



LES « EFFETS PARADOXAUX »
DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CMUC).
Enquête auprès de 101 bénéficiaires du Gard.

Rapport pour la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM du Gard).

**Grégory Beltran
Hélène Revil**



« Ce travail a bénéficié d'une aide de l'Etat gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme « Investissements d'avenir » portant la référence ANR-15-IDEX-02 ».

AVRIL 2019.

« Les effets paradoxaux » de la CMUC

Enquête qualitative par entretien auprès de 101 bénéficiaires de la CPAM du Gard

Sommaire

Introduction générale	4
Etat de la question	4
Choix méthodologique	7
Comparaison des profils des enquêtés et des profils des bénéficiaires de la CMU C dans le Gard	9
Plan du rapport	12
I- Une satisfaction importante envers la CMU C, un dispositif jugé sécurisant et accessible par la majorité des bénéficiaires	13
1) UNE PRECARITE FORTE ET DES RUPTURES DE VIE POUR LA MAJORITE DES ENQUETES	13
2) POUVOIR REALISER DES SOINS ET ETRE « SECURISEES » PAR RAPPORT AU RISQUE DE LA MALADIE ..	16
3) UNE OUVERTURE DES DROITS PEU PROBLEMATIQUE ET DES RENOUELEMENTS DE CMUC QUI SE PASSENT GLOBALEMENT BIEN	19
II- Un accès aux soins « renforcé » par la CMUC, mais quelques réserves et renoncements toujours présents	24
1) UN PLUS GRAND ACCES AUX SOINS	24
2) DES RENONCEMENTS ACTUELS POUR LES PERSONNES ENQUETEES	27
III- Des représentations « nuancées » sur la CMU C qui amènent les bénéficiaires à se justifier de leurs comportements de soins, mais qui impactent peu leur décision de demander la prestation	30
1) POUR UNE PARTIE DES BENEFICIAIRES, UN DISPOSITIF VECU COMME MOINS STIGMATISANT QUE PAR LE PASSE	31
2) UN SENTIMENT DE HONTE ET DE CULPABILITE QUI CONTINUE D’ETRE PRESENT POUR CERTAINS	33
3) DES REPRESENTATIONS PAR RAPPORT AUX BENEFICIAIRES DE LA CMU C QUI PEUVENT AMENER LES PERSONNES A SE JUSTIFIER DE LEUR UTILISATION DES SOINS ET DU DISPOSITIF	35
4) DES BENEFICIAIRES QUI SE DEFENDENT DES REPRESENTATIONS LES ASSOCIANT A DES « PROFITEURS » OU CHERCHENT A S’EN DEFAIRE	37
5) DES REPRESENTATIONS QUI ONT EN REVANCHE PEU D’EFFET DIRECT SUR LA DECISION DE DEMANDER LA CMU C OU SON RENOUELEMENT	38
IV- Des difficultés multiples dans l’usage de la CMU C, rencontrées par plus de 40% des personnes interrogées	40
1) LE SPECTRE DES DIFFICULTES D’USAGE : DE QUOI PARLE-T-ON ?	40

2) QUELQUES ESTIMATIONS CONCERNANT LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE PAR RAPPORT AUX BENEFICIAIRES DE LA CMUC.....	43
3) LES RESSENTIS NEGATIFS DES BENEFICIAIRES : « PRISES EN CHARGE DIFFERENCIEES » ET/OU DE « VEXATION/STIGMATISATION ».....	46
4) LES AUTRES PRATIQUES QUI PEUVENT REDUIRE L'ACCES AUX SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC 50	
V- Conséquences des difficultés d'usage de la CMUC et actions/réactions des bénéficiaires...	57
1) LES CONSEQUENCES ET REACTIONS FACE AUX DIFFICULTES.....	57
2) LES COMPORTEMENTS MIS EN PLACE POUR EVITER LES TRAITEMENTS DIFFERENCIES ET AUTO-RESTRICTIONS DANS L'ACCES AUX SOINS.....	60
3) DES INSUFFISANCES DANS LA CONNAISSANCE ET LA RECONNAISSANCE DES DROITS QUI ENTRAINENT DES DIFFICULTES A LES FAIRE VALOIR POUR LES BENEFICIAIRES	63
Conclusion.....	71
Annexe 1 : Complément à l'encadré 4.....	73
Table des matières.....	81

Introduction générale

L'enquête sur « *les effets paradoxaux de la CMUC* » a été menée auprès de 101 bénéficiaires de la CMUC du Gard. L'idée de parler « d'effets paradoxaux » découlait de la lecture de différents travaux montrant que la CMUC peut tout à la fois « sécuriser » les personnes par rapport au risque maladie et induire des difficultés d'accès aux soins spécifiques, liées notamment aux représentations associées à la prestation.

L'objectif fixé dans le cahier des charges de cette étude était donc d'apporter « *un nouvel éclairage sur les difficultés rencontrées par les bénéficiaires de la CMUC et mieux comprendre leur expérience de ce dispositif et les représentations afférentes, avec un focus particulier sur la question de leur potentiel renoncement aux soins et la dimension parfois stigmatisante de leur situation* ».

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs qui vise ainsi à mieux comprendre comment les bénéficiaires appréhendent ce dispositif et la nature des difficultés d'accès aux soins qu'ils expérimentent potentiellement. Ce projet a été impulsé par la CPAM de Nîmes et a été accompagné scientifiquement par l'équipe de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE). Il s'inscrit dans la lignée d'autres recherches issues de la collaboration de la CPAM du Gard et d'ODENORE sur le renoncement aux soins.

En effet depuis 2014, plusieurs études ont été menées dans le Gard avant d'être étendu dans d'autres départements, autour de la question du renoncement aux soins. Elles ont permis ainsi de préciser à la fois l'ampleur de ce phénomène mais également les mécanismes sous-jacents. Elles ont aussi donné naissance à la PFIDASS, plateforme qui accompagne les assurés sociaux en renoncement dans leurs démarches de soins.

L'enquête sur les bénéficiaires de la CMUC partage des éléments communs avec celles sur le renoncement aux soins. Son objectif est à la fois de faire un état des lieux des difficultés d'accès à la prestation et aux soins potentiellement rencontrés par les bénéficiaires de la CMUC, en enquêtant auprès d'eux, mais aussi d'envisager des pistes de réflexion pour contribuer à réduire certaines difficultés, le cas échéant.

A ce niveau, la CPAM du Gard a adopté depuis plusieurs années des méthodes proactives en matière de détection et de recherche d'éligibilité à la CMUC / ACS pour ses bénéficiaires potentiels. Des courriers sont ainsi envoyés aux assurés qui pourraient prétendre, selon les informations dont disposent la CPAM, à la CMUC ou à l'ACS pour leur présenter ces différents droits. De la même façon, il est rappelé aux bénéficiaires de la CMUC les dates de renouvellement par courrier, afin d'éviter les périodes sans protection. Des efforts d'explication des droits afférant à la CMUC sont également faits, avec par exemple la mise en place d'entretiens individuels avec les nouveaux bénéficiaires (5 446 rendez-vous en 2017). Nous verrons dans ce rapport d'enquête que la connaissance du dispositif est un élément essentiel, bien que non suffisant, pour permettre aux bénéficiaires de faire valoir leurs droits en cas de difficultés.

Etat de la question

La couverture médicale universelle, CMU, et la couverture médicale universelle complémentaire, CMUC, ont été instaurées en 2000. Aujourd'hui, seule la CMUC demeure, la CMU ayant été remplacée

par la protection universelle maladie, la PUMA. La CMUC est accessible selon des critères de revenus et de résidence. Elle comprend la prise en charge du ticket modérateur, des participations forfaitaires, du forfait journalier en cas d'hospitalisation, des dépassements de tarifs au-delà du ticket modérateur (dans la limite de plafonds, pour les lunettes, les prothèses dentaires et auditives et certains dispositifs médicaux) et donne droit au tiers-payant ainsi qu'à des réductions sur les factures de gaz et d'électricité.

Depuis sa mise en place, la CMU-C a fait l'objet de différentes études dont une partie a porté sur la question des « refus de soins » ; cette notion s'est imposée dans les premières années de mise en œuvre de la CMU C pour désigner des situations où des professionnels de la santé refusaient, plus ou moins explicitement, de recevoir des bénéficiaires de la CMU C en consultation. C'est principalement au travers d'initiatives associatives que des travaux visant à appréhender les difficultés pour les bénéficiaires de faire appliquer et respecter leurs droits par certains professionnels de la santé ont vu le jour. Médecins du Monde a ainsi publié en 2003 une enquête menée l'année précédente auprès de 230 dentistes, qui utilisait la méthode du *testing*¹.

Cette méthode, nommée aussi test de discrimination, consiste à reproduire une situation avec deux sujets identiques sur tous les critères sauf un. Il s'agissait pour l'enquête de MDM de demander un rendez-vous par téléphone, cette demande provenant d'une première personne précisant être bénéficiaire de la CMU alors que la seconde se présentait comme possédant une mutuelle. Cette première enquête a montré un taux de refus des bénéficiaires de la CMU de 35,3% chez les dentistes testés, répartis dans 11 villes françaises. Cette méthode du *testing* va être ensuite utilisée par l'association Que choisir en 2004, pour une enquête auprès de médecins spécialisés qui montrera un taux de refus très variables selon les territoires (nul en Lozère par exemple et proche des 40% à Paris).

Plusieurs enquêtes de ce type ont été conduites au cours des années 2000. Celle menée en 2006² de nouveau par MDM faisait état d'un taux de refus de 14% tous professionnels de santé confondus. La même année, une étude de l'Odenore relative au non-recours à la CMU C indique que 7% des anciens bénéficiaires de la prestation expliquent le non-renouvellement de leurs droits par des refus de soins dont ils ont fait l'objet de la part de professionnels de la santé (Revil, 2006). Les rapports d'évaluation de la CMU, réalisés par le Fonds de financement du même nom, ont également fait état de données élaborées à partir d'enquêtes réalisées par *testing*. Celle menée par l'IRDES pour le Fonds CMU, dans le cadre de la 4^{ème} évaluation de la loi, portait sur 861 professionnels de santé à Paris ; elle indiquait que près de 25% de refus avait été enregistré au travers du *testing*³.

Entre temps, en 2006, le rapport Chadelat, ancien directeur du fonds CMU, de l'IGAS interpelle sur le problème de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC et formule 13 propositions visant à lutter contre ce phénomène. Comme le souligne H. Revil, les propositions contenues dans ce rapport et dans ceux qui ont suivi, rédigés par la cour des comptes ou du Sénat, appellent à « *une intervention des*

¹ Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde (MDM), *Rapport 2003. De l'aide à l'analyse, le travail de recueil de données et d'observation par les acteurs de la Mission France*, MDM, septembre 2003

² VELISSAROPOULOS Ariane, DROUOT Nadège, SIMONNOT Nathalie, « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », *Testing sur le refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France*, Médecins du monde, octobre 2006

³ DESPRES C. avec la collaboration de GUILLAUME S. et de COURALET P.-E. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens*, Etude commandée et financée par le Fonds CMU, 99 p., juillet 2009

organismes d'Assurance maladie pour renforcer l'accès aux droits »⁴. C'est ainsi la CPAM qui est à cette période désignée comme le vecteur pertinent de lutte contre les refus de soins.

Les résultats des travaux évoqués ci-dessus, mais aussi le constat que les mesures prises suite au rapport Chadelat ne règlent pas la question des refus de soins, ont entraîné des changements législatifs, avec notamment la reconnaissance dans la loi HPST du 21 juillet 2009 du refus de rendez-vous à l'encontre des bénéficiaires de la CMUC comme une discrimination interdite. En 2010, la Conférence nationale de santé (CNS) s'est intéressée à la question des refus de soins afin de « mettre à plat » les types de refus et de distinguer en particulier ceux qui sont licites de ceux qui ne le sont pas. Pour ces derniers, il s'agissait d'en comprendre les raisons de manière à proposer des solutions. Le rapport annuel de la CNS pour 2010 revient sur ces différents points⁵.

Au niveau législatif, la loi de modernisation du système de santé de 2016 portée par Marisol Touraine introduit de nouveaux éléments dans la lutte contre le refus de soins. Une commission chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins est créée au sein de chaque ordre professionnel. Cette commission est notamment en charge d'un rapport annuel contenant des préconisations. Elle est composée de 14 membres : le président du conseil national de l'ordre (qui préside également la commission), 5 représentants des usagers, 6 professionnels de santé de l'ordre en question, le directeur du fonds de financement de la CMU-C et le directeur de la CNAMTS.

Du point de vue statistique et scientifique, on peut notamment retenir des différents travaux précités la mise en exergue de « l'existence » de refus de soins, leur persistance, mais aussi des disparités en la matière selon les territoires et/ou les spécialités médicales. Ces travaux soulignent également que la notion de « refus de soins » ne permet pas nécessairement de décrire l'ensemble des situations où des professionnels de la santé « mettent » à distance des bénéficiaires de la CMU C et, à cet égard, qu'il est important d'affiner la compréhension des types de difficultés rencontrées.

On peut en outre souligner que ces études ont cherché à saisir le phénomène à partir d'enquêtes menées auprès de professionnels de santé. De son côté, la DREES a, dès 2000, produit des études utilisant la méthode des questionnaires pour prendre le point de vue des bénéficiaires de la CMU C sur le dispositif. Bien que ne portant pas uniquement sur les refus de soins, l'enquête de 2003 montrait que 15% des bénéficiaires avait déjà expérimenté un refus de rendez-vous. L'enquête pointait également qu'ils étaient encore 59% à répondre négativement à la question « À votre avis, le fait d'être à la CMU vous donne-t-il plus de possibilités pour choisir un médecin ou un autre professionnel de santé, par exemple de choisir un professionnel de santé qui a un cabinet en ville, au lieu d'aller dans un centre de santé gratuit, un dispensaire ou à l'hôpital ? ».

Malgré l'introduction d'un article spécifique dans la loi HPST de 2009, les avancées liées à la loi Touraine de 2016, et les nombreux rapports de la HALDE (Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité) puis du Défenseur des droits, il semble que les pratiques discriminatoires de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de la CMUC restent d'actualité. En 2016, le Défenseur des droits a par exemple accusé les plateformes de rendez-vous médicaux en ligne « d'accueillir » des mentions discriminatoires de certains praticiens. Il s'agissait notamment de phrases stipulant que les personnes à la CMU ou l'AME n'étaient pas

⁴ REVIL H., *Le "non-recours" à la Couverture maladie universelle : émergence d'une catégorie d'action et changement organisationnel*, thèse sous la direction de WARIN P., Grenoble, 2014

⁵ Conférence nationale de santé, « Résoudre les refus de soins », Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010.

acceptées et devaient se diriger vers l'hôpital. A cette occasion, le Défenseur des droits a rappelé : « *L'article L. 1110-3 du code de la santé publique qualifie le caractère illégal de tels refus : aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Le fait d'annoncer publiquement le refus de ces patients, même en les réorientant vers les hôpitaux publics, est contraire aux articles 225-1 et 225-2 du code pénal interdisant les discriminations. Cette pratique est ainsi susceptible de caractériser une discrimination en raison du statut, de l'état de santé ou éventuellement de la vulnérabilité économique des patients concernés.* ». D'autres mentions présentes sur certains de ces sites internet « reléguant » les bénéficiaires de la CMUC à des créneaux spécifiques ou les enjoignant à venir muni de « *leur carte vitale et de leur attestation* » étaient également considérées comme discriminatoires par le Défenseur des droits.

Dans ce contexte et alors que les études relatives aux refus de soins datent désormais de plusieurs années, il est apparu pertinent de relancer un travail sur le sujet, en faisant le choix de conduire une enquête qualitative auprès de bénéficiaires de la CMU C.

Choix méthodologique

Le choix de réaliser une enquête de ce type visait à actualiser les connaissances sur le sujet à partir du point de vue des bénéficiaires de la CMU C et en approchant l'éventail des difficultés qu'ils rencontrent potentiellement dans la relation aux professionnels de la santé - et qui comme l'ont souligné plusieurs des travaux précités, ne se limitent pas aux refus de soins *stricto sensu* tel que défini par la circulaire 33/2008 de l'Assurance maladie comme « *le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU-C* ». Ce type d'enquête permettait en outre de se donner les moyens de contextualiser les difficultés et de percevoir leur impact pour les personnes, en observant les effets multiples produits par les refus de rendez-vous, les demandes de paiement illégitimes ou encore les « prises en charges inégalitaires ».

Ce sont ainsi 101 entretiens individuels semi-directifs qui ont été effectués à partir d'un guide structuré en huit grandes thématiques et qui ont donné lieu à des synthèses. La moitié de ces entretiens a été menée par un chercheur en sciences sociales, qui a été en charge également de l'analyse du matériau, alors que ce sont des collaborateurs et collaboratrices de la CPAM du Gard qui ont été en charge des 50 autres entretiens. Un temps de formation à la conduite des entretiens a été effectué par l'Odenore. L'intérêt de faire intervenir au sein de l'enquête des personnes de la CPAM était double. Il leur permettait d'avoir accès plus directement, ou du moins dans un cadre différent, aux discours des bénéficiaires. Du point de vue de l'enquête, leur expertise issue de leur expérience professionnelle, permettait une approche différente et complémentaire de celle du chercheur en sciences sociales. L'association des professionnels de la CPAM à la réalisation des entretiens s'inscrivait plus globalement dans une volonté de l'équipe Odenore de co-construire ses travaux de recherche avec les acteurs du monde sanitaire et social, en les impliquant à différents temps de ceux-ci et en valorisant les échanges entre chercheurs et acteurs de terrain tout au long de l'élaboration des travaux.

En complément des entretiens individuels, un focus group a été organisé pour préciser ou approfondir certaines des pistes d'analyse ouvertes par les entretiens individuels. Il a réuni 8 bénéficiaires de la CMU C, sélectionnés selon plusieurs critères exclusifs (bénéfice de la CMUC depuis plus de 8 ans, bénéfice depuis moins de 5 ans, emménagement récent dans le département, bénéficiaires sans médecin traitant ou déclaration récente) et a été animé par le chercheur qui avait conduit les entretiens individuels ainsi que par une chercheuse de l'Odenore. Ce focus group a permis une discussion riche de trois heures et a donné lieu à une retranscription synthétique des échanges.

Tout choix méthodologique comporte des biais ; dans le cadre de cette étude, ils ont été discutés tout au long de l'enquête et sont à prendre en compte pour la lecture de ce rapport. Tout d'abord, le fait que ce soit la CPAM qui invite les bénéficiaires à un entretien sur leurs difficultés relatives à la CMU C et que celui-ci ait lieu dans les locaux de la caisse avec, pour partie, un salarié de la CPAM (les professionnels de la caisse ne se présentait toutefois pas comme tel mais comme faisant partie des personnes en charge de l'étude pour la CPAM) pouvait induire certaines interrogations. Des enquêtés ont par exemple fait part d'inquiétudes concernant une éventuelle disparition de la prestation CMU C et/ou questionné les enquêteurs sur « une volonté du gouvernement de réformer le dispositif ». En parallèle, certains discours sur la CPAM ou sur le dispositif CMU ont pu être influencés par ce contexte d'entretien ; celui-ci peut aussi expliquer certaines justifications apportées par les personnes au cours de l'entretien (sans que cela ne leur soit demandé dans le cadre de l'enquête) sur leur consommation de soins et/ou leurs comportements de santé. L'analyse intègre au maximum ce paramètre, bien que son impact soit difficilement mesurable.

Enfin, l'utilisation du matériau quantitatif, riche et complexe, dans l'analyse nécessite certaines précisions. Nous avons à notre disposition uniquement les discours des personnes, leurs souvenirs et leurs interprétations, ce qui rend l'administration de la preuve délicate car de nombreuses variables nous échappent. C'est pourquoi tout au long du rapport, un effort de clarification des éléments pris en compte dans l'enquête et du poids qui leur est accordé dans l'analyse a été fait.

Vu en particulier le nombre d'entretiens individuels réalisés, le matériau qualitatif a fait l'objet d'un encodage spécifique qui a permis la production de données chiffrées et l'observation de tendances (et/ou de récurrences) concernant les difficultés d'accès aux soins, la nature de celles-ci, le type de professionnels concernés... Certains chiffres sont ainsi disponibles et servent de point d'appui à l'analyse qualitative dans plusieurs parties du rapport. Les données qualitatives viennent les enrichir et les prolonger pour montrer par exemple la dimension « multi causale » des difficultés d'accès aux soins. C'est pourquoi de nombreux verbatim sont présents dans l'analyse, avec une tentative de contextualisation.

En amont du lancement de l'étude qualitative, un travail de caractérisation des bénéficiaires de la CMUC de la CPAM du Gard a été réalisé par les professionnels de caisse⁶. Les critères retenus pour cette caractérisation ont notamment été le sexe, l'âge et la composition familiale ; l'ancienneté dans le dispositif CMU C, le type de consommation de soins (généralistes, spécialistes, dentaires notamment), l'existence d'une prise en charge en ALD, la présence d'un médecin traitant, ont également fait partie des critères choisis pour caractériser les bénéficiaires de la CMU C. Le département du Gard connaissant des différences significatives au sein de son territoire, le lieu de résidence a aussi été intégré au requêtage.

Encadré 1 - Analyse statistique et échantillonnage

Partant des résultats du travail de caractérisation et de l'élaboration d'hypothèses concernant les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les bénéficiaires de la CMU C, une proposition de critères pour construire les échantillons de personnes à enquêter a été faite par l'Odenore et discutée avec les professionnels de la CPAM et le chercheur en sciences sociales chargé de la réalisation de l'étude.

⁶ FLOTTES A., *Méthode de ciblage des bénéficiaires à recruter dans le cadre des entretiens de l'étude CMUC*, document de travail

Voici le détail des échantillons retenus *in fine* :

Echantillon principal : échantillon de base représentatif du profil sociodémographique de la population gardoise bénéficiaire de la CMUC. (44 personnes)

Echantillon 1 : échantillon qui intègre le critère « parcours discontinus dans la CMUC avec rupture de droit et période sans complémentaire santé ». (13 personnes)

Echantillon 2 : échantillon qui intègre le critère « recours nuls ou faibles aux consultations dentaires et de spécialistes sans ALD ». (8 personnes)

Echantillon 3 : échantillon qui intègre le critère « recours nuls ou faibles aux consultations dentaires et de spécialistes avec ALD ». (9 personnes)

Echantillon 4 : échantillon qui intègre le critère « parcours riches avec fortes consommations de soins diversifiés ». (16 personnes)

Echantillon 5 : personnes en ALD, avec fortes consommation de soins, au moins quatre rendez-vous avec des spécialistes en secteur 2 au cours des deux dernières années et résidants à Nîmes. (11 personnes)

Comparaison des profils des enquêtés et des profils des bénéficiaires de la CMU C dans le Gard

Le département du Gard affichait un taux de pauvreté de 20,1% en 2015 selon l'INSEE alors que la moyenne nationale française des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 14,9%. C'est ainsi le 6^{ème} taux de pauvreté le plus élevé parmi les départements de France métropolitaine. En corrélation avec ce fort taux de précarité, la même année 11.5% de la population gardoise est bénéficiaire de la CMUC, soit environ 87 000 personnes dont plus de 70 000 affiliées à la CPAM du Gard, ce qui est largement au-dessus de la moyenne nationale (4^{ème} taux le plus élevé parmi les départements de France métropolitaine). En France métropolitaine en 2017, 4 881 000 personnes étaient bénéficiaires de la CMUC, soit environ 7,5% (8,2% en prenant en compte les DOM) de la population.

- Sexe

Au niveau du sexe, les femmes sont surreprésentées dans l'enquête par rapport à la population générale des bénéficiaires de la CMU du Gard. Elles représentent ainsi 54% des bénéficiaires dans le département et 62,38% des entretiens effectués.

Population de l'enquête	Effectif
Femme	63
Homme	38
Total général	101

Cette situation est encore plus importante au niveau de l'échantillon principal

Echantillon principal	Effectif	En %
Femme	31	68,89%
Homme	13	31,11%
Total général	44	100%

Pour rappel les demandes d'entretien se faisait par téléphone et sur la base du volontariat. Les taux de refus était ainsi plus élevé chez les hommes.

- Situation familiale

La répartition en fonction des situations familiales est en partie respectée, même si davantage de couples (principalement sans enfants) sont présents au sein des enquêtés et de l'échantillon principal par rapport à leur présence dans la population bénéficiaire du Gard.

Répartition selon la situation familiale	Enquête CMU C	Echantillon principal	Population CMU C du Gard
Couple avec enfant	19,80%	17,78%	13,9%
En couple	12,87%	13,33%	3,9%
Seule	40,59%	42,22%	50,5%
Seule avec enfant	26,73%	26,67%	31,5%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%

- Age

Pour la répartition par âge, ce sont les 60 ans et plus et dans une moindre mesure les 40-59 ans qui sont surreprésentés dans l'enquête en comparaison à la population CMU C gardoise, au détriment des tranches plus jeunes.

Répartition selon l'âge	Enquête CMU C	Population CMU C du Gard
18-24 ans	5%	15%
25-39 ans	24%	36,7%
40-59 ans	51%	40%
60 ans et plus	20%	10%
Total général	100,00%	100,00%

- Bénéfice d'une prestation autre que la CMUC

La comparaison pour la question du bénéfice d'une prestation est plus compliquée à faire car les catégories définies par l'enquête diffèrent de celles du service statistique de la CPAM (ces différences sont explicitées dans le tableau). On peut cependant remarquer que les bénéficiaires du RSA sont les

plus représentés au sein de l'enquête alors que ce sont les chômeurs les plus nombreux parmi les bénéficiaires du Gard.

Étiquettes de lignes	Enquête CMU C	Population CMU C du Gard
RSA	41,49%	25%
Chômage	28,72%	39%
Invalité	8,51%	0,1%
AAH	5,32%	2%
Autre ⁷	5,32%	NR
Retraité	5,32%	4%
Aucune prestation/ CMUC sous conditions de résidence + Salariés ⁸	10,64%	30%
Total général	100,00%	

- Lieu de résidence

L'objectif souhaité était que l'enquête cible des bénéficiaires issus de 3 bassins de vie gardois, Nîmes, Alès, Bagnols-sur-Cèze, pour assurer une représentativité territoriale des bénéficiaires. Compte tenu des disparités territoriales, il avait été établi que les entretiens seraient constitués :

- 60% de bénéficiaires vivant à Nîmes
- 25% de bénéficiaires vivant à Alès
- 15% de bénéficiaires vivant à Bagnols

Ces ordres de grandeur ont été en grande partie respectés, malgré une moindre présence des personnes résidant à Bagnols et dans ses environs :

Étiquettes de lignes	Effectif en %
Alès et alentour d'Alès	13,86% + 12,87% = 26,73%
Bagnols et alentour de Bagnols	5,94% + 5,94% = 11,88%
Nîmes et alentours de Nîmes	20,79% + 40,59% = 61,38%
Total général	100,00%

- Indications complémentaires concernant le profil des personnes reçues en entretien

⁷ Catégorie utilisée dans l'enquête et comprenant des situations diverses (bénéfice de l'AEEH, pension de réversion...).

⁸ Le service statistique de la CPAM utilise les catégories « salariés » et « CMU sous condition de résidence » séparément sans préciser ce que la dernière recoupe. Nous avons groupé les chiffres de ces deux catégories pour les comparer aux personnes reçues en entretien et ne bénéficiant d'aucune prestation sociale.

Même si elle ne respecte pas parfaitement la répartition de la population gardoise bénéficiaire de la CMUC, la population étudiée est représentative et suffisamment diverse sur le plan sociodémographique. Les personnes se caractérisent par une précarité importante que nous présenterons davantage dans la partie I de ce rapport.

On peut cependant ajouter que les personnes en ALD sont surreprésentées dans les personnes reçues en entretien, y compris dans l'échantillon principal. En effet, elles représentent 11% des personnes à la CMU C dans le Gard contre 36,63% de la population de l'enquête et 28,89% de l'échantillon principal.

Étiquettes de lignes	Enquête CMUC	Echantillon principal
ALD sur 2 ans + ALD sur moins de 2 ans	28,71% + 7,92% = 36,63%	22,22 + 6,67% = 28,89%
Pas d'ALD	63,37%	71,11%
Total général	100%	100,00%

Plusieurs explications peuvent être avancées concernant cette surreprésentation, comme l'organisation des appels et des rendez-vous en journée ou le rapport des personnes en ALD vis-à-vis de la CPAM.

Enfin, les personnes enquêtées ont, majoritairement, la CMU C depuis plus de 5 ans, à 77%.

Ancienneté du bénéficiaire de la CMUC	En % de la population de l'enquête
Moins de 2 ans	7,00%
Entre 2 et 5 ans	16,00%
Plus de 5 ans	77,00%
Total général	100,00%

Plan du rapport

Le présent rapport est composé de cinq parties. La partie I s'intéresse à la dimension protectrice et sécurisante de la CMUC telle que décrite par les bénéficiaires eux-mêmes et à son rôle de facilitateur dans l'accès aux soins.

Ce rôle est davantage précisé dans la deuxième partie, qui présente également les renoncements aux soins parmi les bénéficiaires de la CMUC.

La troisième partie décrit les représentations des bénéficiaires autour du dispositif, leurs évolutions et leur impact sur la demande du dispositif mais aussi sur son vécu.

La partie IV se concentre davantage sur les difficultés que peuvent expérimenter les bénéficiaires de la CMUC dans l'usage de leurs droits, en établissant une catégorisation de ces difficultés et en proposant, pour les principales, une présentation chiffrée de leur importance.

La cinquième et dernière partie est consacrée aux réactions et aux conséquences multiples des diverses difficultés auxquelles sont confrontées les bénéficiaires de la CMUC. Elle interroge également le rôle des médecins traitants et de la CPAM pour aider les bénéficiaires à connaître mais aussi à revendiquer et faire appliquer leurs droits.

I- Une satisfaction importante envers la CMU C, un dispositif jugé sécurisant et accessible par la majorité des bénéficiaires

Les bénéficiaires reçus en entretien ont très largement fait part de leur satisfaction envers le dispositif, qui facilite leur accès aux soins et leur apporte un sentiment de sécurité. Etant donné leur situation souvent précaire, cette aide est essentielle pour la plupart d'entre eux. De plus, les démarches pour obtenir ou renouveler la CMUC leur apparaissent relativement simples.

1) **UNE PRECARITE FORTE ET DES RUPTURES DE VIE POUR LA MAJORITE DES ENQUETES**

1.1. *Des restes à vivre très réduits*

Sans étonnement, les personnes reçues en entretien sont majoritairement dans une précarité financière et sociale importante. Pour rappel, les plafonds d'obtention de la CMUC étaient en 2018 fixés à 734 euros par mois pour une personne seule (8 810 euros annuel), en France métropolitaine, et à 1 322 euros par mois (15 858 euros annuel) pour un foyer de 3 personnes. Comme point de comparaison, le seuil de pauvreté est établi aujourd'hui en France, selon les calculs, à 1 026 euros par mois (calcul sur la base de 60% du niveau de vie médian) ou à 855 euros par mois (calcul sur la base de 50% du niveau de vie médian) pour une personne seule.

