

ODENORE
Observatoire des non-recours
aux droits et services

09 | 2019
WORKING
PAPER
#25

LES EFFETS
PARADOXAUX
DE LA COUVERTURE
MALADIE UNIVERSELLE
COMPLÉMENTAIRE
(CMU-C)

Grégory Beltran
Hélène Revil

Les effets paradoxaux de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

En janvier 2019, plus de 5,6 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C en France. Ce dispositif voté en 1999 et mis en place en 2000 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. La CMU-C a pour ambition de lever les freins financiers à l'accès aux soins des ménages à faibles ressources. Les recherches sur le renoncement aux soins montrent l'effet protecteur de ce dispositif¹.

Parallèlement, des travaux ont très tôt fait état de difficultés d'accès aux soins autres que financières induites par la CMU-C. Ainsi, dès les premières années de sa mise en place, des associations ont dénoncé les refus de rendez-vous discriminatoires dont étaient victimes les bénéficiaires de la prestation². Pour donner corps à ces dénonciations, des enquêtes par *testing* ont été menées dès 2002. L'année suivante, la DREES s'est également intéressée à ce phénomène en interrogeant des bénéficiaires de la CMU-C sur leurs expériences de refus de rendez-vous. Par la suite, plusieurs études ont été conduites par l'IRDES et le Fonds CMU pour approfondir la connaissance des difficultés d'accès aux soins vécues par les bénéficiaires de la CMU-C³. Ces enquêtes qui s'intéressaient principalement aux refus de rendez-vous, montraient des taux significatifs mais variant fortement selon les spécialités professionnelles et/ou la localisation géographique des médecins.

A l'heure actuelle, même si ce genre d'enquêtes est moins fréquent, des traitements discriminatoires vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C sont régulièrement dénoncés. Ainsi en 2016, le Défenseur des droits accusait les plateformes de rendez-vous médicaux en ligne « d'accueillir » les mentions discriminatoires de certains praticiens. Pourtant depuis la mise en place de la CMU-C, plusieurs avancées ont été faites que ce soit pour lutter contre ces pratiques discriminatoires et/ou permettre aux personnes qui en font l'expérience de les signaler. On peut par exemple penser à la mise en place, en 2006, d'un conciliateur au sein de chaque caisse primaire et à l'instauration, quelques années plus tard, d'une commission d'évaluation des refus de soins pour chaque ordre professionnel. Certaines améliorations techniques ont parallèlement permis de réduire les « lourdeurs » administratives qui « justifiaient » les traitements discriminatoires selon certains professionnels de santé.

¹ Voir par exemple Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012) : « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie Publique*, n°28-29-2012/1-2, 123-147 ou Revil H., Bailly S. et N. Daabek, « Synthèse des analyses quantitatives descriptives du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) », Odenore, Cnam, février 2019.

² 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

³ Desprès 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

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'étude sur les effets paradoxaux de la CMU-C. Le paradoxe étudié est le fait qu'un dispositif visant à universaliser l'accès aux soins puisse dans le même temps être vecteur de restrictions dans cet accès. L'objectif principal de l'étude voulue par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard, et menée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), était de participer à actualiser les connaissances sur les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Il s'agissait également de s'intéresser à la nature variable de ces difficultés, qui ne se résument pas aux refus de rendez-vous directs et comprend notamment les demandes de paiements illégitimes ou encore les « prises en charges inégalitaires ».

Présentation de l'enquête

Une CPAM engagée dans l'accès aux droits et aux soins

L'enquête est née d'une volonté de la CPAM du Gard de mieux comprendre la persistance de certaines difficultés d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C. Pour ce faire, la caisse a fait appel à l'ODENORE avec lequel elle travaille depuis presque 10 ans autour du renoncement aux soins notamment. La CPAM du Gard est ainsi une caisse engagée et innovante sur les questions liées à l'accès aux droits et aux soins. C'est notamment dans ce département qu'a été développé le dispositif PFIDASS (Plateforme d'intervention pour l'accès aux soins et à la santé) et que le premier Baromètre du renoncement aux soins (BRS) a été mis en place.

