

ÉTUDE SUR LE RECOURS AUX SOINS
ET L'ÉTAT DE SANTÉ
DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
1. <u>PERIMETRE DE L'ETUDE</u>	5
2. <u>METHODOLOGIE DE L'ETUDE</u>	9
PREMIERE PARTIE - LA POPULATION CONCERNÉE	14
1. <u>PROFIL GÉNÉRAL DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C DES QUATRE COMMUNES</u>	14
1.1. <u>DES COMMUNES INEGALEMENT CONCERNEES</u>	14
1.2. <u>UNE POPULATION MAJORITAIREMENT JEUNE ET FEMININE</u>	15
2. <u>PROFIL GÉNÉRAL DU PANEL INTERROGÉ</u>	18
2.1. <u>LA CAMPAGNE DES ENTRETIENS</u>	18
2.2. <u>LE PROFIL DES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C INTERROGES</u>	20
3. <u>PARALLÈLE ENTRE LE PROFIL GENERAL ET LE PROFIL DU PANEL</u>	25
3.1. <u>MISE EN PERSPECTIVE DES DEUX POPULATIONS</u>	25
3.2. <u>LES LIMITES DE L'ENQUETE</u>	26
DEUXIEME PARTIE - LE RECOURS AUX SOINS	29
1. <u>INSERTION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ</u>	29
1.1. <u>LA QUESTION DE L'ENTREE DANS LE DISPOSITIF DE LA CMU-C</u>	29
1.2. <u>UNE ADHESION PLUS LARGE AU DISPOSITIF DU MEDECIN TRAITANT</u>	33
1.3. <u>LE DEGRE DE DIVERSITE DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE EST-IL UN FACTEUR D'INSERTION DANS UN SYSTEME DE SANTE ?</u>	34
1.4. <u>CONTEXTE DU RECOURS AUX SOINS</u>	37
2. <u>ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DE SOINS</u>	39
2.1. <u>LA PHARMACIE ET LES HONORAIRES MEDICAUX : PRINCIPAUX POSTES DE DEPENSE</u>	39
2.2. <u>DES DEPENSES DE TRANSPORT PLUS ELEVEES</u>	40
2.3. <u>UNE STRUCTURE DE DEPENSE DIFFERENCIEE SELON LES COMMUNES</u>	41
2.4. <u>LE RENONCEMENT AUX SOINS AVANT ET PENDANT L'ATTRIBUTION DE LA CMU-C</u>	42
3. <u>L'IMPACT DES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ</u>	45
3.1. <u>LA PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE PAR LES BENEFICIAIRES DE LA CMU-C INTERROGES</u>	46
3.2. <u>ACCESSIBILITE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE</u>	51
3.3. <u>L'ASPECT FINANCIER DU RECOURS AUX SOINS</u>	53

TROISIEME PARTIE - L'ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES **56**

1. <u>LA CONSOMMATION DE SOINS, L'UN DES INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C</u>	56
1.1. <u>UN RECOURS SYSTEMATIQUE AUX SOINS</u>	56
1.2. <u>LE SUIVI DES FEMMES ET DES JEUNES ENFANTS</u>	58
1.3. <u>IMPACT DES ACTIONS DE PREVENTION</u>	60
2. <u>ÉTAT DE SANTÉ, EXPRESSION DU RESSENTI PAR LE PANEL DE L'ENQUÊTE</u>	61
2.1. <u>RESSENTI</u>	61
2.2. <u>FREQUENCE DES MALADIES</u>	62
2.3. <u>IMPACT DE LA PREVENTION SUR LEUR ETAT DE SANTE</u>	64
3. <u>IMPACT DE LA CMU-C SUR LEUR ÉTAT DE SANTÉ</u>	65
3.1. <u>RESSENTI DES BENEFICIAIRES</u>	66
3.2. <u>IMPACT DE LA CMU-C SUR LEUR COMPORTEMENT SANITAIRE</u>	67
3.3. <u>IMPACT DE LA RELATION PS/BENEFICIAIRES DE LA CMU-C SUR LEUR ETAT DE SANTE</u>	71
CONCLUSION	73
RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES	74

AVANT-PROPOS

En réponse aux propositions du Fonds de financement de la CMU, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Val-de-Marne s'est positionnée sur le thème du recours aux soins et de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. Le choix de cette problématique s'inscrit dans la continuité de la stratégie des services attentionnés développée à destination des populations en situation de fragilité sociale.