Plusieurs des bénéficiaires ont ainsi décrit précisément les difficultés financières qu'ils doivent affronter, pour illustrer la nécessité que revêt pour eux le bénéfice de la CMUC. Certaines personnes expliquent par exemple n'avoir pas pu acheter du bois de chauffage cette année faute d'argent, alors que d'autres regrettent que leurs budgets ne puissent jamais être à l'équilibre et qu'ils se retrouvent très tôt dans le mois à découvert.

Homme, en couple, 62 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Je suis encore couvert avec la CMU. Parce que sinon question de prendre une mutuelle ou quoi, avec le peu qui me donne c'est... là j'ai été à l'ARRCO donc retraite ça me fait 434 plus 69 que me donne encore le RSA. Oui j'arrive tout juste à 500 par mois. (...) C'est pour ça que j'avais fait la demande à la CMU pour voir si ils pouvaient encore me couvrir quoi.* »

Homme, seul, 30 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ça m'évite de sortir 23€ quand je vais chez le docteur. (...) ça a apporté un gain financier parce que payer le docteur, avec 484€, on pourrait pas s'en sortir.* »

De la même façon, une bénéficiaire précise que le bénéfice de la CMUC lui permet « *de ne pas donner de l'argent qui peut servir à autre chose* » (Femme, 45 ans, seule avec enfants, CMUC depuis plus de 5 ans). Cet extrait illustre bien « l'exercice » permanent de priorisation de leurs dépenses auquel se livre nombre des personnes rencontrées en entretien.

Le score EPICES⁹ des enquêtés confirme cette précarité qui touchent plusieurs aspects de leur vie. Il en ressort que 57 d'entre eux sont considérés comme « grands précaires », 36 comme « précaires » et 7 comme « non précaires ».

Score EPICES	Effectif parmi les enquêtés
Grand précaire	57

⁹ Le score EPICES, Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé, est un indicateur de précarité qui intègre différentes dimensions de ce phénomène (accès à la culture, au logement, isolement social).

Précaire	37
Non précaire	7
Total général	101

Beaucoup de personnes précisent à l'occasion de la passation du questionnaire du score EPICES, avoir un faible accès aux consommations culturelles, que ce soit aux spectacles de théâtre, au cinéma ou à la pratique sportive (« *Le dernier film qu'on a été voir c'était le seigneur des anneaux, c'est vous dire !* » Homme, en couple, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans).

1.2. Quelques salariés, souvent précaires, et des personnes éloignées de l'emploi

Sur le plan méthodologique, il faut préciser que les informations sur les situations en matière d'emploi ou par rapport aux prestations sociales des bénéficiaires sont partielles car certains entretiens n'ont pas abordé cet aspect. En parallèle, même si le service statistique de la CPAM a effectivement joint une « fiche profil » contenant cette information pour chaque personne reçue en entretien, il est apparu à plusieurs occasions que les données du service statistiques étaient obsolètes, compte tenu des changements rapides dans les situations d'une partie importante des bénéficiaires. En effet, les allers-retours entre travail précaire et RSA, travail précaire et chômage ou encore chômage (notamment ASS) et RSA rendent ces catégories très perméables entre elles.

On peut cependant établir qu'une part très importante, majoritaire, des personnes ont déclaré être au RSA (41,49% des profils ayant donné une information sur leur situation actuelle). Ce sont ensuite les personnes au chômage qui sont les plus nombreuses parmi les enquêtés (28,72%) puis les personnes en invalidité et les retraités.

Bénéfice d'une prestation	Enquête CMU C
RSA	41,49%
Chômage	28,72%
Invalidité	8,51%
AAH	5,32%
Autre ¹⁰	5,32%
Retraité	5,32%
Aucune prestation	10,64%
Total général	100,00%

Ainsi, une très grande majorité des personnes à la CMUC interrogées est éloignée de l'emploi, et surtout de l'emploi stable.

Situation par rapport à l'emploi	Part des enquêtés
Emploi précaire	11,88%
Emploi stable	5,94%
Retraité	7,92%

¹⁰ Catégorie utilisée dans l'enquête et comprenant des situations diverses (bénéfice de l'AEEH, pension de réversion...).

Sans emploi	74,26%
Total général	100,00%

Nous avons considéré comme emploi stable les emplois en CDI à temps plein. Les personnes en emploi précaire précisaient ainsi régulièrement travailler « *quelques heures par mois* » ou faire « *les saisons* ».

1.3. Des ruptures familiales et/ou professionnelles

On retrouve, dans beaucoup d'entretiens, une rupture à l'origine d'une fragilité financière ayant conduit à la demande de la CMUC. Il peut s'agir d'une rupture familiale, comme un divorce ou une séparation :

Femme, seule, 65 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai élevé 2 enfants seule, je me suis retrouvée un jour sans rien et je ne savais même pas, quand j'ai appris que je n'avais même pas de couverture, pour les enfants et pour moi, j'en ai été complètement malade ! Parce que je me suis dit, s'il m'était arrivée quelque chose... comment j'aurais fait ? Ne serait-ce qu'un bras cassé.* »

Les ruptures peuvent aussi être professionnelles, par exemple un licenciement :

Homme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai fait un peu de tout, j'ai été livreur de journaux, après je suis rentré à Renault* ». Un licenciement économique l'a conduit à une longue période de chômage puis au RSA.

Homme, seul, 51 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai travaillé dans la publicité pendant des années et le marché s'est écroulé en 2007. Et puis ça s'est pfff !* ». Il donne aujourd'hui quelques cours de dessin en auto-entrepreneur à hauteur de deux heures par mois faute de clients, « *pour rester dans le bain* ».

Il peut aussi s'agir d'un problème de santé qui a entraîné des difficultés financières et/ou professionnelles :

Femme, 47 ans, seule avec enfant, CMUC depuis plus de 5 ans : Elle explique que ses problèmes financiers ont débuté à la suite d'un accident, ajoutant « *peu à peu ma vie elle a commencé à être entre parenthèse* ».

Homme, en couple, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : Il a dû arrêter son travail de force après une lombalgie paralysante qui a conduit à une reconnaissance MDPH : « *ma vie elle s'est cassé la gueule* ».

Un assuré de 55 ans explique de son côté comment toutes les difficultés se cumulent et agissent les unes sur les autres. Selon lui, c'est son travail difficile comme maçon qui a conduit à ses problèmes de santé. Il n'a plus ensuite été capable de travailler, ce qui a amené des problèmes financiers qui ont fini par peser sur son couple et ont conduit à une séparation :

Homme, seul, 55 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Tout ça, ça divise, parce que y a pas d'argent, y a pas la santé. Et c'est pour ça avec le temps j'ai dit je peux pas rester comme ça* ».

1.4. Une majorité de personnes bénéficiaires de la CMUC depuis plus de cinq ans

La majorité des personnes interrogées a une longue expérience de la CMUC voire des dispositifs d'aide sociale en général. Parmi les enquêtés, les personnes bénéficiant de la CMUC depuis plus de 5 ans sont très largement majoritaires (plus de 75%), même si ce chiffre recouvre des situations diverses.

On retrouve par exemple des personnes expliquant avoir demandé la CMUC dès son instauration et avoir même connu le système antérieur, l'Aide médicale départementale (AMD). Souvent ces personnes ont eu la CMUC sans discontinuer, mises à part certaines parenthèses liées à l'accès provisoire à un emploi. Parmi les moins de 30 ans, certains expliquent avoir toujours connu la CMUC, leurs parents en bénéficiant pendant leur enfance et eux même l'ayant demandé une fois indépendants.

Au niveau des chiffres, il apparaît que dans notre panel ce sont davantage les femmes et les familles monoparentales (parmi lesquelles les femmes représentent 96,3%) qui expliquent bénéficier de la CMUC depuis plus de 5 ans.

Bénéfice de la CMUC	Couple avec enfant	En couple	Seule	Seule avec enfant	Total général
Entre 2 et 5 ans	21,05%	0,00%	21,95%	11,11%	15,84%
Moins de 2 ans	5,26%	30,77%	2,44%	3,70%	6,93%
Plus de 5 ans	73,68%	69,23%	75,61%	85,19%	76,24%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Bénéfice de la CMUC	Femme	Homme	Total général
Entre 2 et 5 ans	9,52%	27,03%	16,00%
Moins de 2 ans	7,94%	5,41%	7,00%
Plus de 5 ans	82,54%	67,57%	77,00%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%

Les caractéristiques des personnes enquêtées que nous venons de rappeler (précarité, rapport éloigné à l'emploi, rupture de vie, bénéfice souvent durable de la CMUC) contribuent à expliquer l'importance de la CMUC pour elles.

2) POUVOIR REALISER DES SOINS ET ETRE « SECURISEES » PAR RAPPORT AU RISQUE DE LA MALADIE

2.1. Réduire les inquiétudes par rapport aux soins, savoir que l'on peut se soigner

Toutes les personnes interrogées expriment une satisfaction quant à la CMUC, à part une personne qui vient juste d'en bénéficier et n'a donc pas pu s'exprimer sur le sujet. Le niveau de satisfaction est toutefois variable, avec des réserves sur certains remboursements principalement au niveau dentaire et, de manière moins importante, optique.

La CMUC est vécue comme une « nécessité », un « impératif » voire une « bénédiction ». Plusieurs personnes ont également expliqué que c'est une « sécurité », peu importe d'ailleurs qu'elles aient ou non des besoins de soins. Cette sécurisation par rapport aux soins et au risque de la maladie renvoie

aux résultats d'autres enquêtes, notamment celles réalisées par l'ODENORE dans le cadre de l'analyse des effets des PFIDASS pour leurs bénéficiaires.

Les personnes expliquent ainsi que c'est une sécurité essentielle de savoir qu'elles seront protégées également en cas d'urgence ou d'hospitalisations. On peut citer concernant ce sentiment de sécurité, mais également la possibilité permise par la CMU C de faire face à d'importants besoins de soins, une femme ayant dû subir une opération optique en urgence : « *Et vraiment j'ai rien eu à avancer, c'était vraiment le bonheur. Ah oui mais vraiment, parce que dans l'angoisse dans laquelle on se trouve dans ces cas-là, quand au niveau administratif ça suit bien c'est formidable* » (Femme, seule, 57 ans, CMUC depuis plus de 5 ans).

Un homme explique aussi que cette « sécurisation » est bienvenue, même en l'absence de besoin de soins : « *Je l'utilise peu parce qu'à part un problème de poids je suis plutôt en forme. Mais c'est, c'est déjà une épée de Damoclès en moins sur la tête. Parce que avec tout le reste... C'est vrai que c'est quelque chose qui aide vraiment beaucoup.* » (Homme, seul, 51 ans, CMUC depuis plus de 5 ans).

Les personnes n'hésitent ainsi pas à souligner pour elles l'importance de le CMUC : « *c'est génial, pour mes dents, pour plein de choses, cela m'a sauvé la vie* » (Femme, seule avec enfants, 49 ans, CMUC depuis plus de 5 ans).

Cette sécurité apparaît d'autant plus appréciable pour les personnes avec enfants, car ne pas pouvoir ou savoir comment faire soigner ses enfants peut être éprouvant, comme les mots des enquêtés le soulignent :

Femme, en couple avec enfants, 33 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « *Très utile même. Déjà rien que pour les enfants, pour les orthodontistes, pour les dentistes. J'ai un petit qui est asthmatique, donc oui, j'ai un aérosol à la maison. Je pourrai pas me permettre de payer toutes ces locations et tous ses produits pour sa maladie.* »

Homme, couple avec enfants, 42 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « *C'est une bonne chose... surtout pour les enfants... c'est mieux maintenant avec la CMUC... on regarde moins pour se faire soigner. (...) C'est formidable, on donne la carte vitale au médecin, à l'hôpital et c'est tout... et tout se fait automatiquement...on n'a pas à faire l'avance des frais* ».

Ce soulagement ressenti est également exprimé par les femmes seules avec enfants :

Femme, seule avec enfants, 45 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ça m'enlève une grosse charge émotionnelle de savoir que je vais pouvoir soigner ma fille.* »

Femme, seule avec enfants, 49 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *C'est génial la CMU, parce que ça m'a permis, j'étais toute seule avec lui (son fils), d'avoir ce détachement financier* »

Femme, seule avec enfants, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ça m'a bien sortie de l'embarras et de l'ennui. (...) Oui, vraiment parce que même en étant salariée pour mes enfants, pendant 8 ans mon mari n'a jamais payé de pension alimentaire donc j'étais ric rac tout en sachant qu'en travaillant j'avais pas de droit ouvert donc c'est vrai que là de pas faire l'avance chez le médecin depuis que la maladie s'est aggravée, j'ai passé des examens relativement souvent et il m'est arrivé de passer trois IRM le même mois, donc la CMU a pris en charge beaucoup de choses et surtout de pas faire l'avance* ».

Enfin, en écho avec leurs expériences sans la CMUC, plusieurs personnes précisent que ce dispositif les protège de certaines difficultés financières liées aux questions médicales tout en leur permettant un plus grand accès aux soins :

Femme, seule avec enfants, 61 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Je trouve qu'on peut plus se faire soigner. Je vois la première j'avais besoin d'un appareil dentaire, c'était à Nîmes en 87, j'ai fait un emprunt pour pouvoir payer cet appareil. A l'époque j'étais marié. Quand j'ai dû le faire changer y a je sais plus combien d'années, voilà la CMU s'est mis en route et, voilà et j'ai pas eu d'emprunt à refaire ni rien donc euh.* »

Ce « confort » si essentiel procuré par la CMUC est résumé ainsi par un homme divorcé de 47 ans : « *On n'a pas des cartes bancaires mais ma carte vitale, c'est ma carte premium* ». Ce verbatim montre bien que l'accès aux soins permis par la CMU C et matérialisé par la carte vitale pour cet homme est une bouffée d'oxygène dans une vie faite par ailleurs de nombreuses privations, par exemple celle d'accéder à certains moyens de paiements du fait de difficultés financières.

2.2. L'importance de l'absence d'avance de frais et de ne pas devoir financer une complémentaire

C'est avant tout l'absence d'avance de frais qui est citée comme une source de satisfaction. Les personnes expliquent que le bénéfice de la CMU C leur permet d'éviter des frais qu'elles ne pourraient pas assumer (ni avancer), que ce soit en termes de soins ou de cotisation pour une complémentaire santé étant donné leurs restes à vivre réduits. Même si la question de la « gratuité » d'un grand nombre de soins est citée, le tiers payant intégral est présenté comme la dimension essentielle de la CMUC (« *Il n'y a pas d'avance à faire, tout est pris en charge* » Femme, seule, 60 ans, CMUC depuis plus de 5 ans).

En outre, le fait de ne pas avoir à payer une complémentaire permet à beaucoup de faire des économies bienvenues :

Homme, seul, 65 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Oh mais moi dans ma condition à moi oui. Parce que j'avais le RSA donc aucun revenu, donc j'avais pas les moyens de me payer une mutuelle.* ».

Femme, seule avec enfants, 34 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Le fait de pas avoir à payer de mutuelle aussi. J'ai déjà eu des mutuelles, donc je payais voilà. (...) Par rapport à la mutuelle, par rapport aux soins (dentaires) que je voulais faire on me remboursait pas forcément mieux avec la mutuelle. Donc j'ai pris la CMU.* ».

Homme, en couple avec enfants, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Un soulagement, un poids en moins parce que les mutuelles sont pas données.* »

Certaines personnes ayant déjà souscrit à des complémentaires font le comparatif et estiment la CMUC plus avantageuse car l'absence d'avance de frais est un soulagement, c'est une pression de moins sur leurs budgets déjà serrés :

Femme, seule avec enfants, 43 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ah oui elle est très utile. Déjà nous ne faisons pas les avances de frais. (...) C'est vrai qu'on accède aux soins, que ce soit moi ou ma famille, sans avancer de frais. Et c'est, ça c'est vrai c'est quelque chose qu'est bien parce que y a des gens aujourd'hui qui travaillent ; qu'ont une mutuelle et qui peuvent pas se soigner correctement parce qu'ils ne peuvent pas faire l'avance, tout simplement. Donc je suis très contente.* »

Femme, en couple, 29 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *On est tous les deux en plus à la CMU-C, déjà on bénéficie de la gratuité et des médicaments, on n'a pas besoin de faire d'avance quand on va chez le médecin, quand on achète des médicaments...il y pas mal de choses qui sont prises charge quoi.* »

D'autres enquêtés citent aussi la possibilité d'aller voir des spécialistes sans avoir à payer de dépassements d'honoraires :

Homme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Si je n'avais pas eu la CMU quand je suis allé chez l'ophtalmologue, j'aurais dû payer un dépassement de 40 euros ; là, il m'a demandé ma carte vitale, et là, terminé...c'est vraiment utile* »

3) UNE OUVERTURE DES DROITS PEU PROBLEMATIQUE ET DES RENOUELEMENTS DE CMUC QUI SE PASSENT GLOBALEMENT BIEN

3.1. Une année de sécurité par rapport aux soins mais quelques doutes sur l'avenir

La sécurisation que permet la CMUC développée plus haut est aussi liée à son octroi pour une année. Alors que beaucoup de personnes dans leurs entretiens se plaignent du système du RSA, qui fait varier leurs revenus inégalement tous les trois mois, la CMUC à ce niveau est considéré comme un dispositif stable. De plus, les personnes au RSA ou n'ayant aucun changement important au niveau de leurs revenus savent généralement qu'elles pourront bénéficier de ce dispositif durablement.

Des inquiétudes sont cependant apparues dans les entretiens de plusieurs personnes. Il s'agissait de personnes prévoyant un changement de statut ou de revenu et ne sachant pas si celui-ci les rendra inéligible à la CMUC. Par exemple, plusieurs personnes en attente de la retraite, et ayant déjà entamé les démarches, ont montré leur inquiétude et leur ignorance sur la possibilité de pouvoir bénéficier de la CMUC une fois la retraite obtenue. L'une d'elles a même expliqué envisager de refuser l'allocation supplément vieillesse pour s'assurer de pouvoir se maintenir dans la CMUC.

Il apparaît également que le dispositif de l'ACS est peu connu des bénéficiaires, à part pour ceux l'ayant déjà eu. De plus, les inquiétudes qui s'expriment au-delà de la charge financière, sont d'ordre administratifs. Les personnes ne savent pas vers quelle mutuelle se tourner ou les démarches à suivre. Les personnes ayant déjà eu des mutuelles et alternant périodes d'emploi et périodes de chômage expliquent ainsi régulièrement avoir choisi la gestion de leur CMUC par leur ancienne complémentaire afin de faciliter les démarches si elles ne sont plus éligibles à la CMUC.

3.2. Près de la moitié des enquêtés fait part de difficultés, plus ou moins importantes, concernant le dossier de première demande

C'est davantage le premier dossier que les dossiers de renouvellement de la CMU C pour lesquels les personnes expliquent avoir rencontré certaines difficultés. Mais si 13,27% des personnes estiment avoir eu de fortes difficultés lors de la première demande, plus de la moitié ne se rappellent pas avoir eu de difficultés alors que pour un tiers ces difficultés étaient faibles.

Difficultés rencontrées pour accéder à la CMUC la première fois	Part de la population de l'enquête CMUC
--	--

Faibles	33,67%
Fortes	13,27%
Aucune	53,06%
Total général	100,00%

Les bénéficiaires mettent ainsi en avant certaines difficultés, qu'ils expliquent pour la plupart avoir surmonté assez facilement. Il s'agit notamment de demande de documents difficiles à rassembler pour les personnes.

Homme, seul, 70 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *On m'a demandé plein de chose, après j'ai été convoqué (...) comme tout dossier en France qui se respecte hein, le premier dossier il manque toujours quelque chose.* ».

La difficulté à regrouper leurs différentes fiches de paie est d'autant plus vraie pour les personnes ayant connu une succession de différents emplois, plus encore lorsque les personnes étaient en intérim ou payées en chèque emploi service.

L'autre difficulté fréquemment énoncée est relative au remplissage du dossier. Les personnes ne comprennent pas tous les termes administratifs présents et ont souvent peur de faire une erreur. Alors que certaines tentent quand même de remplir le dossier par elles-mêmes (« *bon après y a des questions, c'est vrai c'est un peu compliqué, quand on remplit la partie CMU, donc c'est vrai je remplis au hasard, un peu au hasard. Et voilà. Mais après ça passe donc !* »), d'autres n'hésitent pas à demander aide et conseil, en premier lieu à la CPAM :

Femme, seule avec enfants, 34 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Vu que c'était la première fois je me rappelle j'avais eu des soucis à le remplir. Je sais que j'avais ramené les documents plus le dossier, et on m'avait aidé ici (...) Y avait beaucoup d'informations, y a des termes aussi je comprenais pas trop. L'aide à la complémentaire tout ça, c'était pas trop clair pour moi en fait.* »

Homme, en couple, 56 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : « *On peut pas être compétent pour effectuer toutes les choses. (...) C'est pas aussi simple, fallait avoir quelqu'un. Je suis allé avec les assistantes sociales pour m'aider à faire. Pourtant je sais lire mais y a des endroits où je comprends pas comme il faut.* ».

Femme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Avant on avait un tas de formulaires, on ne savait pas où cocher, on ne savait pas dans quelle case on rentrait.* ».

Types de difficultés rencontrées	Pour les personnes ayant exprimé une difficulté lors de la première demande
Autres	14,71%
Demande de document	55,88%
Durée de traitement	8,82%
Incompréhensions	20,59%
Total général	100,00%

Trois personnes expliquent également avoir trouvé trop important les durées de traitement du premier dossier, en comparaison notamment de la rapidité des renouvellements.

Type de difficultés	Niveau de difficulté		
	Faibles	Fortes	Total général
Autres	2	3	5
Demande de document	15	4	19
Durée de traitement		3	3
Incompréhensions	5	2	7
Total général	22	12	34

On retrouve dans la catégorie « Autres », des difficultés fortes liées à des changements de caisse, notamment le passage de la MGEN ou du régime de la SNCF au régime général, qui entraînent des complications administratives souvent durables et difficiles pour les personnes.

Homme, seul avec enfants, 63 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'étais à la MGEN. Ça a été chaotique. (...) Quand j'étais à c'te caisse tout était compliqué. (...) Y a eu des interférences (entre les caisses)* ». Il pensait avoir réglé le problème mais s'est rendu compte lors d'un rendez-vous médical que ça n'était pas le cas : « *Parce que je pensais que ça avait été fait et c'est un an après en allant au toubib que je me suis aperçu que y avait rien quoi. Parce que c'est toujours au moment où on en a besoin qu'on s'aperçoit que ça existe ou pas quoi, sinon c'est pas évident de s'en apercevoir.* »

Il faut préciser qu'une majorité des enquêtés, 53 sur 101, explique avoir été aidé lors de la première demande, même quand ces personnes estiment ne pas avoir rencontré de difficulté. C'est principalement l'accueil de la CPAM qui a effectué la guidance (près d'un quart des personnes de l'enquête soit 47% des personnes ayant reçu une aide), même si une part non négligeable, près de 19% des enquêtés soit 35,85% des personnes ayant reçu une aide, a été accompagné par une assistante sociale.

Aide reçu pour le premier dossier CMUC	Taux de la population de l'enquête CMUC
Aucune aide	47,52%
CPAM	24,75%
Travailleur social	18,81%
Autres	4,95%
Familles et amis	3,96%
Total général	100,00%

3.3. Un dossier de renouvellement jugé plus simple mais un besoin de guidance qui subsiste

Comme nous l'avons évoqué, les personnes s'accordent majoritairement à dire que les dossiers de renouvellement de la CMUC sont plus simples que la première demande. Les personnes au RSA expliquent en outre n'avoir presque aucune démarche à effectuer et indiquent que cela est très aidant.

Homme, seul, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Quand on perçoit le RSA, par définition on n'a rien à déclaré, donc c'est très simple* ».

C'est d'autant plus vrai pour les bénéficiaires du RSA utilisant leur compte Améli pour leur renouvellement de CMUC :

Femme, seule avec enfants, 39 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Qu'est très long d'ailleurs ce dossier (le premier dossier) ! Maintenant je passe par internet c'est très bien ! Mon dossier d'allocataire, c'est traité en trois jours, en trois jours j'ai mon attestation sur mon compte Améli.* ».

D'autres personnes parmi les enquêtés continuent de demander conseil, voire de l'aide, auprès de l'accueil de la CPAM pour leurs dossiers de renouvellement. Elles expliquent que c'est plus pour être rassurées et certaines d'avoir « bien rempli » ; ce besoin de « réassurance » et qu'on leur dise que leur dossier est correctement rempli montre que des incompréhensions sur le remplissage du dossier sont toujours présentes pour certaines personnes qui ont pourtant déjà eu à remplir le même dossier les années précédentes et qui ont déjà obtenu de l'aide et des explications à ces occasions.

Homme, couple avec enfants, 42 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Quand ça arrive à échéance, quand je reçois le courrier, je complète le dossier et je viens le déposer en accueil... vu que j'habite à Bagnols, je préfère passer et voir une dame...les démarches sont simples, c'est pas fastidieux...il suffit de savoir lire et écrire et c'est bon...* »

Femme, seule avec enfants, 35 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Oui c'est compliqué car il y a plusieurs pages et je ne savais pas ce qu'il fallait remplir...et même maintenant je ne sais jamais quelle page il faut remplir...donc je complète ce que je peux et je viens voir un agent d'accueil* ».

Ils sont ainsi encore 16,83% des personnes interrogées à expliquer se faire aider pour les dossiers de renouvellement également.

Type d'aide	Aide reçue lors des dossiers de renouvellement
Aucune	83,17%
CPAM	10,89%
Travailleurs sociaux	3,96%
Familles et amis	1,98%
Total général	100,00%

Pour certaines personnes le déplacement en agence et le dépôt en mains propres est aussi une façon de réduire le risque que le dossier se perde et ainsi de s'assurer qu'il soit traité au plus vite. En effet, les personnes expliquent qu'une interruption dans le bénéfice de la CMUC est pour elles un risque qu'elles ne peuvent pas se permettre.

3.4. Des non-renouvellements minoritaires, et subis plutôt que choisis

Une majorité de personnes, 61,39%, explique avoir toujours renouvelé sa CMUC à temps. Il faut noter qu'une partie importante des enquêtés n'a pas pu répondre à la question, faute de souvenirs parfois ou tout simplement, pour une minorité, car elles n'étaient pas concernées (CMUC pour la première fois).

Non renouvellement	Taux enquête CMUC
Jamais	61,39%
Multiple	5,94%
Une fois	20,79%

Non réponse	11,88%
Total général	100,00%

En retirant les non réponses, le taux des personnes ayant toujours renouvelé leur CMU C passe à près de 70%.

Pour celles n'ayant pas renouvelé leurs droits et ayant eu une période sans CMUC (alors qu'elles y étaient éligibles), il s'agit pour la plupart d'un simple oubli ou d'un retard dans le traitement du dossier.

Raison du non renouvellement	Parmi les personnes n'ayant pas renouvelé au moins une fois
Oubli ou retard pour renouveler	56,00%
Problème dans la demande ou dans le traitement du dossier	40,00%
Choix personnel de ne pas renouveler	4,00%
Total général	100,00%

Concernant ces situations, une partie des personnes estiment que l'erreur venait de la CPAM ; d'autres expliquent avoir globalement des difficultés au niveau administratif et/ou être parfois négligents sur ce plan :

Homme, en couple, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Comme je suis un peu laxiste avec les papiers, y'a des fois où j'ai complètement zappé de faire le renouvellement* ».

Pour deux personnes, une mauvaise connaissance des démarches de renouvellement est à l'origine de la rupture, l'une pensant qu'il était automatique et ne nécessitait pas de dossier, et l'autre s'étant trompé dans sa déclaration de revenus.

Ainsi, seules deux personnes expliquent avoir choisi de ne pas renouveler. Pour l'une d'elle, il s'agit d'un choix stratégique. Elle a choisi de souscrire à une mutuelle privée pendant sa deuxième grossesse afin de bénéficier d'une chambre seule lors de son accouchement.

Le deuxième cas est un refus qui prend racine dans une stigmatisation ressentie. La personne explique qu'elle a mal vécue « l'enquête » menée par la CPAM à son sujet pour établir si elle était effectivement légitime à bénéficier de la CMUC, se sentant mise en accusation (« *Je me suis pas sentie...bien quoi.* »).

Femme, seule, 68 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'avais cassé mes lunettes à une année d'intervalles et ils sont trouvé bizarre que je change mes lunettes. Bon euh, on me l'a accordée mais après j'ai reçu des courriers en me demandant mes relevés bancaires, donc je leur avais envoyé mes relevés bancaires, et une dame, une contrôleur, m'a téléphoné et elle m'avait charcuté pendant une demie heure. Je venais de vendre mon appartement à Nîmes, je lui avais expliqué que j'en avais profité pour changer ma voiture. Et à la fin elle m'avait dit je vous envoie votre dossier, vous y avez le droit (à la CMU). Quand je lui ai expliqué ma situation. Et pendant quelques mois ça m'avait un peu énervé donc j'ai pas, j'ai. Puis après j'ai redemandé, ça fait 2 ans que j'ai redemandé.* »

II- Un accès aux soins « renforcé » par la CMUC, mais quelques réserves et renoncements toujours présents

Au-delà de sa dimension sécurisante, les bénéficiaires de la CMUC mettent également en avant les améliorations dans leurs accès aux soins qu'ont permis le dispositif, même si certains soulignent toutefois des « limites » ; il ressort notamment que le taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU C reste significatif en ce qui concerne certains soins, dentaires notamment.

1) UN PLUS GRAND ACCES AUX SOINS

1.1. Les soins qui semblent inaccessibles sans CMUC

Il n'est pas évident de quantifier précisément l'apport en termes de soins dû à l'obtention de la CMUC. En effet, une part importante des personnes enquêtées a toujours eu, d'aussi loin qu'elles s'en souviennent, cette prestation ou, pour certaines, son obtention a coïncidé avec l'apparition de problèmes médicaux. Une partie explique également qu'avant la « rupture de vie » qui les a conduits à demander la CMU C (divorce ou séparation, perte d'emploi ou encore maladie), elles disposaient de complémentaires plus ou moins protectrices. Le ressenti des personnes en termes « d'apport de soins » du fait du bénéfice de la CMU C peut donc être modulé en fonction de ces éléments.

Il n'y a en outre pas toujours un avant et un après CMUC évident au niveau de l'accès aux soins. Toutes les personnes précisent cependant que compte tenu de leur situation financière actuelle, il leur serait difficile d'accéder à certains soins sans la CMU C. Certains citent des soins de base :

Femme, couple avec enfants, 32 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Oh oui. Oh oui. Sincèrement je vais être honnête, si je l'avais pas je pourrais pas me permettre de me soigner on va dire correctement. Pour mes enfants je ferai tout ce qui faut mais pour moi c'est clair que je me soignerai pas du tout je pense. Parce que j'ai vraiment pas du tout les moyens même de payer 25 euros chez le médecin ou quoique ce soit. (...) J'ai mon plus grand qui est hyperactif et qu'est traité médicalement. (...) Tout ça c'est des choses que je pourrai même pas me permettre. Si j'avais pas la CMU mon fils aurait pas les soins complets qu'il a besoin parce que j'y arriverai même pas.* ».

