Ceci pourrait expliquer certaines incohérences dans les discours des internes qui se sont parfois sentis obligés de « corriger » leurs affirmations. Paradoxalement, à d'autres moments, il nous a semblé difficile de trouver le juste milieu entre la volonté de ne pas être trop directives et celle de rester dans les limites de notre sujet. Ainsi certains internes semblent avoir été interpellés par des questions « trop larges » à leur goût comme l'illustre ce commentaire de fin d'entretien :

N°4 « Je trouve que les questions pourraient être un peu plus précises »

Enfin, dans cette étude qualitative, nous avons été confrontées à des difficultés concernant le retour savant aux enquêtés faisant théoriquement partie de toute enquête de terrain. Pendant la rédaction de notre thèse, nous nous sommes à plusieurs reprises demandé comment retranscrire les discours des internes sans être « dans le jugement ». Nous ne voulions pas qu'il puissent se sentir trahis alors même qu'ils nous avaient accordé un long moment pour les entretiens. D'après F. Bouillon « *La restitution des travaux de recherche auprès des populations est susceptible de produire un intense sentiment de trahison* ». Selon elle, cette sensation s'explique par une « *froideur de l'analyse contrast(ant) avec la chaleur des échanges et des moments partagés et leur dissemblance recèl(ant) une forme de brutalité. (...) le risque de trahison des enquêtés, demeurera un risque inhérent à la recherche aussi longtemps que les sciences sociales auront le souci de l'impartialité.* »(108)

Nous avons d'autant plus ressenti cette difficulté que l'une de nos problématiques d'étude portait sur les représentations négatives sur les patients précaires, attribuées à des professionnels de santé.

¹⁸⁰ Question n°17 : Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMUC. Qu'en pensez-vous ?

¹⁸¹ Question n°9 : Connaissez-vous dans votre entourage proche des personnes qui bénéficient de la CMUC ?

Conclusion

Certaines particularités de l'étude comme le fait d'avoir réalisé une thèse en binôme, le double volet qualitatif et quantitatif de notre étude ou encore notre posture d'interne sont à la fois des atouts et des limites de la thèse. En effet, l'approfondissement de certains sujets nous a apporté des éclairages supplémentaires sur certains résultats, mais les a parfois complexifiés, en soulevant de nouvelles questions et champs d'exploration. D'autre part, la grande quantité de données recueillies (tant qualitatives que quantitatives), ainsi que la recherche de liens entre les deux volets de l'étude nous ont certes permis de limiter les biais d'interprétation, mais ont également rendu difficile le fait de formuler des réponses claires à nos hypothèses.

II. Ouverture et perspective : adapter la formation des internes

A. Pourquoi une formation ?

A. 1) Une formation pourrait améliorer les représentations des internes vis-à-vis de la précarité et de sa prise en charge.

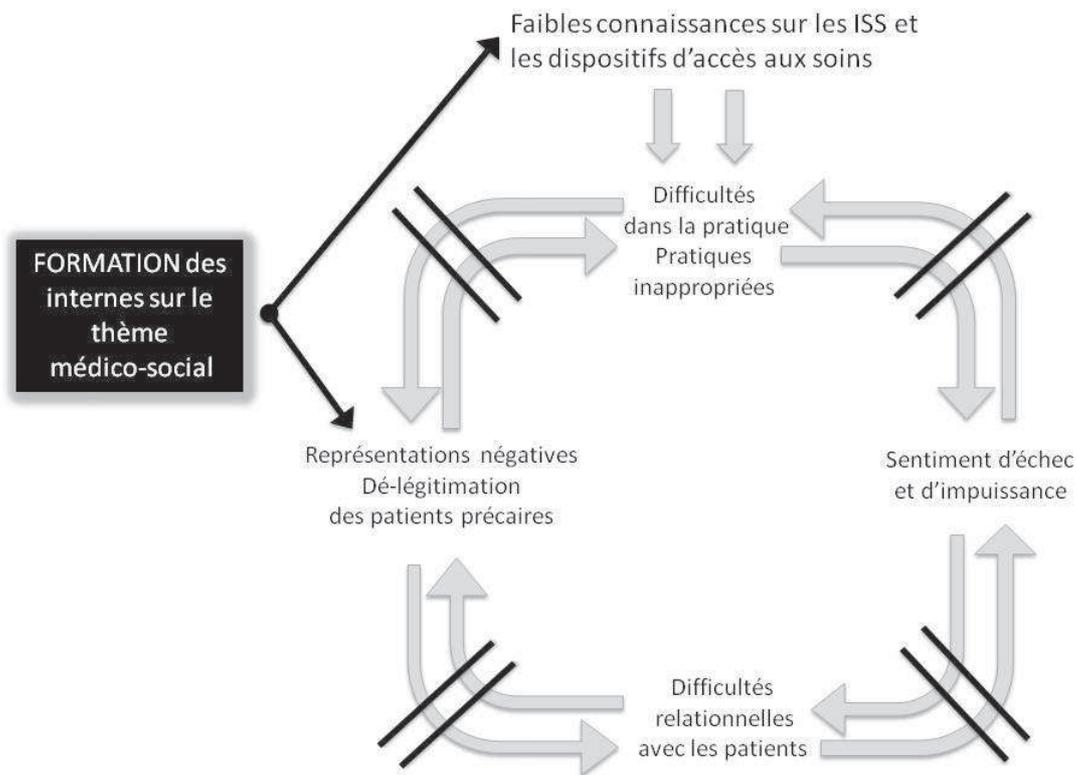
Notre étude nous a montré que les internes ne connaissent que partiellement les inégalités sociales de santé. En effet, 50% d'entre eux font le lien entre santé et appartenance sociale, mais ils n'ont pas conscience de l'existence d'un gradient social et d'une différence nette de morbidité pour certaines pathologies socialement différenciées (maladies systémiques : cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète). Par ailleurs, leur représentation de la précarité correspond plutôt à la grande précarité. Les dispositifs d'accès aux soins comme la CMUC, l'ACS ou même les PASS sont mal connus. Par exemple, quatre internes sur cinq ne connaissent pas les droits des patients bénéficiant de la CMUC et 86,7 % d'entre eux ne savent pas où se trouve la PASS à Marseille. D'autre part, les opinions sur ces dispositifs sont assez mitigées (50% des internes ont une vision négative du tiers payant, 23% des internes souhaiteraient que la prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la CMUC disparaissent et 30% admettent l'idée du refus de soins).

Certains internes ont des représentations négatives souvent erronées des patients précaires et notamment des bénéficiaires de la CMUC. En effet, 25% des internes pensent que les bénéficiaires de la CMUC font plus de fraudes et 42% pensent qu'ils surconsomment. Selon 44% d'entre eux, les bénéficiaires de la CMUC sont plus exigeants (et/ou demandeurs) et 22% sont d'accords avec l'idée qu'ils ont plus de comportements irrespectueux en consultation. Ces représentations émergent plus fréquemment lorsque les connaissances sur les ISS sont médiocres. De la même manière, de mauvaises connaissances sur le dispositif CMUC (et ses bénéficiaires) entraînent des opinions plus fréquemment négatives sur le tiers payant. En revanche dans notre étude, la connaissance du dispositif CMUC n'influence pas significativement l'émergence de représentations négatives. Nous avons noté par ailleurs une tendance à l'augmentation des représentations négatives au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus.

Les entretiens nous ont permis de constater que ces représentations négatives, tout comme la méconnaissance des dispositifs concernant l'accès aux soins (CMUC notamment) entraînent une dé-légitimation des patients bénéficiaires de la CMUC. Cette dé-légitimation, déjà identifiée par C. Desprès (104) pourrait expliquer en partie les discriminations dont ils sont victimes et être source d'une moins bonne prise en charge.

Au terme de notre étude, nous avons identifié de nombreux liens entre les différentes dimensions questionnées chez les internes (connaissances, représentations, vécus, pratiques, opinions). Si tous ces liens ne sont pas objectivés par des résultats statistiquement significatifs, ils ont souvent été mis en avant par l'étude

qualitative. Ils viennent compléter le schéma présentant nos hypothèses au début de notre travail (cf. page 54) Comme illustré ci-dessous, la plupart des éléments (difficultés dans la pratique, représentations négatives etc.) peuvent devenir, selon l'angle avec lequel ils sont abordés, cause ou conséquence des autres ... La formation semble être ici pour les internes un élément catalyseur essentiel pouvant influencer plusieurs dimensions et limiter ces réactions en chaîne.



Ce constat vient confirmer plusieurs études déjà effectuées sur le sujet et présentées en début de thèse (cf. page 49) notamment les thèses de J. Salle (80) et L. Petitcollot (98). M. Denantes s'est appuyée sur leur travail pour son article intitulé « *Comment lutter contre le refus de soins à la faculté* » (141). Elle promeut des formations théoriques et pratiques afin d'engager une réelle réflexion sur le regard que porte le médecin sur le « patient qui ne paye pas » et sur les préjugés qui entraînent des soupçons d'abus envers ces patients plus fréquemment qu'envers les patients qui payent.

Dans un article intitulé « *Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?* » H. Falcoff, du Département de Médecine Générale de la Faculté Paris Descartes nous incite à pratiquer l'éducation des professionnels en mettant lui aussi en avant le lien entre connaissances et représentations. « *Un professionnel de santé est moins influencé par ses a priori si il a pris conscience de leur existence, il est fortement motivé pour les remplacer par des informations objectives, et si il dispose du temps et des ressources cognitives suffisantes pour accomplir ce travail.* » (89) Il prend l'exemple de l'enseignement aux Etats-Unis où certains programmes ont été mis au point pour améliorer la compétence culturelle des professionnels (204).

Ainsi, concernant les représentations à propos de la précarité que nous avons longuement développées dans cette thèse, la formation pourrait permettre aux professionnels de « prendre conscience » de leurs a priori associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale et, sous certaines conditions, de « consciemment les écarter ».

A. 2) *Tout médecin sera un jour confronté à la précarité*

Jusqu'à présent, les médecins généralistes peuvent choisir leur lieu d'installation et leur organisation (consultation sur rendez-vous, permanences, proportion de visites, etc ...). En fonction de ces critères, ils sont amenés à suivre des patients plus ou moins vulnérables socialement. L'exemple de la CMUC est assez marquant. Comme nous l'avons vu précédemment, le taux de patients bénéficiaires de la CMUC est très variable d'un médecin à l'autre. Pourtant, une étude de l'IRDES l'a confirmé en 2006, seule une infime minorité de praticien (0,8%) n'a pris en charge aucun bénéficiaire de la CMUC dans l'année précédente (201). Dans notre étude, même si certains internes n'ont rencontré que peu de patients bénéficiaires de la CMUC durant leur maîtrise de stage, ils ont tous, au terme d'un an ou plus d'expérience professionnelle, vécu de nombreuses situations de prise en charge de patients précaires.

Ainsi, malgré des disparités de fréquentation, quel que soit son lieu d'installation, tout médecin sera un jour ou l'autre confronté à la précarité de ses patients, et ce d'autant plus avec le nombre croissant de bénéficiaires de la CMUC, l'aggravation du chômage et de la conjoncture économique. Dans ce contexte, une formation adéquate sur le sujet des inégalités sociales de santé, de l'accès aux soins, des dispositifs ou institutions servant de relais, paraît nécessaire pour permettre au médecin généraliste travaillant en ambulatoire d'adapter ses pratiques de prise en charge et de jouer au mieux son rôle d'orientation et de conseil.

A. 3) *Une formation car la prise en charge adaptée aux conditions sociales des patients rentre dans les missions du médecin généraliste.*

La revue de la littérature effectuée en début de thèse nous a appris que la question des limites du rôle du médecin dans la prise en charge des patients en situation de précarité faisait débat dans la communauté médicale. Dans notre étude, les internes ont une vision assez limitée de leur mission vis à vis des patients précaires. Selon eux, le médecin a uniquement un rôle d'orientation des patients vulnérables socialement vers le secteur social, à l'image de ce qu'ils ont constaté dans le milieu hospitalier. De plus, ils ne savent pas comment adresser un patient ou contacter une assistante sociale en ambulatoire et ne connaissent pas les démarches administratives à effectuer pour une ouverture de droits.

La mission du médecin visant à recueillir des informations sur les conditions de vie du patient et à adapter la prise en charge à ses conditions de vie n'est pas mis en avant par les internes dans notre étude. Comme pour beaucoup de médecins généralistes, la question du repérage des patients précaires ou de l'évaluation de la vulnérabilité sociale des patients n'est pas aisée et pose un réel problème aux internes. Cette difficulté évoquée par les internes dans notre étude n'avait pas été identifiée dans les autres travaux sur le sujet. Par exemple, si 70% des internes sont conscients que la détention d'une complémentaire santé est un déterminant majeur de l'accès aux soins, ils sont paradoxalement peu nombreux à avoir pris l'habitude de questionner leurs patients sur ce sujet.

Dans son « Plaidoyer pour l'accès aux soins de mai 2012 » (41), Médecin du Monde consacre un long paragraphe sur la nécessité de formation des professionnels de santé en rappelant la responsabilité du médecin dans cette problématique. L'association considère que le médecin généraliste a un rôle à jouer dans le fait de « *garantir une assurance maladie d'égal accès et d'égale qualité pour tous* » et dans le fait de « *permettre un accès effectif à des soins de qualité notamment en luttant contre le refus de soins.* » Dans son argumentaire pour une formation dédiée, l'association part du principe que « *tout professionnel de santé doit être en mesure de faire face aux situations sanitaires induites par la précarité et pouvoir y apporter une réponse tant d'un point de vue strictement médical que social et administratif en sachant notamment travailler en « réseau pluridisciplinaire.* » Dans un récent article parue dans la revue Pratique, M. Kayser rappelle également que « *Le généraliste n'est pas un travailleur social (...). Mais, confronté dans sa pratique quotidienne au risque de renoncement aux soins de ses patients, il lui faut connaître leurs droits et pouvoir les adresser aux personnes et lieux-ressources adéquats* » (205).

Ainsi, nous pensons qu'au-delà de son rôle d'orientation identifié par les internes, le médecin généraliste a également un rôle indirect à jouer en considérant les vulnérabilités et les déterminants de santé propres à chacun. C'est dans ce contexte que la compétence psycho-sociale du médecin prend tout son sens et qu'elle peut lui permettre de lutter à son niveau contre les inégalités sociales de santé. A un niveau plus collectif, le médecin généraliste a aussi un rôle de sentinelle et donc d'alerte à l'égard de la prégnance de certains déterminants délétères là où il exerce. Il peut par exemple faire le lien entre les pathologies de ses patients et leur activité professionnelle ou leur conditions de logement très difficiles, ou encore l'exposition à certains polluants. Dans ces situations, le médecin généraliste a également un rôle de plaidoyer pour témoigner des effets des ISS ou de l'inadaptation de tel ou tel dispositif. Il a donc, au-delà de son rôle clinique un rôle d'acteur de santé publique. Si l'enseignement universitaire n'a pas permis aux étudiants d'appréhender les enjeux que représentent les déterminants de la santé et l'accès aux soins, il leur a en revanche appris que l'accès aux soins était un droit. Là réside une contradiction, car l'affirmation du droit à l'accès aux soins n'est rien sans la garantie de son application. Et pour que les médecins puissent jouer ici pleinement leur rôle, une formation plus concrète sur les démarches d'orientation sociale (réseaux, PASS, CPAM, AS...) et sur les déterminants multiples de l'accès aux soins paraît donc largement nécessaire.

A. 4) Une formation pour améliorer les pratiques professionnelles

Dans les entretiens, les internes nous ont fait part, à travers le récit d'expériences parfois vécues douloureusement, de réelles difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients vulnérables socialement. Ils décrivent des obstacles à la prise en charge qui ont déjà été identifiés dans des études précédentes tels que la barrière de la langue, un temps de consultation trop court, les difficultés pour les patients de suivre la prise en charge. La peur de stigmatiser ces patients lors de l'évaluation de leur situation sociale, voire économique, dans le contexte de la consultation a particulièrement été mis en avant pendant les entretiens. Ces difficultés entraînent souvent chez les internes un sentiment d'impuissance et d'échec.