L'enjeu principal de cette étude est d'appréhender le comportement des bénéficiaires de la CMU-C, plus particulièrement sur les thèmes du recours aux soins et de leur état de santé afin de comprendre et d'agir.

Depuis la mise en place du dispositif, le 1^{er} janvier 2000, de nombreux travaux ont été publiés, traitant notamment de la question de l'accès aux soins des bénéficiaires¹.

L'objet du présent rapport poursuit cette démarche d'analyse en portant un regard attentif sur le comportement des bénéficiaires de la CMU-C. Comment les bénéficiaires concernés ont-ils recours aux soins, quel est leur état de santé ? Huit ans après sa mise en œuvre, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire a-t-elle permis une réelle amélioration de l'état de santé des populations concernées ?

Pour aborder cette problématique, les CPAM disposent d'outils statistiques et de bases de données, leur permettant de mesurer quantitativement la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C et de bâtir plusieurs hypothèses sur leur état de santé. Seulement, cette approche n'offre pas la possibilité de connaître les mécanismes et les motivations du comportement des personnes concernées.

Pour ce faire, il est nécessaire d'adopter une technique d'étude de proximité, sollicitant directement les bénéficiaires. Seul le cumul de ces deux méthodes permet d'obtenir une représentation précise de l'enjeu de l'étude.

En effet, les thématiques abordées, recours aux soins et état de santé sont des sujets délicats et complexes : comment appréhender les phénomènes de non recours aux soins, lorsqu'ils sont le fait de leurs bénéficiaires potentiels. Le choix des outils d'analyse et du périmètre, humain et géographique, de l'étude est dès lors primordial pour cerner au mieux et le comportement des bénéficiaires, et leur état de santé.

¹ Cf. par exemple, *Les inégalités sociales de santé en France en 2006*, InVS, BEH, janvier 2007.

Forte de son implantation départementale depuis 1982 et de ses nombreux partenariats locaux, la CPAM du Val-de-Marne a opté pour une étude ciblée sur la localisation des soins, dans quatre villes présentant chacune des éléments distincts quant à la typologie de l'offre de soins et au taux de densité de la précarité.

1. Périmètre de l'étude

Le ciblage de la zone géographique de l'étude a été orienté par quatre critères.

Le premier concerne la commune (nombre d'habitants, densité de la population). Pour s'assurer un échantillon de bénéficiaires pour l'analyse, le choix a porté sur quatre communes pour lesquelles ces critères dimensionnel et populationnel semblaient pertinents.

Le deuxième critère est celui de la diversité sociale et économique de la zone étudiée : analyser le comportement des bénéficiaires de la CMU-C face à la santé et au système de soins au regard du taux de précarité de leur commune de résidence.

L'offre de soins a constitué le troisième déterminant, offrant un éclairage sur le recours aux soins des populations concernées en fonction de la typologie des professionnels de santé et des structures de soins de premier recours. Enfin, la sélection des communes a également été guidée par le réseau des partenariats locaux de l'Assurance Maladie du Val-de-Marne, qu'ils soient associatifs ou institutionnels. Ces partenariats, intégrés au groupe de travail, facilitent la démarche, par leur connaissance plus concrète du terrain et par leurs bases de données informationnelles.

En fonction de ces critères, ont été retenues les communes de Créteil, Saint-Maur-des-Fossés, Thiais et Vitry-sur-Seine.