D'autres évoquent des soins plus spécialisés, qui leur paraissent inabornables sans CMUC :

Homme, couple avec enfants, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ah ouais. J'aurai pas la CMU franchement je pourrai pas, j'aurai pas pu faire mes dents. (...) J'aurai pas la CMU j'aurai pas pu faire les scanners, les IRM, soigner les dents. Franchement sans ça c'est mort.* ».

Femme, seule avec enfants, 49 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai eu des problèmes aux yeux il y a un an, j'ai dû me faire opérer parce que j'ai eu une cataracte foudroyante et franchement si j'avais pas eu la CMU... » »*

Femme, couple avec enfants, 31 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ah oui. Ah oui, oui. Y a certaines choses que, y a certains spécialistes que j'irai pas si je devais payer. Je me priverai de soins si, moi et mes enfants, si... enfin si c'est grave pour mes enfants je le ferai,*

mais moi personnellement oui. Mon mari aussi hein. On se priverait ça c'est sûr si on devrait payer. Oui ça nous sauve la vie, carrément. »

Femme, seule, 64 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Grâce à la CMU, j'ai pu aller à l'hôpital, me faire arracher les dents, ils m'ont gardé une nuit. Bon j'aurai pas eu la CMU comment j'aurais fait ? ».

1.2. Des « sorties » ou des « évitements » de renoncement grâce à la CMUC

On peut préciser les effets bénéfiques de la CMU C en termes d'accès aux soins en évoquant plus spécifiquement « l'effet protecteur contre le renoncement aux soins » de la prestation, en tout cas en partie, à partir des données recueillies dans l'enquête. Ainsi 35 personnes parlent clairement d'un ou plusieurs soins entrepris grâce à l'obtention de la prestation. Ils sont 13 à citer plusieurs soins que la CMUC leur a permis d'accéder. Voici le tableau des soins dont ont parlé les personnes :

Type de soins entrepris grâce à la CMU C	Nombres de soins cités	En pourcentage des soins cités
Dentaire	20	41,67%
Ophthalmologiques	7	14,58%
Généraliste	6	12,50%
Examens	5	10,42%
Chirurgicaux	3	6,25%
Orthodontiques	2	4,17%
Neuropédiatre	2	4,17%
Optique	1	2,08%
ORL	1	2,08%
Gastroentérologue	1	2,08%
Total général	48	100%

C'est avant tout des soins dentaires qui ont pu être mis en place, à 41,67%, suivi des soins ophtalmologiques (14,58%).

Femme, seule, 55 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Ça faisait des années que je ne pouvais rien faire pour mes chicots et l'année dernière j'ai pu faire arranger mes dents. C'est comme au niveau des yeux j'étais restée des années sans pouvoir changer de lunettes parce que financièrement je pouvais pas ».

Autrement dit, ce sont 20 personnes, donc près de 20% des enquêtés, qui ont expliqué avoir pu accéder à des soins dentaires avec la CMUC, ce qui leur était impossible avant. On voit ainsi l'importance de la CMUC dans la lutte contre le renoncement aux soins, notamment au niveau dentaire.

A noter que les généralistes sont aussi cités par 6 personnes, deux fois plus que les actes chirurgicaux. Pour certaines personnes le bénéfice de la CMUC a ainsi permis l'accès à des soins de base mais également à des actes spécifiques et une prise en compte de problèmes de santé parfois abandonnés depuis longtemps :

Homme, seule, 61 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Avant, j'allais pas au docteur puis là j'y suis allé et pour les prises de sang. (...) Je suis allé plusieurs fois au docteur depuis 2016 sinon de 2001 à 2016 j'avais pas été au docteur. (...) Le docteur quand il a vu que ça faisait longtemps, il a fait des prises de sang pour voir, bon ça va à peu près ».

La démarche proactive de la CPAM pour faire accéder un autre assuré à la CMU C est ainsi saluée par le bénéficiaire ; cela l'a aidé à « aller vers les soins », lui qui explique avoir toujours eu un rapport distancé aux soins et au monde médical :

Homme, seul, 60 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Vu que j'étais un an sans activité, les revenus... donc c'est même la CPAM qui m'a, qui m'a incité à prendre une CMU. Par messagerie, on m'a indiqué que je pouvais avoir droit à la CMU. Ça marchait quoi. Il y a deux ans. (...) Et il m'est arrivé que j'ai eu un problème à l'épaule effectivement. Et c'est bien tombé que, coïncidence il y a eu ce message, donc j'en ai profité. C'est bien tombé j'ai pu aller me soigner, sinon je me serais pas soigné. ».

L'accès à la CMUC peut ainsi permettre à certains d'accéder à des soins longtemps renoncés et à d'autres de ne pas renoncer à faire prendre en charge des besoins de soins « inattendus » ou survenant brutalement.

1.3. Quelques réserves s'agissant des remboursements dentaires notamment

Il est ainsi clairement apparu que le bénéfice de la CMUC permettait la mise en place de soins renoncés ou mis en attente, en premier lieu dentaires. Cet effet « rattrapage de soins » ne signifie pas que tous les soins, notamment dentaires encore une fois, semblent accessibles aux bénéficiaires de la CMUC. Ainsi malgré toute l'importance que revêt pour la plupart des enquêtés le bénéfice de la CMU C, certains pensent que la prise en charge des soins dentaires, et dans une moindre mesure optiques, pourrait être améliorée ; pour ces types de soins, ils la considèrent comme moins « avantageuses » qu'une autre complémentaire santé :

Femme, seule avec enfants, 54 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Admettons vous avez une très bonne mutuelle, au niveau des dents vous pouvez mettre des implants. »

Une femme seule de 57 ans estime quant à elle que les soins dentaires ne sont de toutes façons pas accessibles, avec ou sans mutuelle :

Femme, seule, 57 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Par contre, c'est une vraie catastrophe les dents mais c'est pour tout le monde pareil, qu'il soit ou pas à la CMU. Ce n'est pas remboursé, les dents. On est remboursé à partir du moment où on prend l'appareil sécu. Si on veut quelque chose qui tienne la route ou si c'est une dent du fond, ce n'est pas remboursé. »

Pour les lunettes, les personnes expliquent que bien que des améliorations aient été faites les montures et les verres remboursés par la CMUC sont « bas de gamme ». Une partie dit ainsi payer un supplément, sans pour autant critiquer cette situation. Elles décrivent ces frais à leur charge comme « normaux », issus d'un choix personnel qu'elles assument.

Homme, couple avec enfants, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « C'est plus grossier parce que vous êtes à la CMU. Après il laisse le choix, si vous voulez payer un peu plus. C'est comme les lunettes, là c'est le tiroir CMU si vous voulez de la marque bah... Non c'est bien, quand y a des gens comme ça y a pas de surprises ».

2) DES RENONCEMENTS ACTUELS POUR LES PERSONNES ENQUETEES

Comme l'ont décrit les enquêtés, la CMUC permet un accès aux soins facilité. Pourtant il ne met pas fin à tous les renoncements, à cause principalement de remboursements jugés trop faibles, mais aussi du fait parfois de traitements inégalitaires de la part de professionnels de santé.

2.1. Des renoncements toujours présents

40 personnes indiquent des renoncements actuels et pour un tiers d'entre elles (13 sur 40) le renoncement est multiple. C'est un taux de renoncement plus élevé que celui relevé par le BRSG (2014). Dans le baromètre, les bénéficiaires de la CMU C étaient en effet 29% à évoquer un renoncement au moins, contre 39,6% dans l'enquête actuelle. Il est difficile d'interpréter cet écart, mais il est important de rappeler que dans les recherches sur le renoncement aux soins les conditions d'entretien et les différences de formulations ont un effet important sur les résultats. Les deux enquêtes ne peuvent ainsi pas être mis au même niveau compte tenu des conditions d'enquêtes très différentes (les chiffres du BRSG proviennent notamment d'enquête quantitative par questionnaire).

Renoncement	Taux de renoncement		
	Femme	Homme	Enquête CMUC
Simple	31,75%	18,42%	26,73%
Multiple	14,29%	10,53%	12,87%
Aucun	53,97%	71,05%	60,40%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%

On peut cependant remarquer que, dans l'enquête actuelle, les femmes sont plus nombreuses à déclarer au moins un renoncement (46% des femmes contre 29% des hommes) comme c'était le cas, dans une moindre mesure là encore, dans le BRSG (2014 et 2018), comme dans l'ensemble du BRS d'ailleurs.

Par ailleurs, comme dans le BRS, les personnes seules avec enfants présentes dans la présente enquête déclarent davantage que les autres être en renoncement (51,85%), suivi des couples avec enfants (40,00%).

En %	Situation familiale				
	Couple avec enfant	En couple	Seule	Seule avec enfant	Total général
Renoncements actuels					
Simple	20,00%	38,46%	24,39%	29,63%	26,73%
Multiple	20,00%	0,00%	7,32%	22,22%	12,87%
Aucun	60,00%	61,54%	68,29%	48,15%	60,40%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

2.2. Des taux importants, mais à relativiser compte tenu des échantillons

Au-delà des conditions de l'enquête, un autre élément influence les résultats de cette enquête concernant le sujet spécifique du renoncement aux soins. On voit ainsi que les taux de renoncements

diffèrent fortement selon les échantillons. Ils varient entre 55,5% et 62,5% pour les échantillons 1, 2 et 3 et entre 25% et 43,3% pour les échantillons 4,5 et principal.

Renoncement	Type d'échantillon							
	1	2	3	4	5	Principal	5	Total général
Simple	26,67%	37,50%	44,44%	25,00%	12,50%	24,44%	12,50%	26,73%
Multiple	33,33%	25,00%	11,11%	0,00%	12,50%	8,89%	12,50%	12,87%
Aucun	40,00%	37,50%	44,44%	75,00%	75,00%	66,67%	75,00%	60,40%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Les échantillons 1 à 3 mettent l'accent sur des bénéficiaires éloigné du système de soins (faible consommation ou discontinuité dans la complémentaire santé), ce qui fait augmenter les risques de renoncements. On peut penser que pour la question du renoncement aux soins, l'échantillon principal qui est l'échantillon le plus représentatif au niveau sociodémographique, avec un taux de renoncement de 33,33%, est un indicateur plus fiable.

2.3. Types de soins renoncés et raisons des renoncements

En cohérence avec les résultats des autres enquêtes sur le renoncement, tel que le BRSG et l'ensemble du BRS, c'est au niveau dentaire que les soins renoncés sont les plus nombreux (28,26% des soins évoqués).

Types de soins renoncés	Nombres de soins renoncés évoqués
Dentaires	13
Ostéopathe	5
Examens	4
Podologue	4
Autres spécialistes	3
Optique	3
Psychologue/psychanalyste	3
Gynéco	2
Médicaments	2
Ophtalmologiques	2
Kinésithérapeute	1
Orthodontiques	1
ORL	1
Appareil auditif	1
Total général	46

On retrouve des renoncements très divers au-delà des questions dentaires, notamment des renoncements à des examens, comme dans le BRS. On peut aussi noter que les soins en ostéopathie et la podologie sont cités par une partie des enquêtés, ainsi que les consultations avec des psychologues. Pour ceux-ci, les personnes expliquent regretter ne pas pouvoir avoir un suivi

psychologique avec un autre professionnel qu'un psychiatre, alors qu'elles estiment que leurs difficultés pourraient être davantage prise en charge par la psychologie ou la psychanalyse.

Femme, 48 ans, seule : « *Psychologiquement c'est très dur (elle souffre d'un cancer et n'a plus d'options thérapeutiques). (...) Quand on en arrive c'est que déjà on a besoin d'aide psychologiquement, c'est qu'on est isolé. On est isolé parce que on peut pas en parler aux autres, c'est la honte. (...) Mais on peut pas aller voir, on peut aller voir un psychiatre, le top ce serait qu'on ait le droit à aller voir un psychologue parce qu'on a pas forcément besoin de cachets.* ».

2.4. Les raisons des renoncements

La principale raison de renoncer à certains soins (37,5%) reste, d'après les personnes, le niveau de leur prise en charge par la CMU C et des remboursements jugés trop faibles avec des restes à charges trop importants. C'est notamment le cas pour les soins dentaires, pour lesquels le niveau de la prise en charge des implants est questionné par une partie des personnes.

Raison du renoncement actuel	Personnes ayant déclaré au moins un renoncement
Non remboursé	15
Autres difficultés d'accès aux soins	10
Estime les soins inutiles	5
Manque de temps/Délais de rendez-vous	3
Raisons personnelles (peur, traumatismes...)	6
Transport	1
Total général	40

On retrouve ensuite 10 personnes sur les 40 (25%) qui expliquent que leur renoncement est lié à une difficulté d'accès aux soins autre que les niveaux de remboursements. Ces difficultés renvoient pour partie (6 sur 10) à des refus de soins (quatre personnes), à un ressenti de stigmatisation (une personne) ou à une demande de paiement identifié comme illégitime ou discriminatoire (une personne). S'agissant des refus de soins, deux correspondent à des refus de rendez-vous direct. Pour les deux autres situations, il s'agit de pratiques moins frontales. Les praticiens ont, d'après les enquêtés, refusé les soins malgré leurs demandes, car ils les jugeaient inutiles. Les patients ont vu dans ces comportements un traitement discriminatoire qu'ils associent à la CMU C :

Homme, Seul, 55 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : M. M. aimerait ainsi des séances de kiné pour ses problèmes de dos mais son médecin traitant ne lui en a pas prescrit malgré ses demandes : « *C'est pour ça je suis outré. Et les gens ils disent c'est des feignants, je suis pas feignant (il fait référence aux préjugés sur les bénéficiaires de la CMU C). Presque il faut en arriver à (il fait signe de se tirer le pull) avec les médecins.* ». Pour lui le médecin réagit comme si c'était lui qui allait supporter les frais du kiné s'il en prescrivait « *Presque on dirait ces gens-*

là ils l'enlèvent de sa viande ou de sa chair pour euh... non. J'ai le droit d'aller chez un kiné. Si j'ai pas le droit d'aller chez un kiné qui y va ? ».

Femme, En couple, 25 ans, CMU depuis moins de 2 ans : « J'ai pas accroché (avec la gynécologue). (...) Elle m'a dit que j'avais un kyste, mais qu'elle me reverrait dans un an.(...) (imitant la gynécologue) « Vous avez la CMU ? » Déjà qu'elle me prenait de haut... (imitant la gynécologue) Et en plus vous n'avez pas de mutuelle CPAM, vous avez intérêt à vous en occuper vite ; déjà que je ne vais pas être remboursée de suite, en plus vous n'avez pas de médecin traitant, ils ne vont pas me rembourser entièrement... Je suis sortie de là, je me suis dit, c'est la première et dernière fois ! ».

Pour les autres situations de renoncement aux soins repérées dans l'enquête (4 sur 10), ni les obstacles financiers ni les pratiques des professionnels de santé ne sont directement en cause : les personnes ne savent en effet pas vers qui se tourner ou hésitent à mettre en place les soins car elles ignorent s'ils seront remboursés. Ces hésitations peuvent être dues à une simple méconnaissance des droits :

Homme, seul, 37 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Par le bouche à oreilles (...) Même avec la CMU les dents faut payer (...) J'ai abandonné l'idée de me soigner. »

Pour d'autres, des expériences antérieures de pratiques illégitimes peuvent avoir sapé la confiance des assurés. C'est le cas pour ce couple à la CMU C depuis presque 10 ans qui ont déjà eu des refus de rendez-vous et des demandes de dépassements d'honoraires :

Homme, en couple, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Ça fait longtemps que j'aurai dû me faire opérer des lombaires (...) mais faut faire confiance, et sur Nîmes j'ai personne. ». M. essaye de se renseigner autour de lui mais Mme précise : « Un médecin qui fasse pas de dépassements d'honoraires. Sinon il peut pas se faire opérer. » M : « c'est 800 euros une hernie. On les trouve où ? C'est pas possible il faut être réalistes. On se renseigne bien d'abord. ».

A noter que pour les renoncements aux soins dentaires, difficultés d'accès aux soins et non remboursement arrivent à égalité, en représentant chacun 38,46% des causes de renoncements.

Nous verrons, dans la partie V, que les difficultés d'accès aux soins liées à des pratiques illégitimes, voire illégales, des professionnels n'entraînent pas forcément, ni majoritairement, de renoncement aux soins. Les personnes vont en effet contourner ces difficultés, avec plus ou moins de succès, ou s'en accommoder la plupart du temps.

III- Des représentations « nuancées » sur la CMU C qui amènent les bénéficiaires à se justifier de leurs comportements de soins, mais qui impactent peu leur décision de demander la prestation

Majoritairement, les personnes rencontrées estiment que la stigmatisation liée au bénéfice de la CMUC est moins prégnante qu'au moment de la mise en place du dispositif et que le sentiment de honte qui pouvait découler de la perception de cette aide au début des années 2000 s'est réduit. De la même façon, les refus de rendez-vous apparaissent, pour une partie des bénéficiaires enquêtés, comme appartenant au passé. Pourtant comme le dénotent certains des entretiens, les

représentations négatives associées à la CMU C sont encore présentes dans certains esprits, voire ont été intériorisées, y compris par les nouveaux bénéficiaires de la prestation.

1) POUR UNE PARTIE DES BÉNÉFICIAIRES, UN DISPOSITIF VECU COMME MOINS STIGMATISANT QUE PAR LE PASSE

1.1. Des améliorations techniques et une moindre exposition publique

Plusieurs personnes expliquent que la stigmatisation associée à la CMU C ainsi que les refus de rendez-vous sont, de leur point de vue, moins importants aujourd'hui que dans les débuts du dispositif, voir qu'ils ont totalement disparu (« *c'est comme une mutuelle* », « *tout le monde l'accepte maintenant* »).

Certains bénéficiaires de longue date ancrent ce constat sur une évolution de leurs expériences personnelles par rapport à la CMU C. Ils racontent notamment comment le système s'est amélioré au fur et à mesure des années du fait d'une « banalisation » de la CMU C, de la création d'habitudes par rapport à son fonctionnement, qui ont contribué à réduire les mauvaises expériences.

Pour les personnes bénéficiant de la CMUC depuis longtemps et surtout pour celles ayant connu les systèmes antérieurs comme l'AMD, la CMUC a amélioré les choses à bien des niveaux.

Femme, seule avec enfants, 43 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Oui j'étais jeune j'avais 18 ans, j'avais même pas mes enfants ! En plus à c'te époque là ça s'appelait même pas la CMU, je me souviens plus comment ça s'appelait, c'était difficile pour l'avoir. Et puis c'était difficile pour, ben, les gens étaient encore pas bien habitués à voir des personnes qui bénéficiaient... je me rappelle plus, c'était pas la CMU c'était autre chose. Et ouais c'était compliqué parce que les gens étaient pas habitués, les docteurs étaient pas habitués, si on changeait de docteur c'est tout un tas de papiers à faire. Que là même si mon docteur il est absent je vais chez un autre docteur et j'ai pas de souci quoi. »

Mais c'est aussi la stigmatisation relative au bénéfice de la CMU C (ou de l'ancien dispositif de l'AMD) qui, du point de vue de plusieurs enquêtés, est aujourd'hui moins pesante :

Homme, seul avec enfant, 63 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Y a très longtemps j'ai eu ce qu'on appelle, j'ai été au... avant le RSA. Et une fois. Alors je sais pas si ça s'appelait la CMU... C'était remboursé intégralement si on montrait qu'on était au RSA. Je crois que c'était ça. Et j'avais pris des médicaments et là oui, là j'avais vu, j'avais eu un regard... J'étais une grosse merde quoi. Mais c'était y a 30 ans, y a 35 ans. Alors que là vraiment (maintenant la CMUC) je dirai non. Et même, oui oui, ça a changé, oh oui ça a changé. »

On comprend au travers des échanges avec les personnes que la CMUC est en quelque sorte rentrée dans les usages, autrement dit que son usage s'est normalisé, mais également que certaines améliorations techniques ont contribué à réduire « l'exposition publique » des personnes bénéficiaires.

Une bénéficiaire de 54 ans, qui vit seule avec son fils et a la CMU C depuis plusieurs années, explique que le système visant à aider les personnes démunies à accéder aux soins a fait beaucoup de progrès. Elle parle par exemple du « tiroir chez l'opticien » pour les personnes à la CMUC, « *des lunettes de base, des lunettes de clochards* », qui était une pratique dégradante (« *on tire un tiroir et ça c'est pour toi* »). Elle évoque aussi une époque plus ancienne où les démarches pour faire prendre en charge les soins étaient très longues parce qu'il fallait aller faire tamponner des « *bons* » au CCAS avant de les présenter aux professionnels de santé. Ces formulaires étaient, de son point de vue, très stigmatisants,

là où aujourd'hui l'utilisation de la carte vitale rend les choses plus simples et plus discrètes. (« *et ça c'était la honte en fait, parce que vous sortiez votre bon à la pharmacie on savait vraiment que vous étiez pauvre de pauvre.* »).

Elle ajoute : « *Des fois je les utilisais même pas tellement j'avais honte quoi. Et il fallait exposer ça et tout. Et on le savait, c'était des clochards, ouais, c'était des clochards en fait, on nous appelait les clochards, voilà quoi.* »

C'est donc aux premiers temps de la CMUC mais bien aussi à une période antérieure (celle de l'AMD) qu'une partie des personnes enquêtées fait référence pour indiquer une moindre stigmatisation et/ou exposition actuellement.

1.2. Un dispositif et des bénéficiaires mieux acceptés par les professionnels de la santé et la société

Les personnes qui bénéficient de la CMUC depuis longtemps s'accordent ainsi à dire que le regard que portaient les professionnels de santé sur les bénéficiaires a évolué favorablement.

Femme, seule avec enfant, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Oui c'est vrai que à cette époque-là, je trouve que c'était moins accepté. Parce qu'on savait plus ou moins que ceux qui avait la CMU c'était (elle fait un geste de mise à l'écart avec ses mains balayant sur le côté) des « gueux », on va dire ça comme ça. C'est vrai hein. Et donc oui, y a toujours ce problème à se faire rembourser, voilà, donc oui y en a certain qu'étaient réfractaires à ce mode de prise en charge. Je vois que ça a évolué quand même. Par rapport à 2002, on est quand même en 2018, hurra, oui les mentalités ont changé. (...) Déjà mentalement on n'est pas regardé de haut comme ça. Et puis ça circule très bien, de partout je vais, jamais je, non, non.* »

Pour beaucoup des enquêtés, au-delà d'une évolution du regard des professionnels de la santé, ce sont les difficultés pour être reçus par certains d'entre eux et les refus de soins en lien avec la CMUC, réalité dans les premières années d'existence de la prestation, (« *Ah non je me rappelle plus, c'était tout, tout au début.* ») qui ne sont plus d'actualité :

Homme, seul, 54 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai dû en vivre une ou deux, avec un radiologue, j'avais été obligé d'aller chez un autre radiologue parce qu'il ne prenait pas la CMU, mais ça fait longtemps... Maintenant c'est rentré dans les mœurs...* ».

Ainsi des personnes s'étonnent même de ne pas avoir rencontré de difficultés par rapport à la CMUC compte tenu des discours qu'elles avaient entendus sur ces questions.

Femme, seule avec enfants, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *On m'avait même dit les médecins, enfin les généralistes ils prennent mais les dermatos admettons, les prix libres, ils prennent pas. Mais en fin de compte si, je vais chez le dermato elle prend. Les lunettes ils prennent. Enfin jusqu'à maintenant, je touche du bois parce... !* ».

Certains relativisent quand même ce constat en précisant qu'avoir trouver « leurs » professionnels de santé et y rester fidèle réduit aussi les risques : « *j'ai mes médecins maintenant, ça aide* ».

L'impression générale parmi les enquêtés reste cependant que la banalisation de la CMUC, ainsi que son acceptation, ont été largement acquises au fil des années de son existence. Plusieurs personnes expliquent ainsi que la CMUC est davantage envisagée comme une mutuelle parmi d'autres.

Femme, seule avec enfants, 54 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Non, aujourd'hui non. Aujourd'hui ça, la CMU ça passe, c'est normal entre parenthèse quoi. C'est comme une mutuelle en fait.* »

2) UN SENTIMENT DE HONTE ET DE CULPABILITE QUI CONTINUE D'ETRE PRESENT POUR CERTAINS

2.1. Des expériences plus ou moins traumatiques

Malgré cette acceptation généralisée, certaines personnes expliquent avoir des réserves lors de l'utilisation de la CMUC. C'est plus particulièrement le cas de personnes ayant déjà vécu des refus et/ou des expériences stigmatisantes de la part de professionnels de santé ; elles disent avoir une appréhension à la prise de rendez-vous notamment, et choisissent par exemple systématiquement de préciser être à la CMUC avant qu'on leur pose la question.

Femme, seule, 66 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Du coup, ça c'est la grosse problématique, ça au début que j'avais la CMU moi naïvement je pensais aller voir les médecins sans problème quand j'en avais besoin. Et je me rendais compte que une fois arrivé au moment de montrer la carte avec la CMU qui apparaissait, et ben nan, nous on prend pas la CMU naninana. Donc après le réflexe c'était de dire est ce que vous prenez la CMU ? oui ou non, voilà. De pas perdre de temps et de passer à un médecin qui accepte. Je pense que pour beaucoup de gens après on a ce réflexe parce que on s'est fait jeter. On se fait jeter ou on se fait très mal soigner. (...) Du coup on se sent malheureusement coupable d'aller se soigner en disant ben voilà j'ai que la CMU, alors qu'avant on y allait sincèrement sans a priori et ça nous est tombé sur la figure. Donc maintenant on est prudents et on se sent presque coupables de demander des soins avec la CMU, c'est malheureusement l'effet pervers de ce qu'on a vécu avant. Même si c'est plus facile maintenant qu'avant. »

Si pour cette femme les refus n'ont pas été sans impact, pour d'autres, une majorité des enquêtés d'ailleurs, ce type d'expériences est décrit comme beaucoup moins traumatiques voire comme anodines. Les personnes expliquent ne pas s'être « *arrêté dessus* » et avoir simplement chercher un autre professionnel de santé. Plusieurs paramètres peuvent expliquer les vécus très différents des bénéficiaires, mais il semble que pour certaines personnes ces refus ou ces comportements discriminatoires viennent activer ou nourrir un sentiment de honte ou de culpabilité déjà latent.

2.2. Un sentiment de honte qui persiste chez certains bénéficiaires sans que des difficultés aient nécessairement été expérimentées

Le stigmatisme, quand il est présent et décrit, se traduit principalement par une honte et/ou une culpabilité par rapport à la CMUC. Il s'exprime chez certains « anciens » bénéficiaires de la prestation qui ont souvent, nous l'avons dit, eu de « mauvaises expériences » avec la CMUC (« *Y a toujours la culpabilité d'aller voir un docteur avec la CMU. Je pense pas qu'on puisse utiliser la CMU sans culpabilité* »), mais aussi chez des bénéficiaires plus récents et n'ayant pas expérimenté de refus de rendez-vous.

Femme seule, 60 ans, CMUC depuis moins d'un an : « Oui va falloir que je le fasse (prévenir ses professionnels de santé de sa CMUC). (...) ça me gêne. Ah oui beaucoup. Bah je trouve que c'est stigmatisant, des fois faut le dire devant tout le monde. Oui c'est gênant. »

Femme seule, 52 ans, CMUC depuis moins d'un an : « Bah si c'est (le fait d'avoir la CMUC), comme si j'étais oh (elle met les mains jointes sur son ventre) ... Comment je vais expliquer... Je parle mal français... Je, de cette culpabilité. Peut-être pas la culpabilité mais, de dire bon ben, je ne sais pas, je me sens diminuée. J'ai la CMU donc je me sens diminuée, je ne suis pas capable. Je ne m'assume pas. Voilà c'est ce sentiment-là de ne, de ne pouvoir euh, il faut, il faut passer par ça pour avoir un soin. Voilà quoi. Ne pas être capable de payer ce qu'on demande. ».

Cette honte teintée de culpabilité, ce sentiment aussi qui transparait du verbatim ci-dessus d'une disqualification, provient donc largement des représentations sociales associées à la CMU C, et plus largement aux aides sociales et à leurs bénéficiaires, mais peut également être activée par les attitudes des professionnels de santé et les expériences vécues par les personnes pour accéder à des soins. On voit aussi que « l'habitué » des personnes à leur statut de « bénéficiaires d'aides sociales » est un élément à prendre en compte pour comprendre leur rapport à la prestation CMU C, et plus globalement au système de soins, au même titre que le processus d'acceptation, par la société en général et par les professionnels de santé en particulier, du dispositif CMUC. Cette « habitude » tout comme la meilleure acceptation peuvent venir atténuer la honte ressentie par rapport au fait de bénéficier de la prestation.

Femme, couple avec enfants, 41 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Je vais vous dire honnêtement, le ressenti que j'ai eu au début c'était comme euh... c'était personnel hein, c'est mon ressenti personnel. Mon ressenti c'était un peu comme de la honte en fait. Voilà j'avais honte de sortir le papier, de dire que j'avais la CMU devant d'autres personnes en fait. C'est ce sentiment que j'avais au début. Et je pense que c'était peut-être aussi, je sais pas peut-être à ce moment-là c'était... parce qu'on entend des fois les assistés, les assistés, et ça ça me blesse un peu, voilà. Parce qu'on fait pas ce choix-là. Mais maintenant beaucoup de personne ont le, par exemple une complémentaire avec la sécurité sociale, donc y a beaucoup plus de monde qui ont accès à la CMU même s'ils travaillent parce que leur salaire leur permet pas donc je pense c'est passé, ça passe mieux quoi. »

Femme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « À l'époque c'était pour les pauvres, on se dit on est encore assisté là-dessus, c'est une très bonne chose mais bon... A une époque y a des médecins qui ne voulaient pas vous soigner si vous aviez la CMU, c'était il y a longtemps, alors que maintenant ils sont moins réticents. (...) le fait que lorsqu'on va chez un médecin, surtout spécialiste, vous êtes accueilli normalement, il n'y a plus le discours : « c'est compliqué, non parce qu'on a du mal à se faire rembourser » ;(...) donc c'était un peu, pas méprisant mais il y avait un peu un rejet quand même de la part des secrétaires, hein. ».