Les travaux de P. Foucras et plus récemment, de L. Petitcollot ont montré que la manière dont les jeunes médecins ou internes ont vécu et dépassé le premier choc de la rencontre avec un patient précaire, peut déterminer leur comportement ultérieur vis-à-vis des populations en difficulté. Ainsi, si ce premier contact est mal accompagné ou mal préparé, il peut impliquer une dégradation des représentations qui explique peut-être la tendance retrouvée dans notre étude d'une augmentation des représentations négatives avec l'avancée dans le cursus (87). Selon D. Saint Marc, sociologue, la formation médicale ne permet pas simplement une transmission de savoir, mais également une initiation aux normes et valeurs qui constituent le rôle professionnel (190). D'après les travaux de F-W. Hafferty et Franckx R. « *Dans une profession qui s'enorgueillit de son mode d'enseignement évoquant le compagnonnage, fondé sur la transmission du geste et l'initiation par les pairs (avec ses rites et ses salles de garde), les mécanismes de reproduction des pratiques et de pérennisation des représentations sont très forts. Une grande part de ce que les étudiants vont intérioriser en termes de valeurs, d'attitudes, de croyances, et de comportements jugés adéquats proviendra non du curriculum formel mais d'un curriculum latent, trouvant son origine dans la force de l'exemple ; il s'agit de reproduire les attitudes et comportements du corps professoral et non de mettre en pratique les enseignements théoriques.* » (206) Lieu de transmission des savoirs, la faculté et l'hôpital sont aussi des lieux de reproduction des modèles, modèles de pratiques médicales comme modèles de pensées médicales.

Dans notre étude, les internes interviewés à ce sujet n'ont pas majoritairement rencontré de « modèle positif » durant leur cursus. Il faut comprendre par là qu'ils n'ont pas rencontré de professionnels particulièrement formateur sur la prise en charge des patients en situation de précarité. Ce manque de modèle positif semble être également dû à la faible proportion de stages ambulatoires effectués en zone urbaine sensible, les premiers contacts avec des patients précaires se faisant souvent aux urgences dans un contexte où le temps de l'échange et de l'analyse avec ses pairs n'est pas toujours pris. Une réflexion pourrait donc être menée à ce sujet dans l'élaboration et les propositions de terrains de stages pour les internes.

A. 5) Une formation pour mieux appréhender les enjeux de la relation médecin/patient

D'après P. Foucras, les étudiants en médecine « doivent prendre conscience des mécanismes humains, culturels, psychologiques (dont ils sont eux-mêmes parfois les acteurs) qui les empêchent de soigner tout le monde de façon égale et de réaliser ainsi leurs objectifs éthique et déontologique. Il faut enfin que, forts de cette connaissance nouvelle, ils élaborent de nouvelles stratégies de soins tenant compte des réalités de vie et des efforts de ces populations. » (72) M. Kayser complète cette idée en affirmant que « la façon d'exercer du médecin généraliste n'est pas neutre : les conditions d'accueil et la qualité de la relation avec le patient influent considérablement sur l'accès aux soins » (205).

Dans notre étude, le degré de perception d'une distance sociale entre l'interne et le patient en situation de précarité est identifié par les internes comme un obstacle à une bonne prise en charge de ces derniers. : D'après eux la forte distance sociale ressentie est due à une méconnaissance des conditions de vie de ces personnes précaires. Dans notre enquête qualitative, l'interne ayant réalisé des stages auprès de professionnels habitués à recevoir des publics en situation de précarité, avait la sensation que la distance sociale pouvait être moins prégnante dans la relation médecin/patient. Ceci encourage la création de terrains de stages dans des lieux accueillant des patients précaires. Notre étude nous apprend enfin, que l'émergence de représentations négatives susceptibles d'altérer la relation médecin/patient peut être liée au sentiment d'une remise en cause de « son pouvoir médical » et à un certain besoin de reconnaissance sociale à l'échelle de la consultation.

Ce positionnement des professionnels de santé par rapport aux patients est en pleine mutation et chaque médecin est quotidiennement questionné quant au partage de l'information et de la décision médicale. La posture historique du médecin de famille omnipotent et paternaliste tend à évoluer face à des patients de plus en plus informés sur leurs pathologies et leurs droits. Une expérience de terrain, si elle est bien accompagnée peut permettre de diminuer la prégnance de la distance sociale ressentie par les internes dans leur relation aux patients. Elle peut en outre casser des représentations négatives souvent erronées vis à vis des populations précaires, particulièrement des bénéficiaires de la CMUC. Une formation sur l'approche « relationnelle » du soin et un questionnement sur l'évolution de la posture du soignant pourraient être des pistes pour réduire la sensation de remise en cause du pouvoir médical responsable de représentations négatives.

A. 6) Une formation à adapter et refonder face aux nouveaux paradigmes de la santé

Dès 2001, J. Faya insistait sur la nécessité d'une sensibilisation des étudiants aux nouveaux paradigmes de la santé en s'appuyant sur cette définition de la santé énoncée en 1946 par l'OMS comme « état de complet bien-être physique, mental et social »¹⁸². Les débats sont nombreux, sur le tiers payant, le système de rémunération à l'acte, les nouveaux modes de rémunération, les dépassements d'honoraires, la démographie médicale. Avec l'apparition d'une nouvelle forme de précarité, l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres, l'augmentation du coût individuel de la santé et du prix des mutuelles, les médecins sont chaque jour confrontés à des problèmes sociaux de plus en plus compliqués et se retrouvent souvent impuissants. Dans ce contexte, une compréhension sociale du monde qui l'entoure et la prise en compte des déterminants de santé deviennent nécessaires au médecin généraliste pour une bonne utilisation du savoir technique médical appris durant ses études.

Une étude menée aux Etats Unies entre Juillet 2008 et Avril 2010 auprès des étudiants de quatrième année de médecine de Chicago, a évalué l'efficacité d'une formation théorique sur « la prise en compte de l'environnement particulier du patient dans la prise en charge thérapeutique » (« contextualizing »). Cette

¹⁸² « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » Preamble à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

formation comportait des cours théoriques sur l'importance de l'environnement du patient dans la prise en charge (domaine politique, émotionnel, culturel, économique, rapport aux professionnels du soin) ainsi qu'un apprentissage sur les « redflag » (symptômes suggérant que la situation sociale et environnementale du patient peut contribuer à son problème de santé). Les étudiants ont également reçu une sensibilisation sur les erreurs contextuelles de prise en charge c'est à dire les propositions de soin ne prenant pas en compte la situation des patients et qui représentent un obstacle aux soins. La formation se terminait par deux sessions de une heure au cours desquelles les étudiants développaient leurs compétences en interviewant des patients « acteurs » ayant potentiellement des pathologies « contextuelles ». L'évaluation des compétences acquises s'est faite par des cas cliniques et a prouvé qu'après 4 h de formation à cette approche contextuelle des patients, les étudiants étaient plus aptes à prendre en compte les problématiques liées à l'environnement lors de la prise en charge de leur patient (90% vs 62 % pour les non formés), ainsi que pour proposer une prise en charge adaptée à l'environnement (69% vs 22% pour les non formés). Cette étude a ainsi mis en évidence l'effet bénéfique d'une formation des médecins à la prise en compte de l'environnement pour une meilleure prise en charge individuelle du patient et une amélioration des pratiques professionnelles (207).

Mis à part quelques expériences de ce type, les études médicales restent assez centrées sur l'approche biomédicale de la médecine et font peu de place à l'apport des sciences humaines et sociales. Pourtant, d'après J. Faya, la formation doit être multidisciplinaire pour « *atténuer les dangers du médico-centrisme* » et « *permettre à l'étudiant de découvrir le caractère multisectoriel de la pratique et l'aspect dynamique de la santé* ». L'enseignement de la prise en charge sociale, est à ce titre particulièrement significatif, car il s'agit d'un thème qui ne relève pas de la pathologie, mais qui s'inscrit pleinement dans la définition de la santé par l'OMS détaillé plus haut. J. Faya précise cette idée en affirmant que l'enseignement des sciences sociales, de l'économie ou du droit de la santé, de l'épidémiologie et de la santé publique « *mérite de faire partie des connaissances communes des professionnels de santé (...) au moins autant que la biophysique, l'anatomie ou la physiologie* ».

Cette formation médico-centrée que les futurs médecins reçoivent pendant une majeure partie de leurs études semble ainsi être de plus en plus en décalage avec le métier de médecin généraliste qu'ils découvrent bien tardivement dans leur cursus. Ce décalage explique peut-être en partie la réticence des jeunes médecins à s'installer immédiatement après la fin de leurs études médicales. Le temps du remplacement pouvant être considéré comme un temps d'observation, de découverte et d'apprentissage.

A. 7) La responsabilité sociale de l'université à travers la formation

Si on s'intéresse aux effets produits par le hiatus entre la forte médiatisation effectuée autour de la pauvreté, et le faible écho que lui renvoie l'institution universitaire, on peut se demander s'il ne favorise pas un repli des étudiants sur les positions transmises par leur entourage familial ou sur les positions les plus amplifiées médiatiquement. Ce silence de l'institution s'illustre particulièrement dans la préparation de l'Examen National Classant (ECN) où les quelques items en lien avec le sujet (items présentés en début de thèse, page 50) représentent une infime minorité du programme. D'après les internes interviewés ces items sont très peu travaillés par les étudiants puisque les sujets qu'ils abordent ne sont presque jamais questionnés le jour du concours. La faible prise en compte du contexte social par le concours, ou les modes d'évaluation durant les études, semblent signifier que les étudiants n'ont pas besoin de formation en la matière pour se forger une opinion et pour guider leurs pratiques. Tout se passe comme si l'enseignement universitaire, service public répondant à des objectifs de santé publique, déléguait une partie de ses objectifs de formation aux facteurs personnels d'évolution des consciences des étudiants. Ainsi, les dimensions sociales de la pratique médicale ne sont que très peu abordées dans le cadre universitaire. En ne proposant pas aux étudiants de se questionner sur les dimensions sociales de la maladie, de leurs réponses thérapeutiques et du système de santé, la faculté renvoie à une démarche individuelle l'appréhension des aspects non médicaux de la prise en charge de son

patient. Au regard des origines sociales favorisées des étudiants en médecine, ce processus, risque fort d'être socialement situé, ce qui n'est pas sans conséquences sur le comportement des futurs médecins avec leurs patients.

Dans son travail, J. Faya insiste donc sur la responsabilité de l'université dans la contribution à une santé pour tous. Il cite la 48ème assemblée mondiale de la santé de l'OMS du 12 mai 1995 qui rappelle « ... *qu'il est important de réorienter l'enseignement en faveur de la santé pour tous [...] elle demande instamment aux états membres d'étudier la contribution particulière des écoles de médecine à l'instauration de la santé pour tous; [...] prie le directeur général d'encourager les écoles de médecine à mieux déterminer les besoins en matière de santé des personnes desservies [...]* » Cette orientation est confirmée en 1999 par la charte d'Arizona organisée par l'OMS, l'UNESCO et l'université d'Arizona : « *Toutes les universités ont l'impératif moral d'engager leurs services pour les communautés des démunis, quelles que soient leurs bases ou statuts d'institutions publiques ou privées* » [...]. » (208)

En 2000, C. Boelen et E. Heck publient un rapport pour l'OMS définissant la responsabilité sociale des universités. Selon ce rapport, les facultés doivent trouver un équilibre entre pertinence, qualité, efficacité et équité dans leur activité de formation, recherche et services afin de participer aux « objectifs de santé pour tous ». (209) En termes d'équité, le rapport propose que les facultés favorisent une dispensation équitable de soins par « *une formation médicale qui expose les étudiants aux besoins (...) des populations sous-desservies, (...), des minorités ethniques et raciales et des personnes déplacées* ». L'objectif étant d'augmenter la sensibilité des étudiants à ces populations mais aussi de « *susciter des choix de carrières qui privilégient les soins à ces groupes* ». Lors des entretiens, nous avons été marquées par le paradoxe existant entre le réel désir pour certains internes de travailler auprès de populations en situation de précarité et les peurs, appréhensions et difficultés relevées dans la pratique du quotidien.

Une étude américaine rétrospective menée en 2003 auprès de médecins installés en Californie a évalué l'influence des études médicales sur le choix du lieu d'exercice futur. Elle a montré que les médecins à qui l'on avait imposé des stages pratiques dans des communautés défavorisées de la ville durant leurs études (entre 1985 et 1995) étaient deux fois plus nombreux à avoir choisi d'y travailler 8 ans plus tard (53% contre 26%). De telles expériences de terrain semblent ainsi lever les appréhensions et pourraient être une solution incitative à l'installation de jeunes professionnels de santé dans ces quartiers. Les universités ont donc un rôle de taille à jouer par le biais de la formation théorique mais aussi pratique pour sensibiliser les futurs médecins aux problématiques d'accès aux soins en zone rurale mais également en zone urbaine sensible (184).

A. 8) Une formation pour une prise de conscience des inégalités sociales de santé afin de participer à leur diminution.

Par rapport à la lutte contre les inégalités de santé, les chercheurs en santé publique prennent aussi position pour une amélioration de la formation. Selon M. Elbaum, « *Les inégalités sociales de santé ont donné lieu, en France comme à l'étranger, à de multiples travaux de recherche, mais ceux-ci restent largement ignorés par les professionnels et les décideurs, qui n'en ont jamais fait, comme au Royaume-Uni ou en Suède, une priorité politique [9].* » (130) Nous avons fait un constat similaire dans notre étude : les internes ne sont pas conscients des causes et conséquences des inégalités de santé. Malgré les nombreuses recherches ayant identifié de multiples déterminants de santé, les internes n'ont conscience que des facteurs comportementaux individuels et éludent le contexte socio-économique et politique. Ils ne mesurent pas, par exemple, que le type d'emploi exercé est d'abord le fait d'une appartenance sociale et surestiment l'importance du système de santé dans l'émergence de ces ISS. Concernant les mesures à mettre en œuvre pour lutter contre les inégalités sociales de santé, L. Potvin souligne que toute action exige « *la reconnaissance du fait que les domaines sociaux et sanitaires sont*

intimement liés et qu'une intégration des disciplines des sciences sociales et des sciences de la santé est nécessaire. » (210). Dans son plaidoyer, le CISS¹⁸³, s'empare également de cette problématique et dénonce le fait qu'il n'y ait « *quasiment aucun enseignement relatif aux sciences humaines, à la communication, à l'éthique et peu de temps consacré à l'approche de la santé publique* » dans la formation médicale initiale et continue. Selon ce collectif de patients, il faut sensibiliser les professionnels de santé aux inégalités sociales de santé pour qu'ils aient à l'esprit « *qu'elles existent et qu'il est possible de lutter contre* » (212).

A. 9) *Les internes sont intéressés et s'estiment mal formés sur ce sujet.*

Questionnés sur ce sujet, les internes pensent majoritairement que leur formation sur ces problématiques n'est pas suffisante et semblent intéressés par une formation sur l'accès aux soins et la précarité en santé (neuf internes sur dix). Le volet qualitatif de notre enquête a montré que les internes interviewés souhaitent être éclairés en particulier sur la résolution de problèmes sociaux concrets et sur les représentations vis-à-vis des publics précaires. Notre étude confirme les résultats mis en avant en 2001 par Dr Faya dans son travail sur les souhaits de formation et d'expériences professionnelles en rapport avec la précarité auprès de 200 externes en médecine de Lyon. Cette étude montrait un réel intérêt de la part des étudiants pour travailler ou effectuer un stage dans des structures recevant des patients en situation de grande pauvreté (82% des étudiants en médecine) (208) Une thèse intitulée « *Difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressentis par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle* » a également mis en avant les souhaits de formation des médecins généralistes et jeunes remplaçants interrogés (74) : tous s'accordent à dire qu'un enseignement spécifique serait nécessaire lors de la formation médicale initiale et deux tiers d'entre eux aimeraient eux-mêmes avoir une formation sur le sujet. 45% souhaiteraient que soit abordé le sujet des structures sociales existantes, 29% souhaitent une formation sur les droits des patients et 21% sur la santé des patients migrants. Les médecins interrogés dans cette thèse insistent sur le « repérage de la précarité », la relation médecin-patient et plus globalement sur l'importance d'une prise en compte de l'environnement du patient.