Des villes à forte densité démographique dans un département urbain

Le Val-de-Marne se caractérise, à l'instar des départements franciliens de la petite couronne, par une superficie relativement faible et par une forte densité de population. En effet, d'une étendue de 244 km², le Val-de-Marne présente une densité de 5 299 habitants par km². Au sein du département dont la moyenne d'habitants par commune est de 30 000, Créteil, Saint-Maur-des-Fossés et Vitry-sur-Seine comptent parmi les communes de plus de 50 000 habitants et concentrent 18% de la population totale du Val-de-Marne. Thiais se situe en revanche parmi les 31 communes de taille moyenne avec une population comprise entre 10 000 et 50 000 résidents.

Données démographiques des 4 communes

	Créteil	Saint-Maur-des-Fossés	Thiais	Vitry-sur-Seine
Population	82 154	73 069	28 232	78 908
Densité (hab./km ²)	7 188	6 495	4 391	6 762
Superficie (km ²)	11	11	6	12

Source : INSEE, recensement 1999

Des contextes sociaux et économiques différents.

S'agissant de la répartition de la population par catégorie socioprofessionnelle, les zones sélectionnées présentent des situations hétérogènes. A Créteil, Thiais et Vitry-sur-seine, plus d'une personne sur trois en âge de travailler est ouvrier ou employé. Saint-Maur-des-Fossés se caractérise par une présence majoritaire des professions intermédiaires, des cadres, des professions intellectuelles supérieures et des retraités.

Répartition de la population de plus de 15 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

	Créteil	Saint-Maur-des-Fossés	Thiais	Vitry-sur-Seine
Agriculteurs exploitants	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Artisans, commerçants, Chefs d'entreprises	2,4%	4,6%	3,0%	3,1%
Cadres et professions intellectuelles sup.	9,6%	15,7%	9,5%	5,7%
Professions intermédiaires	16,7%	15,7%	16,7%	13,4%
Employés	24,2%	14,9%	19,6%	21,3%
Ouvriers	10,1%	6,9%	13,2%	16,4%
Retraités	14,6%	23,1%	17,7%	18,0%
Autres sans activité professionnelle	22,4%	19,0%	20,3%	22,0%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : INSEE, recensement 1999

La composition de la population en âge d'activité reflète des contextes sociaux différents selon la commune envisagée. Sur le thème de la précarité, les indicateurs retenus sont le nombre de personnes vivant dans une famille monoparentale, le taux de chômage, le nombre de personnes bénéficiant des minima sociaux suivants : le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et l'Allocation Parent Isolé (API).

	Part des bénéficiaires du RMI	Part des bénéficiaires de l'API
Créteil	2,8%	0,4%
Saint-Maur-des-Fossés	1,1%	0,1%
Thiais	2,2%	0,2%
Vitry-sur-Seine	3,2%	0,4%

Source : CAF 2007

	Taux de chômage
Créteil	12,3%
Saint-Maur-des-Fossés	8,7%
Thiais	12,0%
Vitry-sur-Seine	16,6%

Source : INSEE, recensement 1999

	Part des familles monoparentales
Créteil	14,0%
Saint-Maur-des-Fossés	8,0%
Thiais	10,0%
Vitry-sur-Seine	12,8%

Source : INSEE, recensement 1999

Au vu de ces indicateurs, Créteil et Vitry-sur-Seine supportent un cumul de taux plus élevés dans les indicateurs retenus pour la densité de la précarité. Thiais se caractérise par une situation sociale moyenne. Enfin, Saint-Maur-des-fossés présente les niveaux d'indicateurs de précarité les plus bas.

Une offre de soins diversifiée.

Au-delà des éléments économiques et sociaux, la typologie de l'offre de soins par commune a été déterminante pour le ciblage de la zone démographique.

Créteil offre la deuxième plus forte densité de médecine libérale (généralistes et spécialistes) et une forte présence du secteur public hospitalier. A Vitry-sur-Seine, l'offre de soins libérale est moins élevée et l'accueil en structure hospitalière limité, on peut caractériser cette commune comme bénéficiant d'une offre de soins à dominante libérale. Thiais dispose d'une offre de soins libérale plus basse par rapport aux trois autres communes et à la moyenne départementale. Enfin, Saint-Maur-des-Fossés se caractérise par une forte implantation des praticiens libéraux.