Selon une enquêtée, la meilleure acceptation de la CMUC par les professionnels de santé a effectivement fait évoluer sa propre représentation du dispositif et d'elle-même. Elle ne le considère plus comme de « l'assistanat » mais comme une aide et n'a plus le sentiment d'être « indésirable » parce qu'elle est bénéficiaire de la CMUC, contrairement à auparavant. Elle considère ses expériences de soins aujourd'hui comme positives et rapporte une seule mauvaise expérience, avec son médecin traitant. Alors que celui-ci était conscient que la CMUC ouvrait droit au tiers-payant, il lui a demandé de faire l'avance à cause d'un problème avec la lecture de la carte vitale :

Femme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Il connaît les lois, il sait très bien que quelqu'un qui est à la CMU ne fait aucune avance de consultation mais il l'avait fait ; non mais j'avais honte pour lui, je me suis dit c'est triste ». Alors qu'il y a 10 ans elle avait « honte » d'elle-

même « *d'être une assistée* », elle explique maintenant avoir « *honte* » pour le médecin de « *marginaliser* » un bénéficiaire de la CMUC. Elle précise : « *Ça change quoi, la carte de sécu c'est la même, l'attestation c'est la même. Si tu payes ta mutuelle, ton statut d'humain est différent ?* ».

Pourtant, même si cette assurée était sûre d'être dans son droit et estimait que le médecin était en faute en lui demandant de faire l'avance de frais, elle ne lui a pas fait remarquer et a payé la consultation. On abordera plus en détails dans la partie V les difficultés à faire valoir ses droits, alors même que les personnes les connaissent.

3) DES REPRESENTATIONS PAR RAPPORT AUX BENEFICIAIRES DE LA CMU C QUI PEUVENT AMENER LES PERSONNES A SE JUSTIFIER DE LEUR UTILISATION DES SOINS ET DU DISPOSITIF

3.1. Des représentations en amont de la CMUC diverses et difficiles à recueillir

Faire parler les personnes sur leurs propres représentations n'est pas chose facile, d'autant que la question portait sur les représentations de la CMUC avant son bénéfice. Pour beaucoup les souvenirs sont lointains et l'expérience effective de la CMUC les a remodelés.

Ainsi au niveau des chiffres, 59 personnes ne parlent d'aucune représentation ou estime qu'elles n'avaient aucun a priori sur cette aide avant d'en bénéficier, une partie expliquant qu'elles ne connaissaient pas la CMUC avant de la demander.

Représentation sur la CMUC avant d'en bénéficier	Effectif sur la population de l'enquête CMUC
Aucune	41
Négative	23
Positive	19
Pas de réponse	18
Total général	101

23 personnes disent qu'elles avaient des représentations négatives sur le dispositif avant d'obtenir la CMU C, en restant vague sur la source de ces représentations (Homme, seul, 65 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Grosso modo ce qu'on entendait aux infos, c'est une couverture pour les assistés comme moi quoi.* ») et 19 personnes des représentations positives. D'après les personnes, les représentations négatives associent les bénéficiaires de la CMU C à des « *cassos* », des « *inutiles* », alors que les représentations positives mettent en avant l'importance du dispositif, son efficacité et son originalité au niveau international (« *c'est pas partout qu'on a ça* »).

3.2. Ne pas abuser, être redevable

Les sentiments associés à la CMUC sont complexes à décrire. Nous l'avons dit, la honte est toujours présente chez certaines personnes. On peut ajouter que la majorité des personnes rencontrées en entretien, qu'elles disent ou non avoir des représentations négatives de la CMU C, précise ne pas « abuser » du dispositif et justifie en partie de leur utilisation du dispositif. Durant les échanges, ces

précisions sont en l'occurrence souvent arrivées dès le début et de manière spontanée, sans questions spécifiques.

Cela pourrait traduire le fait qu'une part non négligeable des bénéficiaires de la CMU C rencontrés en entretien a intégré certains des stéréotypes et préjugés relatifs aux bénéficiaires de la CMU C, et plus globalement d'aides sociales, les qualifiant de « profiteurs » et leur faisant porter pour partie la responsabilité du « trou de la sécu », une partie d'entre eux adaptant même ses comportements à partir de là. De nombreux bénéficiaires enquêtés se sont ainsi sentis obligés de justifier leurs comportements de soin ; on peut faire l'hypothèse que le fait de parler à « quelqu'un de la CPAM » a pu jouer sur ce point. Les préjugés concernant la CMU C que certains expliquent retrouver sur les réseaux sociaux (« *Non ce que j'entends c'est ce que je vois sur Facebook (ton accusateur) : Regarde-moi ça ils ont la CMU* »), poussent ainsi à la justification. Une part importante des personnes a expliqué, dans le cours de l'entretien, aller peu chez le médecin, quelle que soit d'ailleurs leur consommation effective de soins (telle qu'elle apparaît dans les bases de données de la CPAM). Une partie a aussi précisé tenter de réduire les coûts pour la sécurité sociale, en ramenant leurs médicaments non utilisés par exemple ou bien en ne demandant pas tous les remboursements :

Homme, en couple, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « (parlant de sa compagne elle aussi à la CMU C) *C'est quelqu'un d'intègre, elle a ses rendez-vous à Nîmes, elle y va par ses propres moyens avec sa petite voiture. Elle demande jamais de remboursement de ses déplacements ni VSL, elle veut pas profiter du système donc elle participe car elle a déjà tous ses médicaments de remboursés et c'est de la folie* ».

Il est intéressant de noter qu'une personne identifie la sécurité sociale comme « vecteur de jugement, et de condamnation », sur ces « abus » potentiels de soins dans le cadre du dispositif :

Femme, seule, 64 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Moi des fois, je n'ose même pas aller chez le docteur, des fois j'ai peur de me faire taper sur les doigts par la sécurité sociale. Des fois, j'aurais tendance à me retenir à aller voir un docteur de peur d'en abuser* ».

Ces « tentatives d'économies », ou ce que d'autres ont dénommé « des comportements citoyens »¹¹, sont parfois associées explicitement à la peur de voir disparaître la CMU C, soulevée dans plusieurs entretiens :

Femme, seule avec enfants, 39 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Moi par contre je fais attention à la CMU, je vais pas en abuser. C'est pas parce que c'est gratuit que je vais y aller tous les jours chez le médecin. Je fais attention. Parce que si on fait pas attention à force la CMU elle disparaîtra, et les gens ils ont pas compris ça. A force d'abuser, d'abuser, un jour ou ça existera plus, ou on va restreindre.* ».

Plusieurs enquêtés ont ainsi expliqué que leur participation à l'enquête était une façon de « rendre » un peu ce qu'ils estiment que la CPAM leur « offre » en leur accordant la CMUC (« *Vous me donnez la CMU je peux venir quand même perdre un peu de temps pour vous !* » Homme, seul, 51 ans, CMUC depuis plus de 5 ans).

¹¹ RODE A., « Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Construction et réception des normes ». Thèse de doctorat de science politique, Université Grenoble-Alpes, 2010.

4) DES BÉNÉFICIAIRES QUI SE DÉFENDENT DES REPRÉSENTATIONS LES ASSOCIANT À DES « PROFITEURS » OU CHERCHENT À S'EN DÉFAIRE

Les personnes rencontrées en entretien associent fréquemment CMUC et RSA. Qu'elles soient effectivement ou non bénéficiaire du RSA, une partie de leurs discours montre qu'elles se confrontent aux mêmes représentations négatives qui les associent à une « population inactive », voire « inutile », et à des « profiteurs » du système social.

Femme, seule, 66 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Il faudrait démystifier l'histoire de la CMU. Parce que les gens qui sont pas dans notre situation prennent ça comme si on leur prenait leur part de remboursement, on volait leur remboursement. Qu'on est soigné comme des papes et qu'on a tout pour rien. Déjà pour les gens de la société et pour le corps médical. (...) On aimerait vivre autrement, payer une bonne mutuelle, on n'a pas choisi. Donc démystifier surtout pour les professionnels qui nous maltraite. (...) Une fausse image, le RSA et la CMU, on est des parasites. (...) On est traité comme des marginaux inutiles. (...) Les gens s'imaginent qu'on vit à siroter des trucs, moi je leur laisse la place à 480 euros par mois c'est pas Byzance, c'est l'acrobatie tous les jours, les factures le si le mi. »

Une des stratégies des bénéficiaires est de se défendre point par point de ces accusations.

Homme, seul, 55 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Parce que les gens croient que les gens qui sont à la CMU c'est des profiteurs, et ça c'est une erreur. (...) La preuve je connais beaucoup même s'il a besoin d'un médicament, je vais pas, malgré c'est gratuit. Mais c'est pas des profiteurs, tout simplement ils sont dans le besoin, c'est pas des profiteurs. (...) Les gens ils croient que c'est des fainnants, c'est des bras cassés, c'est des alcooliques. Moi j'ai jamais bu une goutte d'alcool de ma vie. Ils ont une idée fausse sur les gens. »

Une autre stratégie, qui n'est pas forcément contradictoire, est de se distancer de ces « profiteurs ». Ainsi, au moment des entretiens, plusieurs personnes ne se sont pas contentées de préciser qu'elles n'abusaient pas de la CMUC, elles ont également expliqué que certains bénéficiaires de fait abusaient. Ce thème a notamment été soulevé lors du focus group. Une femme de moins de 30 ans à la CMUC depuis moins de 5 ans, après avoir réagi à un propos en expliquant « *mais y en a quand même qui abuse* », poursuit en développant le ressentiment de certaines personnes à l'encontre des bénéficiaires de la CMUC :

Femme, couple avec enfants, 25 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Je comprends ce que tu dis mais à un moment quand tu travailles et que tu vois que t'as pas d'aide et qu'en face de toi la personne est mieux payée, plus que toi alors qu'elle travaille pas, tu as le droit de dire ouais c'est une merde parce qu'il fait rien et il a plus d'argent que toi. »

Comme certains échanges qui ont eu lieu lors du focus group le montrent, pour les bénéficiaires enquêtés, abuser de la CMU serait le fait d'une minorité et consisterait à augmenter ses visites médicales et à obtenir des remboursements pour des soins qui ne sont pas de l'ordre de l'urgence médicale mais du confort. Mais les hésitations des personnes pour décrire clairement les contours des abus et la référence à des rumeurs pour désigner les profiteurs (Femme, en couple avec enfants, 25 ans, CMUC depuis entre 2 et 5 ans : « *Après j'ai pas vu, mais j'ai entendu comme quoi une femme est allé jusqu'à se refaire les seins avec la CMU quand même. (...) J'ai pas vu, j'ai entendu des échos.* ») tendent à montrer que cette catégorie fonctionne surtout comme « un repoussoir », qui permet de se distancer en partie des représentations négatives (les « bons » et les « mauvais » bénéficiaires). A noter que dans les entretiens individuels, au moins une autre personne fait référence à cette histoire de

femme s'étant fait refaire la poitrine avec la CMUC (sans précision des raisons médicales qui pouvaient avoir conduit à cette décision).

Pour se distancer de cette catégorie qu'elles contribuent parfois à construire ou du moins à entretenir et ainsi que nous l'avons évoqué un peu plus tôt, les personnes se sentent obligées de se justifier de leurs soins :

Femme, couple avec enfants, 32 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *C'était des soins classiques. C'était pas un détartrage voilà par exemple, c'était pas un confort pour lui. C'était vraiment du soin.* »

On peut même aller plus loin en estimant que les personnes tentent parfois de justifier de leur « pauvreté » pour ne pas être considéré comme des profiteurs qui vivent mieux que les personnes non éligibles à la CMUC.

Femme, couple avec enfants, 40 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *On a pas fait exprès. (...) Tu fais quoi dans la vie ? Ben je suis au RSA, j'ai la CMU... (...) Ben moi avant de venir j'ai été vite chercher mon colis aux restos du cœur. (...) Et que ça peut être que provisoire d'avoir le RSA et la CMU, ça peut être que provisoire.* ».

Dans certains entretiens, il ressort en outre que montrer qu'on se satisfait des « montures CMU » ou des « dents en fer » est une manière de rendre le bénéfice de la CMUC socialement acceptable.

5) DES REPRESENTATIONS QUI ONT EN REVANCHE PEU D'EFFET DIRECT SUR LA DECISION DE DEMANDER LA CMUC OU SON RENOUVELLEMENT

Les représentations relatives à la CMUC avant d'en bénéficier n'ont, d'après les personnes enquêtées, pas entraîné d'attente de leur part pour faire leur première demande. En effet, seul 12,87% (13,96% si on enlève les sans réponses) disent avoir attendu avant de demander la CMUC alors qu'elles pouvaient en bénéficier ; les résultats sont sensiblement les mêmes que les personnes aient eu des représentations positives ou négatives du dispositif.

Attente avant de demander la CMUC	Nombre de Numéro entretien
Non	79,21%
Oui	12,87%
Pas de réponse	7,92%
Total général	100,00%

Attente avant la demande de la CMUC	Nature des représentations de la CMUC avant d'en bénéficier				Total général
	Aucune	Négative	Positive	Pas de réponse	
Non	85,37%	73,91%	84,21%	66,67%	79,21%
Oui	7,32%	21,74%	10,53%	16,67%	12,87%
Pas de réponse	7,32%	4,35%	5,26%	16,67%	7,92%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

La nécessité du dispositif pour les enquêtés est ainsi trop importante pour se permettre de s'en passer. Un assuré explique ainsi que pour lui la demande de CMUC était une marque forte de déclassement social, compte tenu de ses représentations négatives envers le dispositif, mais que c'était également une obligation aux vues de sa nouvelle situation.

Homme, couple avec enfants, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *L'image que j'avais moi personnellement de la CMU c'est qu'on était bien bas ! (rires) Voilà, c'était vraiment euh, quand on passe d'un salaire moyen, parce que j'avais pas un gros salaire, quand on passe d'une vie active salarié lambda et qu'on entend parler de la CMU bah c'est le gars qu'est au chômage, le rmiste voilà. Donc la première fois qu'on fait un dossier pour la CMU c'est, putain qu'est ce qui m'arrive. Mais heureusement que ça a été mis en place. »*

Les personnes ayant attendu avant de faire une demande de CMU C (12 au total) l'ont fait en majorité (7 sur 12) car elles ne pensaient pas être éligibles étant donné qu'elles avaient un travail et qu'elles associaient la CMUC à la population inactive et/ou « très pauvre ».

Femme, seule avec enfant, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ben non parce que je travaillais. (...) donc non j'avais droit à rien, et puis on y pense pas on travaille, on travaille. »*

Homme, en couple, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ceux qui l'avaient à l'époque c'était des encore plus pauvres que moi qui vraiment voilà, donc voilà comme j'ai toujours été en activité, je considérais que j'avais pas droit. (...) J'étais pas au courant pendant un laps de temps que je pouvais bénéficier de ça »*

Pour l'une des personnes, la volonté de s'en sortir par elle-même était également présente :

Homme, seul, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *C'est peut-être une erreur de ma part mais à partir du moment où j'avais un revenu, même à temps partiel, je cotisais moi-même pour ma mutuelle »*

Raison de l'attente avant la première demande	Nombre d'entretiens
Ne pensait pas être éligible	7
Ne connaissait pas le dispositif	2
Désintérêt	2
Honte	1
Total général	12

Deux personnes expliquent, quant à elles, qu'elles n'avaient pas « d'intérêt » à demander la CMU C, n'étant pas malades, mais également peu attentives à leur santé. Deux autres personnes ignoraient tout simplement l'existence d'une telle aide :

Homme, couple avec enfants, 42 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « *Je suis resté des années à me dépatouiller alors que j'avais droit au RSA »*. C'est un proche qu'il lui a dit de se rapprocher de la MSA pour faire sa demande « *c'est mon frère qui le touchait... (le RSA et la CMUC) »*

Une personne enfin évoque une honte à la base de son attente, sans réussir à développer davantage :

Femme, seule, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Je suis restée quelques temps sans mutuelle, environ 1 an. (...) J'avais honte. (...) Je ne peux pas en parler (pleurs)... Cela fait longtemps mais ça reste...* ».

IV- Des difficultés multiples dans l'usage de la CMU C, rencontrées par plus de 40% des personnes interrogées

Bien qu'une part importante des bénéficiaires de la CMU C interrogés estime que la CMUC est aujourd'hui mieux acceptée socialement ainsi que par le corps médical, 40% des bénéficiaires ont dit avoir déjà rencontré une ou plusieurs difficultés dans l'usage de leurs droits auprès des professionnels de santé. Celles-ci peuvent dater de plus de 10 ans à quelques mois selon les personnes et être de différentes natures. Ainsi à côté des refus de rendez-vous et demandes de paiement illégitimes, les « traitements inégalitaires » vécus par les bénéficiaires de la CMUC prennent parfois des formes plus subtiles : attitude ou propos ressentis comme méprisants, devis très onéreux, demande systématique de l'attestation en plus de la carte vitale. Ces pratiques très diverses ont une incidence plus ou moins directe sur l'accès aux soins des bénéficiaires et sur leur appréhension du dispositif.

1) LE SPECTRE DES DIFFICULTES D'USAGE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

1.1. Discriminations et traitements différenciés

Les actes discriminatoires en santé sont décrits par Marguerite Cognet comme « *un traitement différentiel illégitime et arbitraire* »¹². Pour qu'il y ait discrimination, il faut donc un traitement différent d'une population particulière, du fait de cette particularité, et que ce traitement différentiel ne soit pas justifié par des critères médicaux, qu'il ne s'agisse pas d'une différenciation des patients visant à une meilleure prise en charge¹³. Pour les refus de rendez-vous et les demandes de paiement illégitimes - demande d'avance de frais et/ou application de dépassements d'honoraires -, la question de la pertinence médicale d'un traitement différentiel ne se pose pas mais elle intervient dans certains récits rapportés par les assurés lors de leurs entretiens.

Dans ces récits, les bénéficiaires décrivent différentes expériences qui pour certaines ont pu être à l'origine de difficultés pour accéder aux soins et pour d'autres ont « simplement » été vécues comme « de mauvaises expériences ». Les enquêtés associent, en outre, certaines de ces expériences à leur situation de bénéficiaire de la CMUC. Pour d'autres, ils expliquent ne pas pouvoir le certifier, tout en exprimant parfois des doutes, une suspicion. Il est également arrivé que certains enquêtés fassent part d'une situation, relate une expérience sans faire de lien avec le bénéfice de la CMUC, mais que cette situation crée le doute chez l'enquêteur. La discrimination en lien avec la prestation n'est donc pas nécessairement évidente à établir, comme c'est le cas d'ailleurs plus généralement de toutes les situations de discriminations.

Dans cette étude, l'objectif n'est pas de *prouver* les prises en charge, pratiques ou comportements discriminatoires, mais de *faire état* de situations dans lesquelles des bénéficiaires de la CMUC se sont

¹² COGNET M., Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques, Les cahiers du LCD, n°5, 2017, p.29

¹³ DESPRES C., LOMBRAIL P., *Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes*, Rapport du défenseur des droits, 2017

sentis traités différemment et qui ont pu, pour certaines, avoir des conséquences directes sur leur accès ou leur maintien dans les soins.

1.2. S'intéresser aux pratiques inégalitaires et illégitimes plutôt qu'aux pratiques illégales

Dans cette enquête, nous nous intéressons aux pratiques illégitimes et aux traitements inégalitaires telles que vécues et racontées, lors des entretiens, par les bénéficiaires de la CMUC. Les événements, expériences, dont parlent les personnes peuvent être regroupés dans une même catégorie, plus large que celle des discriminations car elle n'est pas restreinte par des textes juridiques, et parce que la volonté de nuire ou de discriminer des praticiens n'a pas besoin d'être prouvée ni même d'être présente.

Comme évoqué en introduction, différentes pratiques et/ou comportements peuvent compliquer l'accès aux soins des personnes à la CMUC ou être ressenties comme « anormales » à différents égards, sans pour autant qu'elles soient qualifiées d'illégales. C'est le cas des devis hors panier de soins quand ils vont à l'encontre des demandes des patients, mais aussi de remarques stigmatisantes de certains praticiens à l'encontre de bénéficiaires ; cela peut contribuer à installer un climat « hostile » ou, tout du moins, peu propice à la relation de soin.

Si les avances de frais et les dépassements d'honoraires sont illégaux quand les actes réalisés sont prévus dans le panier de soins, d'autres situations sont plus difficiles à caractériser. Les professionnels de santé demandent parfois des règlements mais il peut s'agir d'une erreur ou d'un oubli. Ainsi une personne rapporte-t-elle que son médecin traitant après l'avoir fait payer pour plusieurs consultations s'est excusé en se rendant compte tardivement que l'assuré était à la CMUC.

Homme, seul, 41 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Il y a que pour mon médecin traitant, lui il est pas à la page donc il faut que je lui avance. La dernière fois, il m'a dit "Mince vous êtes à la CMU, depuis je vous prends les sous mais...ah ouais normalement vous ne devez pas me payer". »

Encadré 2 - L'estimation des difficultés

Les chiffres donnés et les expériences relevées dans l'enquête sont issues de plusieurs filtres : des assurés, des enquêteurs et du chercheur. Par souci de clarification et de transparence, les récits dans lesquels l'interprétation des enquêteurs et du chercheur prennent une place trop importante n'ont pas été intégrés aux données chiffrées sauf indication contraire. Ces expériences sont cependant discutées comme matériau qualitatif à d'autres endroits de l'analyse.

Concernant le risque de surestimation des difficultés, on peut remarquer que les personnes mettent régulièrement en avant l'idée qu'il ne faut pas chercher systématiquement du côté de la CMUC pour comprendre les difficultés qu'elles rencontrent. Bien sûr il faut prendre en compte l'envie des personnes interrogées de donner à l'enquêteur ce qu'elles pensent qu'il recherche, mais il n'est pas apparu évident que ce biais ait beaucoup joué à la réécoute des entretiens.

La catégorie des ressentis négatifs intègre les situations pour lesquelles la part d'interprétation du bénéficiaire est la plus importante. Les discours autour de ces ressentis montrent que les personnes sont souvent hésitantes à faire part de leurs suspicions sur les traitements inégalitaires vécus quand la situation laisse une part importante à l'interprétation. Les personnes vont ainsi nuancer

leurs propos et rappeler que c'est « leur ressenti personnel », qu'elles n'ont donc que ça à offrir au niveau comme « preuve ». Une personne va ainsi expliquer que ce sont peut-être ses expériences passées qui la rendent « *parano* » alors qu'une autre interrogera l'enquêteur à la fin de l'entretien pour savoir si son vécu avait été confirmé par celui d'autres bénéficiaires. Il précisera « *parce que ça m'intéresse. Des fois tu te dis c'est que c'est moi, est ce que j'ai un comportement qui...? Et le plus grave tu te mets en doute.* ».

1.3. Clarification des difficultés et des catégorisations utilisées dans ce rapport

L'enquête a ainsi permis de mettre en exergue différentes pratiques, comportements et attitudes des professionnels de santé qui peuvent être qualifiées d'illégales ou qui sont ressenties comme illégitimes par les bénéficiaires de la CMUC :

- Des refus de rendez-vous ;
- Des demandes de paiement ;
- Des prises en charge ressenties comme différenciées ;
- Des attitudes, comportements, propos, ressentis comme vexatoire, disqualifiants et/ou stigmatisants ;

Dans les tableaux statistiques présentés, chacune de ces difficultés se retrouve, après encodage, sous des termes parfois légèrement différents :

- « *Refus de rendez-vous* »
- « *Demande de paiement illégitimes* »
- « *Ressenti de prise en charge différenciée* »
- « *Ressenti de vexation/stigmatisation* »

Pour faciliter la lecture des résultats, nous avons également regroupé ces différentes difficultés en deux grandes catégories :

- *Les pratiques des professionnels de santé*, qui regroupe les refus de rendez-vous et les demandes de paiements illégitimes.
- *Les ressentis négatifs des bénéficiaires*, qui concerne les récits de prises en charge considéré comme différenciées et d'attitudes, de comportement ou de propos ressentis comme disqualifiants ou stigmatisants.

Ainsi dans la suite du rapport, nous faisons régulièrement appel à ces catégories pour ne pas alourdir le propos, tout en analysant les sous-catégories (refus de rendez-vous, demande de paiement illégitime, ressenti d'une prise en charge différenciée, ressenti d'une attitude stigmatisante) de manière indépendante à certains moments.

Il est cependant important de rappeler que cette distinction entre *pratiques* reconnues comme illégales et *ressentis négatifs* vécus comme illégitimes est un simple outil de clarification, une catégorisation scientifique *a posteriori* et en partie arbitraire. Ces catégories ne sont pas imperméables dans la réalité, un traitement différencié fait de vexation et accompagné de soins de mauvaise qualité peut être vu comme un refus de soin ou du moins une tentative d'exclusion déguisé. A l'inverse, un refus de rendez-vous ou une demande de paiement illégitime peut-être contourné par certains assurés qui sauront défendre leur cause.

Les effets sociaux, sur l'accès aux soins, des pratiques des professionnels sont différents selon les assurés et leurs capacités d'actions ou de réactions. Cette recherche intègre ainsi dans l'analyse toutes

les difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient liées à une pratique désignable de professionnels de santé ou qu'elles soient issues d'un ressenti de la part d'un assuré sur le comportement ou l'attitude d'un professionnel de santé. Ces difficultés n'ont pas besoin d'avoir conduit à un renoncement au soin ou à une mise en attente de soins pour être prises en compte, car comme on le verra les réactions des personnes face aux multiples formes de freins qu'elles rencontrent varient largement selon le profil des assurés et leurs trajectoires biographiques.

2) QUELQUES ESTIMATIONS CONCERNANT LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE PAR RAPPORT AUX BENEFICIAIRES DE LA CMUC

Encadré 3 - Les données brutes des difficultés rencontrées par les bénéficiaires interrogés

En enlevant les doublons, c'est-à-dire les personnes ayant expérimenté plusieurs types de difficultés dans l'usage de la CMUC auprès des professionnels de la santé, il apparaît que 45 personnes ont expliqué avoir vécu au moins une difficulté en lien avec la CMUC, soit 44,55% des enquêtés. Voici le détail des résultats.

Pour la seule catégorie *Pratiques des professionnels de santé*, on constate que :

- 24 personnes ont eu un refus de rendez-vous direct.
- 24 personnes ont eu des demandes de paiement illégitimes.
- 8 personnes ont eu à la fois un refus de rendez-vous et une demande de paiement illégitimes.

Ainsi, 40 des 101 personnes reçues en entretien ont expérimenté une pratique des professionnels de la santé compliquant l'accès aux soins.

9 personnes ont également fait part de *ressentis négatifs*. Parmi elles, 4 personnes ont également expérimenté un refus de rendez-vous ou une demande de paiement illégitimes. Ainsi, en prenant en compte les deux catégories de difficultés, *pratiques* et *ressentis*, et en retirant les doublons, ce sont 45 personnes qui ont expliqué avoir déjà rencontré un frein dans l'accès aux soins en lien avec la CMUC.

2.1. Les refus de rendez-vous « directs »

Comme indiqué en introduction, le refus de soins est la difficulté qui a été la plus étudiée par les enquêtes relatives à la CMUC. Cette « notion » renvoie principalement au fait que des professionnels de santé, directement ou via leur secrétariat, vont préciser aux personnes ne pas pouvoir les recevoir car elles sont à la CMUC. Cette pratique est, nous l'avons dit, illégale et discriminatoire. Dans ce travail, nous avons nommé « *refus de rendez-vous directs* » ces situations dans lesquelles la CMUC est clairement affichée comme cause de refus.

Ces refus concernent 24 personnes, soit 23,76% du panel. Ainsi plus des trois quarts des personnes disent n'avoir jamais eu de refus de rendez-vous en lien avec la CMUC. Pour les personnes ayant expérimenté un refus, il s'agissait majoritairement d'un refus isolé, unique (à 62,5%).

Refus de rendez-vous direct par PS	Effectif
Jamais	77
Multiple	9
Une fois	15
Total général	101

La plupart des personnes expliquent que les refus se sont faits par téléphone, après que l'assuré ait annoncé ou confirmé avoir la CMUC. Parfois une explication est esquissée par les secrétaires médicales en évoquant des quotas (« *Est-ce que vous prenez la CMUC ?.....Non car on a fait notre quota....j'en ai appelé 2, il y en a 1 qui m'a pris....* », Homme, en couple avec enfants, 42 ans, CMUC entre 2 et 5 ans). Mais le plus souvent les personnes ne rapportent qu'un refus simple, sans explication autre que « *on ne prend pas la CMU* ».

Certains assurés expliquent avoir vécu des refus en face à face avec leur praticien. Trois personnes racontent ainsi que leur dentiste a refusé de continuer à les suivre après leur passage à la CMUC. Elles n'avaient pas précisé avoir changé de statut lors de la prise de rendez-vous et ont donc vécu le refus à l'arrivée au cabinet ou après la consultation.

Femme, seule, 57 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Parce qu'il voulait pas me prendre. C'était un dentiste de (nom de la ville), j'étais cliente en plus, non non il a estimé que c'était compliqué la CMU et qu'il préférait poser des implants à je ne sais pas qui et que ça rapporte bien plutôt que soigner une carie ordinaire qui rapporte rien. (...) J'avais été le voir directement et il m'a dit... Bon il a fait l'examen hein et il m'a dit « mais ça, non, non, je préfère vous le dire tout de suite je prends pas la CMU ». Glups. »*

Homme, seul, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai déjà eu des dentistes privés qui, on va pas citer de noms on s'en fout, non mais y a des dentistes qui me soignaient avant et à partir du moment où je suis passé à la CMU ah je vous prends plus, je peux pas vous soigner. J'étais un peu choqué. Bon ben il veut pas me soigner je vais aller voir ailleurs hein. »*

14 personnes expliquent que leurs expériences de refus ont eu lieu il y a longtemps, dans les premières années où elles bénéficiaient de la CMUC. Il est d'ailleurs compliqué pour elles de dater précisément ces refus.

10 sur 24 évoquent des refus plus récents datant de moins de 5 ans et parfois de quelques mois.

Femme, seule avec enfants, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Moi, j'ai eu des refus de rendez-vous carrément au téléphone, c'est-à-dire qu'on vous demande de suite si vous êtes assuré, vous bénéficiez d'une mutuelle machin, donc non on a la CMUC, bouuu alors là c'est au revoir et merci, c'est vite vu. Ça m'est arrivé en neurochirurgie et ça m'est arrivé pour mes dents. (...) Les dents ça a été le pire pour trouver un dentiste qui accepte de travailler avec la CMUC et c'est récent parce que ça a pas un an. »*

2.2. Les demandes de paiement illégitimes

S'agissant de la CMUC, une demande de paiement est illégitime quand elle est faite dans le cadre d'un acte prévu dans le panier de soin. Cette catégorie a nécessité un travail de requalification de la part du chercheur à partir des éléments factuels donnés par les assurés. En effet, les personnes ne savent pas toujours que les demandes de paiement sont illégitimes. A l'inverse, et là encore faute de

connaissances suffisantes, elles peuvent juger illégitimes certaines demandes qui correspondent aux règles de l'assurance maladie.

24 personnes enquêtées ont expérimenté des demandes de paiement illégitimes. D'après les souvenirs des personnes concernées, au moins 15 de ces demandes datent de moins de 5 ans et certaines de quelques mois. On remarque que près de la moitié des personnes qui ont expérimenté une demande de paiement illégitime n'ont pas pensé que c'était le cas ; elles n'ont pas conscience ou doutent de cette illégitimité (« *Je ne me suis pas posé la question j'ai laissé* » ; « *Et, et je sais pas si ils ont le droit, je sais pas. Les spécialistes est ce que... Bon après y a les dépassements d'honoraires et tout ça, je sais pas comment ça se passe après* » ; « *alors c'est peut être normal ?* »).