Dans notre étude, nous observons que les internes ayant de meilleures connaissances sur les ISS partagent moins de représentations négatives vis à vis des bénéficiaires de la CMUC et ont tendance à être plus intéressés par un cours sur le sujet « médico-social ». Nous pouvons donc nous questionner sur l'opportunité d'un cours facultatif sur le sujet si seuls les internes les mieux informés y participent. Notons cependant que les scores CMUC et ISS effectués dans notre étude l'ont été à partir de quelques questions, sollicitant des connaissances relativement basiques. Le fait d'avoir une note supérieure à la moyenne ne reflète donc pas forcément une connaissance suffisante pour acquérir une réelle compétence psychosociale. Des cours sur le sujet sembleraient donc être bénéfique à tout interne quelque soit son niveau de connaissance constaté dans notre étude.

B. Proposition de formation

B. 1) *Objectifs d'une formation*

A la lumière de notre étude et dans l'hypothèse où une formation pourrait être dispensée aux internes, plusieurs compétences nous semblent importantes à acquérir :

- Apprentissage des notions d'inégalité sociale de santé, de gradients sociaux, de déterminant de l'état de santé des populations pour une adaptation des pratiques.

¹⁸³Collectif Interassociatif Sur la Santé

- Apprentissage concret sur les dispositifs d'accès aux soins (CMUC, AME), les réseaux et les institutions pouvant être un relais dans la prise en charge des patients en situation de précarité pour que les internes puissent orienter et conseiller correctement leurs patients.
- Apport théorique en sciences humaines (sociologie, anthropologie, psychologie, économique) pour donner aux internes une compréhension sociale du monde qui les entoure. Sensibilisation sur la réalité de vie des populations précaires, notamment sur les notions de priorité, sur le rapport au temps etc ... pour permettre une meilleure compréhension des comportements et modes de vie de ces populations.
- Lever les peurs des professionnels de santé en cassant les représentations fausses ou erronées. Travail avec les internes sur leurs représentations pour mettre en évidence les facteurs humains, psychologiques et culturels qui nous mettent en échec dans la prise en charge de nos patients.

B. 2) Les modalités de formation

a. Quelques pistes pour une formation théorique

Comme il en existe déjà dans plusieurs facultés, il serait intéressant de proposer des modules de formation « médico-social » intégrés dans l'apprentissage du 3^{ème} cycle (cours de module à la journée). De manière plus globale, une sensibilisation à ces problématiques pourrait jalonner tout le parcours de l'étudiant en médecine. Comme nous l'avons vu précédemment (page 50), des cours existent en premier et second cycle des études médicales mais les internes interviewés dans notre étude s'accordent sur la nécessité de proposer également des cours assez tardivement dans le cursus. Ils mettent en avant le fait que les cours proposés en deuxième et sixième année n'attirent pas toute l'attention qu'ils devraient, dans la mesure où les étudiants sont en préparation des épreuves nationales classantes et que ces sujets d'ordre plutôt social trouvent rarement leur place au milieu des 345 items¹⁸⁴ du programme des ECN. Ainsi, au fur et à mesure que l'interne est confronté à la pratique, des apports théoriques un peu plus approfondis et faisant écho à ses expériences de terrain pourraient lui être proposés. Ces outils théoriques pourraient permettre à l'interne de mieux appréhender la rencontre avec les publics vulnérables et souvent éloignés de son propre univers. Comme c'est le cas pour de nombreux cours dispensés par le DUMG, les cours devront être interactifs et concrets. L'apprentissage par problème semblerait être la méthode la plus adaptée. Cette journée pourrait faire intervenir des acteurs de terrain habitués à former et témoigner sur le sujet de l'accès aux soins ou des ISS (professionnels de la PASS, de centres sociaux etc., bénévoles ou professionnels d'associations travaillant dans ce domaine.)

Plusieurs facultés ont travaillé ces dernières années à l'organisation d'un DU¹⁸⁵ Santé/Précarité. Sans remettre en cause le bien fondé de ces DU, nous sommes persuadées qu'une telle problématique nécessite également une formation « dans le tronc commun » plus accessible à une majorité puisque, comme nous l'avons vu, la dimension sociale de la médecine ne relève pas d'une « compétence complémentaire » mais bien d'une compétence à part entière requise pour tous les médecins. Même si la formation initiale n'est pas la seule manière de se former, il faut, pour intéresser les futurs professionnels à cette problématique, qu'ils aient été sensibilisés à la faculté et sur le terrain à ces sujets de précarité et d'accès aux soins. La formation proposée à l'heure actuelle dans les DU « santé-précarité » devrait selon nous, plutôt être déployée auprès du plus grand nombre pour une sensibilisation globale. Dans un second temps, des DU plus spécialisés sur les inégalités sociales de santé, l'approche transculturelle, l'anthropologie de la santé, la santé humanitaire pourraient intéresser les plus initiés.

¹⁸⁴ 345 Objectifs correspondant aux compétences à acquérir pour les Epreuves Nationales Classantes que les étudiants passent à la fin de la sixième année de médecine.

¹⁸⁵ Diplôme Universitaire

Un autre élément soulevé par J. Faya est le risque d'organiser une formation de « pauvrologie ». Selon lui, *“L'étudiant ne doit apprendre ni plus ni moins que "La" démarche médicale, basée sur les règles de déontologie. Il doit savoir résoudre un problème de santé publique”*. C'est pourquoi nous nous attachons à l'idée d'une formation “médico-sociale” plus qu'à des cours centrés sur la précarité. L'idée étant, comme nous l'avons vu plus haut, de sensibiliser une majorité d'internes sur l'importance des déterminants de santé et du gradient social pour pratiquer une médecine plus globale et accessible à tous.

b. Quelques pistes pour une formation pratique

Une fois les notions théoriques acquises, c'est par la pratique et la rencontre avec les patients que les futurs médecins peuvent réellement comprendre en quoi les acquis leur sont utiles pour leur vie professionnelle future. Lorsque nous avons interrogé les internes sur leurs souhaits de formation sur le sujet de la précarité, ils ont été nombreux à préférer une formation pratique plutôt que théorique. La maîtrise de stage est un compagnonnage où l'interne peut confronter le savoir qu'il a acquis pendant ses années d'études à la réalité d'un terrain souvent plus complexe. Après une formation théorique en amont sur les ISS, les représentations des ISS et de la précarité, la CMUC etc., un stage sur le terrain permettrait à l'interne, comme l'affirme M. Denantes, de se rendre compte par exemple que *« les « pauvres » bénéficiaires de la CMUC ne portent pas les « stigmates apparents » de la pauvreté (...) et que le rôle du médecin n'est pas d'évaluer la situation financière de son patient et de sélectionner les bons et les mauvais pauvres, mais de soigner des patients souvent en moins bon état de santé que le reste de la population »*(141). Pourtant, dans nos entretiens, plusieurs internes nous ont avoué ne rien connaître à la CMUC puisque n'en ayant jamais vu lors de leur stage ambulatoire. Ainsi, il semble important que les internes puissent découvrir plusieurs cabinets de médecine générale durant leur maîtrise de stage. De la même manière que l'on diversifie les terrains de maîtrise de stage, en favorisant les expériences en zone rurale, il serait bon, dans la mesure du possible, de diversifier les lieux de stage en associant un lieu de stage en "milieu favorisé" à un lieu de stage en "milieu défavorisé". Ainsi, l'interne aurait plusieurs maîtres de stage et découvrirait des modes de fonctionnement de cabinets différents et des populations différentes. Une sensibilisation des maîtres de stages aux problématiques d'inégalités de santé, de représentations de la santé et d'accès aux soins pour les populations précaires pourrait leur permettre d'effectuer un réel compagnonnage auprès des internes qu'ils accueillent.

À l'heure actuelle pendant la maîtrise de stage, les internes doivent effectuer une journée auprès d'un médecin de la sécurité sociale afin d'être sensibilisés à cette institution et à la fonction des médecins généralistes y travaillant. De la même manière, nous pourrions imaginer une journée de sensibilisation auprès de travailleurs sociaux du conseil général, de centres sociaux, de la Caisse d'Allocation Familiale ou dans des associations. Les internes réalisant des demi-journées à Médecins du Monde ou à la PASS dans le cadre de leur SASPAS le font jusqu'à présent sur une initiative personnelle. Comme les consultations en PMI ou chez des spécialistes proposées dans certains SASPAS de manière formelle et définie, il serait bon de formaliser cette collaboration afin de la rendre plus accessible à une majorité. Depuis peu, un poste d'interne est dédié à plein temps à des services de l'AP-HM accueillant plus spécifiquement des patients précaires : à la PASS Rimbaud de la Conception, à la prison des Baumettes, ou avec l'équipe Mobile de Psychiatrie-précarité MAARS. Ces stages ne sont malheureusement pas proposés systématiquement à chaque semestre. Il faudrait sans doute multiplier et rendre pérennes ces terrains de stage singuliers. Parallèlement, nous pourrions imaginer des stages à plein temps dans des structures ne relevant pas de l'Assistance Publique recevant des publics vulnérables (Lit Haltes Soins Santé, réseau associatif, structure de prise en charge des addictions ...).

c. Un nouveau mode de formation : l'exemple de l'échange des savoirs avec des personnes ayant l'expérience de la précarité

Une démarche de formation intéressante est celle de l'échange des savoirs qui semble particulièrement adaptée à notre problématique. D. Fayard précise dans la revue *Quart Monde* que : « *La démarche de croisement des savoirs et des pratiques repose sur un a priori à la fois éthique et épistémologique : toute personne, même la plus démunie, détient potentiellement les moyens de comprendre et d'interpréter sa propre situation. C'est l'analyse du vécu des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion qui est le point de départ d'une construction de savoirs croisés.* » (213). D. Fayard fait ainsi le constat que les universités « *transmettent rarement un savoir éprouvé sur la grande pauvreté et encore moins le savoir acquis par les très pauvres eux-mêmes* ». Selon lui, les difficultés des professionnels à « *œuvrer efficacement dans la lutte contre la grande pauvreté et l'exclusion sociale* » viennent du fait qu'ils abordent le problème avec leurs propres représentations et histoires personnelles, souvent « *étrangères au monde de la misère* » ce qui rend la coopération « *soignant-soigné* » très difficile. Il existe donc une nouvelle étape à franchir qui consiste à considérer que les plus pauvres ont « *quelque chose à leur (aux professionnels) apprendre sur la pratique de leur métier* ». Il propose ainsi une co-formation où les personnes ayant l'expérience de la grande pauvreté et les professionnels (ou futurs professionnels) auraient le « *courage de prendre le temps (et le risque ?) de quitter leurs sécurités habituelles pour aller croiser leurs savoirs et leurs pratiques* ».

De telles expériences ont déjà eu lieu notamment à Chambéry avec la collaboration de la PASS et du réseau santé-précarité. Elles ont permis la rencontre entre des personnes en difficulté sociale et des professionnels agissant dans le domaine de la santé. Chaque personne a apporté ses connaissances qu'elles soient universitaires ou d'expérience vécues. Faites avec rigueur et dans un cadre bien défini, ces co-formations ont apporté une réelle plus-value et une meilleure compréhension mutuelle entre les différents acteurs de la formation en grande partie grâce à des discussions et débats réalisés sur un pied d'égalité (213). Dans son article « *Une formation mutuelle* », B. Derroite précise que l'incompréhension entre professionnels et personnes en situation de précarité vient de « *connaissances fondées sur des représentations et jugements négatifs* ». Les relations entre ces « *deux mondes* » sont alors souvent jugées insatisfaisantes par les deux partis. Pour faire évoluer la nature de cette relation afin de dépasser les peurs réciproques la co-formation ou échange des savoirs peut permettre de reconnaître mutuellement les initiatives et les risques pris par les uns et les autres à condition que « *chacun ait la volonté de rencontrer l'autre dans sa propre vision des choses et accepte de se remettre en question* » (213). Des dispositifs similaires sont déjà mis en œuvre dans des disciplines comme la rhumatologie, la diabétologie ou dans le champ de la lutte contre le VIH. Des « *patients experts* » viennent témoigner de leur expérience auprès des professionnels en formation. Des travailleurs pairs travaillent également dans les équipes de psychiatrie ou d'addictologie et amènent un savoir acquis par le vécu.

Nous pourrions imaginer le même type d'échange de savoir entre les internes et les personnes vivant ou ayant vécu des situations de précarité. Ce type de formation nécessiterait de petits groupes et un lourd travail de préparation. Les personnes en situation de précarité pourraient venir témoigner des difficultés rencontrées dans l'accès aux soins ou dans la relation avec les professionnels de santé. En retour, les étudiants décriraient les difficultés de prise en charge qu'ils ont évoquées lors des entretiens de notre étude qualitative.

Conclusion

Notre étude confirme la nécessité du développement d'une formation sur le sujet des inégalités sociales de santé, de l'accès aux soins et plus globalement sur la thématique médico-sociale pour les internes de médecine générale. Elle met en avant l'importance d'une intégration plus importante des sciences sociales dans la formation médicale initiale et confirme ainsi les conclusions des travaux déjà effectués sur le sujet. Au terme de notre travail nous pensons qu'une formation sur le sujet devrait être à la fois théorique et pratique. La pratique sensibilise et illustre les connaissances acquises lors de cours théoriques ; le cours théorique permet de mettre en perspective la pratique et facilite sa remise en question par le praticien en vue d'une amélioration. Une formation pourrait faire prendre conscience aux futurs médecins du rôle qu'il peuvent avoir dans la lutte contre

les inégalités sociales de santé et dans la facilitation de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Ils pourraient de surcroît prendre conscience de l'importance de leurs représentations dans la prise en charge de ces patients. Cette formation pourrait aussi apporter des réponses très concrètes aux besoins qui sont les leurs et les familiariser avec les attitudes à adopter.

Tout ceci pour une amélioration de la prise en charge des patients, un vécu apaisé de ces situations pour les jeunes médecins et une pratique en accord avec les objectifs de renforcement de l'accès aux soins pour les plus démunis, de réduction des inégalités sociales de santé et de lutte contre le refus de soins. La proposition d'échange des savoirs développée au terme de ce chapitre semble pouvoir s'adapter aux sujets que nous souhaitons y aborder puisque, ainsi que nous l'avons développé tout au long de cette thèse, les représentations des médecins occupent une place importante dans cette problématique. Un croisement des regards entre professionnels et patients serait bénéfique pour chacun.

Conclusion

Lors de nos premières expériences en cabinet de médecine générale, nous avons été confrontées à des difficultés de prise en charge de patients socialement vulnérables. Nous avons également été marquées par les préjugés de certains professionnels de santé concernant les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC). La thématique des inégalités sociales de santé a rapidement émergé comme élément central de notre problématique. Nous avons alors posé l'hypothèse que les difficultés rencontrées dans la pratique et les préjugés identifiés chez les professionnels pouvaient être la conséquence d'une méconnaissance des inégalités sociales de santé. Nous avons donc conduit une enquête quantitative et qualitative auprès des internes de médecine générale de Marseille. Celle-ci nous a permis de faire un état des lieux approfondi des connaissances et représentations des futurs médecins généralistes vis-à-vis des patients en situation de précarité, des dispositifs d'accès aux soins et, plus globalement, des inégalités sociales de santé. L'objectif final de cette étude était d'identifier les besoins concrets de formation des internes sur ces problématiques.