Dans le Gard, au niveau de la CMU-C et de l'ACS, des actions proactives ont vu le jour depuis plusieurs années en matière de détection et de recherche d'éligibilité, avec envoi de courriers explicatifs sur les différents droits aux bénéficiaires potentiels. De la même façon, il est rappelé aux bénéficiaires de la CMU-C les dates de renouvellement par courrier, afin d'éviter les périodes sans protection. Des efforts d'explication des droits afférents à la CMU-C ont également été entrepris, avec par exemple la mise en place d'entretiens individuels avec les nouveaux bénéficiaires (5 446 rendez-vous en 2017).

Une population majoritairement précaire et au profil sociodémographique diversifié

L'étude a porté sur 101 personnes, toutes reçues en entretien individuel. Ces personnes ont été sélectionnées en fonction de critères de représentativité. Ainsi le panel suit les principales caractéristiques de la population bénéficiaire de la CMU-C dans le Gard, notamment au niveau du sexe, de l'âge et de la composition familiale. Dans la population CMU-C gardoise comme dans l'enquête, les femmes sont majoritaires (leur surreprésentation est toutefois plus importante dans l'enquête) ; les parts des plus de 40 ans et des personnes en couple sans enfant sont également plus importantes dans notre échantillon qu'au sein de la population CMU-C gardoise.

L'ancienneté dans le dispositif, le type de consommation de soins (généralistes, spécialistes, dentaires notamment), l'existence d'une prise en charge en ALD, et la présence d'un médecin traitant ont également fait partie des critères choisis pour recruter les enquêtés. Le département du Gard

connaissant des différences significatives au sein de son territoire, le lieu de résidence a aussi été intégré au requêtage.

La population de l'enquête, comme celle des bénéficiaires du Gard, apparaît donc relativement diversifiée. Tous les types de ménages et toutes les tranches d'âges sont représentés, même si les personnes seules et les 40-59 ans sont plus nombreux. Sur le plan de la précarité, environ 2/3 des personnes enquêtées déclarent être au chômage ou au RSA. Une rupture de vie (perte d'un emploi, maladie, divorce) est par ailleurs souvent évoquée dans les entretiens pour expliquer le passage à la CMU-C. Au niveau du score EPICES, 57 enquêtés sont considérés comme « grands précaires » et 36 comme « précaires », mais on trouve également 7 personnes considérées comme « non précaires ».

Méthode qualitative et données chiffrées

L'enquête est construite autour de 101 entretiens individuels semi-directifs qui ont été effectués à partir d'un guide structuré en huit grandes thématiques et 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. Ce sont des collaborateurs et collaboratrices de la CPAM du Gard ayant reçu une formation à la conduite des entretiens par l'ODENORE qui ont été en charge des 50 autres entretiens. Du point de vue de l'enquête, l'expertise de ces salariés, 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.

Tous les entretiens se sont déroulés dans les locaux de la CPAM du Gard avec des enquêteurs identifiés par la majorité des personnes interrogées comme « des salariés de la caisse ». Les résultats de la recherche sont ainsi discutés en prenant en compte ce contexte d'enquête qui a pu induire des biais, en particulier pour certains des thèmes abordés (satisfaction envers la caisse par exemple).

Le choix de la méthode qualitative s'est imposé afin de pouvoir accéder aux représentations des personnes et d'approcher leurs perceptions quant à l'éventail des difficultés potentiellement rencontrées dans la relation aux professionnels de la santé, en lien avec la CMU-C. Cette recherche se différencie ainsi des enquêtes par *testing*, qui cherchent principalement à quantifier les refus selon les médecins et/ou les territoires. Le nombre d'entretiens réalisés dans la présente enquête nous a permis de chiffrer certains phénomènes et difficultés, bien que ces résultats quantitatifs n'aient pas de visée représentative et puissent difficilement être comparés à ceux d'autres enquêtes compte tenu des différences de méthodes. Ils permettent cependant de donner des ordres de grandeur et de rendre compte de certaines tendances ou de l'absence de tendances, et ainsi, allié au matériau qualitatif, d'ouvrir des questionnements.