Point de vue des assurés sur la légitimité de la demande de paiement	Catégorisation de l'enquête sur les demandes de paiement			
	Demande de paiement dont la légitimité/l'illégitimité n'est pas établie	Demandes de paiement illégitimes	Demande de paiement légitimes	Total général
Ne sait pas	1	11		11
Demande illégitime	1	13		12
Demande légitime	1		17	19
Total général	3	24	17	44

On remarque avec le tableau ci-dessus que certaines situations n'ont pas pu être qualifiées comme légitimes ou illégitimes faute d'informations suffisantes sur le contexte. Il s'agissait de soins ou de propositions de soins trop spécifiques dont il aurait été nécessaire de prouver la pertinence médicale, ce qui n'est évidemment pas possible dans cette enquête. Par exemple, cet homme a refusé des soins dentaires à cause des demandes de paiement dont il met en doute la légitimité :

Homme, en couple, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Y'a un dentiste, par exemple, qui s'est installé sur (nom de la ville), on est allés le voir, j'avais une dent qu'il fallait arracher. Il m'a dit vous avez une parodontite, je vais vous faire un traitement pour la parodontite. J'ai eu plusieurs rendez-vous, à la fin il a fini par m'arracher ma dent parce que je tenais plus mais il voulait absolument me faire le traitement pour la parodontite. Il me dit voilà, avec la sécurité sociale, vous avez droit à 2 détartrages par an. Il dit, il en faut 6 ou 7 pour soigner cette parodontite, par contre comme c'est pas remboursé je vais vous demander 200€ de plus pour le traitement, ils seront pas remboursés. Pour moi et pour ma compagne, et on s'est rendu compte que c'était pour tous les gens qui allaient le voir, il voulait absolument récupérer 200€ par personne ».

De plus, il faut préciser que parmi les 13 personnes ayant conscience de l'illégitimité des demandes de paiement cette prise de conscience n'a pas été immédiate. En effet, plusieurs expliquent savoir maintenant qu'ils n'avaient pas à payer mais ont eu les informations *a posteriori*.

Femme, seule avec enfants, 43 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Même quand on va voir le docteur pour les yeux avec mes enfants, d'habitude c'était moi qu'était obligé de faire l'avance, et eux ils me remboursaient, alors que là maintenant je fais plus d'avance, je fais plus rien du tout. (...) Oui parce que c'était des soins spécialisés je sais pas quoi, qu'on me disait. Parce que mon fils on était obligé de lui mettre des gouttes dans ses yeux pour qu'il puisse voir avec un appareil je sais pas quoi. (...) Je me suis jamais posé de question. C'est après quand j'ai changé parce que j'ai déménagé, que j'ai changé et que on a fait le même examen à mon fils avec la

carte vitale et la CMU. J'ai dit bah faut que je paye quelque chose et la secrétaire elle m'a dit ben non y a rien à payer vu que tout est pris en charge par la sécurité sociale. Et quand j'ai expliqué ça elle m'a dit ben il vous a bien eu !».

3) LES RESENTIS NEGATIFS DES BENEFICIAIRES : « PRISES EN CHARGE DIFFERENCIEES » ET/OU DE « VEXATION/STIGMATISATION ».

Comme dit précédemment, 9 personnes ont rapporté des *ressentis négatifs* en lien avec la CMUC dans leurs entretiens. Parmi elles, 4 personnes ont également expérimenté un refus de rendez-vous ou une demande de paiement illégitime.

Parmi les personnes ayant fait part de *ressentis négatifs*, 6 sur 9 ont évoqué à la fois une impression de « prise en charge différenciée » et de « vexation/stigmatisation ».

Cette situation n'a rien d'étonnante car les « types de ressentis » sont proches entre eux, une même situation peut ainsi correspondre à plusieurs ressentis négatifs. Voici cependant une tentative de précision des catégories et d'analyse des données recueillies.

3.1. Moindre qualité des soins et prise en charge différenciée

La catégorie « *prises en charge différenciée* » regroupe les expériences où des bénéficiaires de la CMUC pensent que les soins auxquels ils ont accédé sont de moindre qualité que pour les personnes avec une autre complémentaire santé et/ou que les prises en charges dont ils ont bénéficié sont différentes, autrement dit de « second ordre ». Il ne s'agit pas de soins qui seraient inaccessibles aux personnes car non inclus dans le panier de soins de la CMUC, mais d'une prise en charge moins satisfaisante du fait de la CMUC en comparaison de la prise en charge des autres personnes. Il ne s'agit pas non plus de personnes estimant être cantonnés à certains soins ou praticiens du fait de la CMUC (CHU, centres mutualistes notamment) que nous étudierons dans la partie V. Ce type de *ressenti négatif* ne regroupe que les situations reportées dans lesquelles les personnes ont eu le sentiment d'être traitées de manière différenciée par des professionnels de la santé du fait de la CMUC.

Femme, seule avec enfants, 48 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « J'ai un truc qui m'est resté, mon oncologue, le premier que j'avais à Nîmes je lui ai demandé quand on me faisait la chimio, j'avais de la chimio par médicaments et de la chimio branchée à l'hôpital. J'avais un ami qui venait de déclencher le cancer, et quand il rentrait en chimio comme ça, il avait le même produit que moi du FU5, mais lui on le faisait rentrer à l'hôpital la veille pour l'hydrater. Et j'ai demandé à mon oncologue, j'ai un ami, pourquoi moi on me fait pas rentrer la veille pour m'hydrater, parce que ça protège quand même bien les reins. Et l'oncologue m'a répondu, c'est pas ma faute si votre ami roule en Rolls Royce et vous en 2cv. Voilà, je suis restée... et comme on venait de me, comme ça de parler de la CMU, j'ai pas su si y avait une relation. »

Homme, seul, 55 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Les médecins ils ont pas pris le soin de me guérir vraiment. C'est à dire il me donnait un doliprane, c'est rien, c'est la vieillesse. Et après quand j'ai fait les radios ça se voit que je suis fracassé.(...) Non il n'a pas fait des réflexions, c'est son comportement. Quelqu'un qui va venir sans CMU il va le guérir bien. C'est ça c'est grave. (...) Ils font pas leur travail vraiment.(...) Le plus grave c'est pas parce qu'ils sont pas payé ou quelque chose, ils ont une image fausse. (...) L'autre au CMU c'est directement cliché et ça c'est grave (...) Tu souffres de quelque chose il te dit rien, c'est rien, c'est rien. Moi j'ai besoin, si j'ai

rien pourquoi je viens voir un médecin ? Je viens pas pour entendre rien, j'ai besoin d'une explication. (...) Quand t'as la CMU il fait pas son travail sincèrement. Ils font pas leur travail. Parce que le type qui est à la CMU presque on le euh, on le jette. Parce qu'ils disent dans leur tête pourquoi il rouspète c'est gratuit, il paye rien. Mais ça change quoi que je paye rien ? »

Certaines personnes mettent également en avant une écoute et une attention moins importante de la part des professionnels de santé, elles se sentent moins bien considérées et donc moins bien soignées. Le traitement est inégalitaire selon elles parce qu'elles ont la CMUC, les praticiens étant forcés de les accepter mais souhaitant pour certains « *s'en débarrasser* » au plus vite.

Homme, en couple, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Moi, ce que je ressens, mais comme mes amis qui sont à la CMU, c'est que l'entretien est hyper court comme si on avait droit à moins de considération, et moins d'écoute que quelqu'un qui paye ».

Femme, seule avec enfants, 45 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « On voit quand on est à la CMU que certains soins sont bien donnés et d'autres sont moins bien, qu'on a quand même un service minimum. Ah oui. Dentiste, gynécologue, ophtalmo quand on est à la CMU on a un service minimum. Ça je l'ai remarqué. Donc j'ai fait plusieurs gynécologues avant d'en trouver, je n'en ai même pas d'attitré parce que celle que j'ai vu la dernière fois je vais pas la garder. (...) Service minimum c'est qu'on n'a pas d'écoute attentionnée. Alors déjà quand vous êtes gynécologue, en plus c'est des parties qui sont intimes, le patient il peut pas arriver comme ça. C'est ça que j'appelle service minimum, dans la relation, on a l'impression que le médecin va pratiquer un acte et rien d'autre que l'acte. Il prend pas le temps de discuter, de voir si y a autre chose ou voilà, tout simplement. »

Les personnes expliquent ainsi que le traitement différencié peut ne pas se traduire dans les soins proposés ou les actes effectués, mais toucher plutôt à la dimension relationnelle de la consultation ou s'exprimer dans les attitudes des praticiens.

Homme, seul, 61 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Y'a eu des fois, bon comme ils étaient obligés ils le faisaient quand même, mais on vous fait la gueule. (...) La CMU, ils font la gueule, ils aimeraient avoir autre chose que des cas soc' ».

3.2. Vexation et/ou stigmatisation

Une autre partie des personnes a fait part d'expériences qui n'ont pas directement trait aux soins proposés, ni à un manque de considération impactant du point de vue des personnes leur prise en charge, mais davantage à des attitudes, à des propos, des professionnels de santé. Ce sont des épisodes parfois très durs de stigmatisation ou de critiques que les personnes associent à la CMUC.

Au cours des entretiens individuels, davantage de personnes que les 8 cas présents dans ce type de ressenti (« *vexation et/ou stigmatisation* ») ont évoqué un sentiment confus de vexation et/ou une impression de regard inhospitalier de la part de professionnels de santé ou de secrétaires médicales. Nous avons choisi de comptabiliser les cas où le lien avec la CMUC était clairement établi par les personnes et où leurs ressentis modelaient en partie l'image qu'elles ont de leur place dans le système de santé en tant que bénéficiaire de la CMUC.

Il s'agit parfois de remarques clairement dirigées contre la CMUC et le bénéficiaire, parfois d'éléments moins tangibles, par exemple un ton jugé hautain ou une attitude perçue comme méprisante. Même s'il est toujours possible de considérer que le mépris est dû à une interprétation ou à une sensibilité

particulière des personnes, il est important de relever ces récits ont une influence sur le vécu des soins et le rapport au monde médical de ceux qui les décrivent.

Femme, seule avec enfant, 48 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : *« C'est en particulier les gynécologues qui acceptent pas, enfin, ils acceptent la CMU mais on se sent moins que rien. (...) Elle (la gynécologue) a remarqué le paquet de cigarette dans mon sac et m'a dit : « quand on a la CMUC, on peut pas se permettre de fumer ». (...) Devant ma fille. ».*

Pour cette femme, cette expérience qui datent de 10 ans a entamé durablement sa confiance dans les capacités d'empathie des médecins et dans le fait qu'ils traitent « tout le monde de la même manière » : *« Devant ma fille. Et ma fille elle avait 13 ans, elle captait pas que, j'ai toujours essayé de la protéger au maximum. Mais euh, de toutes façon, il n'y a pas plus inhumain que les docteurs. C'est triste à dire. C'est leur manière de se protéger mais du côté de la CMU y a quand même de gros problèmes. ».*

Parfois, la CMUC n'est pas citée par les professionnels de santé, mais les personnes estiment que c'est tout de même la source de leurs comportements. C'est le cas de cette femme qui rapporte une expérience datant de 2017 :

Femme, seule avec enfants, 45 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : *« Ma fille aussi quand elle a été voir le dentiste elle avait oublié de se laver les dents, ben elle a refusé de la toucher. Alors qu'il suffisait de lui donner une brosse à dents, qu'elle se lave les dents et qu'elle revienne et elle lui faisait les soins nécessaires. Elle lui a dit : « Je te touche pas, tu t'es pas lavée les dents ». C'est une enfant. Je me dis si j'avais pas été bénéficiaire de la CMU et qu'à la fin j'avais dû payer l'acte réalisé par le dentiste, même si après il m'est remboursé, je pense pas qu'elle aurait réagi de la même manière. »*

Les rapports tendus que les attitudes jugées méprisantes et/ou disqualifiantes instaurent entre le patient et le praticien peuvent avoir des conséquences au niveau médical, en ne permettant pas l'établissement d'une relation de confiance. Elles peuvent aussi avoir des conséquences sur la revendication de certains droits par les personnes. Ainsi, une enquêtée raconte n'avoir pas osé refuser de payer une consultation avec son médecin, étant donné son attitude déjà réticente vis-à-vis de la CMUC.

Femme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : *« Ce médecin, chaque année je me disais tu vas partir, tu vas pas le garder ; parce que j'avais l'impression que ça l'embêtait d'avoir des personnes qui sont à la CMU.(...) ça semblait l'irriter. (...) Une fois je me souviens ma carte passait pas, et il m'avait fait payer. Je lui ai dit : « je vous paye si vous voulez », et il m'a pas dit non. Il a accepté mon règlement. C'est moi qui lui ai proposé parce que je ressentais que ça l'embêtait. Je lui en veux parce que je trouve que c'est pas normal de la part d'un médecin de se comporter comme ça. »*

Un autre explique que le malaise que peuvent faire ressentir certains médecins vis-à-vis du bénéfice de la CMUC peut conduire les personnes à ne pas revenir consulter.

Femme, en couple, 25 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : *« (imitant la gynécologue) Vous avez la CMU ? Déjà qu'elle me prenait de haut ; ... et en plus vous n'avez pas de mutuelle CPAM, vous avez intérêt à vous en occuper vite ; déjà que je ne vais pas être remboursée de suite, en plus vous n'avez pas de médecin traitant, ils ne vont pas me rembourser entièrement... je suis sortie de là, je me suis dit, c'est la première et dernière fois ! ».*

**Encadré 4 - Résumé des principaux résultats de l'analyse statistique :
Des hommes plus « refusés » et des dentistes davantage « refusants »**

Pour ne pas alourdir la lecture, nous avons choisi de mettre en annexe l'analyse statistique des effets des facteurs socio-démographiques ou de consommation de soin sur les difficultés rencontrées.

En effet, les profils des bénéficiaires ne semblent influencer que faiblement le risque pour les personnes de rencontrer une difficulté. De plus, si certaines tendances apparaissent effectivement, elles sont difficiles à confirmer compte tenu de la taille de la population étudiée. On peut tout de même noter que les hommes sont plus nombreux à faire part d'un refus de rendez-vous que les femmes, avec un écart de 8 points. Des enquêtes plus étendues seraient nécessaires pour confirmer ces tendances.

Sexe	Avez-vous déjà eu un ou des refus de rendez-vous par un professionnel de santé du fait de la CMUC ?			
	Jamais	Multiple	Une fois	Total général
Femme	79,37%	3,17%	17,46%	100,00%
Homme	71,05%	18,42%	10,53%	100,00%
Total général	76,24%	8,91%	14,85%	100,00%

L'analyse des résultats montre que ce sont avant tout certaines spécialités médicales qui sont davantage « refusantes ». Plus de 45% des refus de rendez-vous rapportés dans les entretiens concernent des dentistes.

(En effectif et %)	Refus de rendez-vous			
	Multiple	Une fois	Total général	Total en %
Dentiste	4	9	13	46,43%
Orthodontiste	3	-	3	10,71%
Chirurgien	-	2	2	7,14%
Ophtalmo	1	-	1	3,57%
Généraliste	1	-	1	3,57%
Radiologue	-	1	1	3,57%
Neurochirurgien	1	-	1	3,57%
Podologue	-	1	1	3,57%
Spécialité non précisée	3	2	5	17,86%
Total général	13	15	28	100%

Les dentistes constituent également 25% des demandes de paiements illégitimes, après les chirurgiens (29%) et avant les gynécologues (12,5%).

Ces résultats rejoignent largement ceux des enquêtes par *testing*, exception faite des gynécologues qui ne sont pas cités dans les refus de rendez-vous mais uniquement dans les demandes de paiements illégitimes.

4) LES AUTRES PRATIQUES QUI PEUVENT REDUIRE L'ACCES AUX SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

4.1. La demande d'attestation : une pratique difficile à qualifier et à quantifier

La demande d'attestation est régulièrement citée par les bénéficiaires lors des entretiens sans qu'ils sachent nécessairement si cela est « normal » ou « abusif ». Plusieurs enquêtés expliquent que pour beaucoup de professionnels de santé, l'attestation est nécessaire en plus de la carte vitale pour accéder aux soins. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une pratique discriminatoire à proprement parler, ni forcément illégitime (par exemple lors d'un oubli de carte vitale) et en tout cas pas illégal, cette pratique telle qu'elle est présentée dans les entretiens est à interroger. Plusieurs personnes expliquent d'ailleurs ne pas comprendre cette injonction de fournir leur attestation alors que leur carte vitale est à jour.

Pour rappel, l'Assurance maladie via le site Améli précise aux professionnels de santé que l'attestation n'est en aucun cas obligatoire à l'assuré en possession d'une carte vitale à jour pour accéder aux soins. A l'inverse, en cas de carte vitale non actualisée ou d'absence de carte vitale, l'attestation suffit pour accéder aux soins :

« Votre patient doit vous présenter sa carte Vitale à jour. La mention « Date de fin de droits » qui y figure est une preuve de l'ouverture de ses droits à la CMU complémentaire, valides jusqu'à la date indiquée. Si votre patient n'a pas de carte Vitale ou si sa carte Vitale n'est pas à jour, ou si vous n'êtes pas équipé en Sesam Vitale, demandez-lui de vous présenter son attestation papier de droits à la CMU complémentaire, mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et de fin de droits à la CMU complémentaire. »

Voici quelques chiffres qui ressortent de l'enquête auprès des 101 bénéficiaires de la CMUC. Ils sont à prendre avec précaution, cette question n'a pas été systématiquement posée lors des entretiens, ainsi seules 29 personnes ont donné des précisions sur les éléments demandés lors d'un rendez-vous médical¹⁴.

Les éléments demandés lors d'un rendez-vous médical	Effectif de l'enquête CMUC
Uniquement la carte vitale	7
Carte vitale et attestation	22
Aucun renseignement dans l'entretien	72
Total général	101

Compte tenu des conditions de collecte de cette information et au regard du fait que 22 personnes sur les 29 qui ont donné des éléments sur ces points ont indiqué que les professionnels de la santé leur demandent à la fois leur carte vitale et leur attestation, on peut dire que la demande d'attestation est une pratique courante voire majoritaire. Certaines personnes estiment d'ailleurs que cette demande

¹⁴ Cet élément n'était pas intégré au guide d'entretien de départ, ce sont les personnes qui ont-elles-même évoquées ces questions lors des premiers entretiens

n'a rien de problématique, et correspond sans doute à des nécessités administratives pour les cabinets médicaux (« *A mon avis c'est pour vérifier les droits de CMU.* »).

Cette pratique semble ainsi répandue et normale (certains expliquent que l'obligation est stipulée sur des affiches en salle d'attente), même si elle dépend des praticiens.

Femme, seule avec enfants, 43 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Bon au début c'est normal il faut l'attestation pour qu'ils l'enregistrent et tout ça. Mais la doctoresse que j'ai vu la dernière fois même pas elle m'a demandé la carte vitale et puis c'est tout.* »

Parfois la demande ne concerne que les premiers rendez-vous ou les renouvellements (« *Surtout pour les premiers rendez-vous.* », « *et après c'est bon pour l'année.* ».), parfois elle est systématique à chaque rendez-vous.

Femme, seule avec enfants, 45 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *La CMU c'est facile à utiliser mais j'ai toujours, toujours l'attestation de moins de 3 mois dans le sac ! c'est-à-dire que même si on a la carte vitale ou que les données sont enregistrées, les médecins moi me demande, alors surtout les spécialistes, ophtalmo, pneumologue, surtout les spécialistes pas trop le médecin généraliste, parce que souvent on a le même en fait. Mais les spécialistes ils nous demandent toujours une attestation mais de moins de 4 mois, moins de 3 mois. Tout le temps. Donc je fais attention, je mets dans mon agenda fin de la CMU en imprimer une autre.* »"

Les personnes expliquent ainsi être préparées pour la plupart et avoir toujours leur « *attestation dans le sac* ». Mais cette demande, qui peut sous-entendre une suspicion, n'est pas toujours bien comprise ni bien vécue.

Femme, seule avec enfants, 39 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Après y a des médecins qui vous imposent, vous avez la carte vitale, ils vous imposent quand même l'attestation CMU. Ça je trouve quand même, je comprends pas. Alors qu'on a la carte vitale, on n'a pas forcément une imprimante chez soi. On va pas toujours... Alors que c'est indiqué sur la carte vitale. (...) Il fallait que je montre la preuve comme quoi la CMU. Alors je me dis la carte vitale elle sert à quoi ? Non non, ils exigent l'attestation.* ».

Certains craignent d'ailleurs que sans cette attestation les soins leur soient facturés ou refusés.

Femme, seule avec enfant, 24 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Carte vitale et attestation, là par contre c'est obligé parce que si t'as pas ils te font envoyer un courrier où il faut payer* ».

Femme, seule, 60 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Il faut vraiment la (l'attestation) présenter avant qu'ils fassent les soins, ils ne le savent pas (que j'ai la CMU)... et ils risquent de me demander de l'argent.* »

La demande d'attestation, contraire aux recommandations de l'Assurance maladie peut compliquer l'accès aux soins, tout en augmentant « l'exposition publique » des bénéficiaires. Elle crée des obstacles supplémentaires, les personnes expliquant par exemple devoir se déplacer à la CPAM car elles n'ont pas nécessairement une imprimante chez elles, et peut donner l'impression aux bénéficiaires de la CMU C que cette demande est une façon pour certains professionnels de santé de montrer leurs réticences à les recevoir.

Homme, en couple, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Tous ceux qui sont un peu réticents à la CMU nous demandent une attestation de CMU alors que c'est sur la carte vitale, ça je comprends pas mais bon.* »

Homme, seul avec enfant, 63 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Une fois j'ai eu un problème chez la CMU. Chez le radiologue. J'y suis allé une première fois et on m'avait bien dit qu'il fallait avoir la carte et l'attestation. C'est le seul problème et alors là je comprends pas pourquoi. La carte plus l'attestation papier. Donc je suis allé prendre mon papier et je leur ai donné, apparemment c'était obligatoire sinon ça marchait pas. Apparemment dans plusieurs trucs aussi, ils peuvent vous refuser si vous avez que la carte. Il faut montrer que vous êtes assuré là quoi, alors que la CMU... mais en même temps tout est informatisé, pourquoi seuls les pharmaciens peuvent actualiser la carte ? (...) J'y suis retourné une deuxième fois, vous passez les radios, le scanner le machin et tout. Et puis on vous donne vos radios si vous avez payé quoi ! et là elle me dit vous avez votre attestation ? je lui dis c'est bon, je vous l'ai déjà donné y a 3 mois. Oui mais moi il faut que je la retrouve ! Je dis : « attendez, ça c'est pas mon problème mais moi vous, voilà. Ou vous gardez mes radios... Je réglerai pas, je sais que je suis à la CMU donc vous me la retrouvez mon attestation dans votre ordinateur ». Et elle l'a retrouvée. Mais peut-être y a des gens qui n'ont pas, le culot que j'ai de dire c'est pas mon problème si vous arrivez pas à ranger vos affaires. Enfin dans l'ordinateur hein ! ».

En revanche, et là encore à l'encontre des recommandations de la CPAM, deux personnes ont expliqué n'avoir pas pu accéder à certains soins car elles possédaient seulement l'attestation :

Femme, seule avec enfants, 39 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « J'ai dit : « est ce que vous prenez la CMU ? » Parce que maintenant je demande hein... « oui si vous avez la carte vitale oui, si vous avez pas la carte vitale non ». Donc je suis parti ailleurs. (...) Alors que j'ai l'attestation CMU qui prouve, j'ai juste un papier à signer qui... Non, y a des médecins qui veulent pas si on n'a pas l'attestation CMU, ils nous prennent pas. »

Femme, en couple, 36 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : « Avant j'avais qu'attestation de la CMU, j'ai appelé un dentiste, elle m'a dit rendez-vous avec la carte vitale et l'attestation, j'ai dit : « j'ai pas reçu encore ma carte vitale, j'ai que l'attestation », elle m'a dit non. »

4.2. Les devis hors « panier de soins »

Lors des entretiens, une partie des personnes a expliqué avoir dû payer, au moins une fois, des frais dentaires non pris en charge, ou avoir refusé les soins proposés pour éviter ces dépenses. Ces personnes expliquent pourtant n'avoir fait aucune demande d'éléments particuliers (couronne en céramique par exemple) et avoir fait part de leur impossibilité de payer, sans que leur dentiste ne leur propose pour autant un autre devis. Sans présumer de l'illégitimité de ces devis, qui peuvent être justifiés médicalement, on peut constater que cette pratique peut être une source de sélection de certains patients par les professionnels. Une enquête auprès de ceux-ci, conduite à partir d'un protocole méthodologique bien construit, pourrait être pertinente pour comprendre si les devis onéreux sont effectivement une méthode de sélection, insidieuse, autrement dit un moyen utilisé par les dentistes pour écarter certains patients de leur patientèle ou pour contourner les « conditions financières » liée à la CMUC. Pour rappel, il n'est pas possible à un professionnel de santé de facturer des dépassements d'honoraires à un bénéficiaire de la CMUC « *sauf en cas d'exigence particulière* »¹⁵ de la part du bénéficiaire lui-même.

Il est pourtant clair, dans certains entretiens, que les soins « hors panier CMUC » évoqués par les personnes ne relevaient pas d'une demande de leur part mais provenait des dentistes. La plupart des

¹⁵ Comme le précise la présentation du dispositif CMUC sur le site cmu.fr

personnes a d'ailleurs indiqué n'avoir pas su comment réagir dans cette situation. En effet, en ne proposant qu'un devis comprenant des soins « hors panier », le professionnel laisse entendre que seul ce plan de traitement est envisageable pour les problèmes dentaires de la personne, ce qui peut conduire certaines personnes à repousser les soins. C'est ce qu'explique une femme de 53 ans, veuve, qui a mis en attente ses soins dentaires :

Femme, seule, 53 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : « Y a toujours à payer hein. La dernière fois j'avais le tiers payant plus la CMU, elle (la dentiste) disait : « bah tiens il restera, on va commencer tel tel truc à faire ». Elle programmait tout ce qu'elle voulait faire à la dent et puis elle a dit : « mais il restera tant à payer ». Et là j'ai dit : « bon bah écoutez je vais attendre, si je peux le faire je reviendrai vous voir. Si je dois vous donner le supplément je vais voir ». (...) À chaque fois qu'elle commençait, à chaque fois qu'elle allait commencer. Parce que y avait une dent qu'était cariée, j'ai dit : « on arrête pour le moment parce que je peux pas le faire parce que je paye les lunettes ». Donc voilà on en est resté là. »

On comprend qu'alors même que la personne informe sa dentiste de ses difficultés pour payer les soins et de son intention de les repousser, la professionnelle de santé ne propose aucune alternative et laisse partir sa patiente avec des soins non terminés.

Les pratiques que l'on peut qualifier de « sélection/exclusion de la patientèle » apparaissent bien dans le parcours de Mme M., femme divorcée de 55 ans, pour trouver un dentiste. Après un bilan de santé à la CPAM faisant état de problèmes dentaires, Madame est allée voir un dentiste à proximité de chez elle, en centre-ville :

« Donc elle m'a pris, elle m'a regardé comme ça et tout, elle m'a fait le devis. Quand j'ai vu le prix j'ai cru que pfiou. Mais je lui dis : « j'ai la CMU », elle me dit : « ah nan, nan, vous aurez quand même des trucs à payer aussi ». J'ai dit : « bon attendez, faites-moi le devis je donnerai à la caisse maladie et tout ».

Madame est ensuite allée voir un autre dentiste sur une avenue centrale de la ville (« J'ai dit : « je vais m'arrêter pour voir » »). Le devis était encore plus élevé et le dentiste lui a précisé ensuite qu'il ne prenait pas la CMU. Elle est finalement allée consulter un troisième dentiste proche du centre-ville conseillé par une amie. Ce dentiste lui a fait un devis entièrement pris en charge par la CMU C et a commenté ceux de ses collègues :

« Elle m'a regardé comme ça sans parler, elle m'a dit : « mais ils vous prennent pour des milliardaires ! ». J'ai dit : « oui, je leur ai dit en plus que j'avais la CMU. Y en a un qui la prend pas ». Et elle m'a dit : « normalement ils n'ont pas le droit de vous la refuser hein ». J'ai dit : « bah écoutez ». (...) « Ah oui je comprends. Ils veulent vous faire mettre des dents », je crois que c'était en céramique ou je sais plus trop. Moi j'ai dit : « mais moi je veux rien payer ». (...) Elle m'a dit : « mais à cause de certains confrères comme ça, quand nous on demande à faire des soins, des trucs et tout, on se fait taper sur les doigts et qu'eux on dit amen. Parce que ils ont des cabinets de luxe et tout ».

Les premières tentatives au hasard de Mme M. ont ainsi été des échecs et ce sont les conseils d'une personne de son entourage qui ont permis de débloquer la situation. La « circulation » entre proches des noms des « bons praticiens », entendu ici comme des praticiens acceptant la CMU ou ne pratiquant pas de tarifs « exorbitants », permet aux bénéficiaires de la CMU C de réduire les risques de refus. Paradoxalement, c'est aussi une manière de renforcer ou de conforter la sélection pratiquée par certains professionnels de santé. Nous y reviendrons dans la partie V.

4.3. Les refus indirects

Les refus indirects désignent les refus de rendez-vous qui n'avancent pas explicitement comme raison la CMUC. Ils peuvent aussi prendre la forme de rendez-vous très tardifs. Ces refus sont difficiles à appréhender par la méthode d'enquête choisie ici. En effet, il n'est pas possible de confirmer ou d'infirmer que les délais indiqués ou les raisons invoquées par les praticiens pour refuser un rendez-vous (« pas de créneau disponible », « n'accepte pas de nouveaux patients ») ne sont pas légitimes. Il est à noter que seulement trois personnes parmi les 101 reçues en entretien ont évoqué explicitement la possibilité qu'il s'agisse d'un refus indirect lié à la CMUC. Nombreuses sont en revanche celles ayant évoqué des difficultés à obtenir des rendez-vous avec certains professionnels de santé, du moins dans des délais raisonnables. Cette précision vise à montrer que loin de se sentir légitimes à accuser les professionnels de santé de discrimination, les personnes sont plutôt enclines à leur accorder le bénéfice du doute et à accepter leurs explications. L'une d'elle dit ainsi avoir de nombreuses difficultés à trouver un nouveau généraliste, un pédiatre et un dermatologue en ajoutant : « *X c'est pas la ville des soins !* ». Elle précise cependant n'avoir jamais eu de refus de rendez-vous et poursuit : « *Tant mieux hein, parce que déjà y a pas de médecins si en plus ils nous prennent pas parce qu'on est à la CMU ! (rires)* ».