Au terme de nos recherches, nous constatons que les étudiants ont une conscience partielle des inégalités sociales de santé se limitant souvent à une opposition entre pauvres et « *non-pauvres* », travailleurs manuels et non-manuels. Près de sept internes sur dix ne savent pas que les personnes défavorisées ont plus de risque de développer une maladie cardio-vasculaire. Ils ont une vision réduite des déterminants de santé, conforme aux logiques du modèle biomédical. Ainsi, dans le processus de création des inégalités sociales de santé, ils surestiment le poids des comportements individuels et du système de santé, et minimisent l'effet des déterminants structurels de santé et du contexte socio-économique. En parallèle, les connaissances de base sur les dispositifs d'accès aux soins ne sont pas acquises. Par exemple, seul un interne sur cinq connaît les droits ouverts par la CMUC, et 86% des internes ne savent pas où se trouve la PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) de Marseille. Des représentations négatives sur les patients bénéficiaires de la CMUC sont partagées par un tiers des internes (surconsommation, abus, comportements agressifs ou revendicateurs...), et la même proportion pense qu'un « *médecin de secteur 2 peut refuser de recevoir un patient parce qu'il est bénéficiaire de la CMUC* ».

Notre étude révèle que les connaissances sur la CMUC influencent positivement les opinions des internes sur le tiers payant et que de meilleures connaissances sur les inégalités sociales de santé peuvent également avoir un impact positif sur les représentations des internes. Inversement, la méconnaissance d'une morbidité socialement différenciée entraîne des représentations erronées sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMUC. Ces derniers sont alors suspectés plus fréquemment d'abus et de fraudes que les autres assurés. Le volet qualitatif de notre étude a permis d'approfondir ces données. Ainsi, les internes ayant une vision dichotomique des inégalités sociales de santé et n'ayant pas la notion du gradient social de santé ont des représentations de la précarité plus proches de la grande pauvreté, conformes au discours politique actuel plus tourné vers l'exclusion. Ceci les amène à ne pas considérer comme précaires des populations telles que les travailleurs pauvres, ou les bénéficiaires de la CMUC. Ces représentations confèrent aux ayants-droits de la CMUC un manque de légitimité déjà identifié par C. Desprès. Cette dé-légitimation s'applique autant dans les modalités de recours aux soins de ces patients que dans leurs droits à bénéficier d'une protection sociale complémentaire. Notre étude a mis en évidence d'autres facteurs pouvant influencer les représentations négatives, telles que la crainte de la perte du pouvoir médical, et l'expression d'un fort besoin de reconnaissance sociale pour le travail de médecin. Ces facteurs identifiés dans la partie qualitative de l'étude mériteraient d'être confirmés par des recherches plus approfondies. D'autre part, si l'avancée dans le cursus est un facteur d'amélioration des connaissances sur la CMUC, l'ancienneté de l'interne semble également être un facteur

d'augmentation des représentations négatives. Mais seule une étude plus poussée permettrait de confirmer cette tendance.

C'est sans doute en partie à cause du manque de connaissances et de sensibilisation à ces problématiques (inégalités sociales de santé, accès aux soins) que les internes identifient leur rôle de médecin de manière assez limitée dans ce contexte. En effet, ils se restreignent à une orientation des patients vers les travailleurs sociaux, calquée sur le modèle hospitalier. Ils ne semblent pas être conscients de l'importance d'une prise en compte des déterminants de santé ou de la couverture sociale, tant pour le diagnostic que pour l'adaptation de la prescription. Notre étude identifie deux difficultés majeures pour les internes: le repérage en consultation des patients en situation de précarité et le ressenti d'une distance sociale importante, ceci étant peut être lié au fait que les internes de notre échantillon sont pour 70% issus de classes sociales supérieures et méconnaissent donc la réalité des conditions et des enjeux de vie de ces patients.

En définitive, la vision de la santé médico-centrée transmise par l'université, apparaît en décalage avec la définition de l'OMS¹⁸⁶ et avec les modèles élaborés sur les déterminants de santé. La faiblesse de la formation universitaire sur ces sujets laisse à l'appréciation de l'interne une grande partie des aspects non médicaux de sa pratique professionnelle. Cette dernière est alors fortement dépendante de son capital culturel et de ses valeurs personnelles. Pourtant, la formation auprès des internes pourrait constituer un levier pour limiter l'émergence de représentations négatives à l'égard des personnes en situation de précarité et, comme le soutient M. Denantes, pour « *lutter à la faculté contre le refus de soins* ». Elle pourrait également apporter les outils nécessaires aux internes pour une meilleure prise en charge de ces personnes. Le principe d'une formation est d'ailleurs plébiscité par notre échantillon d'étudiants.

Comme le souligne P. Aiach, « *les inégalités sociales de santé sont le produit final de toutes les autres inégalités sociales* » et cela questionne ainsi la notion de justice sociale. C'est pourquoi la lutte contre les inégalités sociales de santé concerne tous les champs des politiques publiques (logement, emploi, éducation...), et remet en cause de façon profonde le fonctionnement et les mécanismes fondamentaux de notre société. Cette lutte relève finalement peu des domaines accessibles aux professionnels de santé. Pourtant selon P. Lombrail, le système de santé « *participe "inconsciemment" à l'accentuation des inégalités sociales de santé en sous-estimant la dimension socio-économique des problèmes de santé* ». Il pourrait selon lui, à l'inverse, jouer un rôle de « *rattrapage* » des inégalités sociales de santé. En effet, nous sommes convaincues, comme d'autres médecins généralistes cités dans notre thèse, que les professionnels de santé possèdent une marge de manoeuvre non négligeable et doivent tout mettre en oeuvre pour ne pas aggraver les inégalités sociales de santé. En effet, la façon d'exercer du médecin généraliste n'est pas neutre. Il peut, par sa pratique, favoriser l'accès aux soins (tiers payant, connaissance sur la couverture sociale et dispositif), voire plus largement, contribuer, à sa mesure, à la lutte contre les inégalités sociales de santé en intégrant le fait que la « *différence d'état de santé entre des individus est liée à des facteurs sociaux de différenciation* »¹⁸⁷, et qu'elle ne touche pas uniquement les patients en grande précarité.

Notre étude situe le discours des internes par rapport à celui du corps médical et le replace dans un contexte sociétal. Elle nous confirme qu'en l'état actuel des choses, les internes n'ont pas les outils nécessaires pour « *contribuer à la solution* », et ils pourraient même, dans une certaine mesure, « *faire partie du problème* ». Concernant les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé, toute modification des stratégies de soins pourrait être vaine si les acteurs de terrain ne sont pas sensibilisés à ces problématiques et n'adhèrent pas à ces changements. Fort de ce constat, les efforts effectués sur la formation des futurs professionnels de santé prennent tout leur sens. Une intégration plus conséquente des sciences sociales dans le cursus médical pourrait

¹⁸⁶ « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmiété.* »

¹⁸⁷ Définition ISS Pierre Aiach

permettre une adaptation de la formation aux nouveaux paradigmes de la santé, et plus globalement, une sensibilisation des étudiants au modèle bio bio-psycho-social.

Nos conclusions font écho à la réforme en cours des études médicales. Alors que le programme du deuxième cycle des études médicales est sur le point d'être finalisé, il convient de rappeler la responsabilité sociale de l'université affirmée par l'OMS dès 2000. De fait, des professeurs et médecins se mobilisent pour que l'enseignement lié aux inégalités sociales de santé et à l'accès aux soins puisse trouver une plus grande place dans les programmes des premier et deuxième cycles, notamment dans les 345 items qui composent les objectifs des épreuves nationales classantes. Pour le troisième cycle, l'organisation du programme pédagogique est laissée à l'appréciation de chaque faculté. Nous espérons que notre travail puisse constituer un élément de réflexion supplémentaire sur la possible mise en œuvre d'un module de formation sur le sujet. Parallèlement, il serait intéressant de réaliser une seconde étude sur le niveau des compétences psycho-sociales que les patients attendent de leur médecin.

Bibliographie

1. Blane D, Marmot M, Wilkinson R. The life course, the social gradient and health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
2. Smeeth L, Heath I. Why inequalities in health matter to primary care. The British Journal of General Practice. 2001;(51):436-437.
3. Wresinski Joseph. Grande Pauvreté et Précarité Economique et sociale. Conseil économique et social; 1987 févr p. 103.
4. Direction de la stratégie et prospective Département observations & études, La santé observée Info stat oct 2012. L'indice de désavantage social (IDS) : application aux territoires de Provence Alpes Côte d'azur. Marseille: ARS PACA; 2012 juin p. 6. Report No.: 1776-1832.
5. Observatoire des inégalités. Évaluer la pauvreté est un exercice difficile et un sujet de controverses. 18 sept 2012;
6. Observatoire des Inégalités I. Ville riches, villes pauvres: Le revenu des habitants. 23 nov 2012 [cité 10 déc 2012]; Disponible sur: <http://www.inegalites.fr/spip.php?page=recherche&recherche=les+200+villes+les+plus+riches>
7. ARS PACA, ORS PACA. Etat de santé et inégalité en région PACA 2010 Diagnostics socio-sanitaires des six départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Marseille: ARS PACA; 2010 p. 68.
8. Fonds CMU. Évaluation de la Loi CMU Rapport N°5 [Internet]. 2011 nov p. 313. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000124/0000.pdf>
9. www.iseqh.org. International Society for Equity in Health. 2002.
10. Whitehead M, WHO Regional Office for Europe. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen; 1990;
11. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. 2004;(54):21-27.
12. Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES; 2010 oct p. 386.
13. Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. INSEE. juill 2005;(1025):4.
14. Cambois E, Robine J-M. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. 8 mars 2011;(n° 8 et 9).
15. Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. Inégalités sociales de mortalité prématurée: la France comparée aux autres pays européens. Les inégalités sociales de Santé, Paris: La Découverte. 2000;
16. Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E., Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK., Egido E, Spadea T, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol. 34(2) éd. 2005;316-26.
17. Gwenn Menvielle, Annette Lecler, Jean-François Chastang, Danièle Luce, Gwenn Menvielle. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France: état des lieux et évolution temporelle. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2 sept 2008;(33):289-292.
18. Rapports sur la santé. l'incidence du cancer du sein et le revenu du quartier. Statistique Canada. juin 2011;22(2 82-003-XPf).
19. Charles MA, Basdevant A. 3ième enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France. Institut Roche de l'Obésité, SOFRES; 2003.
20. Cambois E, Laborde C, Robine JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. INED. 2008;441.
21. Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Thierry Rochereau. Enquête sur la Santé et la protection Sociale. IRDES; 2008 avr p. 225 (89- 130). Report No.: n° 540.
22. Illich I. Medical Nemesis : the expropriation of health. Great Britain: Random House; 1976.
23. Cantoreggi N. Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Suisse: Groupe de recherche en environnement et santé (GRES) Institut des sciences de l'environnement--- Université de Genève; 2010 août p. 58.
24. OMS Genève. Conférence internationale sur les soins de santé primaire. Alma ata URSS; 1978 sept. Report No.: ISBN 92 4 28 00001.
25. Black D. Townsend P., Davidanson N. Inequalities in Health. The Black Report. Londres; 1982 p. 240 p.

26. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. 1986 [cité 13 déc 2012]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lps/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
27. Marmot et Wilkinson, WHO (OMS) Regional Office for Europe. Social determinants of health : the solid facts. Copenhague. 2003;
28. Séverine Deguen. «Exposition à la pollution atmosphérique et inégalités sociales de santé ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 8 janv 2013;(n°1-2).
29. Van Doorslaer E. et Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. Ecuity II Working Paper. 2002;
30. Emmanuelle Cambois, Florence Jusot. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique « Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux ». 23 janv 2007;(n° 2-3).
31. Vannotti M. Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social [Internet]. CERFASY. [cité 14 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/modles%20bio-mdical%20et%20bps.pdf>
32. Chauvin P, Lebas J. Précarité et santé. Broché. 1998.
33. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard PY, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. IRDES. Février 2005;(92):6.
34. Pierre Lombraill et Jean Pascal. «Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé» extrait de l'ouvrage «Réduire les inégalités sociales en santé.» Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) INPES. Saint-Denis; 2010.
35. Annie Fenina, Geffroy Y. , Corinne Minc, Thomas Renaud, Emmanuelle Sarlon, Catherine Sermet DRES, IRDES. Les dépenses de prévention et les dépenses de soin par pathologie en France. juill 2006;(111):8.
36. Wikipédia. Histoire de la sécurité sociale en France [Internet]. [cité 20 sept 2012]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9curit%C3%A9_sociale_en_France#Histoire
37. Boiseguerin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006? DRESS. janv 2009;(675):6.
38. C.Desprès. Renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation. DREES; 2011.
39. Médecins du Monde, Direction des Missions France. Etat des Lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes de France. 2010 Aout.
40. Nadia Okbani. Le non recours au RSA activité : étude auprès des allocataires de la CAF de Gironde. Comité d'évaluation du RSA; 2010.
41. Direction des Missions France de Médecins du Monde. Plaidoyer pour un accès aux soins des plus vulnérables en France. 2012 mai p. 36 p.
42. Pierre Volovitch. «une couverture santé à 2 vitesses». Observatoire des inégalités [Internet]. 30 mai 2011 [cité 24 nov 2012]; Disponible sur: <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1450>
43. LMDE, IFOP. «Santé et conditions de vie des étudiants», L'ouvrage pour tout savoir sur la santé des jeunes. coédité par la Mutualité Française et Rue des écoles; 2012.
44. Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. IRDES. janv 2011;(161):6.
45. Dourguignon P., Jusot F., Fantin R. Payer peut nuire à votre santé: une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. IRDES; 2012.
46. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste ? IRDES. mars 2000;(27):4.
47. Arié Elie. On ne choisit pas d'être malade. L'Humanité. 25 janv 2007;
48. C. Lehmann. Les Fossoyeurs. Privée. 2007.
49. Pierre Aballea,, Laurence Eslous, Bartoli F, Yeni I. Les dépassements d'honoraires médicaux. Paris: IGAS; 2007 avr. Report No.: n ° RM 2007-054P.
50. Assurance maladie. Médecins exerçants en secteur 2: une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système [Internet]. 2011 [cité 30 mars 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf
51. Kambia-Chopin B. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; Irdes), Perronnin M. (Irdes ; LEDa-LEGOS, Université Paris I). Effet des franchises sur la demande de médicaments : une analyse sur données françaises. 2013.
52. H. Maurey. Déserts médicaux: agir vraiment. commission du développement durable; 2013 févr. Report No.: n° 335.
53. IFOP, Jalma. Observatoire de l'accès aux soins , Enquête auprès des Français et des professionnels de santé [Internet]. 2011 oct. Report No.: 19743. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf

54. Rapports ONZUS 2009 relatifs à la démographie des professionnels de santé respectivement des médecins et des autres professionnels de santé.
55. ARS PACA. Schéma régional d'organisation des Soins composante du projet régional de santé Paca 2012-2016. Marseille; 2012.
56. Coordination Mission France de Medecin du Monde. « Je ne m'occupe pas de ces patients » Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Medecin du Monde; 2006 oct p. 42.
57. Desprès C., Guillaume S. et Couralet P. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins. 2009.
58. IRDES. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires [Internet]. 2012 déc. Disponible sur: www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf
59. CPAM. CMU: Améliorer l'accès aux soins grâce à la conciliation, article issue de la lettre d'information aux médecins de la sécurité sociale [Internet]. 2009 [cité 12 févr 2013]. Disponible sur: http://www.lettreauxmedecins.ameli.fr/nl/nl29.cfm?WL=171&#info_repere%29
60. European Union Agency For Fundamental Rights. European Union Minorities and Discrimination Survey: Data in Focus Report 5 : Multiple discrimination. 2011. Report No.: Report 5.
61. ARS PACA. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins N° III [Internet]. [cité 21 déc 2012]. Disponible sur: http://www.uniopss.asso.fr/resources/paca/documents/Sante//PRAPSIII_2008_2010.pdf
62. Carde E. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. 2007;19(2):99 à 109.
63. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DRESS. avr 2006;(481):8.
64. COMEDE. Guide Pratique : Prise en charge Medico Psycho Sociale des migrants/ etrangers en situation précaire. 2008.
65. J.Mann, Société Française de Santé Publique. Santé publique : éthique et droit de la personne. Santé Publique. sept 1998;(10):239-250.
66. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 [Internet]. Paris: IRDES; 2010 juin p. 258. Report No.: 1800. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
67. Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F, IRDES. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Questions d'économie de la santé. (169):Octobre 2011.
68. Emilie Renahy, Julie Vallée, Isabelle Parizot, Pierre Chauvin. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne, Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS. DRESS; 2011.
69. Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, Rapport 2012. ONZUS; 2012 nov. Report No.: 978-2-11-128170-7.
70. Chauvin P, Lebas J. La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements du système de santé. Précarité et Santé. 2008;3-20.
71. Jaddo. Juste après dresseuse d'ours. Les histoires bruts et non romancées d'une jeunes généraliste. Fleuve Noir. Paris; 2011.
72. Philippe Foucras. Un enseignement sur l'exclusion pendant les études médicales- La santé pour tous : pour quand ? Revue Quart Monde. 2002;(184).
73. Tellier Muls M. Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecin générale. [Paris]: Paris V; 2010.
74. Laurent (Querrioux) I, Matz C. Enquete sur les difficultes de prise en chargedes patietns precaires et migrants precaires ressenties par les medecien generalistes de meurthe et moselles Etude Qualitative par focus groupe. [Nancy]: Nancy; 2011.
75. J. Holsteain, D. Farge, N. Tarigh, L. Trinquart, D. Manac, T. Bastinic, G. Chatellier. Lien précarité-durée et complexité des séjours hospitalier en secteur de cours séjours. Revue d'épidémiologie et de santé Publique. juill 2009;57(3).
76. Julian Tudor Hart. The inverse care law. The Lancet. 1971;(n°1):405-412.
77. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé? La Revue du Praticien. 2004;54(20):2263-2270.
78. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature. [Grenoble]: Joseph fourier; 2011.
79. Gueguen J. Couverture Maladie Universelle complémentaire : enjeux éthiques du non recours et des refus de soins. Est-ce à l'utilisateur de faire valoir ses droits CMUc ou aux institutions et aux professionnels de tout mettre en oeuvre pour que ceux-ci soient obtenus et respectés? Place et responsabilité de chacun face au non recours et aux refus de soins. [Paris]: Paris Descarte, V; 2008.
80. Salle J. Vulnérabilités, Accès aux soins et sante des migrants en séjour precare: conmiassancees et representations des internes en medecine generale d'Ile de France. [Paris]: Paris IV; 2010.

81. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 1999 juin.
82. Griffi n S.J., Kinmonth A.L., Veltman M.W., Gillard S., Grant J., Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*. 2004;(n°2):595-608.
83. Foucras.P. Le rendez-vous, un obstacle à l'accès aux soins des plus pauvres. *Prescrire*. 2008;(295):392-3.
84. Decamp S. Les représentations de la maladie chez les migrants. Données anthropologique pour une meilleure prise en charge en médecine générale [Thèse de médecine]. Bordeaux; 2001.
85. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles ans la prise en charge des migrants. 2007.
86. Cap Med Conseil, Audite Prospective Méditerranée. Action de Médiation en Santé Publique à Marseille. Marseille; 2011.
87. Foucras P. Santé et exclusion: apports du stage de médecine générale. Ecole du Collège National des Généralistes Enseignants; 2001.
88. Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. l'interet d'un reseau medical ville PASS. [Paris]: Paris Descarte; 2011.
89. Falcoff H, Potvin L. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? INPES; p. 386.
90. Huebner J, Agrawal JR, Sehgal AR, Jung P, Hedgecock J, Simon SR. Universal health care and reform of the health care system: views of medical students in the United States. *Acad Med*. 2006;81(8):721-727.
91. Wilson E, Grumbach K, Huebner J, Agrawal J, Bindman AB. Medical student, physician, and public perceptions of health care disparities. *Fam Med*. 2004;36(10):715-721.
92. Wear D, Kuczewski M. Perspective: medical students' perceptions of the poor: what impact can medical education have? *Acad Med*. Northeastern Ohio Universities College of Medicine, Rootstown, Ohio, USA. juill 2008;83(7):639-45.
93. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*. mars 2008;83(3):244-249.
94. Crandall SJ, Volk RJ, Loemker V. Medical students' attitudes toward providing care for the underserved. Are we training socially responsible physicians? *JAMA*. 1993;269(19):2519-2523.
95. Keenan CE, Brown GC, Pontell HN, Geis G. Medical students' attitudes on physician fraud and abuse in the Medicare and Medicaid programs. *J Med Educ*. 1985;60(3):167-173.
96. Cantor JC, Miles EL, Backer LC, Barker DC. Physician service to the underserved: Implications for affirmative action in medical education. *Inquiry*. 1996;33:167-180.
97. Wagstaff GF. Attitudes to poverty, the Protestant ethic, and political affiliation: A preliminary investigation. *Soc Behav Pers*. 1983;(11):45-48.
98. Petitcollet L. Les patients beneficiaires de la CMUC: representations des internes en medecine generale d'Ile de France et facteurs influencant ces representations. [Paris]: Paris IV; 2011.
99. Ministère. RSA, CMU [Internet]. Service-Public.fr. [cité 10 mars 2012]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/N19775.xhtml>
100. INSEE. Seuils de pauvreté mensuels [Internet]. [cité 6 mars 2012]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSOS04401
101. INSEE. Montant mensuel net du smic pour 35 heures de travail par semaine (151,67 h/mois) après déduction de la CSG et CRDS [Internet]. 2013 [cité 3 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/bsweb/serie.asp?idbank=000879878>
102. Abric J-C. Methodes d'études des représentations sociales.
103. Fenneteau H. Enquete : Entretien et Quesitonnaire. 2eme edition. Dunod; 2007.
104. DEPRES C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et organisations des soins*. mars 2010;41(1):12.
105. Comptes de la santé [Internet]. Paris: DRESS; 2011 p. 238. Disponible sur: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2011.pdf
106. Aïach P. L'ere de la médicalisation. Paris: Anthropos; 1998.
107. Peretz H. Les methodes en sociologie, l'observation. La decouverte. Paris; 1998.
108. Bouillon F, Fresia M, Tallio V. Terrain sensible. Expérience actuelles de l'anthropologie. Paris: Centre d'étude africaines école des hautes études en sciences sociales. EHES; 2005.
109. Pasquier E. Memoire de Médecine Générale Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Internet]. [Lyon]: Lyon Nord; 2004. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
110. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: L'entretien. Nathan. Paris; 1992.

111. Gelly M. Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée. Harmattan. Paris; 2006.
112. Kaufmann J-C. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. 2eme ed. Armand Colin; 2007.
113. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse pas la théorisation ancrée par les étudiants en médecine Version 1.1 [Internet]. Université Lille; 2009 [cité 7 mars 2013]. Disponible sur: www.theorisationancree.fr
114. Labarthe G, Herault D. Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. DRESS. juin 2003;(244):8.
115. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Paris: Inter Syndical national; 2011 janv p. 30.
116. Flacher A. Desir et attentes des internes de 3eme cycle de médecine générale. 2007.
117. Laganier J, Dalila V. Recensement de la population de 2006 :La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes. INSEE. janv 2009;(1218):6.
118. Juel K, Mosbech J, Hansen ES. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. Int J Epidemiol. juin 1999;28(3):456-460.
119. Aïach P. Les inégalités sociales de santé. Ecrits. Economica. France, Paris: Anthropos; 2010.
120. Wilkinson R. L'égalité c'est la santé. Demopolis. Paris; 2010.
121. Mucchielli L. L'invention de la violence. Des peurs, des chiffres et des faits. Fayard; 2011.
122. Le Goaziou V, Mucchielli L. Les violés jugés en cours d'assises : typologie et variations géographiques. 2010;4:1-4.
123. Guillet P. Violences et Santé. Paris: Haut Comité Santé Publique; 2004 mai p. 190.
124. Saliba J, Aïach P, Fassin D. les paradigmes des professions de santé.
125. LANGE G, FLORES M. L'âge moyen de découverte du diabète de type 2 diffère significativement selon la catégorie sociale. [Paris]: Paris 7 Diderot, Bichat; 2004.
126. Danet S. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Paris: DRESS; 2011.
127. Rapport annuel. Paris: Haut Conseil de l'avenir de l'Assurance Maladie; 2012 p. 123.
128. Aïach P. Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociale. 2004;(2):9.
129. Rainhorn JD. Santé et précarité. HCSP. sept 1995;(12):64.
130. Elbaum M. Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. 2007;
131. Haut Comité de la Santé Publique. Les inégalités et disparités de santé en France. Paris: Haut Comité de la Santé Publique; 2002 janv p. 240.
132. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Med Suisse. 2010;(6):1511-1513.
133. Emmanuelle Cambois. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. Paris: DRESS; 2003 2004 p. 26.
134. Leclerc Annette, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Broché. Paris: La découverte; 2000.
135. INPES. Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? [Internet]. INPES. 2012 [cité 17 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
136. Lupie SJ, King S, Meaney MJ, McEwen BS. Can poverty get under your skin? basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status. Dev. Psychopathol. 2001;13(3):653-676.
137. Roy J-P. Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective. Med. Hypotheses. 2004;62(2):222-227.
138. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. Dialogues Clin Neurosci. 2005;7(2):103-123.
139. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociale de santé : Determinants sociaux et modèles d'action. IGAS; 2011 mai. Report No.: RM2011-061P.
140. Reynaudi M, Sauneron S. Médecine prédictive : les balbutiements d'un concept aux enjeux considérables [Internet]. Centre d'analyse stratégique. 2012 [cité 17 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/content/medecine-predictive-les-balbutiements-dun-concept-aux-enjeux-considerables-note-danalyse-289>
141. Denantes M, Chevillard M. Lutter à la faculté contre le refus de soins. Expérience de maîtres de stage et chargées d'enseignement au DMG de Paris VI. Bruxelles; 2008. p. 2. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/DenantesChevillard.pdf>
142. Ostracisme [Internet]. Wikipédia. 2013 [cité 21 mars 2013]. Disponible sur: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ostracisme&oldid=88850954>
143. Bardey D, Couffinhall A, Grignon M. Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé. IRDES. 2002;(53):8.
144. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. Les Tribunes de la santé. mars 2005;(8):10.

145. Prescrire. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Prescrire. 2010;(324).
146. Jodelet D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, en Psychologie sociale. PUF. Paris; 1997.
147. Benoist Y, Terrolle D. Biomédecine, grande pauvreté et domination sociale. Job et les vétérinaires. Illusio. 2012;(8/9):217.
148. Gadrey J. Quel est le « bon » seuil de pauvreté? [Internet]. Observatoire des inégalités. 2011. Disponible sur: http://inegalites.fr/spip.php?article1484&id_mot=30
149. Fonte D. les représentations des patients qui consultent à la PASS de Marseille par les professionnels de la PASS. [Aix Marseille]; 2012.
150. Revenu des ménages en Europe [Internet]. Eurostat; 2010. Disponible sur: Cité dans l'observatoire des inégalités
151. Enquête emploi en continu. [Internet]. INSEE; Disponible sur: Cité de l'observatoire inégalité
152. Berchet C, Justo F. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. IRDES. janv 2012;(172):8.
153. Balcou-Debussche. L'éducation des malades chroniques : Une approche ethnosociologique. Archives contemporaines Editions; 2006.
154. Foucaud J, Bury J, Balcou Debussche mARYVETTE, Eymard C. Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluations. Saint Denis: INPES; 2010.
155. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient Educ Couns. févr 2005;56(2):139-146.
156. Boltanski L. Prime éducation et morale de classe. Ferro Marc. 1969;24(2):516-517.
157. Capital culturel [Internet]. Wikipédia. 2013 [cité 17 avr 2013]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Capital_culturel&oldid=89791021
158. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Presses universitaires France. Paris; 2006.
159. Observatoires des inégalités. La pauvreté selon l'âge [Internet]. Observatoire des Inégalités. 2012 [cité 20 janv 2013]. Disponible sur: http://www.inegalites.fr/spip.php?article1630&id_mot=107
160. Magazine secours populaire Convergence. Évaluer la pauvreté est un exercice difficile et un sujet de controverses [Internet]. Observatoire des Inégalités. 2012 [cité 4 janv 2013]. Disponible sur: http://www.inegalites.fr/spip.php?article1635&id_mot=29
161. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. DRESS. Février 2005;(378):12.
162. Chauveau S. 10. Malades ou consommateurs ? La consommation de médicaments en France dans le second XXe siècle dans Au nom du consommateur. La Découverte. 2005.
163. Tuleu F. Sensibilité des publics précaires aux programmes d'éducation pour la santé. Aix en Provence: CRES; 2003. p. 27.
164. Millet M, Thin D. Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité. Lien social et Politiques. 2005;(54):153-162.
165. Raynaud D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. DRESS. mars 2003;(229):8.
166. 479,5 millions d'euros de fraude à la Sécurité sociale détectés en 2011 [Internet]. Le Monde.fr. [cité 24 oct 2012]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/economie/article/2012/07/20/479-5-millions-d-euros-de-fraude-a-la-securite-sociale-detectes-en-2011_1736629_3234.html
167. Fonds CMU. Évaluation de la Loi CMU Rapport N°4 [Internet]. 2009 juill p. 132. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000124/0000.pdf>
168. CNLE. Pour une mise en œuvre effective du droit à des moyens convenables d'existence. Analyse établie autour du concept de reste à vivre [Internet]. Paris: Ministère des affaires sociales et la santé; 2012 juin p. 151. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_CNLE_Reste_pour_vivre_imprimable_aout_2012.pdf
169. Perronnin M, GRIGNON M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Question économie de la santé. nov 2003;(74):6.
170. Peneff J. La France malades de ses médecins. Seuil. 2005.
171. La pratique sportive selon le diplôme et le revenu [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.inegalites.fr/spip.php?article156&id_mot=82
172. DOURGNON P, Guillaume S, Naiditch M, Ordonneau C. Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. IRDES. juill 2007;(124):4.
173. Bec C, Giovanna P. De la responsabilité solidaire : mutation dans les politiques sociales d'aujourd'hui. Paris: Syllepse; 2003.
174. Paugam S. La disqualification sociale. Puf.