Principaux résultats

Une satisfaction importante envers la CMU-C mais la persistance de renoncements aux soins

Une majorité des bénéficiaires enquêtés mettent en avant des améliorations techniques et une plus grande acceptation sociale de la CMU-C, qui, de leur point de vue, facilitent aujourd'hui son utilisation. Pour les bénéficiaires les plus anciens, les améliorations mises en avant sont notamment celles qui réduisent « l'exposition publique » et permettent d'utiliser la CMU-C comme n'importe quelle complémentaire, sans avoir nécessairement à passer par des procédures qui informent les autres patients présents de leur situation. La plupart explique également que les difficultés rencontrées et la stigmatisation expérimentée du fait de la CMU-C étaient davantage une réalité dans les premières années de fonctionnement du dispositif.

Tous les bénéficiaires soulignent la nécessité que revêt pour eux cette aide et sa dimension sécurisante par rapport aux soins. Les personnes expliquent que grâce à la CMU-C, elles savent qu'elles pourront financièrement se soigner, tout du moins accéder aux soins courants dont elles et/ou leur famille pourrai(en)t avoir besoin. Cette certitude, et la « sécurité » qui en découle, sont essentielles pour les personnes rencontrées, d'autant qu'elles sont souvent dans l'incertitude sur d'autres dimensions de la vie (travail, situation financière, logement). La CMU-C a de fait permis l'accès par la plupart des personnes interrogées à certains soins auparavant renoncés. Plus généralement, les bénéficiaires interrogés expliquent qu'ils ne savent pas comment ils pourraient continuer à se soigner s'ils n'avaient pas la CMU-C.

Le renoncement aux soins reste cependant important parmi les personnes interrogées (39%) ; il concerne en particulier les soins dentaires. Ces chiffres sont légèrement plus élevés que ceux obtenus dans le BRSG de 2014⁴, mais sont difficilement comparables compte tenu des différences de conditions d'enquête et de taille de la population⁵. Si ce sont majoritairement les raisons financières qui sont évoquées pour expliquer ces renoncements, une partie non négligeable est due à des difficultés d'accès aux soins de nature différente, dont des refus de soins et/ou des demandes de paiement illégitimes.

Des représentations sociales négatives toujours actives et parfois très intériorisées

Comme nous l'avons déjà évoqué, une partie des bénéficiaires « de longue date » soulignent une meilleure acceptation de la CMU-C et une réduction de la stigmatisation, notamment de la part des professionnels de santé. Des personnes interrogées mettent ainsi exclusivement en avant les avantages et les bienfaits de la CMU-C quand on leur pose la question de leurs représentations en lien avec le dispositif. Pourtant cette « normalisation » n'empêche pas le maintien de certaines représentations négatives. Ainsi, des bénéficiaires récents (moins de 2 ans) ont fait état de peur ou de malaise

⁴ Dans le BRSG de 2014, le taux de renoncement des bénéficiaires de la CMUC était de 29%.

⁵ Une recherche de la DREES montre que les taux de renoncement recueillis peuvent varier de 21% à 36% selon la formulation du questionnaire. Legal R., Vicard A., 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », DREES, Dossiers Solidarité & Santé, n° 66

concernant leur nouvelle situation, lié au sentiment que le bénéfice de la CMU-C est un élément dépréciatif au niveau social et qui peut induire des difficultés d'accès aux soins et/ou une stigmatisation.

Plus généralement et indépendamment de leurs réponses à la question sur les représentations, de nombreuses personnes interrogées ont pris leurs distances vis à vis de la figure du « profiteur », souvent dès le début de l'entretien. Sans qu'elles ne soient questionnées sur ces sujets, une majorité explique ainsi « ne pas abuser » du dispositif, certaines précisant en outre faire des efforts pour réduire leurs dépenses de santé afin de ne pas peser de manière trop importante sur la sécurité sociale, en ne demandant pas des remboursements notamment. Ainsi un homme explique à propos de sa femme : « *C'est quelqu'un d'intègre, elle a ses rendez-vous à X, 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 remboursés et c'est de la folie* ».