Une autre personne se plaint des délais de rendez-vous très longs mais, après relance de l'enquêtrice, précise que ce n'est pas à son sens lié au bénéfice de la CMU : « *il n'y a de discrimination si c'est cela que vous voulez savoir* ».

Ainsi, seulement trois personnes ont rapporté des situations qu'elles interprétaient comme des refus indirects en lien avec la CMUC.

Femme, couple avec enfants, 31 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Après y a un petit bémol mais ça c'est pas à cause de vous, y a les praticiens y en a qui sélectionnent un peu. On me demande : « est ce que vous avez la CMU ? ». « Oui ». « Bah écoutez on n'a plus de place ». Comme les pédiatres par exemple. On me rappelle on me dit : « bah en fin de compte non, c'est très loin les rendez-vous », mais je sais très bien que c'est à cause de la CMU. (...) On me dit clairement au téléphone : « est-ce que vous bénéficiez de la CMU ? ». « Bah oui ». (...) Et je les appelle, on fait un petit, un petit, enfin le nom, le prénom de l'enfant et cetera. Et puis après on me demande : « vous avez la CMU ? ». « Oui j'ai la CMU ». « Très bien, je regarde les disponibilités et je vous rappelle ». Un petit quart d'heure après on me rappelle : « effectivement on n'a pas de disponibilité pour tout de suite, ce sera pour dans deux mois donc c'est mieux pour l'enfant qu'il soit pris ailleurs ». Voilà, après c'est, on joue un peu sur le sentimental, « voilà aller voir ailleurs, voilà c'est ça. (...) Comme c'est très loin, que ça allait dans quelques mois et que donc votre enfant il sera pas pris en temps et en heure ». Voilà ce qu'on m'a dit. Donc j'ai vite abrégé, j'ai dit : « ok ! ».*

Les échanges avec les personnes montrent bien qu'il est plus ou moins évident pour elles d'affirmer que le bénéfice de la CMUC est le critère explicatif de ces situations, et que les raisons invoquées par les professionnels de santé ou leurs secrétariats sont de « fausses raisons ».

Femme, seule avec enfant, 48 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Par contre d'être obligé de rappeler dans 3 mois parce que y avait un délai d'attente. C'est jamais un refus catégorique. (...) Qu'elle me dise : « non je donne pas de rendez-vous, appelez dans 3 mois, c'est énorme ». Donc après CMU, pas CMU ? On sait pas. ».*

Femme, seule avec enfant, 39 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « C'est surtout les médecins y en a qui veulent pas. Y en a qui refuse (la CMU). (...) Un peu spécial, quand votre médecin est absent et que vous amenez votre gamin, il avait 9 ans à cette époque, en face et qu'il me dit : « non j'ai trop de clients, même pas de patients qu'il m'a dit, je ne le prends pas ». Je lui ai dit : « vous voyez bien qu'il est malade, prenez le 5 minutes ». Non, il a fallu que j'appelle un autre médecin qui habite à l'autre bout de la ville pour prendre mon fils et l'amener le faire soigner. (...) Je sais pas. Il m'a demandé : « la CMU ? ». J'ai dit que j'avais la CMU, il m'a dit : « non j'ai trop de clients ». C'est même pas des patients pour lui c'est des clients. ».

Encadré 5 - La réorientation vers des créneaux spécifiques : un cadre légal mais une pratique illégitime

Lors des entretiens, trois personnes ont évoqué des « créneaux spécifiques » pour les personnes à la CMUC mis en place par certains praticiens. Il s'agit en fait de l'orientation par différentes façons des patients à la CMUC vers les rendez-vous publics proposés par les praticiens plutôt que vers leurs consultations « privées » ou « en libéral ».

Les praticiens exerçant à l'hôpital ont la possibilité légale, sous certaines conditions, de proposer ces différents créneaux, les rendez-vous « privés » leur permettant de pratiquer des dépassements d'honoraires. Mais ce qui transparait dans les entretiens des personnes, c'est que les bénéficiaires de la CMUC sont d'autorité dirigé vers les rendez-vous public. Pour l'une d'elle, ces créneaux réservés ne changent rien à la qualité des soins ou aux délais d'attentes et ne la gêne pas.

Femme, en couple, 29 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Sauf pour la gynéco, il y a des rendez-vous privés et des rendez-vous publics, selon si on est à la CMU ou qu'on a une mutuelle, elle ne donne pas les mêmes rendez-vous, mais l'un comme l'autre sont aussi rapides ».

Les deux autres personnes font en revanche état de différences dans les délais de rendez-vous et dans la qualité de la prise en charge pour ce que l'une qualifie de « visites CMU ». Elles expliquent également que les praticiens dirigent les bénéficiaires de la CMUC vers les créneaux publics, en leur précisant refuser la CMUC pour les consultations « privées » ou en leur demandant de payer les dépassements d'honoraires s'ils « choisissent » les rendez-vous « privés ».

Homme, couple avec enfant, 42 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « C'est très compliqué de nos jours...quand on veut voir un médecin en consultation privée à l'hôpital on peut avoir un rendez-vous sous trois jours mais ils ne prennent pas la CMUC, en consultation publique, ils prennent la CMUC mais c'est deux mois et demi de délai. »

Femme, seule avec enfant, 48 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Et là c'est pareil je me suis fait opérer des rectocèles et j'ai vu un chirurgien à (nom du CHU). Le chirurgien il m'a demandé 69 euros la consultation. J'ai dit mais je suis à la CMU, il m'a dit c'est pas grave on vous remboursera après. (...) Et après l'opération j'ai refusé la visite à 69 euros, j'ai pris la visite euh, CMU. Le délai d'attente a été plus long et quand je l'ai vu il m'a même pas ausculté quoi. »

Ces pratiques apparaissent en partie légitimes aux patients car elles s'adosent à la possibilité légale des praticiens de proposer des rendez-vous privés. Les demandes de paiement pour les rendez-vous « privés » ne semblent pas illégitimes ou illégales aux bénéficiaires de la CMUC, étant donné

l'existence de créneaux spécifiques qui sont censés leur être destinés, bien qu'ils jugent ces rendez-vous de moins bonne qualité et les délais plus longs. Il s'agit cependant de réorientations illégitimes qui s'appuient en partie sur des demandes de paiements indues et peuvent en retour donner une apparence de légitimité à ces demandes de paiement.

Une autre personne rapporte ainsi avoir subi une demande de paiement avec la justification d'une consultation privée, lors d'un rendez-vous de suivi post-opératoire, mais avoir refusé avec succès de payer.

Homme, seul avec enfant, 61 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Et c'était marrant c'était à l'hôpital quoi. Et le, le chirurgien était étonné parce que c'était une visite de consultation après quoi, et en fait il m'a dit oui mais moi c'est sur le cadre privé quoi. Bah je lui ai dit oui mais bon, c'est pareil. Bon il m'a dit bon, ben j'ajoute une croix « le client, le, le patient n'a pas payé ».* ».

4.4. La question de la qualité des soins dentaires

Un dernier élément est revenu dans plusieurs entretiens et mérite qu'on s'y arrête. Il s'agit de plaintes de la part des assurés quant à la qualité de leurs soins dentaires, et notamment de leurs dentiers. Ces plaintes n'ont pas été intégrées à la catégorie « ressentis de prise en charge différenciée » car les personnes n'estiment pas que leurs dentistes les aient moins bien soignés car ils les savaient à la CMUC, mais que du fait de la CMUC les soins accessibles sont de moins bonnes qualités.

Alors que pour les implants dentaires la question est claire, ils ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, pour les prothèses dentaires amovibles il est plus compliqué de trancher ; difficile de savoir si les plaintes sont dues uniquement au système de remboursement de l'Assurance maladie qui prend en charge des appareils de base, ou si les prises en charge et/ou soins réalisés par les professionnels de santé sont de moins bonne qualité.

Ainsi, six personnes se sont plaintes de leurs dentier, inadaptés, de leur point de vue, et qui les blessait. Pour l'un de ces bénéficiaires, cette situation est due à la CMUC indirectement. Il pense qu'il peut avec ce dispositif accéder seulement aux centres mutualistes et juge que les dentistes de ces centres, d'après son expérience, y sont incompetents.

Homme, seul, 65 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Je me suis fait faire un dentier au mois d'avril, je peux pas le mettre. Parce que là où je suis allé c'est des gens incompetents. Parce que vous allez dans des mutuelles, des centres mutualistes pour qu'ils prennent la CMU en compte et les gens sont pas compétents. (...) C'est fait pour, mais en réalité c'est une grosse foutaise. Enfin une grosse foutaise, non parce qu'ils vous soignent. Mais c'est une grosse foutaise. Je vous le dis j'ai un dentier chez moi il est neuf, mais je peux pas le mettre. Et ils me l'ont refait, j'y suis retourné. En plus ils vous le font tout en fer, au lieu d'avoir une recherche esthétique, non c'est du vulgaire. Enfin pour moi. Peut-être je suis allé au mauvais endroit mais c'est ce que je ressens.* »

On voit dans cet extrait que les limites de remboursement de la sécurité sociale, les projections de l'assuré sur ce à quoi il peut prétendre en tant que bénéficiaire de la CMUC et son expérience malheureuse quant à son dentier forment un tout indissociable.

Les autres personnes jugent également « normal » en tant que bénéficiaires de la CMUC d'accéder à des soins dentaires de moins bonne qualité, même si leurs réactions peuvent diverger : ne rien faire ou oser demander une amélioration.

Homme, seul, 62 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Ça fait dans les 2-3 ans, j'ai fait un dentier, je le supporte pas, j'ai fait tout le haut, je le mets jamais (...) faut mettre la colle trois fois par jour c'est bon hein. (...) J'y suis pas retourné, quand j'aurai mal aux dents, j'irai au dentiste ».

Femme, seule avec enfant, 48 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Oui moi je pense que oui (que c'est en lien avec la CMUC). Parce que mon copain de l'époque c'est pareil, il lui avait arraché 14 dents, fallait lui refaire toute la bouche, et comme il était à la CMU il lui avait fait un appareil rectiligne. Et ça se voyait trop que c'était... Bon tout en discutant comme il était sympathique et tout, on lui a dit faites un appareil que ça se voit pas quand même euh... Donc il lui a un peu refait mais après ça a été très dur au niveau du palais. Y a des gens qui ont des prothèses en fer, d'autres des prothèses en plastique. C'est, y a rien qu'est claire. C'est pas clair, on sait pas à quoi on a droit. »

Les assurés sont ainsi perdus au niveau de leurs droits spécialement sur les soins dentaires, pour lesquels les subtilités sont plus nombreuses. Ils se doivent donc de faire confiance à leur dentiste.

Dans son entretien, une femme explique avoir de très bonne relation avec son dentiste, qui lui a arraché plusieurs dents de devant. Toutefois, détaillant les soins prodigués, elle indique qu'elle aurait besoin de soins prothétiques car il lui manque des dents à l'avant de la bouche mais que son dentiste ne lui a fait que des soins et qu'il ne lui a pas proposé de prothèses dentaires. Elle ignorait que cela pouvait être pris en charge par la CMU et son dentiste ne lui a rien dit.

Femme, seule avec enfant, 25 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Il m'a arraché des dents mais il ne m'a pas mis de dents à la place. Je pensais que c'était normal. Je ne savais pas qu'il pouvait le faire. »

V- Conséquences des difficultés d'usage de la CMUC et actions/réactions des bénéficiaires

En apparence, la plupart des assurés semble accorder peu d'importance aux difficultés rencontrées du fait de la CMUC et les réactions pour y faire face sont souvent réduites voire inexistantes. Les difficultés, qu'elles aient été personnellement vécues ou non, peuvent toutefois avoir des conséquences sur l'usage que font les bénéficiaires de la prestation. Ces conséquences ne sont en l'occurrence pas toujours « conscientiser » par les personnes. Pour beaucoup des bénéficiaires rencontrés, disposer de la CMUC c'est savoir que les refus de soins et les traitements différenciés sont possibles. Ils semblent avoir accepté cette situation, ou du moins l'avoir intégrée, et aménagent plus ou moins consciemment leur parcours de soin en fonction de ce paramètre, en sollicitant par exemple davantage les hôpitaux et les centres mutualistes que les cliniques et les dentistes indépendants.

1) LES CONSEQUENCES ET REACTIONS FACE AUX DIFFICULTES

1.1. Des risques « attendus » et vécus comme anodin par une majorité des enquêtés

La plupart des personnes n'accorde finalement que peu d'importance aux refus ou aux autres pratiques et comportements différenciés des professionnels de santé envers les bénéficiaires de la CMUC (« une fois ça m'est arrivé, mais je vous dis j'ai vite trouvé donc pas de problèmes »). Plusieurs disent par ailleurs ne pas savoir si les praticiens ont le droit de refuser des patients.

Des personnes expliquent qu'au-delà de leur expérience personnelle, elles ont entendu parler des situations de refus opposés aux bénéficiaires de la CMUC. Ces informations, issues de proches, de reportages télévisés ou des réseaux sociaux, les ont ainsi « préparés » à cette éventualité. Tous les bénéficiaires reçus en entretien qui ont dit avoir connaissance de ce problème n'ont cependant pas été confrontés à des refus ou à d'autres traitements différenciés, parfois à leur grand étonnement.

Femme, seule avec enfants, 47 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Mais je sais qu'on m'avait dit que les médecins ils prennent pas tous la CMU. Mais j'ai l'impression qu'ils prennent tous maintenant. (...) Mais en fait j'ai l'impression que maintenant tout le monde prend la CMU parce que à chaque fois que je donne ma carte euh. Même le dermato, même euh, donc ça va.* »

Pour certains ayant expérimenté ces refus attendus, c'était presque un passage obligé, en quelque sorte « le prix à payer » par rapport à ce qu'ils qualifient « d'avantages offerts par la CMUC ».

Femme, couple avec enfants, 40 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Après faut bien qu'on comprenne, on s'estime quand même heureux hein. Des fois on nous refuse, on prend des petites tartelettes mais voilà quand même on est soignés, on n'a pas à se plaindre. C'est vrai que des fois ils font remarquer que y a des gens un peu haut, des gens un peu bas mais dans tous les cas on a des soins. Même si on ne les a pas comme les autres on a des soins.* »

Comme l'indique cette personne, c'est effectivement parce que la CMUC leur permet dans la plupart des cas de se soigner que les refus de rendez-vous et autres traitements différenciés sont considérés comme une contrariété mineure. C'est notamment le cas quand cela concerne des professions de santé comme les dentistes car la majorité des personnes dit pouvoir assez facilement se tourner vers un autre praticien (« *et puis si jamais y'a une difficulté, ben j'en cherche un autre, je vais pas m'arrêter sur un* ».). Cette situation est cependant plus handicapante quand le refus concerne des chirurgiens ou des pédiatres par exemple. Ainsi trois personnes de l'enquête n'ont toujours pas réussi à trouver un praticien acceptant de les prendre en rendez-vous malgré plusieurs essais.

Ce sont les demandes illégitimes de paiement qui ont le plus de conséquences selon les personnes enquêtées ; elles les amènent à retarder les soins ou à les mettre en attente, les personnes n'ayant pas les moyens financiers d'assumer les frais demandés et/ou ne sachant pas toujours vers quel autre professionnel de santé se tourner. Les demandes de paiement fait en amont des soins peuvent tout particulièrement avoir un impact sur la mise en place effective des soins. Les devis comprenant des restes à charge, qui concernent souvent des soins dentaires, peuvent être inclus dans cette catégorie.

Femme, seule, 53 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : « *Je ne me suis pas posée la question, j'ai laissé. J'ai dit écoutez (à la dentiste) je reviendrai quand je pourrai donner ce que vous demandez, le, le, de plus quoi, là les 200 de plus. Voilà. Elle disait que ça faisait 600 tant tant tant. Et il me restera à payer tant de ma poche et j'ai dit bon bah écoutez pour le moment je paye les lunettes, et je reviendrai.* »

Homme, seul, 65 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *J'ai dit au revoir monsieur (il se tape les mains). Il demandait du liquide en plus. Et j'ai pas fait la kiné.* »

Le premier extrait rappelle qu'au-delà des conséquences directes sur les soins concernés, une demande de paiement peut être la source de difficultés financières importantes pour ces ménages aux budgets serrés. Les assurés peuvent ainsi être amenés à faire des choix entre plusieurs soins.

1.2. Les réactions des assurés

Si les bénéficiaires de la CMUC accordent globalement peu d'importance aux refus et autres traitements différenciés, c'est certainement aussi parce qu'ils ont l'impression d'avoir peu de prise sur les difficultés rencontrées, notamment en ce qui concerne les refus de rendez-vous. Bien que certains expliquent avoir fait « *une réputation* » aux praticiens les ayant refusés, le refus a toujours été maintenu. Il semble d'ailleurs assez logique que les personnes ne cherchent pas à se faire accepter à tous prix par un praticien qui les refuse et « préfère » chercher un professionnel en qui avoir confiance et avec lequel elles peuvent espérer avoir une « bonne » relation. Mais ce sont l'impuissance et l'étonnement qui règnent en premier lieu face à un refus de soin.

Homme, seul, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Mais y a des dentistes qui me soignaient avant et à partir du moment où je suis passé à la CMU ah je vous prends plus, je peux pas vous soigner. J'étais un peu choqué. Bon ben il veut pas me soigner je vais aller voir ailleurs hein.* »

Pour les demandes de paiement, la plupart des personnes expliquent avoir payé surtout quand les frais n'avaient pas été annoncés en amont des soins ou de la réalisation des actes. En effet, beaucoup n'étaient pas sûres de l'illégitimité des paiements et il ne leur semblait pas de toute façon avoir d'autres choix.

Homme, seul, 70 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Quand vraiment ils veulent pas bah j'ai payé le truc et j'ai pas été remboursé quoi bon. Y a des moments où, si vraiment c'est un spécialiste et vous pensez que vraiment c'est important pour votre santé... (...) Ça m'est arrivé une ou deux fois. Y en a qui finalement ils l'ont pris et y en a j'ai payé ma consult et puis c'est tout.* »

Quatre personnes qui ont été exposées à des demandes de paiement après la réalisation des soins racontent tout de même avoir refusé de payer et obtenu que le praticien respecte les tarifs CMUC. Dans un cas, la personne a par ailleurs gardé le praticien (ophtalmologue) pour son suivi jusqu'à aujourd'hui, malgré cette expérience.

Homme, seul, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : (raconte son premier rendez-vous avec son ophtalmologue) « *Ils ont un peu tiqué quand même, parce qu'ils voulaient me faire payer la consultation j'ai dit non non, moi je suis à la CMU je vous paye pas. Ils faisaient un peu de forcing pour encaisser quand même. Mais après comme je me suis pas laissé faire bah ils ont fermé leurs bouches et puis je suis parti quoi. (...) Bah ils voulaient absolument que je paye. J'ai dit ben non, d'un j'ai pas les moyens et de deux je suis à la CMU. Ils vont pas appeler la police hein ! Mais ils avaient un peu les boules, je sentais bien que la secrétaire elle était un peu en porte à faux avec son patron quoi. (...) Elle m'a dit ça fait tant. Moi j'ai fait un peu de forcing, en plus je suis grand, elle a fermé sa bouche et je suis parti.* »

Bien que les personnes n'aient pas toujours réagi sur le moment, les difficultés rencontrées dans l'usage de la CMUC auprès de certains professionnels de santé peuvent avoir transformé en partie leur manière d'approcher et d'utiliser le système de santé. Pour éviter de renouveler de mauvaises expériences, les personnes peuvent choisir d'annoncer directement leur situation de bénéficiaire de la CMUC lors d'une prise de rendez-vous et/ou demander dès le début des soins si des dépassements d'honoraires seront pratiqués. D'autres sélectionnent en amont leurs praticiens, se concentrant en particulier sur ceux exerçant en secteur 1. Ces éléments sont développés dans la prochaine sous-partie.

Enfin, une autre conséquence moins visible des difficultés d'usage de la CMUC est l'installation d'une certaine méfiance envers le monde médical (« *Mais euh, de toute façon y a pas plus inhumain que les*

docteurs. C'est triste à dire. C'est leur manière de se protéger mais du côté de la CMU y a quand même de gros problèmes. »). Plusieurs enquêtés ont fait part de cela.

On peut *in fine* noter s'agissant des réactions qu'aucun des bénéficiaires de la CMUC rencontrés en entretien ne s'est tourné vers la CPAM pour tenter de résoudre les difficultés rencontrées.

2) LES COMPORTEMENTS MIS EN PLACE POUR EVITER LES TRAITEMENTS DIFFERENCIES ET AUTO-RESTRICTIONS DANS L'ACCES AUX SOINS

2.1. Toujours prévenir du bénéfice de la CMUC ou ne jamais prévenir

Sur les 39 personnes ayant parlé des renseignements qu'elles apportent lors d'une prise de rendez-vous médical, 29 expliquent préciser systématiquement être à la CMUC même en l'absence de questions de la part du secrétariat. Pour la plupart des personnes, cette attitude permet d'éviter des « mauvaises surprises », en particulier des dépassements d'honoraires ou qu'on leur demande « en direct » de faire des avances de frais.

Homme, couple avec enfants, 45 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Mais je leur dis, je leur dis j'ai la CMU et mon régime social. Ah oui, ah oui je leur dis pour pas que j'ai des surprises à la fin ».

Femme, couple avec enfants, 26 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Par contre moi je demande à chaque fois s'ils prennent la CMU. Systématiquement. Ben pour savoir si je dois avancer les frais ou pas, pour pas que, pour mettre des sous de côté ou pas. »

Deux personnes expriment également que prévenir en amont est une façon de réduire les risques d'être mal reçus, les praticiens pouvant se sentir « trahis » d'avoir accepté le rendez-vous sans connaître la situation.

Homme, en couple, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Je demande directement vous prenez la CMU ? Voilà pour éviter le conflit en arrivant. ».

Femme, seule avec enfant, 48 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Alors là si on n'a pas dit qu'on a la CMU avant qu'on arrive, à la prise de rendez-vous ! Puis alors la différence elle est vraiment flagrante. En fait j'avais été quand j'avais la mutuelle du boulot, alors j'ai pas pensé, l'année suivante j'avais la CMU, et j'ai pas pensé à le dire. Elle (la secrétaire médicale de l'ophtalmologue) me connaissait, elle m'a dit Mme L., elle m'a retrouvée sur le fichier. Et donc elle m'a donné rendez-vous trois jours après. Et quand je suis arrivée et que, qu'elle a, qu'elle a vu ma CMU elle a... L'instant de la carte vitale c'est, en général c'est là où le comportement il change. Et elle m'a dit (prend un ton irrité) mais vous auriez pu le dire que vous étiez à la CMU, moi j'avais la mutuelle. J'ai dit ben écoutez logiquement normalement c'est pareil. Officiellement c'est pareil, et qu'est-ce que ça aurait changé ? (Reprend le ton irrité) ben la moindre des choses c'est qu'on le sache. »

Le paradoxe de cette méthode est qu'elle donne la possibilité aux praticiens de refuser. Une femme dit à l'inverse qu'elle n'a jamais précisé sa situation car elle ne savait pas qu'il pouvait y avoir une différence entre les personnes avec une complémentaire santé « privée » et les personnes à la CMUC, ce qui lui a permis de fait d'accéder aux soins dont elle avait besoin.

Femme, couple avec enfant, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Moi j'ai jamais senti cette chose (que les bénéficiaires de la CMUC avait un moindre accès à certains praticiens ou aux

cliniques). *Chaque fois que je prenais rendez-vous on me disait pensez madame à amener votre carte mutuelle, moi je disais pas que j'avais la CMU parce que je comprenais pas qu'il y avait une différence ! (rires) Je disais oui, oui ! et le jour je me présentais avec la carte vitale et mon attestation. Et j'ai jamais fait attention qu'il y avait un traitement différent. Juste une fois à un laboratoire, une femme qui peut être avait pas envie de travailler qui m'a dit « j'ai besoin de votre attestation CMU ! (ton énervé) ». Attendez madame je vais vous la sortir ! Et j'ai résolu le problème ! A part ça moi je prends les rendez-vous avec les médecins que je veux et j'ai jamais ressenti rien. Je sais pas si je suis ignorante, que je me rends pas compte ! Parce que moi avec mon aspect (elle porte le hijab), je suis musulmane et tout, on a tendance à avoir un traitement particulier, mais à partir du moment où on voit qu'ils sont gentils, parce que y a des fois on voit, pas les médecins, dans d'autres endroits un peu méchants et tout ça, à partir du moment où on voit qu'ils nous traitent bien, normal, normalement, on se contente de ça. On se dit que ça va, c'est tout, tout est bon. »*

Ne pas annoncer sa situation de bénéficiaire ne garantit cependant pas une acceptation par les professionnels de santé, comme en témoigne les personnes ayant vécu des refus en face à face. Pourtant cette « stratégie », qui n'en est pas toujours une d'ailleurs, pourrait permettre d'expliquer que, le taux de praticiens ne recevant aucune personne à la CMUC soit très faible¹⁶.

2.2. Quelques limitations dans le droit de choisir et de changer de médecins

Un des droits du patient, quelle que soit sa protection sociale, est de pouvoir choisir son praticien mais également de pouvoir en changer. Pourtant, les entretiens montrent que les choix des bénéficiaires de la CMUC concernant leurs professionnels de santé sont conditionnés en partie par les difficultés rencontrées ou envisagées.

En premier lieu, on peut constater que la majorité des personnes interrogées mentionne la possibilité de changer de médecins. C'est d'ailleurs, nous l'avons dit, un des éléments qui rend les refus de soins ou autres traitements différenciés moins difficiles pour les personnes. Dans le même temps, plusieurs ont évoqué des difficultés à trouver des professionnels de santé, qu'ils n'associaient toutefois pas à la CMUC mais davantage à une faiblesse de l'offre de soin dans leur secteur.

Dans une situation de faible densité de professionnels de santé, ressentie ou avérée, le bénéfice de la CMUC peut devenir un critère « aggravant », autrement dit cela peut compliquer encore davantage la situation. Il est ainsi apparu dans les entretiens que, pour certaines spécialités, le risque de refus cumulé à une offre réduite ne permet pas aux assurés d'être optimistes quant à leurs « chances de succès ». Certaines personnes expliquent avoir sollicité plusieurs praticiens sans avoir jusqu'à présent trouvé celui qui leur convienne.

Homme, couple avec enfants, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Ça fait longtemps que j'aurais dû me faire opérer des lombaires (...) mais faut faire confiance, et sur X j'ai personne.* ». Monsieur essaye de se renseigner autour de lui mais Madame précise : « *Un médecin qui fasse pas de dépassements d'honoraires. Sinon il peut pas se faire opérer.* » Monsieur : « *c'est*

¹⁶ Selon l'article « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? » de Chantal Cases, Véronique Lucas-Gabrielli, Marc Perronnin et Maxime To, seul 0,8% des praticiens n'avait soigné aucun patient à la CMUC sur l'année 2006, période à laquelle les enquêtes par *testing* faisaient état de taux de refus importants. L'autre explication proposée dans notre rapport est le traitement différencié, selon le sexe notamment, des bénéficiaires de la CMUC.

800 euros une hernie. On les trouve où ? C'est pas possible il faut être réalistes. On se renseigne bien d'abord. ».

Cette personne indique chercher à la fois un praticien en qui « *faire confiance* » mais aussi acceptant les tarifications de la CMUC et respectant les droits qui y sont attachés. Ce type de situations est également évoqué par trois femmes qui, après de mauvaises expériences et plusieurs essais, cherchent encore un gynécologue avec qui elles « *accrochent* ».

Pour résoudre ces difficultés et les aider à s'orienter dans le système de santé, les personnes précitées comme d'autres recherchent des informations auprès de différentes sources. Le médecin traitant est considéré par la majorité des enquêtés comme une « *ressource fiable* » et qui n'hésite parfois pas à orienter les personnes vers un spécialiste plutôt qu'un autre. Pour d'autres personnes, ce sont les forums, les avis sur certains réseaux sociaux et les conseils de proches qui les aident à s'orienter.

2.3. Auto-sélection et/ou évitement de certains praticiens, entre stratégies et intériorisation des contraintes

Les proches, en particulier ceux possédant la CMUC ou en ayant déjà bénéficié, peuvent aussi conseiller de « *sélectionner* » les praticiens parmi ceux exerçant en secteur 1. Nous en avons parlé. Cette sélection est censée réduire les risques de demande de dépassements d'honoraires et, dans une moindre mesure, les refus de rendez-vous.

Plus généralement, une partie des personnes enquêtées explique choisir préférentiellement d'aller à l'hôpital plutôt qu'en clinique, dans les centres mutualistes plutôt que dans les cabinets dentaires « *privés* » ou encore en maison médicale plutôt que dans les cabinets de ville. Ces stratégies d'évitement et ce que l'on pourrait qualifier « *d'auto-sélection* »¹⁷ réduisent de fait l'offre de soins pour les bénéficiaires de la CMUC.

Pour certains, ce choix est clairement lié à la prestation ; Ils estiment y être contraints bien qu'ils le regrettent et ne savent en l'occurrence pas vraiment sur quoi s'ancre cette impression :

Femme, seule avec enfants, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Je me suis retrouvée confrontée à deux professeurs, boudiou, CMU : pas de rendez-vous. Ou on va dans du privé ou on n'y va pas et nous on sait parfaitement qu'avec la CMU on n'a pas d'accès au privé ».

Femme, couple avec enfants, 25 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Moi je pars du principe que les mutuelles c'est mieux. Faut payer d'accord mais on se retrouve dans les meilleurs hôpitaux si on veut, on se retrouve dans les meilleures cliniques si on veut, on est bien. Alors qu'avec la CMU c'est, c'est bien aussi mais, faut pas cracher là-dessus c'est gratuit, mais on galère un peu plus quand on se retrouve dans les grands hôpitaux les CHU et tout ça, on galère un peu plus. (...) Parce que, déjà je pars du principe que j'ai peur qu'ils me cataloguent. Tout simplement. Et une fois que je me retrouve euh, en fait on le sent. On le sent que le CHU c'est fait pour les gens qui ont la CMU et les cliniques privées les trucs comme ça c'est fait pour les gens qui ont des

¹⁷ En sociologie, le terme d'auto-sélection est notamment utilisé comme un des éléments pouvant expliquer la faiblesse des élèves de milieu populaire dans les filières les plus prestigieuses et correspond à « des choix relativement moins ambitieux des jeunes d'origine sociale défavorisée ». Alors que pour Boudon il s'agit d'une stratégie familiale consciente, issu d'un calcul coûts/conséquences, pour Bourdieu c'est davantage « un processus d'intériorisation des destinées scolaires les plus probables dans cette classe sociale ».

mutuelles. On a l'impression qu'ils sont beaucoup plus mieux traités que nous c'est ben vous allez y là-bas, c'est pour vous. C'est mon impression hein. »

D'autres disent se protéger des risques de refus ou de demandes de paiement en se rendant uniquement dans certains lieux de soins (« *Au centre mutualiste, qui ont le prix annoncé par la sécurité sociale.* ») et/ou en adressant leurs besoins à des professionnels « ciblés » à partir de leur secteur d'exercice. Ils ont en outre le sentiment d'y être mieux traités compte tenu de leur situation.