175. Denantes M, Foucras P. Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU : le CoMeGAS saisit de nouveau la HALDE [Internet]. Le blog du CoMeGAS. 2008 [cité 29 janv 2013]. Disponible sur: <http://leblogducomegas.blogspot.fr/2008/08/refus-de-soins-aux-bnficiaires-de-la.html>
176. CISS. Refus de soins : bilan pour l'année 2009 des conciliateurs de l'Assurance maladie [Internet]. CISS. 2011 [cité 24 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.leciss.org/bons-points-mauvais-points/refus-de-soins-bilan-pour-lann%C3%A9e-2009-des-conciliateurs-de-lassurance-mal>
177. Organisme Gestionnaire Conventionnel de la FPC des médecins libéraux. Thèmes de FPC [Internet]. [cité 8 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.ogc.fr/medecins/formations/themes.php>
178. Tudrej B, Chritian H. Précarité analyse d'un concept. Mémoire de Master 1. Recherche en Ethique Médicale. [Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale]: Paris V; 2006.
179. Assistance, assurance et protection sociale - Approfondissements Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2006 [cité 24 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/assistance-assurance-protection-sociale.html>
180. Fiche n°3 - Protection sociale : assistance ou assurance sociale? Paris: Syndicat Union Syndical Sud; 2004 janv p. 8.
181. Maurin L, Dorival C. Un million d'enfants pauvres en France [Internet]. 2004 [cité 24 mars 2013]. Disponible sur: http://www.inegalites.fr/spip.php?article140&id_mot=29
182. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Paris: IGAS; 2011 mai p. 204.
183. Dourgnon P, Grignon M, Jusot F. L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé? une revue de littérature. déc 2001;(43):8.
184. Ko M, Heslin K, Edelstein R, Grumbach K. The Role of Medical Education in Reducing Health Care Disparities: The First Ten Years of the UCLA/Drew Medical Education Program. J Gen Intern Med. mai 2007;22(5):625-31.
185. Godkin M, Savageau J. The effect of medical students' international experiences on attitudes toward serving underserved multicultural populations. Fam Med. avr 2003;35(4):273-8.
186. Schoenenberger S, Moulin P, Brangier E. La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral. INSERM.
187. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France? IRDES. nov 2007;(127):8.
188. Baszanger I, Peneff Jean, ~L'hôpital en urgence. Etude par observation participante.~. rfsoc. 1993;34(1):162-164.
189. Abric J-C. Pratiques sociales et représentations. 2eme éd. PUF; 1997.
190. Saint-Marc D. La formation des médecins, Sociologies d'études médicales. Bordeaux: Harmattan; 2011.
191. Forichon E. Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique? EMPAN. avr 2005;(60).
192. Girard B. Comparaison du score «de raisonnement analogique clinique» et du score «EPICES» pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale. [Marseille]: Aix Marseille; 2011.
193. Bernstein D. Les réformes dans l'organisation des soins primaires en angleterre. Assurance Maladie. juill 2008;(17):12.
194. ARS. Nouveaux modes de rémunération [Internet]. [cité 8 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.ars.bourgogne.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.96095.0.html>
195. Donini-Lenhoff FG, Hedrick HL. Increasing awareness and implementation of cultural competence principles in health professions education. J Allied Health. 2000;29(4):241-245.
196. TSN SOFRES. Cette rue qui exclut et affole : l'urgence de solutions adaptées [Internet]. Ministère du logement et de la ville; 2008 oct p. 6. Disponible sur: http://www.tns-sofres.com/_assets/files/101008_exclusion.pdf
197. Observatoire des Inégalités. La pauvreté selon la catégorie sociale [Internet]. Observatoire des Inégalités. 2012. Disponible sur: http://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1633
198. Emmaüs. La prise en charge des SDF évaluée par les Français et par les sans-abri accueillis par Emmaüs [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.association.emmaus.fr/media/pdf/enquete2007.pdf>
199. Kelly-Irving. Interactions patients-médecins et niveau d'éducation. Soc Sci Med. 2011;
200. Viau A, Morin M, Bouzy AM, Obadia Y. Connaissances, attitude, pratiques et représentations des médecins généralistes face aux populations défavorisées. ORS PACA, Conseil General des Bouches du Rhones. 1997;
201. Cases C, Lucas-Gabrielli V, Perronin M, To M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux? IRDES. mars 2006;(130):6.
202. Lefevre C. Le « gâchis humain » doit cesser. oct 2011;(55):54.
203. Pissaro B. Ré-former le médecin généraliste. oct 2011;(55):6.

204. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A, et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health*. 2006;6:104.
205. M. Kayser. Pratique médicale et accès aux soins. Pratique, les cahiers de la médecin utopique.
206. Hafferty F-W, Franckx R. The hidden curriculum. Ethics teaching and the structure of medical education. *Acad. Med.* 1994;69(11):861-871.
207. Schartz A, et al. An Educational Intervention for Contextualizing Patient Care and Medical Students' Abilities to Probe for Contextual Issues in Simulated Patients. *JAMA*. sept 2010;304(No. 11, 15):1191-1197.
208. Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. *Santé Publique*. avr 2003;15:479-484.
209. Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Geneve: OMS; 2001 p. 36.
210. Potvin L., Lessard R., Fournier P. Inégalités sociales de santé : un partenariat de recherche et de formation. *Revue canadienne de santé publique*. 2002;93(2):134-136.
211. Calvez C., Chevallier G., Demay A., Denevert D., Garçon J., Le Guichard M., et al. Panorama des formations diplômantes en santé publique de niveau bac+5 et France et dans quelques pays d'Europe. Rennes; 2004.
212. Collectif Interassociatif Sur la Santé. Egaux devant la santé : Une illusion ? Plaidoyer pour un système de santé qui cesse d'exclure les plus vulnérables. 2011.
213. Daniel Fayard. Profession et pauvreté : le défi de la formation. *Revue Quart Monde*. 2002;(182).

Annexes

Annexe n°1 : Glossaire

ACS	Aide pour une Complémentaire Santé
AP-HM	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régional de Santé
AT/MP	Accidents du Travail ou de Maladies professionnelles
AS	Assistante Sociale
AME	Aide Médicale d'Etat
AAH	Allocation Adulte Handicapé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CASO	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CSP	Catégorie Socio Professionnel
COMeGAS	Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins
COMEDE	COMité MEDical pour les Exilés
CISS	Collectif Interassociatif Sur la Santé
CNAM	Caisse National d' Assurance Maladie
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CREDES	Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de Santé
DGAS	Direction Générale des Affaires Sociales
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
FMC	Formation Médicale Continue
ISS	Inégalités Sociales de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IMG	Interne de Médecine Générale
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MDM	Médecins du Mon de
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
NMR	Nouveaux Modes de Rémunération
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ONZUS	Observatoire National des Zones Urbaines Sensible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PASS	Permanences d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RSA	Revenu de Solidarité Active
SHS	Sciences humaine et sociales
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SMG	Syndicat de la Médecines Générale
SASPAS	Stage en autonomie en soins primaires en ambulatoire sous supervision
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Annexe n°2 : Le questionnaire

Thèse



Bonjour,

Nous sommes internes de médecine générale. Nous travaillons conjointement sur une étude relative à l'accès aux soins et un de nos objectifs est d'évaluer les besoins de formation des internes à ce sujet. Nous vous remercions par avance pour votre précieuse participation qui ne vous prendra que quelques minutes. Notez qu'il est nécessaire de répondre à toutes les questions dans l'ordre avec le plus de sincérité possible.

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel, seul votre avis nous intéresse.

Quelques rappels si besoin

CMU-B = Couverture Maladie Universelle de Base: C'est la Sécurité Sociale pour ceux qui n'ont pas droit à l'assurance maladie de par leur activité professionnelle (sans emploi).

CMU-C = Couverture Maladie Universelle Complémentaire : C'est la « part mutuelle » payée par l'état.

ASPA = Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées : C'est l'ancien Minimum Vieillesse. C'est une retraite minimum versée par l'état.

Quelques informations sur vous

1°) Sexe : F M 2°) Age :

3°) Taille de la ville dont vous êtes originaire ?

- Plus de 200 000 habitants (= grande ville de France).
- Entre 200 000 et 10 000 habitants (= ville moyenne).
- Entre 10 000 et 2 000 habitants (= petite ville).
- Village, soit moins de 2 000 habitants.



4°) Quel est le niveau d'étude de vos parents ? *Considérez celui qui a le niveau d'étude le plus élevé.*

- Sans diplôme
 - CAP/ BEP/ Collège
 - Baccalauréat/ Brevet technique ou professionnel
 - Etudes supérieures
- => Si oui, un de vos parents est-il médecin ou exerce-t-il une profession paramédicale ? :
- Etude médicale
 - Etude paramédicale, dentaire, sage-femme



Votre mutuelle

5°) Avez-vous une mutuelle ? Oui Non Si oui, combien vous coûte-t-elle par mois ?



Votre parcours professionnel

6°) En quel semestre êtes vous ? 1er 2ème 3ème 4ème 5ème 6ème

7°) Cochez les stages que vous avez déjà validés ou en cours :

- Urgences
- Médecine adulte
- Maîtrise de stage
- Gynéco/Ped
- SASPAS

8°) Vers quel type d'exercice vous destinez vous ? *(Que vous soyez remplaçant ou installé)*

- Salarié (Ex: centre de santé, PMI, Med scolaire...)
- Poste hospitalier
- Poste mixte : libéral, salarié
- Ne sais pas encore
- En libéral plutôt en agglomération
- En libéral plutôt en zone rurale
- En libéral plutôt en zone urbaine sensible

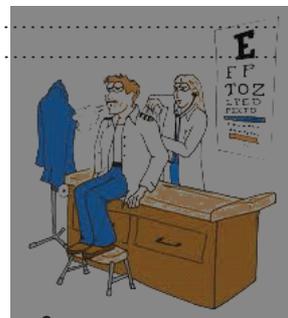
9°) Connaissez-vous dans votre entourage proche des personnes qui bénéficient de la CMU-C?

- Oui
- Non

La CMUc

10°) Lorsque l'on vous dit « patients bénéficiant de la CMU », quels sont les 3 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit ?

1.
 2.
 3.



11°) La CMU-C, donne droit à :

Plusieurs réponses possibles.

- Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 1.
- Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 2.
- La prise en charge des dépassements d'honoraires.
- La prise en charge du forfait hospitalier.

12°) Vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMU-C, un médecin libéral en secteur 2 :

Plusieurs réponses possibles.

- Peut refuser de les voir en consultation.
- Doit accepter de les voir en consultation.
- Peut leur demander un dépassement d'honoraires
- Ne doit pas leur demander un dépassement d'honoraires.

13°) Une personne seule est éligible à la CMU-C si elle gagne (en revenu net) moins de :

Une seule réponse possible.

- 475€ /mois
- 650€/ mois
- 950€/ mois
- 1 050€/mois
- Ne sais pas

14°) A votre avis, quel est le seuil de pauvreté en France pour une personne seule ?

Une seule réponse possible.

- 475€ /mois
- 650€/mois
- 950€/mois
- 1 050€/mois
- Ne sais pas

15°) En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les bénéficiaires de la CMU-C avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

.....

Accès aux soins

16°) Diriez-vous, pour chaque type de patients suivants, que la prise en charge à 100% est ou serait justifiée :

Cochez une case par ligne

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'opinion
Patients en ALD (Affection Longue Durée)					
Patients bénéficiant de la CMU-C					

Patients âgés touchant le « Minimum Vieillesse »					
Mineurs (-18ans)					
Patients en Accident du Travail/Maladie Professionnelle					
Tous les patients					

17°) Les comportements ci-dessous sont souvent attribués spécifiquement aux patients bénéficiaires de la CMU.

Qu'en pensez vous ?

Cochez une case par ligne

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'opinion
Comportement irrespectueux pendant la consultation					
Exigence particulière de traitement ou d'examen					
Consommation excessive de médicaments					
Fraudes plus importantes					

18°) Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France ?

Une seule réponse possible.

- Oui, le cadre vit 7 ans de plus.
- Oui, le cadre vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 7 ans de plus.
- Non, il n'y a pas de différence d'espérance de vie entre les catégories socio-professionnelles.
- Ne sais pas.



19°) Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou faits sociaux touchent différemment les personnes, selon leurs niveaux socio-économiques.

Pour chaque pathologie ci-dessous, sélectionnez la population la plus touchée selon vous. Cochez une case par ligne.

	Personnes à haut niveau socio-économique	Personnes à faible niveau socio-économique	Toutes personnes	Ne sais pas
Diabète				
Cancer du col de l'utérus				
Cancer du sein				
Violence familiale				
Maladie cardio-vasculaire				
Carries dentaires				

20°) Certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières :

Cochez la réponse qui vous semble la plus juste.

- C'est un fait observé aux Etats Unis mais pas en France où nous avons le système de santé n°1 selon l'OMS.
- C'est un fait observé en France surtout lorsque les personnes n'ont pas de mutuelle.
- C'est un fait observé en France principalement lorsque les médecins demandent un dépassement d'honoraires. (secteur 2).

21°) Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) en consultation chez son médecin ?

Une seule réponse possible.

- Il déresponsabilise le patient.
- Il permet aux patients de se soigner plus facilement.
- Il incite à la surconsommation de soins.
- Pas d'opinion.

22°) A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aux personnes migrantes arrivées récemment sur le territoire.
- Aux personnes sans sécurité sociale.
- Aux personnes qui bénéficient de la CMU.
- Aux personnes qui bénéficient de l'AME.
- Ne sais pas.



23°) Où se trouvent les PASS à Marseille ?

.....

- Ne sais pas.

Lors de votre stage chez le praticien :

(Si vous n'avez pas fait votre stage chez le praticien passez directement à la question n°27)

24°) A quelle fréquence estimez-vous avoir vu des patients bénéficiant de la CMU-C?

Une seule réponse possible.

- Aucun ou environ un par mois
- Environ un par semaine
- Plusieurs par semaine
- Environ un par jour
- Plusieurs par jour
- Je ne me souviens pas



25°) D'après vous, quelle attitude avait généralement votre maître de stage vis-à-vis des patients bénéficiant de la CMU-C?

Une seule réponse possible.

- Attitude négative
- Attitude neutre
- Attitude positive
- Pas d'opinion

26°) Expliquez pourquoi vous avez eu la sensation qu'il/elle avait une telle attitude vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMU?

.....
.....
.....

Votre parcours de Formation

27°) Où considérez-vous avoir le plus appris sur la CMU?

Deux réponses maximum :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> En stage ambulatoire | <input type="checkbox"/> En stage hospitalier | <input type="checkbox"/> A la faculté de médecine |
| <input type="checkbox"/> Dans votre entourage | <input type="checkbox"/> Dans une association | <input type="checkbox"/> Vous avez cherché seul |
| <input type="checkbox"/> En remplacement | <input type="checkbox"/> Dans les médias | <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas eu d'information |
| <input type="checkbox"/> Autre :..... | | |



28°) Vous sentez-vous assez formé sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé ?

- Suffisamment
- Pas suffisamment

29°) Iriez-vous à un module du DUMG sur ce thème médico-social si celui-ci comptait comme un module validant par la fac ?

- Non, ça ne m'intéresse pas.
- Oui, éventuellement mais pas en priorité.
- Oui, je le choisirai en priorité.

Si vous souhaitez recevoir par mail les réponses à ce questionnaire, vous pouvez nous donner votre adresse mail lorsque vous rendez le questionnaire.

Nous vous remercions de votre participation. Si vous avez des opinions ou remarques que vous n'auriez pas pu exprimer dans ce questionnaire, exprimez vous :

.....
.....
.....
.....
.....



Annexe n°3 : Le questionnaire corrigé

Mail envoyé aux internes

Chers co-internes,

Vous trouverez en pièce jointes les résultats de notre questionnaire de thèse auquel vous avez accepté de répondre en Mars 2012, lors des choix d'internes. A cette occasion, vous nous aviez donné votre mail pour que nous vous envoyions les réponses. Les voici donc, au moment où nous allons soutenir notre thèse.

N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez des informations complémentaires.

Bonne continuation à vous,

Cordialement

Ségolène ERNST et Irène MERIAUX

Réponses aux questions

11°) La CMU-C, donne droit à :

Plusieurs réponses possibles.

- Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 1.
- Une dispense de l'avance des frais chez les médecins de secteur 2.
- La prise en charge des dépassements d'honoraires.
- La prise en charge du forfait hospitalier.

Le médecin de secteur 2 a les mêmes obligations que le médecin de secteur 1 en ce qui concerne le tiers payant pour les personnes bénéficiant de la CMUC. La CMUC ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires qui sont d'ailleurs non autorisés pour les médecins de secteur 2 pour ces patients. Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie. Il est de 18€ par jour en hôpital ou en clinique, et de 13,50€ par jour dans le service psychiatrique. Il existe des exonérations pour les bénéficiaires de la CMU, ou AME, AT/MP, femme enceinte (quatre derniers mois de grossesse, accouchement et les douze jours après), nourrisson (trente jours suivant sa naissance)...

12°) Vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMU-C, un médecin libéral en secteur 2 :

Plusieurs réponses possibles.

- Peut refuser de les voir en consultation.
- Doit accepter de les voir en consultation.
- Peut leur demander un dépassement d'honoraires
- Ne doit pas leur demander un dépassement d'honoraires.

Refus de soins

Le refus de soins peut être **explicite (ou direct)**, ou **implicite (ou indirect)**, dans le cas par exemple de consultations plus courtes pour les patients bénéficiaires de la CMUC, ou de délais plus importants de rendez-vous pour ces mêmes patients.