Les représentations sociales négatives apparaissent donc encore actives ; elles semblent même très intériorisées par les bénéficiaires de la CMU-C et déclenchent par exemple des comportements de justification. Cependant, elles ne semblent pas générer de non-demande⁶, en tout cas s'agissant des personnes reçues en entretien. Bien que conscientes des représentations négatives, elles ont demandé la CMU-C et ont renouvelé leurs droits lorsque leur situation le permettait. Dans un seul cas, les représentations négatives associées à la prestation ont retardé la demande de la personne. En 2006, une étude de l'Odenore montrait que 7% des anciens bénéficiaires de la CMU-C expliquaient le non-renouvellement de leurs droits par leur difficulté à supporter les représentations négatives associées à la prestation et par le fait que celles-ci avaient, de leur point de vue, induit des refus de soins de la part de professionnels de la santé à leur rencontre⁷. Les résultats de la présente étude indiquent que la nécessité pour les personnes de pouvoir se soigner en cas de besoin et d'être sécurisées par rapport au risque de la maladie l'emportent désormais sur la crainte d'être stigmatisées et/ou discriminées du fait du bénéfice de la prestation.

Des refus de rendez-vous perçus comme faisant partie du « parcours normal »

40% des personnes interrogées expliquent avoir déjà rencontré des refus de rendez-vous « directs » ; pour plus d'un tiers d'entre elles, ces difficultés datent de moins de 5 ans, parfois de quelques mois. Les refus de rendez-vous « directs » désignent une pratique illégale et discriminatoire où des professionnels de santé, directement ou via leur secrétariat, indiquent explicitement aux personnes ne pas pouvoir les recevoir car elles sont bénéficiaires de la CMU-C⁸. Pour autant, aucun refus évoqué par les personnes lors des entretiens n'avait fait l'objet d'une plainte auprès de la CPAM. La majorité des personnes ont d'ailleurs dit ne pas avoir été « surprises » par ces refus car elle savait que ce risque existait.

⁶ Warin P., 2010 (actualisé en 2016), « Le non-recours : définition et typologies », *Working-Paper*, n°1, Odenore.

⁷ Revil H., 2006, « Le non-recours à la CMU C », rapport pour le Fonds CMU, Odenore.

⁸ C'est la situation étudiée par les enquêtes de *testing*, à la différence près que dans notre recherche le motif discriminatoire, le bénéfice de la CMU-C, devait être explicite. Les enquêtes par *testing* comparent les taux d'obtention d'un rendez-vous entre une personne se présentant avec la CMU-C et une autre se présentant avec une autre mutuelle et/ou ne faisant pas mention de sa protection complémentaire. La verbalisation de la raison du refus de rendez-vous n'est donc pas nécessaire.

Les refus de rendez-vous directs concernent en premier lieu les dentistes, qui représentent 46% des refus évoqués. Tous les profils sociodémographiques de bénéficiaires sont touchés et il n'a pas été possible, compte tenu de la taille de la population étudiée, de faire ressortir des tendances significatives. On peut cependant noter que les hommes déclarent davantage de refus de rendez-vous directs que les femmes, avec une différence de 8 points.

Trois personnes de l'enquête estiment, quant à elles, avoir eu des refus de rendez-vous « indirects », dans le sens où les raisons invoquées (« *pas de nouveaux patients* », « *rappelez dans trois mois car il y a trop de monde* ») leur ont semblé être des prétextes pour sélectionner la patientèle et exclure les bénéficiaires de la CMU-C.

Qu'ils soient directs ou indirects, les refus de rendez-vous sont fréquemment présentés par les personnes reçues en entretien comme un « passage obligé » ou du moins un évènement attendu dans le parcours des bénéficiaires de la CMU-C, dont ils s'accommodent le plus souvent (« *Et puis si jamais y'a une difficulté, ben j'en cherche un autre, je vais pas m'arrêter sur un* »).

La demande de paiement illégitime et les autres difficultés dans l'usage des droits CMU-C

L'autre difficulté d'usage des droits CMU-C explicitement recherchée dans la grille d'entretien était la demande de paiement illégitime. Une demande de paiement auprès des bénéficiaires de la CMU-C 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 qui leur ont été faites par des professionnels de santé 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.