Homme, en couple, 50 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Y'a aucun souci. Là c'est des services hospitaliers et y'a aucune différence entre quelqu'un qui a la CMU et quelqu'un qui l'a pas. (...) Les hôpitaux, y'a jamais eu aucun problème »

Homme, seul, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Bah je me suis renseigné, bouche à oreille à droite à gauche et puis on m'a dit va voir chez les opticiens mutualistes ou dentaires mutualistes, normalement ils prennent la CMU. J'y suis allé, bah y a pas de soucis, on soigne tout le monde. »

Une personne raconte lors de l'entretien avoir été étonnée que, malgré le bénéfice de la CMUC, son mari et ses enfants puissent accéder à des cabinets dentaires « en cabinet de ville ». Elle continue cependant de se rendre au centre mutualiste dont elle est satisfaite.

Femme, en couple, 58 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « J'ai été au mutualiste, le dentiste des pauvres. (...) Ils (son fils et son mari) vont chez un dentiste pour les riches eux, en centre-ville. (...) C'est un dentiste de riches, dans un cabinet de riches, avec des clients riches, et là par contre, la première fois que je suis allée prendre rendez-vous, j'ai dit la fameuse phrase « nous sommes à la CMU », et là pas de problèmes, nickel ; j'étais surprise, ils se fichent pas mal de savoir si vous êtes à la CMU, il n'y a pas de condescendance, tout le monde est à la même enseigne. Et s'il y a des soins hors parcours, il vous prévient, et vous conseille ».

Dans certains cas, les justifications par rapport au choix de certaines offres de soins ne mobilisent pas la CMUC (hasard, défense du service public, habitudes familiales). Malgré ces justifications ne mobilisant pas la CMUC, il est important de rappeler que le champ des possibles au niveau de l'accès aux soins, et plus précisément à l'intégralité de l'offre de soin, est influencé par de nombreux éléments et notamment des habitudes de soins fortement intégrées. Même si l'image présentée par certains assurés d'un système de soin en partie inaccessible aux bénéficiaires de la CMUC n'est pas défendue par d'autres, cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas des habitudes de soins socialement ségrégués, issues par exemple de leur socialisation familiale ou de leur éventuelle période sans couverture santé ou avec des mutuelles faiblement protectrices.

3) DES INSUFFISANCES DANS LA CONNAISSANCE ET LA RECONNAISSANCE DES DROITS QUI ENTRAÎNENT DES DIFFICULTÉS À LES FAIRE VALOIR POUR LES BÉNÉFICIAIRES

3.1. Des connaissances majoritairement faibles ou fragiles

Des mauvaises connaissances peuvent amener à des renoncements ou entraîner des difficultés pour les assurés à faire valoir leurs droits auprès des professionnels de santé. Des personnes ont ainsi expliqué ne pas se rendre chez le dentiste ou même chez l'opticien, pensant que les soins n'y sont pas remboursés avec la CMUC. Faute de connaissances, les personnes vont ainsi renoncer ou mettre en

attente ces soins (« *j'ai abandonné l'idée de me soigner* » ; « *J'ai jamais osé lui parler de me faire remplacer une dent.* »)

Au-delà de ces cas extrêmes, les personnes ont majoritairement des connaissances incomplètes sur la CMUC et les droits afférents. Bien que la plupart estime leurs connaissances suffisantes compte tenu de leurs besoins (« *Non. On m'a dit que j'ai droit à la médecine gratuite. Mais non mais après moi je cherche pas à savoir plus du moment que j'ai ce que je veux.* »), il apparaît fréquemment dans les entretiens que certaines informations sont manquantes pour permettre aux personnes de revendiquer leurs droits. C'est principalement vrai sur les questions de l'absence d'avance de frais et de dépassements d'honoraires, même si on peut ajouter que trois personnes ont également expliqué ne pas savoir si les refus de rendez-vous étaient illégaux.

Parmi les 91 personnes dont il a été possible d'évaluer le niveau de connaissance dans leurs entretiens, une minorité des assurés (13,19%) ont démontré savoir que la CMUC donnait droit à la fois au tiers payant et à l'absence de dépassements d'honoraire y compris pour les professionnels de santé en secteur 2. Pour la majorité des bénéficiaires (70,33%), cette connaissance est incomplète et c'est souvent sur la question des dépassements d'honoraires que les personnes ne connaissent pas leurs droits ou plutôt ne l'affirment pas. Enfin, les 16,48% restant ont une faible connaissance du dispositif qui ne leur permet pas d'affirmer que le tiers payant peut leur être proposé partout.

Il faut préciser que même quand les connaissances théoriques sont présentes elles peuvent être fragiles. Certaines personnes vont ainsi expliquer que les bénéficiaires ne sont pas soumis aux dépassements d'honoraires à un moment de leur entretien, puis présenter le fait de n'avoir effectivement pas été soumis à des dépassements d'honoraire pour certains soins comme une faveur personnelle de la part du professionnel de santé.

Homme, seul 70 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Lui il était très bien. Il prenait toujours, vous savez souvent ils prennent un, c'est 100 balles, ou 100 machins, un truc en plus, toujours comme ça. Euh, lui il savait que j'avais le CMU donc il me prenait même pas le supplément qu'il prend normalement aux autres patients. »

Encadré 6 - Peu d'explications reçues ou assimilées, des connaissances davantage empiriques

La plupart des assurés (38 sur les 71 ayant répondu à la question) n'ont pas ou ne se souviennent pas avoir eu d'explications concernant la CMUC lors de leur première demande.

Femme, couple avec enfants, 41 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Non, il me semble pas. Peut-être que j'ai eu une notice que j'ai pas lu mais en tout cas verbalement non, j'ai pas eu d'explications. »

Pour ceux ayant eu des informations, celles-ci sont majoritairement décrites comme partielles (par 26 personnes). Ainsi seules 7 personnes disent avoir reçu des explications complètes sur la CMUC et parmi elles pour 5 personnes ces explications ont été donné par un interlocuteur de la CPAM. Comme on l'a précisé en introduction de rapport, la CPAM de Nîmes propose un rendez-vous aux nouveaux bénéficiaires afin de leur expliquer le dispositif CMUC. Mais les nouveaux bénéficiaires sont minoritaires dans le panel et parfois les personnes expliquent que les explications ont bien été donné mais qu'elles n'ont pas pour autant été assimilé.

Femme, seule avec enfant, 49 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *C'est moi qui suis tête en l'air, qui oublie mais la dernière fois je suis partie du bureau elle m'a posée plein de questions pour s'assurer que j'avais bien tout compris. Elle m'avait informé pour mon fils pour ses dents même que j'avais pas posé la question du tout quoi* »

C'est avant tout vers les professionnels de santé vers qui les personnes expliquent se tourner en cas d'incertitudes.

Homme, en couple, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *La CMU quand je suis à la pharmacie je donne le papier. Ils voient bien. Quand je vais au docteur je donne le papier. Après c'est eux qui savent hein. Après si ils sont pas remboursés ils vont pas l'utiliser parce que eux ils savent, ils ont les habitudes. Les docteurs et les pharmaciens ils savent ce qu'ils font.* »

Femme, couple avec enfants, 33 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « *À mon docteur ou...après si vraiment c'est plus compliqué je demande à la CPAM, sinon les docteurs nous disent très bien les choses.* »

Enfin, c'est souvent leurs différentes expériences de soins qui leur ont permis d'acquérir certaines connaissances sur la CMUC (« *Je le sais au fur à mesure, si j'ai besoin d'aller voir un spécialiste, ben je le sais sur le moment en fait.* » ; « *C'est vraiment au fur à mesure que du coup j'ai appris à comprendre comment ça fonctionnait.* »).

3.2. Les difficultés à revendiquer ses droits et le manque de soutien identifié

Connaitre ses droits est une condition nécessaire mais non suffisante pour les faire valoir. Les bénéficiaires de la CMUC expliquent que leurs certitudes n'ont que peu de poids face à l'autorité médicale et qu'ils se sentent rarement légitimes à faire valoir leurs droits. Selon eux, il leur manque une « preuve supplémentaire », la carte vitale et l'attestation permettant seulement la reconnaissance de leur statut de bénéficiaire mais ne rappelant pas les droits qui en découlent.

Homme, couple avec enfants, 36 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « *Et les dépassements d'honoraires pareil ils ont pas le droit ?* » (Après explications) : « *Et si, si au moins on avait un truc écrit, qu'on leur montre (il tapote du doigt sur la table) en disant regardez vous avez pas le droit donc je viens, enfin. Parce que avec un truc écrit déjà c'est plus facile. Non ?* »

Homme, en couple, 56 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : « *Si faut pas payer vous me le dites comme ça je vais aller le voir mais donner moi le justificatif.* ». Il n'a pas parlé de ce refus à son médecin traitant qui l'avait orienté : « *Je vais aller lui expliquer quoi ? c*Comme j'ai pas la certitude, j'ai pas le justificatif qu'il est obligé qu'il me soigne.* »

C'est souvent au cours des entretiens individuels que les personnes comprenaient ou découvraient que la CPAM pouvait être un interlocuteur sur ces questions et même « un allié » pour la revendication de leurs droits. Les personnes montrent qu'elles ont avant tout une vision de la CPAM associée aux déséquilibres financiers de la sécurité sociale. Compte tenu des discours autour du « trou de la sécu » et des « abus des assurés » largement intégré par les bénéficiaires, la CMUC leur apparaît comme un privilège dont le maintien est relativement inexplicable. Ils estiment donc devoir faire « profil bas » auprès de la CPAM concernant leurs droits, pour ne pas risquer de les perdre entièrement.

Quand on leur demande pourquoi ils n'ont pas été solliciter la caisse primaire après avoir expérimenté un refus de rendez-vous ou une demande de paiement illégitime, les bénéficiaires expliquent que ça ne leur serait jamais venu à l'esprit (« À la CPAM ? Pourquoi j'aurai demandé à la CPAM ? Vaut mieux s'adresser à un docteur. Ou bouche à oreille. » ; « Je pensais plus m'entendre dire bah pour ça on peut pas vous aider ça nous regarde pas »).

Les rares fois où les bénéficiaires ont parlé de leurs difficultés, c'était à leurs médecin traitant. Plus largement, le rôle du médecin traitant est apparu, au travers des entretiens, comme très important dans les parcours de soins des bénéficiaires. Comme dans d'autres travaux, c'est en particulier son rôle pour aider les personnes à se diriger dans le système de santé qui a été souligné¹⁸. Pourtant ce rôle est visiblement endossé différemment selon les praticiens. A titre de comparaison, une personne qui a rapporté un refus de rendez-vous d'un spécialiste à son médecin traitant s'est vu encouragé à dénoncer le spécialiste auprès de l'ordre des médecins.

Femme, seule avec enfant, 33 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Il m'a dit qu'il fallait le signaler à l'ordre des médecins, que c'est scandaleux. (...) mais j'ai laissé tomber. (...) Je n'avais pas envie de m'embêter en fait ».

De manière très différente, un assuré raconte que son médecin traitant l'avait dirigé vers un cardiologue qui lui a demandé des dépassements d'honoraire. Le bénéficiaire a donc refusé le rendez-vous (« Et pourtant c'est secteur 1 euh. Vous vous dites attendez, il me la joue comment ? là j'ai dit non aurevoir, c'est bon. ») ce qui a entraîné une nouvelle attente le temps de trouver un nouveau cardiologue et d'obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnable. Il est retourné voir son médecin pour lui expliquer la situation qui lui a dit.

Homme, couple avec enfants, 46 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Bah on va te donner ce médicament là en attendant et t'attendra ton rendez-vous. »

Dans les deux exemples, la CPAM n'est jamais présentée comme « une solution » par les médecins traitants ; dans le deuxième cas, l'illégitimité de la pratique du cardiologue n'est pas discutée, le médecin proposant simplement de prendre en charge la question médicale.

D'autres assurés expliquent cependant avoir rencontré des médecins traitants, mais aussi des spécialistes, des dentistes ou des secrétaires médicales, qui les ont aidés à comprendre leurs droits et les manières de les faire valoir. En tant que professionnels et du point de vue des personnes, leurs explications sur l'absence de dépassements d'honoraires avaient ainsi davantage de poids que le contenu d'une brochure ou d'une plaquette explicative.

Femme, seule avec enfants, 60 ans, CMUC depuis moins de 2 ans : « (à propos de sa période à l'ACS) Donc j'ai là vu autre gynécologue qui a la fin de la consultation m'a annoncé qu'y avait un dépassement de 80 euros, j'étais pas au courant. Donc je l'ai payé. Il m'a dit vous allez voir l'anesthésiste qu'est sur le palier, j'ai été voir l'anesthésiste qui m'a dit y a un dépassement de 50 euros. Là j'ai dit ça commence à bien faire, non. Et mon rendez-vous pour l'intervention était 2-3 jours après, donc j'avais pas tellement le... alors il m'a dit on verra, c'est pour ça que j'ai pas payé le dépassement. Et puis l'intervention a eu lieu et, on m'avait pas dit qu'y aurait un dépassement, toujours pas. Et au moment de payer, enfin de régler les papiers et tout ça, on m'a dit ah mais y a un dépassement mais de toute façon vous vous ne le payez pas parce que

¹⁸ REVIL H., « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire », *Revue Regards*, n°53, 2018/1, pp. 29-41.

vous aide à l'aide à la CMUC donc vous n'avez pas le droit, vous ne payez pas les dépassements. C'est eux qui me l'ont dit. ».

Ainsi dans leurs entretiens, la majorité des bénéficiaires se dit satisfaite de son médecin traitant et certains expliquent également qu'ils les ont aidés à comprendre les bases de la CMUC et ainsi à accéder aux soins (« *dans notre malheur on a eu de la chance de tomber sur les bonnes personnes à chaque fois.* »). Une partie des personnes rencontrées souligne l'honnêteté mais aussi l'humanité de certains médecins, souvent en comparaison d'autres expériences plus difficiles avec leurs précédents praticiens.

Homme, couple avec enfant, 56 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « *Les médecins qu'on côtoie non y a pas de soucis. (...) Des médecins qui sont humains. Qui ont fait leur métier parce qu'ils aimaient leur métier, parce qu'ils avaient envie de soigner les gens. D'autres bon, on sait pas pourquoi ils sont médecin, on comprend pas.* ».

Femme, seule avec enfants, 39 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : (Après la détection d'un début de colonisation du col de l'utérus). « *Donc j'ai appelé tout ça. Il prenait la CMU pas de soucis. Arrivée dans son bureau il m'a dit j'ai un dépassement d'honoraire. Je dis oui mais j'ai la CMU, normalement ça couvre. Il m'a dit non, même 5 euros, même si vous avez 3 euros y a pas de soucis, il m'a dit je prends. (...) Ensuite ben il m'a annoncé un bah un début de cancer, j'avais le cancer. Alors il m'a annoncé ça comme si c'était la fin du monde et qu'il fallait que je paye 150 euros en plus. Le jour de l'intervention. Donc moi j'étais un peu en panique donc j'ai appelé mon médecin traitant. Il m'a conseillé un autre gynécologue, donc je suis allé voir un autre gynécologue. Et lui il m'a dit non vous inquiétez pas, il m'a dit écoutez on prévoit le bloc. (...) "Mais est ce qu'y a un dépassement d'honoraire ? ", il m'a dit non, il m'a dit la sécu nous paye assez, largement assez bien pour pas demander en plus.* »

Dans leurs entretiens, des personnes expliquent également comment un agent de la CPAM ou une secrétaire médicale leur a fait prendre conscience de leurs droits et leur a donné confiance dans la possibilité de les faire appliquer. Lors du focus group, une femme en couple avec enfants expliquait avoir compris ses droits CMUC plusieurs années après en avoir eu le bénéfice, grâce à une visite fortuite à la CPAM (« *Moi c'est une personne de la sécurité sociale qui m'a dit qu'on vous refuse pas parce que vous avez le droit, et si on vous refuse vous nous recontactez. Mais y a pas longtemps que je l'ai appris.* »). Quand ensuite l'enquêtrice lui demande ce qu'elle a pensé à partir de ces explications nouvelles, la bénéficiaire répond : « *La sécu elle est avec moi !* ».

A l'inverse, ces mêmes professions peuvent réduire les possibilités pour les personnes de revendiquer leurs droits. C'est notamment le cas des secrétariats médicaux qui sont en charge de demander les paiements. Si le patient réalise que la demande n'est pas justifiée, sa réaction ne va pas toujours être de le faire savoir. En effet, le risque de réclamer une application de ses droits est de voir ressurgir ou de réactiver les représentations négatives associées aux bénéficiaires de la CMUC. Les personnes ont peur de passer pour des privilégiés qui réclament plus qu'ils n'ont droit. Plusieurs bénéficiaires ont ainsi expliqué que parfois demander la mise en place de ses droits pour les bénéficiaires de la CMUC impliquait de prendre le risque d'une « exposition publique » que les améliorations techniques avaient permis de réduire.

Femme, seule avec enfants, 48 ans, CMUC depuis de 5 ans : « *Quand on a les résultats et que la secrétaire nous rend la carte vitale (prend un ton revêche) « vous avez pas besoin de payer, vous avez l'avance » et puis si la personne à côté a une mutuelle c'est, euh... Je sais pas. C'est arrivé que... enfin c'est, c'est.. Je peux pas dire. Y a un froid vu que y a des personnes qui ont des mutuelles, qui financent, qui payent leurs mutuelles, et je le comprends, et qui font l'avance*

de la radio, et que ça coute cher, un scanner ça coute cher. Et quand c'est bah non vous avez la CMU devant quelqu'un qu'est en train de faire le chèque pour avoir droit à ses radios. Et beh là aussi ça fait une discrimination non dite. Voilà, les gens ils regardent de haut, si, ils regardent comment on est habillés, de suite. ».

Femme, couple avec enfants, 40 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Et même des fois on a honte de demander, c'est comme si on est là et on dit ah non, non, moi je paye pas ! Vous comprenez ? Alors déjà qu'on est, qu'on nous a mis une étiquette et c'est ça. Alors que des fois c'est juste pour comprendre, c'est pas pour, c'est pour qu'on ait des informations en plus, et des fois on arrive pas. (...) Et des fois on est pas seul, y a des personnes derrière nous et tout ça, on bloque l'accueil et tout ça alors on se dit bon allez c'est bon je vais pas me ridiculiser, je vais pas me. (...) Des fois on pose la question, mais tout dépend de la personne derrière. Des fois y a des personnes super gentilles qui expliquent bien leur travail, mais y a des personnes je sais pas si elles ont eu des problèmes chez eux ! (rires) « Bah écoutez moi le médecin, moi c'est comme ça (d'un ton sec). Faut payer ça ! ».

Femme, couple avec enfants, 25 ans, CMUC entre 2 et 5 ans : « Non mais c'est vrai, souvent en face on part avec un agacement en face. Un agacement. Alors qu'on vient avec une confiance, on ose pas trop demander alors on vient avec une confiance que c'est lui le spécialiste donc il sait de quoi il parle. Sauf qu'en fait en face on dirait qu'on tombe sur un rigide ou un agacement tout de suite donc on se referme. ».

Encadré 7 - La prise en compte de la situation sociale des patients par les médecins traitants

Le rôle du personnel médical en général, et du médecin traitant en particulier, apparaît essentiel notamment dans les entretiens de personnes qui présentent des vulnérabilités particulières. Le médecin traitant est ainsi la ressource principale pour l'orientation vers les spécialistes mais aussi pour certaines explications sur le système de santé. Les entretiens ont montré que certains médecins traitants abordaient les problématiques sociales avec leurs patients, prenant en compte leur situation personnelle, notamment financière, dans leurs prescriptions ou dans leurs approches. En outre, certains préviennent quand des médicaments ne sont pas remboursés ou évitent de les prescrire, alors que d'autres ne font pas payer certaines consultations à des moments d'importantes difficultés financières ou informent les personnes de leurs droits potentiels à la CMUC. La prise en compte des situations sociales des patients par certains médecins traitants dépasse ainsi la seule question de la CMUC et peut en l'occurrence avoir un impact important sur l'accès aux soins des bénéficiaires.

Une femme de 55 ans, victime de violences conjugales, raconte ainsi que c'est son médecin traitant actuel qui, après avoir établi le constat pour ses blessures, l'a encouragée à faire la demande de CMUC et l'a dirigée vers une association d'aide aux victimes. Ce soutien et cet accompagnement a été salvateur pour cette bénéficiaire qui précise, à propos de sa situation de l'époque : « *Je n'étais pas en état (de faire des démarches) (...). J'étais sous anti déprimeur. Je préférais me priver (de soins) ».*

De manière moins tragique mais tout aussi révélatrice, des personnes ayant une maîtrise de la langue française réduite ont expliqué que leur médecin traitant était un intermédiaire essentiel entre elles et le système de soin. Une femme seule de 60 ans, arrivée de Turquie il y a plusieurs années, explique par exemple ne pas savoir lire le français et avoir beaucoup de mal à le comprendre, notamment au téléphone. C'est son médecin traitant, qu'elle a depuis son arrivée en

France, qui lui a parlé de la CMUC. C'est aussi lui qui l'aide pour son dossier d'ALD, qui lui prend les rendez-vous avec des spécialistes et qui lui a également conseillé son dentiste actuel. De plus, son médecin reconnaît sa voix quand elle appelle pour prendre rendez-vous, ce qui lui évite des explications inutiles et certaines incompréhensions. Parlant de lui, elle dit : « *Comme mon frère. Après c'est comme famille. (...) Un docteur, il est un vrai docteur. (...) Il parle du cœur.* ».

3.3. Quand la perception du droit est fragile

La CMU C est un droit qui semble devoir être régulièrement « défendu », tout du moins dont les personnes semblent devoir justifier le bénéfice et l'usage. Ainsi même les personnes qui font ce rappel que la CMU C est un droit dans leurs entretiens ont souvent recours à des justifications visant à montrer qu'elles ont cotisé à la Sécurité sociale par le passé et/ou continuent de contribuer au budget de l'Etat par exemple en tant que consommateurs :

Homme, seul, 51 ans, CMUC depuis plus de 5 ans : « Après je paye la TVA. Quand je travaille je paye des impôts. Quand je donne une heure de cours on me prend entre 11 et je ne sais plus, 15% de ce que je gagne. C'est pas que je récupère, mais je cotise quelque part, tout le monde cotise, même le plus petit SDF cotise donc voilà. C'est normal que j'en profite aussi. Et c'est normal aussi que tout le monde en profite. »

La CMUC en tant que droit n'est donc pas une évidence ou un acquis pour les bénéficiaires, ou du moins c'est un acquis qui a besoin d'un renforcement régulier. En théorie, la CMUC est un outil permettant de rendre effectif un droit fondamental : le droit à la protection de la santé. Mais il est difficile pour les bénéficiaires de penser et vivre ce droit comme un élément indiscutable, compte tenu de certaines de leurs expériences vécues auprès de professionnels de la santé, mais aussi des représentations associées à la CMU C et que, nous l'avons dit, la plupart des bénéficiaires a totalement intégrées jusqu'à ne plus en parler (ces représentations étant alors perceptibles dans les discours de justification des personnes par rapport à la CMU C, d'explicitation de l'usage « raisonné » fait des soins...). Les difficultés rencontrées et les représentations négatives intégrées « sabotent » la concrétisation de ce droit théorique. Les bénéficiaires ressentent en revanche avec force leurs devoirs (réduire leurs dépenses, ne pas « abuser »), cela les amenant là encore à se justifier régulièrement par rapport à ce droit qu'on leur accorde (« *bah vous me donnez la CMU déjà, je peux bien donner un peu de mon temps* »).

La CMU C apparaît ainsi comme un droit « fragile » à plusieurs niveaux :

- C'est un droit qui est considéré comme « sous attaques » par la plupart des bénéficiaires. Ainsi plusieurs personnes ont exprimé des craintes quant à l'objectif de l'étude, pensant qu'il pouvait être de remettre en cause le dispositif.
- C'est un droit pensé comme « compliqué à faire appliquer » quand une difficulté se présente. Les connaissances et les ressources des bénéficiaires sont souvent trop faibles pour s'imposer face aux professionnels de santé. Ils ne savent pas vers qui se tourner et ne sont pas suffisamment sûrs de leurs droits.
- C'est un droit « difficile à revendiquer » car associé à une population pauvre et à des stigmates négatifs. Les personnes tentent de se distancer de cette image de « profiteurs » et à une forme de responsabilité/culpabilité qui y est associée. Beaucoup se justifient de peu dépenser ou de réduire leurs remboursements.

Mr M., un ancien maçon de 55 ans, rappelle ainsi les fondements de la CMU C et le principe de solidarité sur lequel il repose : « *N'importe quel être humain il peut tomber à la CMU, devenir chômeur, c'est pas, on est pas à l'abri dans cette société. (...) Parce que le social il est fait pour les gens, ça veut dire euh... Dans l'esprit il y a deux sortes, ça veut dire celui qui tombe on le laisse, on marche dessus et l'autre il dit non, la société là elle a besoin d'aider le vieux, le malade, les gens bref. C'est ça le social.* ». Il finit par conclure, après avoir exposé les différentes difficultés qu'il a rencontrées à faire valoir ses droits en tant que bénéficiaire de la CMU C face à certains professionnels de santé : « *Presque ton droit il devient un combat.* ».

Conclusion

L'enquête qualitative a confirmé une partie des hypothèses de départ, sur les effets paradoxaux de la CMUC, et a ouvert d'autres questionnements.

Les améliorations techniques du dispositif, son acceptation plus large, et l'habituance progressive des personnes, des professionnels de santé et, plus globalement, de la société à la CMUC ont permis de réduire l'impact stigmatisant de cette aide. Les bénéficiaires de la CMUC se sentent ainsi moins rejetés ou marginalisés, notamment parce que cette aide leur paraît s'adresser à une frange toujours plus importante de la société.

Pourtant, les difficultés d'accès aux soins restent une réalité pour une partie des bénéficiaires, et ne se limitent pas aux refus de rendez-vous ou aux demandes de paiement illégitimes. De même, les représentations négatives n'ont pas entièrement disparu et continuent d'être actives, en partie du moins. Ainsi, même si certaines personnes disent ne ressentir aucun jugement en étant à la CMUC, elles vont se distancer régulièrement de la figure du « bénéficiaire-profiteur », ce qui signifie *a minima* qu'elles ont conscience de l'existence de cette figure et de son pouvoir de dépréciation sociale.

Les difficultés, plus ou moins ressenties, que continuent de rencontrer les bénéficiaires, viennent nourrir l'image de la CMUC comme « un privilège fragile » plutôt que comme un droit. Cela peut en l'occurrence contribuer à ce que les bénéficiaires se justifient quasiment systématiquement de l'usage fait de leurs droits et de leurs comportements de soins. Les traitements inégaux même quand ils paraissent sans gravité, comme la demande systématique de l'attestation avec la carte vitale, donnent l'impression aux personnes que ce droit est « sous surveillance ». Alors que certains bénéficiaires ne semblent pas touchés par ces traitements différenciés, n'y lisant aucune discrimination, il peut venir renforcer chez d'autres l'idée que les bénéficiaires de la CMUC doivent se maintenir à une certaine place et que toute l'offre de soin ne leur est pas disponible.

Une des pistes de réflexion mise à jour par l'enquête est ainsi les formes d'évitement et d'auto-sélection que vont mettre en place les bénéficiaires, parfois dans l'objectif affirmé de réduire les risques de refus ou de demandes de paiement, et parfois simplement car ils ont une image de la CMUC comme une « mutuelle de second rang », pour une « population de seconde zone ».

Ces sélections de certaines offres de soins par les personnes peuvent expliquer pourquoi les résultats des *testing* font état de chiffres souvent plus élevés que ceux obtenus ici concernant les refus de rendez-vous en particulier ; on peut imaginer que les enquêtes par *testing* se déploient auprès des praticiens que la plupart des bénéficiaires n'auraient pas envisagé consulter. Elles peuvent aussi aider à comprendre que les personnes bénéficiant depuis longtemps de la CMUC jugent que les difficultés qu'elles ont expérimentées appartiennent au passé.

Les inégalités d'accès aux soins subies par les bénéficiaires de la CMUC sont ainsi profondément et durablement renforcées par les difficultés qu'ils rencontrent. Ces difficultés d'usage de la CMUC ne consistent pas seulement en une contrariété passagère et, pour beaucoup, facilement oubliée, ni en une simple expérience personnelle. Elles renvoient aux personnes et à leurs proches le fait que les risques de refus ou de traitements différenciés sont toujours d'actualité. Associées aux représentations négatives toujours présentes sur les bénéficiaires du dispositif, elles rendent acceptable l'idée que ceux-ci doivent se « contenter » de certains services et de certains soins, et donc réduire en partie leurs demandes, voire leurs besoins.

Les autres pistes de réflexion ouvertes par cette recherche, qui mériteraient d'être approfondies par d'autres enquêtes, sont relatives aux différences de nombre de refus de rendez-vous selon le sexe et à la « dimension protectrice » du couple par rapport à ces refus. Les discours et le sens que donnent les professionnels de santé à ces refus manquent en particulier pour pouvoir apporter davantage d'éléments sur ces points.

L'enquête a en outre montré que le vécu des difficultés, et les préjudices plus ou moins durables qui peuvent en découler, prennent différemment sens, selon les trajectoires personnelles et leur complexité. Au-delà donc des profils sociodémographiques des personnes, c'est bien par rapport à leur trajectoire de vie qu'il conviendrait de comprendre de manière plus approfondie le sens donné aux difficultés, les réactions et les conséquences.

Nous terminerons en soulignant qu'il apparaît nettement dans cette étude que les personnes sont globalement en demande d'information et d'explications sur l'usage de la CMUC et sur les droits qui y sont attachés ; c'est bien aussi d'un moyen pour renforcer leur légitimité à faire appliquer leurs droits dont il est question à travers cette demande d'information et d'explications. Sur ce point et alors qu'elle est clairement identifiée comme une ressource pour l'ouverture et le renouvellement des droits, la CPAM est rarement perçue comme mobilisable en cas de difficultés à faire appliquer ses droits. Même pour ce qui est de s'informer sur certains droits et sur une éligibilité potentielle, c'est davantage vers les professionnels de santé, et vers les médecins traitants préférentiellement, que les personnes se tournent.

Un changement de perspective apparaît cependant possible. Beaucoup de personnes reçues en entretien, identifiant les enquêteurs de l'étude comme « professionnels de la CPAM » étaient en quête d'informations et de confirmations sur leurs droits. Le simple fait de leur dire que la CPAM peut être une ressource pour la connaissance et la « réassurance » de leurs droits a permis à certains d'être rassurés et légitimés sur leur « bon droit ».