Un médecin, qu'il exerce en secteur 1 ou secteur 2, ne peut refuser de voir en consultation un patient, au motif qu'il est bénéficiaire de la CMUC. Le refus de soins est en fait catégorisé en deux groupes par le code de santé publique: les refus de soins **licites** et les refus de soins **illicites**.

Selon l'article L1110-3 « un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal [soit le sexe, l'origine, la situation de famille, l'apparence physique, l'âge, l'état de santé, la religion, l'opinion politique...] ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L.861-1 et L.863-1 du code de la sécurité sociale [soient CMUC et ACS], ou du droit à l'aide prévue à l'article L.251-1 [soit l'AME] du code de l'action sociale et des familles ».

Le refus de soins **licite** est lui défini comme « 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 », et ceci en dehors du « cas d'urgence et [de] celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité ». Dans le cas, où un professionnel de santé a refusé de d'accorder un rendez-vous ou d'appliquer la dispense d'avance des frais ou encore a pratiqué des dépassements d'honoraires, le patient peut faire un signalement auprès de sa caisse d'assurance maladie ou directement auprès du Conseil de l'Ordre concerné (médecins, dentistes...). Une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte. Ainsi, si la définition du refus de soins **illicite** est claire, celle du refus de soins **licite** reste assez floue.

Dépassement d'honoraires

Un médecin de secteur 2 n'a pas le droit de le demander à un patient bénéficiaire de la CMUC. Il perd donc de l'argent comparé à un accueil de patient non CMUC.

13°) Une personne seule est éligible à la CMU-C si elle gagne (en revenu net) moins de :

Une seule réponse possible.

- 475€ /mois
- 650€ / mois
- 950€ / mois
- 1 050€/mois
- Ne sais pas

Pour pouvoir bénéficier de la CMUC, il faut avoir des ressources inférieures à 661€ en 2013 (soir 7 934€/an), 991€ pour un couple, ou 1653€ pour une famille de 5 membres. Les personnes touchant l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) ou l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) ne peuvent bénéficier de la CMUC, car leurs revenus mensuels sont légèrement supérieurs à ce seuil (respectivement 743 € et 742 €).

Pour pallier à cet **effet seuil**, depuis peu existe une aide à l'acquisition d'une assurance maladie Complémentaire (**Aide Complémentaire Santé**). Ce dispositif permet aux personnes dont les ressources se situent entre le plafond d'attribution de la CMUC et celui-ci majoré de 35% -concrètement, cela concerne ceux qui ont des revenus entre le seuil CMU (650€) et le seuil de pauvreté (950€) - de bénéficier d'un chèque qui réduit le montant de la prime annuelle d'assurance complémentaire que l'assuré devrait payer à l'organisme de son choix. Le montant de l'aide est fonction du nombre de bénéficiaires que compte le foyer et de leur âge. Il s'élève au 1er Janvier 2013 à 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200€ pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 500 € pour celles de 60 ans et plus. Vous pouvez donc dire à vos patients d'aller chercher un formulaire de demande dans leur caisse d'assurance maladie, et de le remplir. Si leur demande est acceptée, ils reçoivent un chèque. Ils peuvent ensuite aller directement souscrire une mutuelle, dont ils ne payeront que ce que le chèque ne prend pas en charge.

14°) A votre avis, quel est le seuil de pauvreté en France pour une personne seule ?

Une seule réponse possible.

- 475€ /mois
- 650€/mois
- 950€/mois
- 1 050€/mois
- Ne sais pas

Exactement, il se situe à 964 euros en 2010. Le seuil de pauvreté correspond à 60 % du revenu médian (C'est le salaire au-dessus duquel se situent 50 % des salariés). Le salaire médian s'élève en 2011, à 1600 € environ.

15 °) En 2010, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociale), les bénéficiaires de la CMU-C avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général. Comment expliquez-vous cela ?

Cette différence de consommation annuelle de soins s'explique avant tout par un moins bon état de santé chez les patients bénéficiaires de la CMUC. Ce fait a été objectivé dans plusieurs études¹⁸⁸ ce qui reflète bien les inégalités sociales de santé. Il existe également une différence dans la consommation des soins. En effet, les personnes issues de ménages favorisés, recourent plus aux soins ambulatoires, et les personnes issues de ménages défavorisés ont plutôt recours aux soins hospitaliers. Les cadres présentent une plus faible probabilité de consulter un médecin omnipraticien alors que les bénéficiaires de la CMUC engagent des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens supérieures à celles des autres assurés complémentaires. Le plus grand écart de dépenses entre les cadres et les ouvriers concerne les dépenses de médecins spécialistes (+ 21 % pour les cadres par rapport aux ouvriers).

Un des préjugés les plus répandus est que cette différence est due à des abus et des fraudes plus fréquentes, mais en 2008, les conséquences financières de la fraude à la CMU (base et complémentaire) ont représenté moins de 1,5% du montant total du préjudice subi par l'assurance maladie.

18°) Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France ?

Une seule réponse possible.

- Oui, le cadre vit 7 ans de plus.
- Oui, le cadre vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 2,5 ans de plus.
- Oui, l'ouvrier vit 7 ans de plus.
- Non, il n'y a pas de différence d'espérance de vie entre les catégories socio-professionnelles.
- Ne sais pas.



Cette différence d'espérance de vie est le reflet de ce que l'on appelle les « inégalités sociales de santé ». C'est la différence de santé entre des individus liés à des facteurs sociaux de différenciation (métier, niveau de revenu ou éducation...). L'échelle de mortalité sociale est en fait, chez les hommes, la réplique exacte de l'échelle des positions occupées par les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE, on appelle ce phénomène, le « gradient social ». En effet le lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale ne concerne pas uniquement les catégories sociales les plus défavorisées. Il existe des différences d'état de santé tout au long de l'échelle sociale et chaque catégorie sociale présente un niveau de morbi-mortalité plus élevé que celui de la classe sociale supérieure.

De plus il existe ce qu'on appelle une double peine pour les ouvriers. Non seulement ils vivent moins longtemps mais ils passent plus de temps de leur vie avec des incapacités ou des handicaps. En 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemne de toute incapacité, un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacité.

19°) Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou faits sociaux touchent différemment les personnes, selon leurs niveaux socio-économiques.

Pour chaque pathologie ci-dessous, sélectionnez la population la plus touchée selon vous. Cochez une case par ligne.

	Personnes à hauts niveau socio-économique	Personnes à faibles niveau socio-économique	Toutes personnes	Ne sais pas
--	--	--	------------------	-------------

¹⁸⁸ Selon le Fonds CMUC la consommation de soins hospitalier de la part des bénéficiaires de la CMUC compte pour 60,4% (et 39,6% pour les soins de ville) de leur dépenses médicales, alors qu'il est quasiment de 10 points de moins pour les assurés du régime général (51,1%) (8). « Les chiffres examinés par le HCAAM ne font pas apparaître de différence flagrante entre les dépenses individuelles moyennes de santé des différentes catégories sociales. Et en tous cas, elles ne font pas apparaître une moindre dépense de santé pour les catégories sociales moins favorisées. Ce sont même les ouvriers qui ont, dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, les dépenses individuelles moyennes les plus importantes » (127).

Diabète		×		
Cancer du col de l'utérus		×		
Cancer du sein	×			
Violence familiale			×	
Maladie cardio-vasculaire		×		
Carries dentaires		×		

Le diabète et les maladies cardio-vasculaires, ainsi que l'obésité sont devenues des « *maladies de pauvres, dans des sociétés de riches* ». Elles sont environ 1,5 fois plus fréquentes chez les personnes au bas de la hiérarchie sociale. Et ceci n'est pas seulement dû à des comportements individuels à risques, mais également aux risques conférés par certaines caractéristiques psychosociales qui sont aussi importantes que les facteurs de risques habituels (tabagisme, sédentarité, diabète, dyslipidémie ...). Pourtant ces caractéristiques ne sont absolument pas intégrées dans l'équation qui évalue le risque cardio-vasculaire.

Par exemple, un travail de thèse de G. Lange en 2004, a montré que l'application des recommandations HAS concernant le dépistage du diabète (conseillé à 45 ans), entraînait un retard de diagnostic chez 38% des personnes de catégories sociales défavorisées versus 11,4% des diabétiques de catégorie socioprofessionnelle favorisées. Selon lui « *ces résultats semblent indiquer que si le principe du dépistage à partir de 45 ans peut s'appliquer aux sujets masculins de catégories socioprofessionnelles favorisées sans préjudice particulier, il devient source d'inégalité en terme de santé chez les patients de catégories socioprofessionnelles défavorisées ou chez les patients non Européens, en particulier chez les femmes* ».

Concernant la plus grande prévalence du cancer du col de l'utérus chez les personnes issues de milieux défavorisés, il est dû à un moindre effort de dépistage. Les femmes de 25 à 65 ans qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat sont mieux dépistées par rapport à celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (88% contre 75%).

Fort de ces connaissances, les médecins généralistes pourraient adapter leurs pratiques.

20°) Certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières :

Cochez la réponse qui vous semble la plus juste.

- C'est un fait observé aux Etats Unis mais pas en France où nous avons le système de santé n°1 selon l'OMS.
- C'est un fait observé en France surtout lorsque les personnes n'ont pas de mutuelle.
- C'est un fait observé en France principalement lorsque les médecins demandent un dépassement d'honoraires. (secteur 2).

Les personnes qui renoncent à des soins en France pour des raisons financières existent. C'est surtout le cas pour les soins dentaires (10,7 % de la population concernée) et dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) les consultations de médecins généralistes et spécialistes (4 %). Ce phénomène touche 14 % des français.

L'absence de couverture par une complémentaire maladie est un facteur important de renoncement aux soins: 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins dans l'année précédente, contre 19 % des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et 13 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée (hors CMU-C).

Avoir une mutuelle est donc l'un des principaux déterminants pour accéder aux soins. En 2011, 7% des Français déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire santé ; soit 4 millions de personnes. Mais ce taux augmente à 15% pour les ménages gagnant moins de 840 Euros par mois, 13% chez les ouvriers et 18% chez les chômeurs. Les étudiants sont plus de 19% à déclarer de pas avoir de mutuelle.

Concernant les soins de villes (hors hôpital et hors ALD), la prise en charge par l'Assurance maladie des soins n'est plus que de 55%, c'est pourquoi la couverture complémentaire est si importante. La part dans le budget d'une famille pour payer une complémentaire santé est très inégale : il est de 3 % pour les ménages les plus riches et s'élève progressivement pour atteindre 10 % pour les ménages les plus pauvres. De plus, les plus

pauvres accèdent à des contrats offrant en moyenne des garanties inférieures à celles obtenues par les ménages plus aisés (en partie du aux couvertures d'entreprises plus avantageuses, et dont bénéficient plus les cadres).

Connaître ce fait permet au médecin généraliste d'adapter sa pratique en étant plus vigilant à la couverture sociale de son patient, qui détermine bien souvent la suite de la prise en charge (recours au spécialiste, aux examens complémentaires...).

21°) Selon vous, quel est le principal effet du tiers payant (non avance des frais par le patient) en consultation chez son médecin ?

Une seule réponse possible.

- Il déresponsabilise le patient.
- Il permet aux patients de se soigner plus facilement.
- Il incite à la surconsommation de soins.
- Pas d'opinion.

Selon une étude du CREDES en 2000 le tiers payant, plutôt qu'un effet inflationniste, a un réel effet de justice sociale. Il permet aux personnes ayant des bas revenus de rattraper le niveau de dépense des plus aisés et limite le renoncement aux soins pour raisons financière. A morbidité et couverture égales, il tend à rapprocher la dépense de santé des assurés « moins riches » de celle des plus aisés.

22°) A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aux personnes migrantes arrivées récemment sur le territoire.
- Aux personnes sans sécurité sociale.
- Aux personnes qui bénéficient de la CMU.
- Aux personnes qui bénéficient de l'AME.
- Ne sais pas.



Depuis la Loi de lutte contre l'exclusion (1998), les hôpitaux sont chargés de mettre en place des « cellules de prise en charge médico-sociale pour faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ». Une convention a ainsi été passée entre l'hôpital et l'Etat pour que des personnes sans couverture sociale puissent bénéficier, après une évaluation par un médecin généraliste et une assistante sociale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques non payants. L'objectif est d'ouvrir les droits aux patients pour qu'ils puissent ensuite être orientés vers le droit commun pour une prise en charge en médecine ambulatoire. La PASS permet à des patients souvent en rupture de soins ou de traitement de reprendre un suivi médical et de se « réintégrer » dans le système de droit commun.

Les personnes bénéficiaires de la CMU et de l'AME ne sont donc pas les personnes visées par ce dispositif puisque qu'ils disposent déjà du tiers payant intégral lors de leurs soins dans les dispositifs de droits communs (médecine de ville ou hôpital).

23°) Où se trouvent les PASS à Marseille ?

A Marseille, il existe une PASS médico-sociale à l'hôpital de la Conception (PASS Rimbaud) avec possibilité de prise en charge médicale, infirmière et sociale. Il existe également une PASS psychiatrie à l'hôpital Edouard Toulouse et des PASS sociales à l'Hôpital Nord et à la Timone celles-ci permettant un accueil social mais sans médecins dédiés.

Annexe n°4 : Le canevas d'entretiens

I Biographie

Age, Sexe, Ville d'origine : ville, rurale, village, quartier ? As-tu une mutuelle ?
Quel est ton parcours médical ? L'internat de médecine générale est-ce un choix ou par défaut ? Quel exercice veut faire plus tard ? ZUS ? Qu'est ce qui t'as poussé à être médecin ? Quel stage ? D'autres activités ?
Que font tes parents dans la vie ?

II Idées général sur précarité

SI JE TE DIS « PRÉCARITÉ », QUELS SONT LES 5 PREMIERS MOTS QUI TE VIENNENT À L'ESPRIT ?

J'AIMERAI QUE TU ME PARLES DE LA PRÉCARITÉ, DE CE QUE CA REPRÉSENTE POUR TOI, DANS TA PRATIQUE.

*Représentations des personnes qui bénéficient de la CMUC, ou des patients précaires.
Recueil d'expérience vécue.*

COMMENT TU FAIS POUR RECONNAÎTRE QU'UNE PERSONNE EST PRÉCAIRE ?
Comment tu fais pour savoir si un patient est précaire ou pas ?

COMMENT TU DÉFINIS LA PRÉCARITÉ, OU PLUTÔT, A PARTIR DE QUAND TU PENSES QU'ON EST PRÉCAIRE ?
(Travailleurs pauvres)

COMMENT SE PASSE UNE CONSULTATION AVEC UN PATIENT PRECAIRE ?
Prise en charge particulière ?

EST-CE QUE TU PEUX DONNER DES EXEMPLES DE DIFFICULTÉS QUE TU AS EU AVEC LES PRÉCAIRES ?
Qui sont-ils ? Comportement particulier ? Rapport au temps, suivi...
Epreuves-tu une satisfaction à soigner des patients précaires ?

AS-TU DEJA ENTENDU PARLER DE LA DIFFERENCE D'ESPERANCE DE VIE ENTRE CATEGORIES SOCIO-PROFFESIONNELLES ?
Où ? L'as-tu déjà observé dans la pratique médicale ou ailleurs ?
De savoir ça, est ce que ça change ta pratique médicale ?

D'APRES TOI, LES PATIENTS VIVANT EN SITUATION DE PRECARITE SONT-ILS PLUS MALADES ?

CERTAINS REPROCHENT AUX PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMUC DE NE PAS HONORER LES RDV, ou D'ETRE SOUVENT EN RETARD, TU PENSES QUE C'EST DU À QUOI ÇA ?
Conscience des déterminants psychosociaux de la santé/ Connaissance condition de vie. Notion de priorité.

EST CE QUE TU TROUVES QU'IL YA, UNE DISTANCE SOCIALE, entre toi et les patients précaires ?