Après requalification, 24 personnes soit 40% des enquêtés ont fait part d'une demande de paiement illégitime. Ce sont avant tout les chirurgiens (29%) puis les dentistes (25%) qui en sont à l'origine. Il n'a pas été possible de mettre à jour des tendances significatives au niveau des profils sociodémographiques des bénéficiaires concernés.

Au cours des entretiens, des bénéficiaires ont évoqué d'autres pratiques des professionnels de santé, moins directes, mais qui peuvent, ou ont pu, entraver en partie l'usage de leurs droits CMU-C et/ou impacter leurs comportements par rapport au système de santé. Il s'agit notamment de remarques désobligeantes et/ou stigmatisantes - mentionnant pour certaines directement le statut de bénéficiaire de la CMU-C de la personne -, de devis hors panier de soin en l'absence d'exigence particulière du patient, ou encore de créneaux de rendez-vous spécifiques (« *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 CMU-C. En consultation publique, ils prennent la CMUC mais c'est deux mois et demi de délai.* », Homme, 42 ans).

Ces difficultés ont eu des conséquences différentes, mais quelle qu'en soit la nature les personnes expliquent que cela a eu un impact sur leur accès aux soins et/ou sur leur manière d'utiliser le système de santé : quelques personnes ont ainsi renoncé à poursuivre des traitements/soins ou ne les ont finalement pas mis en œuvre du tout ; d'autres se sont senties illégitimes à adresser par la suite des demandes aux professionnels de santé ; d'autres enfin, parfois les mêmes, ont mis en place des « stratégies » pour ne plus se retrouver exposés à des pratiques de ce type.

Pratiques d'auto-sélection et stratégie d'évitement de certains soins et/ou praticiens

Ainsi, il est notamment apparu au travers des entretiens qu'une partie des bénéficiaires de la CMU-C ne sollicitent pas l'intégralité du système de soins. Certains s'en empêchent volontairement et expliquent qu'il s'agit d'une « stratégie » issue de l'expérience pour éviter les refus, les demandes de paiement illégitimes et/ou les consultations par des professionnels de santé dont les réticences vis-à-vis de la CMU-C pourraient détériorer la qualité des soins (« *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'* », Homme, 61 ans).

Une femme de 66 ans raconte comment ses expériences de refus de rendez-vous ont été une sorte d'apprentissage qui a influencé ses pratiques de soins : « *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. 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. ».*

D'autres bénéficiaires ont quant à eux la conviction, ou semblent avoir intégré l'idée, que certains services sanitaires ne sont pas destinés aux personnes qui ont la CMUC (cliniques privées, cabinets dentaires privés) contrairement à d'autres (hôpitaux, centres dentaires mutualistes). Des bénéficiaires trouvent d'ailleurs cela « normal ».

Plusieurs éléments montrent ainsi des formes d'auto-sélection des offres de soin et/ou des praticiens (en particulier non sollicitation de ceux exerçant en secteur 2) de la part des bénéficiaires de la CMU-C, ce qui peut être une explication supplémentaire du nombre de refus de soins « directs et indirects », un peu moins élevé dans cette étude que dans de précédentes enquêtes utilisant, en l'occurrence, la méthode du *testing*. En effet, les bénéficiaires de la CMU-C font en sorte de ne plus, ou de ne pas, être exposés à ce type de pratiques ; une partie essaie en outre d'organiser autour d'eux un « réseau » de professionnels de santé avec lesquels ils savent que la CMU-C ne posera pas problème.

Une recherche récente portée par Caroline Desprès⁹ donne à voir le point de vue de médecins et de chirurgiens-dentistes sur cette question et sur celle du refus de soins. Il apparaît que, sans toujours avoir conscience de leurs pratiques discriminatoires, certains professionnels de santé mettent en place différents moyens (refus primaire et secondaire, réorientation vers les hôpitaux, demande aux collègues généralistes de ne pas leur diriger des patients à la CMU-C, ...) pour exclure en partie les bénéficiaires de la CMU-C de leurs patientèles. L'auto-sélection analysée dans notre recherche peut ainsi être une réponse à ces pratiques professionnelles : soignants et soignés finissent par partager la même vision d'un système de santé inégalitaire et contribuent par leurs pratiques à construire et renforcer ce système, sans nécessairement le défendre idéologiquement.