Cela indique que la CPAM, en tant qu'institution reconnue et écoutée, peut non seulement fournir des informations essentielles aux bénéficiaires pour connaître et comprendre leurs droits mais également leur apporter une légitimité qui manque à une partie d'entre eux pour les affirmer face à certains professionnels de santé. C'est bien ainsi d'une possibilité pour la CPAM de faciliter l'accès plein et entier à tous les bénéfices permis par la CMUC et à l'intégralité de l'offre de soin accessible dont il est question. Pour gagner en efficacité, ce travail de « réassurance » devrait pouvoir compter sur la contribution des médecins traitants qui restent une référence essentielle pour les personnes reçues en entretien et/ou encore des assistants médicaux prévus dans le nouveau plan santé.

Annexe 1 : Complément à l'encadré 4

Analyse des résultats statistiques : des difficultés davantage liées à certaines spécialités médicales plutôt qu'à des profils de bénéficiaires particuliers.

L'analyse des résultats montre que ce sont avant tout certaines spécialités médicales qui sont davantage « refusantes ». Les profils des bénéficiaires ne semblent influencer que faiblement le risque pour les personnes de rencontrer une difficulté. Des éléments laissent cependant penser que les personnes seules, avec ou sans enfants, mais aussi les hommes, peuvent être des populations davantage exposées à certaines difficultés. Mais des recherches plus étendues seraient nécessaires pour confirmer ces tendances, la population étudiée ici est trop réduite pour autoriser davantage que la formulation prudente de tendances et d'hypothèses. En gardant à l'esprit ces précautions, voici le détail des analyses statistiques :

- 1) La consommation de soins : un critère explicatif pour certaines difficultés, mais qui doit être associé à d'autres facteurs

Le choix méthodologique d'intégrer une part d'échantillon à l'intérieur de l'enquête avait pour objectif de tester plus précisément certaines hypothèses. Avec le maintien d'un échantillon principal, basé uniquement sur des critères socio-démographiques lui permettant d'être représentatif de la population CMUC du Gard, la possibilité de faire des comparaisons fructueuses nous est offerte. Ces échantillons permettent notamment d'analyser plus précisément l'effet du niveau de consommation de soins et du bénéfice d'une ALD.

- Les refus de rendez-vous

En ce qui concerne les refus de rendez-vous, on peut penser que le niveau de consommation de soins est une ligne de partage importante. En effet, le risque de se voir opposer un refus devrait augmenter avec le nombre de tentatives. D'après les résultats de l'enquête, il semble que la relation entre consommation de soins et refus de rendez-vous soit cependant plus complexe.

Si on ne prend que ce critère, en remaniant les échantillons¹⁹ on obtient effectivement entre les échantillons basés sur une faible consommation de soins (échantillon 2 et 3) et celui basé uniquement sur une forte consommation de soins, l'échantillon 4, un écart très important de 26 points. De la même façon, si on prend comme étalon l'échantillon principal basé uniquement sur des critères sociodémographiques, qui est le critère le plus représentatif, on constate que l'échantillon 4 de forts consommateurs de soins est supérieur de 8 points pour les personnes ayant déjà eu un refus de rendez-vous. La part des personnes ayant vécu des refus multiple (plus d'une expérience de refus) est également plus importante (31,25% de refus multiple parmi les personnes ayant décrits des refus contre 4,54% pour l'échantillon principal). Même en tenant compte des différences d'effectifs (l'échantillon 4 réunit 16 personnes contre 44 pour l'échantillon principal), l'écart est significatif.

Nombre de Numéro entretien	Refus de rendez-vous de la part d'un PS en lien avec la CMUC			
	Jamais	Multiple	Une fois	Total général
1	84,62%	0,00%	15,38%	100,00%
2	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
3	77,78%	22,22%	0,00%	100,00%

¹⁹ Ce remaniement permet d'obtenir des effectifs similaires et suffisants entre les échantillons (respectivement 17 et 16 assurés pour les échantillons 2+3 et 4).

2+3	88,23%	11,77%	0,00%	100,00%
4	62,50%	31,25%	6,25%	100,00%
5	90,91%	0,00%	9,09%	100,00%
Principal	70,45%	4,55%	25,00%	100,00%
Total général	76,24%	8,91%	14,85%	100,00%

Pourtant les résultats de l'échantillon 5 invite à complexifier l'hypothèse. Cet échantillon réunit des personnes en ALD, avec de fortes consommations de soins et ayant consulté au moins 4 spécialistes en secteur 2 au cours des deux dernières années. De plus, toutes ces personnes résident à Nîmes, afin de réduire dans l'analyse l'impact des inégalités territoriales en matière d'offre de soin. Seule une personne de ce petit échantillon, de 11 personnes, déclare avoir eu un refus de soin, une seule fois, par un dentiste.

La consommation de soins semble donc un critère explicatif important dans le refus de rendez-vous, mais il est loin d'être exclusif. D'autres critères entrent en jeu, qui peuvent renforcer ou inverser l'effet de ce critère : l'orientation par son médecin traitant, le niveau de connaissance du système de santé, la sélection en amont des professionnels de santé sollicités... Il faut ajouter aussi le paramètre de fidélité des assurés, les personnes à fortes consommations ne vont pas systématiquement chez des nouveaux praticiens, elles vont simplement plus fréquemment chez les mêmes.

On peut ajouter que les personnes en ALD, de manière encore plus marquée pour des ALD de moins de 2 ans, ont fait part d'un taux de refus légèrement plus faible que les personnes sans ALD.

Refus de rendez-vous de la part d'un PS en lien avec la CMUC	Avec ALD	Sans ALD	ALD sur 2 ans	ALD de moins de 2 ans	Total général
Jamais	72,97%	78,13%	79,31%	50,00%	76,24%
Multiple	13,51%	6,25%	13,79%	12,50%	8,91%
Une fois	13,51%	15,63%	6,90%	37,50%	14,85%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Aucune conclusion définitive ne peut être faite de ces chiffres pris seuls, les échantillons restreint autorisant seulement l'énoncé d'hypothèses. L'analyse qualitative développée en partie V permet de donner de la matière aux tendances dévoilées.

- Les demandes de paiement illégitimes

En ce qui concerne les demandes de paiement, le critère de la consommation de soins n'apparaît pas comme un critère aggravant. Au contraire, selon les chiffres la forte consommation de soins serait même un élément protecteur. En effet, l'échantillon 4 (fortes consommations de soins) a le taux de paiement illégitime le plus faible (6,25%), bien que les échantillons de faibles recours aux soins (3+4) aient effectivement un taux moins élevé que celui de l'échantillon principal (17,65% contre 29,55%).

Type d'échantillon	Demande de paiement dont la légitimité/l'illégitimité n'est pas établie	Demandes de paiement illégitimes	Demande de paiement légitimes	Aucune demande de paiement	Total général
1	0,00%	30,77%	7,69%	61,54%	100,00%
2	0,00%	25,00%	25,00%	50,00%	100,00%

3	11,11%	11,11%	0,00%	77,78%	100,00%
2+3	5,88%	17,65%	11,76%	64,70%	100,00%
4	0,00%	6,25%	43,75%	50,00%	100,00%
5	0,00%	27,27%	18,18%	54,55%	100,00%
Principal	4,55%	29,55%	11,36%	54,55%	100,00%
Total général	2,97%	23,76%	16,83%	56,44%	100,00%

Bien que les résultats de l'échantillon 3 incitent à interroger le critère ALD, il apparaît qu'aucune différence notable existe entre le taux des personnes en ALD ayant eu des demandes de paiement illégitimes (24,32%) et celui des personnes sans ALD (23,44%).

	Demande de paiement dont la légitimité/l'illégitimité n'est pas établie	Demandes de paiement illégitimes	Demande de paiement légitimes	Aucune demande de paiement	Total général
Avec ALD	5,40%	24,32%	16,22%	54,05%	100,00%
Sans ALD	1,56%	23,44%	17,19%	57,81%	100,00%
ALD sur 2 ans	6,90%	24,14%	13,79%	55,17%	100,00%
ALD moins de 2 ans	0,00%	25,00%	25,00%	50,00%	100,00%
Total général	2,97%	23,76%	16,83%	56,44%	100,00%

C'est même la tendance inverse qui apparaît quand on prend en compte les effets de l'échantillonnage. En effet, les échantillons 3 et 5 intègrent le critère ALD en l'associant à d'autres, ce qui influence sur les profils spécifiques des ALD dans la population de l'enquête. Ainsi, si on prend seulement l'échantillon principal, on obtient des taux plus élevés de demandes de paiement illégitimes pour les personnes en ALD.

	Demande de paiement dont la légitimité/l'illégitimité n'est pas établie	Demandes de paiement illégitimes	Demande de paiement légitimes	Aucune demande de paiement	Total général
Avec ALD	8,33%	33,33%	16,67%	41,67%	100,00%
Sans ALD	3,13%	28,13%	9,38%	59,38%	100,00%
ALD sur 2 ans	11,11%	33,33%	11,11%	44,44%	100,00%
ALD moins de 2 ans	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	100,00%
Total général	4,55%	29,55%	11,36%	54,55%	100,00%

La limite de cette méthode est de réduire la population étudiée (44 personnes dont 12 en ALD) et donc de rendre l'analyse statistique impossible ou très peu pertinente. Il ressort cependant qu'en enlevant le biais des profils spécifiques, les taux de demande de paiement illégitimes augmentent pour tous, mais de manière plus importante pour les personnes en ALD. Leur taux de demandes illégitimes est ainsi supérieur de plus de 5 points à celui des personnes sans ALD. L'ALD n'est donc pas un facteur protecteur en soi, malgré les résultats de l'échantillon 3. D'autres éléments doivent être intégrés dans l'analyse.

2) Les difficultés en fonction du profil sociodémographique des bénéficiaires

- Selon le sexe : les hommes reportent davantage de refus de rendez-vous

Au niveau du rapport à la santé et de l'accès aux soins, de nombreuses études font état de différences de résultats selon le sexe. Les femmes sont ainsi plus nombreuses parmi les populations en renoncements (56,6% de la population en renoncement sont des femmes selon une enquête quantitative auprès de 18 caisses menée par l'Odenore²⁰). Elles démontreraient également une plus grande attention sur les questions de santé que les hommes selon certaines études²¹.

Au niveau de la CMUC dans le Gard, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à en bénéficier. Elles sont également surreprésentées dans notre panel, elles constituent en effet 62,38% des personnes reçues en entretien.

Contrairement aux résultats des enquêtes de renoncements, les hommes sont relativement plus nombreux à faire part d'une difficulté d'accès aux soins spécifique, le refus de rendez-vous.

28,95% des hommes interrogés ont déjà eu au moins un refus de la part d'un professionnel de santé, contre 20,63% des femmes. Les hommes déclarent également davantage de refus multiple, alors que les femmes déclarent majoritairement des refus simples, isolés : 63,62% des hommes ayant déclaré avoir déjà expérimenté un refus de soin, expliquent que ces refus ont été multiples (au moins deux refus expérimentés) contre 15,36% des femmes.

	Avez-vous déjà eu un ou des refus de rendez-vous par un professionnel de santé du fait de la CMUC ?			
Sexe	Jamais	Multiple	Une fois	Total général
Femme	79,37%	3,17%	17,46%	100,00%
Homme	71,05%	18,42%	10,53%	100,00%
Total général	76,24%	8,91%	14,85%	100,00%

L'écart apparaît encore plus important si on ne prend que l'échantillon principal.

	Avez-vous déjà eu un ou des refus de rendez-vous par un professionnel de santé du fait de la CMUC ?			
Sexe	Jamais	Multiple	Une fois	Total général
Femme	74,19%	3,23%	22,58%	100,00%
Homme	61,54%	7,69%	30,77%	100,00%
Total général	70,45%	4,55%	25,00%	100,00%

On peut préciser qu'au niveau de la nature des professionnels refusant, les hommes ayant eu de multiples refus évoquent davantage différents spécialistes (orthodontie, ophtalmologue, chirurgien) alors que les femmes citent davantage les refus de dentistes.

²⁰ REVIL H., *Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)*, Odenore, 2016.

²¹ ALIAGA C., *Les femmes sont plus attentives à leur santé que les hommes*, Paris, INSEE première, n°869, 2002.

Nature des PS refusant selon le sexe des personnes refusées	Refus de rendez-vous		
	Multiple	Une fois	Total général
Femme	22,22%	73,33%	54,17%
Autre spécialiste	0,00%	26,67%	16,67%
Dentiste	22,22%	46,67%	37,50%
Homme	77,78%	26,67%	45,83%
Autre spécialiste	44,44%	13,33%	25,00%
Dentiste	0,00%	13,33%	8,33%
Ophthalmo	11,11%	0,00%	4,17%
Orthodontiste	11,11%	0,00%	4,17%
Non renseigné	11,11%	0,00%	4,17%
Total général	100,00%	100,00%	100,00%

A titre de comparaison, on peut noter que les diverses études utilisant le *testing* n'ont pas retenu le critère du sexe comme élément discriminant. Différents scénarios et *backgrounds* biographiques sont testés du côté des acteurs (mauvaise maîtrise du français pour un des acteurs de l'enquête du fond CMU de 2006, « origine ouvrière ou classe moyenne » pour l'enquête de l'IRDES menée par C. Després en 2009) mais seul le sexe des praticiens est intégré comme variable d'analyse. L'enquête de l'IRDES fait cependant état de différence de résultats selon les deux acteurs hommes, ce qui tend à montrer que chez certains praticiens le refus des bénéficiaires de la CMUC n'est pas systématique et est influencée par d'autres critères.

« Ainsi, il apparait que des différences entre acteurs émergent : Jean-Paul semble avoir une moindre probabilité de refus que Christian alors que sa manière de se présenter apparaissait plus caricaturale, plus tirée vers les catégories précaires que son alter ego, Christian. On peut l'interpréter comme l'effet d'une forme de compassion. Pour les autres acteurs, il n'y a pas de différence, en contrôlant sur les variables habituelles ».

Les écarts selon le sexe relevés dans notre enquête sont suffisamment importants pour nous interroger. Il serait nécessaire de mener une recherche plus spécifique pour comprendre mieux ces différences de résultats. De nombreux critères entrent en jeu, à la fois objectifs (les différences de consommations de soins selon le sexe) et davantage subjectifs (le rapport au refus, ce que la mémoire met en avant).

Le critère explicatif majoritairement avancé pour expliquer la sous-représentation des hommes dans les enquêtes de renoncement, qui sont déclaratifs, est leur moindre attention aux questions de santé en comparaison aux femmes. Les différences de socialisation peuvent également expliquer certaines difficultés à se positionner comme « en renoncement » et donc en partie comme victime ou plaignant, ce qui va à l'encontre des modèles de masculinités dominants.

Il est possible qu'un questionnement sur des éléments plus factuels, « Avez-vous eu des refus de rendez-vous », réduit en partie l'incidence de l'attention aux questions de santé et peut neutraliser ou faire intervenir différemment les différences de socialisations genrées. Ce qui expliquerait en partie cette inversion des résultats. L'autre hypothèse qui nécessiterait une recherche à part, est celle d'un traitement effectivement différencié des hommes et des femmes de la part d'une partie des praticiens.

Pour la question des demandes de paiement illégitimes, il n’y a presque aucune différence selon le sexe. Ainsi, 20,63% des femmes interrogées et 21,05% des hommes déclarent avoir déjà dû faire face à ce type de demande.

Selon le sexe	Demande de paiement dont la légitimité/l’illégitimité n’est pas établie	Demandes de paiement illégitimes	Demande de paiement légitimes	Aucune demande de paiement
Femme	4,76%	20,63%	25,40%	49,21%
Homme	5,26%	21,05%	5,26%	68,42%
Total général	4,95%	20,79%	17,82%	56,44%

On peut noter que les demandes de paiement légitimes, hors panier de soins, sont au contraire très différentes selon le sexe. Elles concernent en effet plus d’un quart des femmes interrogées contre seulement 5,26% des hommes. Cette enquête ne portait pas sur ces questions, il n’y a donc pas de données exploitables qui puissent davantage éclairer cette différence. On peut simplement préciser que ces demandes de paiement, pour les femmes et les hommes, concernait, quand leur nature était précisée, des médicaments non remboursés ou en partie seulement, de l’ostéopathie, des soins dentaires non pris en charge (couronne en céramique) et de l’orthodontie.

- Selon la situation familiale : le couple comme élément protecteur et les enfants comme facteur aggravant selon le type de difficultés

Pour rappel et afin que les statistiques proposées plus bas puissent avoir du sens, on comptait parmi les personnes reçues en entretiens 20 couples avec enfants, 13 couples sans enfants, 41 personnes seules et 27 familles monoparentales.

Ce sont les personnes seules (26,3%) et les familles monoparentales (25,93%) qui ont les taux les plus élevés concernant les refus de rendez-vous en lien avec la CMUC. Viennent ensuite les couples avec enfants (20%) et enfin les couples avec un taux de 14,38% (des 13 couples présents dans l’échantillon). Alors que la dimension protectrice du couple apparaît fréquemment sur d’autres thèmes²², notamment dans les recherches concernant le renoncement, on peut s’interroger sur le fonctionnement de cette protection dans ce cadre.

Situation familiale	Refus de rendez-vous par un PS en lien avec la CMUC			
	Jamais	Multiple	Une fois	Total général
Couple avec enfant	80,00%	20,00%	0,00%	100,00%
En couple	84,62%	7,69%	7,69%	100,00%
Seule	72,50%	5,00%	22,50%	100,00%
Seule avec enfant	75,00%	7,14%	17,86%	100,00%
Total général	76,24%	8,91%	14,85%	100,00%

Ces résultats sont confirmés avec l’échantillon principal.

Echantillon principal	Refus de rendez-vous par un PS en lien avec la CMUC
-----------------------	---

²² GUEGEN A., PLESSZ M., « À qui profite le couple ? Une étude longitudinale de l’alimentation à l’intersection du genre, de la situation conjugale et du statut social », *Revue française de sociologie*, vol 58, 2017, p.545-576.

Situation familiale	Jamais	Multiple	Une fois	Total général
Couple avec enfant	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
En couple	83,33%	0,00%	16,67%	100,00%
Seule	57,89%	5,26%	36,84%	100,00%
Seule avec enfant	66,67%	8,33%	25,00%	100,00%
Total général	70,45%	4,55%	25,00%	100,00%

On remarque que les refus sont à l'inverse davantage multiples proportionnellement (même si moins nombreux) pour les couples, avec ou sans enfants que pour les personnes seules, avec ou sans enfants, qui déclarent avant tout des refus uniques.

Situation familiale	Refus de rendez vous		
	Multiple	Une fois	Total général
Couple avec enfant	100,00%	0,00%	100,00%
En couple	50,00%	50,00%	100,00%
Seule	18,18%	81,82%	100,00%
Seule avec enfant	28,57%	71,43%	100,00%
Total général	37,50%	62,50%	100,00%

Au niveau des demandes de paiement illégitimes, ce sont les personnes avec enfants, en couple ou non, qui rapportent davantage cette difficulté à un taux très supérieur aux ménages sans enfants (30% des couples avec enfants et 35,71% des familles monoparentales). A titre de comparaison, une seule des 13 personnes en couple sans enfant a fait part de demande de paiement illégitime.

Situation familiale	Demande de paiement dont la légitimité/l'illégitimité n'est pas établie	Demandes de paiement illégitimes	Demande de paiement légitimes	Aucune demande de paiement	Total général
Couple avec enfant	5,00%	30,00%	15,00%	50,00%	100,00%
En couple	7,69%	7,69%	7,69%	76,92%	100,00%
Seule	2,50%	17,50%	17,50%	62,50%	100,00%
Seule avec enfant	0,00%	35,71%	21,43%	42,86%	100,00%
Total général	2,97%	23,76%	16,83%	56,44%	100,00%

Il est difficile compte tenu du matériel de l'enquête et des différences d'effectifs totaux selon les situations familiales de commenter davantage ce constat.

3) Les difficultés tenant compte de la nature des professionnels de santé

Même si certaines catégories socio-démographiques semblent davantage confrontées aux refus de rendez-vous en lien avec la CMUC (hommes et personnes seules), les chiffres font avant tout ressortir des spécialités médicales plus enclines à refuser. En cohérence avec les enquêtes de *testing*, ce sont ainsi les dentistes qui sont les plus cités par les personnes : 46,43% des refus rapportés, suivis des orthodontistes cités 3 fois et des chirurgiens cités 2 fois.

(En effectif et %)	Refus de rendez-vous
--------------------	----------------------

Nature des PS	Multiple	Une fois	Total général	Total en %
Dentiste	4	9	13	46,43%
Orthodontiste	3	-	3	10,71%
Chirurgien	-	2	2	7,14%
Ophtalmo	1	-	1	3,57%
Généraliste	1	-	1	3,57%
Radiologue	-	1	1	3,57%
Neurochirurgien	1	-	1	3,57%
Podologue	-	1	1	3,57%
Spécialité non précisée	3	2	5	17,86%
Total général	13	15	28	100%

A noter que les personnes ne précisent pas toujours la spécialité médicale du praticien ayant refusé. Parfois il a été oublié lors de l'entretien de demander cette précision, parfois les personnes expliquent se souvenir du refus mais pas de la spécialité du praticien. Comme on le verra, pour beaucoup les refus de rendez-vous sont des incidents minimes et anecdotiques qui ne méritent pas qu'on s'y arrête.

Si sur le plan des dentistes, ces résultats confortent ceux des enquêtes de *testing*, il fait également apparaître d'autres spécialités non étudiées par ces enquêtes. C'est le cas notamment des orthodontistes et des chirurgiens. Que ces spécialités plus rares apparaissent ne permet pas de mesurer l'ampleur des refus qu'elles pratiquent mais donne un indice sur leur importance.

Au contraire certaines spécialités sont faiblement citées en comparaison des constats dressés par les différentes recherches utilisant le *testing*. C'est le cas des ophtalmologues, cités une seule fois, et des gynécologues. Les refus de rendez-vous par des gynécologues n'ont jamais été cités alors que pour exemple dans l'enquête de l'IRDES de 2009, c'était la profession avec le taux de refus le plus élevé (38,1% de taux pondéré). On peut ainsi s'étonner que sur les 63 femmes interrogées, dont certaines bénéficient de la CMUC depuis plus de 10 ans, aucune n'ait eu d'expériences de refus de rendez-vous gynécologique. Mais il faut garder à l'esprit que le *testing* de l'IRDES portait uniquement sur des praticiens installés dans Paris intramuros. L'enquête de la CIIS de 2009 qui portait sur 11 grandes villes faisait état d'un taux de refus de 28% chez les gynécologues en moyenne.

Les gynécologues apparaissent cependant dans les demandes de paiement illégitimes. C'est la troisième spécialité citée, par 3 personnes. Ce sont en premier lieu les rendez-vous chirurgicaux qui donnent lieu à des demandes de rendez-vous, que ce soit pour une opération en urgence, une première visite ou un contrôle post-opératoire. Les soins dentaires sont ensuite cités par 6 personnes.

Nature du professionnel de santé	Demandes de paiement illégitimes (en effectif)	En %
Chirurgien	7	29,17%
Dentaires	6	25,00%
Gynécologue	3	12,50%
Ophtalmologiques	2	8,33%
Cardiologue	2	8,33%
Gastroentérologue	1	4,17%
Soins infirmiers	1	4,17%
Examens	1	4,17%
Kiné	1	4,17%
Total général	24	100%

Table des matières

Introduction générale	4
Etat de la question	4
Choix méthodologique	7
Encadré 1 - Analyse statistique et échantillonnage.....	8
Comparaison des profils des enquêtés et des profils des bénéficiaires de la CMU C dans le Gard	9
Plan du rapport	12
I- Une satisfaction importante envers la CMU C, un dispositif jugé sécurisant et accessible par la majorité des bénéficiaires	13
1) UNE PRECARITE FORTE ET DES RUPTURES DE VIE POUR LA MAJORITE DES ENQUETES	13
1.1. <i>Des restes à vivre très réduits</i>	13
1.2. <i>Quelques salariés, souvent précaires, et des personnes éloignées de l'emploi</i>	14
1.3. <i>Des ruptures familiales et/ou professionnelles</i>	15
1.4. <i>Une majorité de personnes bénéficiaires de la CMUC depuis plus de cinq ans</i>	16
2) POUVOIR REALISER DES SOINS ET ETRE « SECURISEES » PAR RAPPORT AU RISQUE DE LA MALADIE ..	16
2.1. <i>Réduire les inquiétudes par rapport aux soins, savoir que l'on peut se soigner</i>	16
2.2. <i>L'importance de l'absence d'avance de frais et de ne pas devoir financer une complémentaire</i>	18
3) UNE OUVERTURE DES DROITS PEU PROBLEMATIQUE ET DES RENOUELEMENTS DE CMUC QUI SE PASSENT GLOBALEMENT BIEN	19
3.1. <i>Une année de sécurité par rapport aux soins mais quelques doutes sur l'avenir</i>	19
3.2. <i>Près de la moitié des enquêtés fait part de difficultés, plus ou moins importantes, concernant le dossier de première demande</i>	19
3.3. <i>Un dossier de renouvellement jugé plus simple mais un besoin de guidance qui subsiste</i>	21
3.4. <i>Des non-renouvellements minoritaires, et subis plutôt que choisis</i>	22
II- Un accès aux soins « renforcé » par la CMUC, mais quelques réserves et renoncements toujours présents	24
1) UN PLUS GRAND ACCES AUX SOINS	24
1.1. <i>Les soins qui semblent inaccessibles sans CMUC</i>	24
1.2. <i>Des « sorties » ou des « évitements » de renoncement grâce à la CMUC</i>	25
1.3. <i>Quelques réserves s'agissant des remboursements dentaires notamment</i>	26
2) DES RENONCEMENTS ACTUELS POUR LES PERSONNES ENQUETEEES	27
2.1. <i>Des renoncements toujours présents</i>	27
2.2. <i>Des taux importants, mais à relativiser compte tenu des échantillons</i>	27
2.3. <i>Types de soins renoncés et raisons des renoncements</i>	28

2.4. <i>Les raisons des renoncements</i>	29
III- Des représentations « nuancées » sur la CMU C qui amènent les bénéficiaires à se justifier de leurs comportements de soins, mais qui impactent peu leur décision de demander la prestation	30
1) POUR UNE PARTIE DES BENEFICIAIRES, UN DISPOSITIF VECU COMME MOINS STIGMATISANT QUE PAR LE PASSE	31
1.1. <i>Des améliorations techniques et une moindre exposition publique</i>	31
1.2. <i>Un dispositif et des bénéficiaires mieux acceptés par les professionnels de la santé et la société</i> 32	
2) UN SENTIMENT DE HONTE ET DE CULPABILITE QUI CONTINUE D’ETRE PRESENT POUR CERTAINS	33
2.1. <i>Des expériences plus ou moins traumatiques</i>	33
2.2. <i>Un sentiment de honte qui persiste chez certains bénéficiaires sans que des difficultés aient nécessairement été expérimentées</i>	33
3) DES REPRESENTATIONS PAR RAPPORT AUX BENEFICIAIRES DE LA CMU C QUI PEUVENT AMENER LES PERSONNES A SE JUSTIFIER DE LEUR UTILISATION DES SOINS ET DU DISPOSITIF	35
3.2. <i>Ne pas abuser, être redevable</i>	35
4) DES BENEFICIAIRES QUI SE DEFENDENT DES REPRESENTATIONS LES ASSOCIANT A DES « PROFITEURS » OU CHERCHENT A S’EN DEFAIRE	37
5) DES REPRESENTATIONS QUI ONT EN REVANCHE PEU D’EFFET DIRECT SUR LA DECISION DE DEMANDER LA CMU C OU SON RENOUVELLEMENT	38
IV- Des difficultés multiples dans l’usage de la CMU C, rencontrées par plus de 40% des personnes interrogées	40
1) LE SPECTRE DES DIFFICULTES D’USAGE : DE QUOI PARLE-T-ON ?	40
1.1. <i>Discriminations et traitements différenciés</i>	40
1.2. <i>S’intéresser aux pratiques inégalitaires et illégitimes plutôt qu’aux pratiques illégales</i> 41	
Encadré 2 - L’estimation des difficultés.....	41
1.3. <i>Clarification des difficultés et des catégorisations utilisées dans ce rapport</i>	42
2) QUELQUES ESTIMATIONS CONCERNANT LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE PAR RAPPORT AUX BENEFICIAIRES DE LA CMUC	43
Encadré 3 - Les données brutes des difficultés rencontrées par les bénéficiaires interrogés..	43
2.1. <i>Les refus de rendez-vous « directs »</i>	43
2.2. <i>Les demandes de paiement illégitimes</i>	44
3) LES RESSENTIS NEGATIFS DES BENEFICIAIRES : « PRISES EN CHARGE DIFFERENCIEES » ET/OU DE « VEXATION/STIGMATISATION »	46
3.1. <i>Moindre qualité des soins et prise en charge différenciée</i>	46
3.2. <i>Vexation et/ou stigmatisation</i>	47
Encadré 4 - Résumé des principaux résultats de l’analyse statistique : des hommes plus « refusés » et des dentistes davantage « refusants ».....	49

4) LES AUTRES PRATIQUES QUI PEUVENT REDUIRE L'ACCES AUX SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC	
50	
4.1. <i>La demande d'attestation : une pratique difficile à qualifier et à quantifier</i>	50
4.2. <i>Les devis hors « panier de soins »</i>	52
4.3. <i>Les refus indirects</i>	54
Encadré 5 - La réorientation vers des créneaux spécifiques : un cadre légal mais une pratique illégitime.....	55
4.4. <i>La question de la qualité des soins dentaires</i>	56
V- Conséquences des difficultés d'usage de la CMUC et actions/réactions des bénéficiaires...	57
1) LES CONSEQUENCES ET REACTIONS FACE AUX DIFFICULTES	57
1.1. <i>Des risques « attendus » et vécus comme anodin par une majorité des enquêtés</i>	57
1.2. <i>Les réactions des assurés</i>	59
2) LES COMPORTEMENTS MIS EN PLACE POUR EVITER LES TRAITEMENTS DIFFERENCIES ET AUTO-RESTRICTIONS DANS L'ACCES AUX SOINS	60
2.1. <i>Toujours prévenir du bénéfice de la CMUC ou ne jamais prévenir</i>	60
2.2. <i>Quelques limitations dans le droit de choisir et de changer de médecins</i>	61
2.3. <i>Auto-sélection et/ou évitement de certains praticiens, entre stratégies et intériorisation des contraintes</i>	62
3) DES INSUFFISANCES DANS LA CONNAISSANCE ET LA RECONNAISSANCE DES DROITS QUI ENTRAINENT DES DIFFICULTES A LES FAIRE VALOIR POUR LES BENEFICIAIRES	63
3.1. <i>Des connaissances majoritairement faibles ou fragiles</i>	63
Encadré 6 - Peu d'explications reçues ou assimilées, des connaissances davantage empiriques	64
3.2. <i>Les difficultés à revendiquer ses droits et le manque de soutien identifié</i>	65
Encadré 7 - La prise en compte de la situation sociale des patients par les médecins traitants	68
3.3. <i>Quand la perception du droit est fragile</i>	69
Conclusion	71
Annexe 1 : Complément à l'encadré 4	73
Table des matières	81