III CABINET, Mise en situation :

LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT QUE FAITES VOUS SI :

- CMUC pas à jour ?
- pas de mutuelle ?
- pas de carte vitale ?
- au dessus du plafond CMUC + pas de mutuelle ?

Est ce que tu te sens limité dans la prise en charge de ces patients ?

LORSQUE VOUS PREPAREZ UNE SORTIE D'HOSPITALISATION, OU REMPLISSEZ EN CABINET UNE ORDONNANCE, EST-CE QUE VOUS DEMANDEZ AUX PATIENTS SI ILS ONT UNE COMPLEMENTAIRE SANTE (MUTUELLES, ASSURANCE) ?

Niveau de conscience de l'influence de la mutuelle sur la « prescription »/Renoncement aux soins.

CONNAISSANCE RESEAU MARSEILLAIS : PASS, MDM,...

IV Toi et les autres

D'APRÈS TOI, COMMENT LES AUTRES INTERNES VOIENT LA PRÉCARITÉ ?

PENSES TU QUE TU POURRAIS ETRE UN JOUR PRECAIRE ? Pourquoi ? (Distance par rapport à l'objet)
Comment vous situez vous dans la société ? (Vous sentez vous privilégié ? Défavorisé ?)

V Question santé publique, opinions...

AS-TU DEJA ENTENDU PARLER DU FAIT QUE CERTAINS MEDECINS REFUSENT DE VOIR DES PATIENTS CMUC, qu'en penses-tu ?

Légitimité du patient CMUC

AURIEZ-VOUS DES IDEES POUR AMELIORER LES CHOSES (dispositif CMUC) ? Trouvez vous que la loi est bien comme ça ? (connaissance de la loi CMUC et de ses objectif ?) Est-ce que c'est les bonnes personnes qui en bénéficient ?

QUE PENSES-TU DU TIERS PAYANT POUR CMUC/TOUS ?

VI Avis sur votre formation a ce sujet

AS-TU LE SOUVENIR DE PRATICIENS QUI ONT PRIS EN CHARGE DES PATIENS PRECAIRES DE FACON PARTICULIERE ?

Comment ton maître de stage prenait-il en compte la précarité ? Que penses-tu de sa façon de faire ? T'as il influencé ?

Modèle positif

QUE PENSES-TU DE LA FORMATION À CE SUJET ?

Ou as-tu eu des connaissances sur le dispositif CMUC ? Sur la précarité ?

Avez-vous eu des cours santé/précarité en tant qu'externe ?

Aimerais-tu avoir d'autres cours, d'autres matières ? (des cours de droit et économie de la santé, santé publique, sociologie/anthropologie ?)

Si tu voulais être plus formé, sous quelle formes le verrais tu? Théorique ? Pratique ? Si c'est pratique, sous quelle forme (stage ONG, AS, CCAS, Associations, PASS) ?

VII Rôle du médecin généraliste

COMMENT PENSES TU QUE LE MG POURRAIT MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS PRECAIRES ? Comment verrais-tu le rôle du MG avec des patients précaires ? Est-ce que tu penses que le MG peut avoir une action ? Doit avoir une action ? Te sens tu concerné par cette problématique sociale? Place du social dans ton travail : Est-ce important de connaître les conditions accès CMUC ?...

Compétence psychosociale du médecin généraliste

VIII Vision plus globale sur la médecine générale

QUEL VISION AVEZ-VOUS DE LA MEDECIN GENERALE ACTUELLE ET A VENIR ?

Qu'est ce qui vous plaît ? Qu'est ce qui vous a déçu ? Quelles pratiques de la MG envisages-tu ?

IX Avis sur l'entretien

AS-TU DES REMARQUES CONCERNANT CE QUESTIONNAIRE ?

- T'es tu sentis jugé ? Cela t'a-t- il dérangé ?
- Cet entretien était-il trop long?

RECRUTEMENT : Connais-tu des internes qui ont un avis contraire ?

Annexe n°5 : Score EPICES

Score EPICES

Les 11 questions du score Epices :

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

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est "oui".

Tables des illustrations

TABLEAUX

Tableau 1 - Comparaison des modèles de pondération des déterminants de santé par rapport au budget alloué à chaque catégorie de déterminants en Suisse (23).....	20
Tableau 2 - Comparatif du plafond CMUC et du seuil pauvreté (8).....	25
Tableau 3 - Description de l'échantillon d'internes par année.....	69
Tableau 4 - Description de l'échantillon d'internes par taille de leur ville d'origine.....	70
Tableau 5 - Proportion d'internes ayant une couverture complémentaire.....	71
Tableau 6 - Souhait d'exercice futur des internes.....	71
Tableau 7 - Description biographique de l'échantillon qualitatif.....	73
Tableau 8 - Caractéristiques des internes répondants.....	75
Tableau 9 - Réponses au questionnaire.....	76
Tableau 10 - Réponse à la question°10 : les 12 mots les plus cités associés à la CMUC.....	78
Tableau 11 - Réponse à la question°10 : autres mots cités moins fréquemment cités.....	78
Tableau 12 - Résumé et comparatif des deux volets de l'enquête (qualitatif et quantitatif).....	79
Tableau 13 - Détails de la constitution du score ISS.....	90
Tableau 14 - Facteurs influençant les connaissances au score ISS.....	91
Tableau 15 - Extrait des réponses brutes à la question n°15.....	92
Tableau 16 - Extrait des réponses brutes à la question n°15.....	98
Tableau 17 - Présentation des résultats bruts à la question n°15.....	100
Tableau 18 - Réponse à la question n°12 « <i>Vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC, un médecin libéral en secteur 2 : »</i>	105
Tableau 19 - Détails de la constitution du score CMUC.....	111
Tableau 20 - Facteurs influençant les connaissances aux score CMUC.....	113
Tableau 21 - Comparaison des scores connaissances sur la CMUC et sur les ISS.....	114
Tableau 22 - Réponse à la question°10 : thème modalité de facturation.....	115
Tableau 23 - Réponse à la question n° 21.....	116
Tableau 24 - Facteurs influençant l'avis des internes sur le tiers payant.....	119
Tableau 25 - Extrait des réponses brutes à la question n°15.....	122
Tableau 26 - Réponse à la question n°23 : « <i>Où se trouvent les PASS à Marseille ?</i> ».....	125
Tableau 27 - Répartition homme / femme dans les entretiens des situations en lien avec la précarité.....	136
Tableau 28 - Réponses brutes à la question n°15 sur les causes d'une consommation de soins plus importante pour les bénéficiaires de la CMUC.....	138
Tableau 29 - Extrait des réponses brutes à la question n°15 : thématique de la consommation de soins.....	139
Tableau 30 - Extrait des réponses brutes à la question n°15.....	142
Tableau 31 - Extrait des réponses brutes à la question n°15.....	147
Tableau 32 - Extrait des réponses brutes à la question n° 15.....	147
Tableau 33 - Réponse à la question n°10 : Les 3 concepts les plus cités.....	153
Tableau 34 - Extrait de réponses brutes à la question n°10.....	156
Tableau 35 - Facteurs influençant l'avis des internes quant à la prise en charge à 100%.....	159
Tableau 36 - Facteurs influençant les représentations des internes vis-à-vis des patients bénéficiaires de la CMUC.....	162
Tableau 37 - Extrait des réponses brutes à la question n°26.....	165
Tableau 38 - Réponse à la question n°27 « <i>Où considérez vous avoir le plus appris sur la CMUC ?</i> ».....	193

FIGURES

Figure 1 - Modèle CDSS.....	19
Figure 2 - Taux de refus de soins imputables à la CMUC à partir d'un testing réalisé à Paris, en 2008-09 (57)..	33
Figure 3 - Schéma des hypothèses de départ.....	54
Figure 4 - Réponse à la question n°4 : Niveau d'étude du chef de famille.....	68
Figure 5 - Réponse à la question n°7 : Taux d'internes ayant validé les stages.....	69
Figure 6 - Réponse à la question n°24 : Fréquence de consultation avec des patients bénéficiaires de la CMUC pendant la maîtrise de stage.....	70
Figure 7 - Réponse à la question n°9 : Nombre d'internes qui connaissent une personne bénéficiant de la CMUC dans son entourage proche.....	72
Figure 8 - Réponse à la question n°14 : Montant du seuil de pauvreté.....	83
Figure 9 - Réponse à la question n°18 : « Y-a-t-il une différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France? ».....	84
Figure 10 - Réponse à la question n°19 : « Plusieurs études montrent que certaines pathologies ou faits sociaux touchent différemment les personnes, selon leurs niveaux socioéconomiques ».....	85
Figure 11 - Réponse à la question n°19, items non prédominant chez les personnes à bas niveau socio-économique.....	87
Figure 12 - Nombre de réponses justes à la question n°19.....	88
Figure 13 - Présentation des résultats du score ISS.....	90
Figure 14 - Résultat quantitatif question n°15 : « Comment expliquez-vous que les bénéficiaires de la CMUC avaient en moyenne une consommation de soins annuelle évaluée à 2606 €, contre 1580 € pour les bénéficiaires du régime général ? ».....	92
Figure 15 - Rappel des déterminants de santé selon le modèle CDSS.....	1
Figure 16 - Réponse à la question n°11: « A quoi donne droit la CMUC ? ».....	104
Figure 17 - Réponse à la question n°13 : « Une personne seule est éligible à la CMUC si elle gagne (en revenu net) moins de : ».....	109
Figure 18 - Répartition des résultats du score CMUC (Q11+Q12+Q13).....	112
Figure 19 - Réponse à la question n°20 : « Certaines personnes renoncent à se soigner pour des raisons financières : ».....	121
Figure 20 - Réponse à la question n°22 : « A qui s'adresse la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)? ».....	124
Figure 21 - Réponse à la question n°16 : « Diriez-vous, pour chaque type de patients suivants, que la prise en charge à 100% est ou serait justifiée. ».....	158
Figure 22 - Proportion d'internes partageant des représentations négatives envers les patients bénéficiaires de la CMUC en fonction de leurs avis sur la prise en charge à 100% de ces derniers.....	160
Figure 23 - Représentations négatives en fonction de l'avancée dans le cursus.....	163
Figure 24 - Représentations négatives en fonction de la fréquence de consultation avec de patients bénéficiaires de la CMUC durant la maîtrise de stage.....	164
Figure 25 - Réponse à la question n°25 : « D'après vous, quelle attitude avait généralement votre maître de stage vis-à-vis des patients bénéficiant de la CMUC ? ».....	165
Figure 26 - Réponse à la question n°28 : « Vous sentez-vous assez formé sur la problématique d'accès aux soins et de précarité en santé ? ».....	193
Figure 27 - Réponse à la question n°29: « Iriez-vous à un module du DUMG sur ce thème médico-social si celui-ci comptait comme un module validant par la faculté ? ».....	196

Résumé

MOTS-CLES : inégalités sociales de santé, déterminants de santé, interne, étudiant, formation, précarité, CMUC, accès aux soins, représentation, difficulté, prise en charge, sciences sociales, médecine générale.

Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ?

En tant que jeunes professionnels nous avons été marquées par notre incompetence à prendre en charge de patients socialement vulnérables, et par les préjugés partagés par certains professionnels de santé sur les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC). Ces difficultés rencontrées dans la pratique et ces représentations sont-ils la conséquence d'une méconnaissance des inégalités sociales de santé ? Pour répondre à cette question nous avons conduit en binôme une enquête, comportant deux volets. Le premier est une étude quantitative par questionnaire réalisée en mars 2012 auprès de 250 internes en médecine générale de Marseille, et le second est une enquête qualitative par entretiens semi-directif individuels réalisée auprès de dix internes. Ce travail nous a permis de faire un état des lieux approfondi des connaissances et représentations des futurs médecins généralistes vis-à-vis des patients en situation de précarité, des dispositifs d'accès aux soins et, plus globalement, des inégalités sociales de santé. L'objectif final de cette étude était d'identifier les besoins concrets de formation des internes sur ces problématiques.

Au terme de nos recherches, nous constatons que les étudiants ont une conscience partielle des inégalités sociales de santé se limitant souvent à une opposition entre travailleurs manuels et non-manuels. Ils ont une vision réduite des déterminants de santé, ils surestiment par exemple le rôle des comportements individuels par rapport aux déterminants structurels, pour expliquer les différences d'état de santé des patients. En parallèle, les connaissances de base sur les dispositifs d'accès aux soins ne sont pas acquises. Par exemple, seul un interne sur cinq connaît les droits auxquels ouvrent la CMUC, et 86% des internes ne savent pas où se trouve la PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) de Marseille. Des représentations négatives sur les patients bénéficiaires de la CMUC sont partagées par un tiers des internes (surconsommation, abus, comportements agressifs ou revendicateurs...), et la même proportion pense qu'un « *médecin de secteur 2 peut refuser de recevoir un patient parce qu'il est bénéficiaire de la CMUC* ». Notre étude révèle que de bonnes connaissances sur la CMUC influencent positivement les opinions des internes sur le tiers payant et que de mauvaises connaissances sur les inégalités sociales de santé peuvent également avoir un impact négatif sur les représentations des internes, vis-à-vis patients bénéficiaires de la CMUC. Ces derniers sont alors suspectés plus fréquemment d'abus et de fraudes que les autres assurés. Dans le volet qualitatif de notre étude nous constatons que les internes n'ayant pas la notion du gradient social de santé ont des représentations de la précarité plus proche de la grande pauvreté, conformes au discours politique actuel plus tourné vers l'exclusion. Ceci les amène à ne pas considérer comme précaires des populations telles que les travailleurs pauvres, ou les bénéficiaires de la CMUC. Ces représentations confèrent aux ayants-droits de la CMUC un manque de légitimité. La crainte de la perte du pouvoir médical, l'expression d'un fort besoin de reconnaissance sociale, ou l'avancée dans le cursus pourrait augmenter les représentations négatives des internes. Ces facteurs mériteraient d'être recherchés dans des études plus approfondies. En conséquence, ils ne semblent pas conscients de l'importance d'une prise en compte des déterminants de santé ou de la couverture sociale, tant pour le diagnostic que pour l'adaptation de la prescription.

L'ensemble de ces éléments pose la question de la proposition d'une formation appropriée répondant à la fois à un besoin de santé publique et à une demande des internes. Plus globalement, il faut sans doute s'interroger sur une conception de la santé encore trop centrée sur le modèle bio médical et sur la nécessité d'une intégration des sciences sociales dans le cursus médical pour une meilleure adaptation de la formation aux nouveaux paradigmes de la santé. Ceci permettrait aux professionnels de santé de mieux jouer leur rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé ou au moins dans l'atténuation de leurs effets.

Résumé bibliothèque

En tant que jeunes professionnels nous avons été marquées par notre incompetence à prendre en charge de patients socialement vulnérables, et par les préjugés partagés par certains professionnels de santé sur les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC). Ces difficultés rencontrées dans la pratique et ces représentations sont-ils la conséquence d'une méconnaissance des inégalités sociales de santé ?

Nous avons conduit en binôme une enquête auprès d'internes en médecine générale de Marseille, comportant deux volets, une partie quantitative (250 questionnaires), et une partie qualitative (10 entretiens semi-directif). Au terme de nos recherches, nous constatons que les étudiants ont une conscience partielle des inégalités sociales de santé se limitant souvent à une opposition entre travailleurs manuels et non-manuels et ont une vision réduite des déterminants de santé. En parallèle, les connaissances de base sur les dispositifs d'accès aux soins ne sont pas acquises. Des représentations négatives sur les patients bénéficiaires de la CMUC sont partagées par un tiers des internes (surconsommation, abus, comportements agressifs ou revendicateurs...), et la même proportion pense qu'un « *médecin de secteur 2 peut refuser de recevoir un patient parce qu'il est bénéficiaire de la CMUC* ». De mauvaises connaissances sur les inégalités sociales de santé peuvent avoir un impact négatif sur les représentations des internes, vis-à-vis patients bénéficiaires de la CMUC.

Ces éléments posent la question d'une formation appropriée qui permettrait aux professionnels de santé de mieux jouer leur rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.