Le besoin de justification et le sentiment d'un manque de légitimité par rapport à la CMU-C

Nous l'avons dit, les bénéficiaires rencontrés se sont fréquemment justifiés de leur consommation, et plus globalement, de leurs comportements de soins. On perçoit au travers des entretiens que la plupart envisagent la CMU-C, et les droits afférents, davantage comme un privilège qu'on leur accorde (« *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.* », Homme de plus de 60 ans), et qu'on peut leur retirer rapidement (« *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.* »), que comme un droit légitime.

Cela peut par exemple les conduire à considérer comme « normales » ou inévitables certaines difficultés dans l'application de leurs droits. Pour une femme reçue en entretien, les refus de rendez-vous sont ainsi un prix à payer raisonnable compte tenu des « avantages » offerts par la CMU-C : « *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.* ».

Globalement, la légitimité des bénéficiaires à user ou à revendiquer l'intégralité de leurs droits CMU-C pour consolider leur accès et leur maintien dans les soins semble avoir besoin d'être renforcée ; mais, dans leur grande majorité, les personnes interrogées ignorent vers qui se tourner pour cela. Ainsi, alors qu'elles expriment une satisfaction importante dans leurs rapports à la CPAM, elles n'identifient pas cet organisme comme une ressource pour les aider dans l'usage de leurs droits CMU-C. Elles l'associent en effet davantage à un rôle d'ouverture de droits mais aussi - en écho aux discours politiques et médiatiques sur la réduction des coûts de l'assurance maladie - de contrôle des dépenses de santé.

Le niveau de maîtrise du dispositif et des droits afférents est, en l'occurrence, assez variable selon les personnes interrogées et majoritairement limité. Les personnes savent le plus souvent que la CMU-C permet de bénéficier du tiers payant mais la majorité ignore qu'elle permet, par exemple, d'être

⁹ Desprès C., Lombrail P., Gagnayre R., *Des pratiques médicales et dentaires entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes*, Défenseur des droits, Fond CMU, 2017 https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/2017_03_27_rapport_final_medecins_et_patients_precaires.pdf

dispensée des dépassements d'honoraires. Dans ce contexte, elles n'ont pas de réactions face à des comportements illégitimes, voire illégaux, notamment parce qu'elles ne les identifient pas pour une partie d'entre eux.

Même les personnes ayant de bonnes connaissances du dispositif, issues de l'expérience notamment d'explications de secrétaires médicales ou de professionnels de santé, ont parfois des difficultés à faire valoir leurs droits. Etre bien informées leur paraît insuffisant pour aller à l'encontre de la parole du professionnel de santé. De plus, demander davantage d'explications, réagir face à un comportement inapproprié, contredire une demande de paiement peut, du point de vue de plusieurs personnes interrogées, entraîner une exposition publique de leur statut de bénéficiaires de la CMU-C et/ou activer la figure sociale du « profiteur » défini comme un privilégié qui en demande toujours davantage.

Conclusion/discussion

L'enquête a montré que malgré des évolutions positives dans l'accès à la prestation - facilitation de certaines démarches, renouvellement des droits, non obligation de fournir l'attestation – et un accès financier aux soins courants amélioré pour la plupart des bénéficiaires rencontrés, les difficultés d'accès aux soins liées au bénéfice de la CMU-C sont toujours une réalité. Le paradoxe de départ est ainsi confirmé : la CMU-C lève pour une partie importante l'obstacle financier - sans le faire complètement disparaître - mais induit des difficultés d'une nature différente ; elle donne un accès théorique à l'intégralité du système de santé mais des obstacles pratiques apparaissant dans la relation au système de santé (refus, demandes illégitimes, stigmatisation, culpabilisation) perdurent. Ils peuvent, dans les faits, amoindrir l'efficacité du dispositif en terme d'amélioration de l'accès aux soins. En outre, les effets de certaines pratiques vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C peuvent participer à valider, voire à renforcer, l'idée d'un système de santé inégalitaire, à deux vitesses, dans lequel des bénéficiaires peuvent se penser et/ou se sentir « des patients différents » et/ou des patients « relégués ».

Les échanges avec les enquêtés ont également permis d'ouvrir des pistes de réflexions en vue de réduire ce(s) paradoxe(s). Une meilleure connaissance du fonctionnement du dispositif, et des droits afférents, pourrait aider les bénéficiaires à identifier les pratiques illégitimes ou illégales et à faire valoir leurs droits auprès des professionnels de santé « réticents ». Mais cela ne saurait, semble-t-il, être suffisant. Ainsi, les entretiens traduisent un besoin des personnes d'être soutenues dans leur légitimité à bénéficier et à utiliser la CMU-C et ce parce que le droit à la santé est un droit fondamental et non un privilège. La CPAM pourrait être un acteur essentiel pour ré-assurer les personnes par rapport à leurs droits à condition cependant de continuer à faire évoluer l'image que les bénéficiaires ont de cette institution et qu'ils associent, en premier, à la réduction des dépenses de santé et au contrôle des comportements des assurés. Le rôle prépondérant que jouent toutefois les représentations et les jugements sociaux, et notamment la figure repoussoir du « profiteur », laissent à penser que la marge de manœuvre des CPAM au niveau local est limitée. Des changements politiques et sociaux visant à repenser la responsabilisation et à réduire la culpabilisation des assurés sociaux seraient ainsi nécessaires.

Enfin, cette étude appelle à des recherches complémentaires. Il semble en particulier nécessaire de poursuivre le recueil du point de vue des professionnels de santé sur les refus de rendez-vous et les autres comportements/pratiques concernant les bénéficiaires de la CMU-C, pour aller au-delà des explications pragmatiques (manque à gagner financier, problèmes administratifs) et pour saisir leurs représentations sur cette population¹⁰. De telles enquêtes pourraient par exemple aider à comprendre l'écart de 8 points entre hommes et femmes sur cette question. En parallèle, pour mieux appréhender les phénomènes mis à jour par notre étude, il pourrait être intéressant de construire des protocoles d'enquêtes intégrant une part d'observation des pratiques, ou encore, pour approfondir la question de l'auto-sélection et du choix de certaines offres de soins plutôt que d'autres, de pouvoir rapprocher le matériau qualitatif avec des données concernant la présence/absence géographique des professionnels de santé. Dans les mois et années à venir, il pourra en l'occurrence être intéressant de saisir si, et le cas échéant de quelle manière, la réforme de la complémentaire santé solidaire limite, ou non, certains des effets paradoxaux étudiés ici.

¹⁰ Comme dans le travail de recherche de Desprès C., op cit.

Cette collection a pour but de rendre disponible un ensemble de documents de travail issus de recherches menées à l'ODENORE.

Tous les droits afférant aux textes diffusés dans cette collection appartiennent aux auteurs. Des versions ultérieures des documents diffusés dans cette collection sont susceptibles de faire l'objet d'une publication. Veuillez consulter le site internet de l'ODENORE pour obtenir la référence exacte d'une éventuelle version publiée.

Cette collection est accessible par :

<http://odenore.msh-alpes.fr/>
<http://www.pacte.cnrs.fr/>
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>
<http://rt6-afs.org/>
www.ireon-portal.eu

The aim of this collection is to make available a set of working papers produced at the ODENORE.

The copyright of the work made available within this collection remains with the authors. Further versions of these working papers may have been submitted for publication. Please check the ODENORE website to obtain exact references of possible published versions.

Possibilities to have access to the collection:

<http://odenore.msh-alpes.fr/>
<http://www.pacte.cnrs.fr/>
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>
<http://rt6-afs.org/>
www.ireon-portal.eu

ODENORE
Maison des Sciences de l'Homme - Alpes

Adresse postale : MSH-Alpes - BP 47 - 38040 Grenoble Cedex 9

Adresse géographique : 1221 avenue Centrale - Domaine Universitaire - Saint Martin-d'Hères



Maison
des Sciences
de l'Homme