L'étude de l'offre de soins au sein des communes est toutefois à analyser au regard de la géographie du département, la faible étendue géographique et le maillage des transports propre aux grandes agglomérations favorisent une accessibilité intercommunale.

Densité médicale pour 10 000 habitants

Professionnels de santé libéraux

	Médecins généralistes libéraux				Médecins spécialistes libéraux			
	conventionnés	conventionnés honoraires libres	non conventionnés	Total	conventionnés	conventionnés honoraires libres	non conventionnés	Total
Créteil	7,5	1,8	0,1	9,5	5,1	6,7		11,8
Saint-Maur-des-Fossés	7,9	3,6	0,7	12,2	5,1	11,5		16,6
Thiais	4,6	1,1	0,0	5,7	6,7	4,3		11,0
Vitry-sur-Seine	7,0	1,4	0,0	8,4	5,7	3,4		9,1
Moyenne départementale	7,1	1,8	0,1	9,0	4,9	4,7	0,0	9,6

Source : SIAM-ERASME 2007

Dentistes

	Dentistes libéraux (pour 10 000 habitants)	Centres de santé dentaire (nombre)
Créteil	6,8	1
Saint-Maur-des-Fossés	10,0	0
Thiais	5,3	2
Vitry-sur-Seine	3,9	0
Moyenne départementale	6,4	4

Source : SIAM ERASME 2007

Auxiliaires médicaux libéraux

	Sages-femmes	Infirmiers	Masseurs kinesitherapeutes	Podologues	Orthophonistes	Orthoptistes
Créteil	0,6	4,7	7,7	1,7	3,4	0,4
Saint-Maur-des-Fossés	0,7	5,1	13,3	4,0	4,1	0,5
Thiais	0,4	2,1	7,8	1,1	2,8	0,4
Vitry-sur-Seine	0,3	3,7	6,8	1,1	1,3	0,1
Moyenne départementale	0,3	3,8	7,5	1,8	2,6	0,3

Source : SIAM-ERASME 2007

**Centres médico-sociaux (CMS) et
Centres de Protection Maternelle Infantile (PMI)**

	Nombre de CMS	Nombre de PMI
Créteil	1	7
Saint-Maur-des-Fossés	1	3
Thiais	0	1
Vitry-sur-Seine	1	5
Total département	21	85

source : site cg94.fr 2007

Officines de ville

	Nombre d'officines
Créteil	27
Saint-Maur-des-Fossés	18
Thiais	11
Vitry-sur-Seine	27
Moyenne départementale	454

*Source : SIAM ERASME
2007*

Schématiquement, Créteil se caractérise par un fort taux de précarité et une offre de soins à composantes sociales variées ; Saint-Maur-des-Fossés par un faible taux de précarité et une offre de soins à dominante libérale ; Thiais par un faible taux de précarité et une offre de soins à composantes sociales variées ; et, Vitry-sur-Seine par une forte précarité et une offre de soins à dominante libérale.

2. Méthodologie de l'étude

La présente étude comporte un volet qualitatif basé sur des entretiens réalisés auprès des bénéficiaires de la CMU-C et un volet quantitatif composé de données de remboursement de l'ensemble des bénéficiaires des quatre communes.

Le volet qualitatif

Il a pour objet de recueillir le positionnement des bénéficiaires interviewés. Pour ce faire, un groupe de travail s'est réuni pour élaborer un questionnaire, à la fois simple et complet. Il a été décidé qu'il s'agirait d'entretiens conduits dans les Espaces d'Accueil de

l'Assurance Maladie. Ce choix se justifie à plusieurs niveaux. Le premier est qu'un entretien en face-à-face peut faciliter l'expression, il est plus simple et plus convivial de s'exprimer lorsqu'une personne vous écoute. Le second point, effectuer les interviews dans les accueils identifiés Assurance Maladie, avait pour finalité un accès facilité aux bénéficiaires de la CMU-C. En effet, la CPAM du Val-de-Marne dispose d'un réseau de plus de trente points d'accueil de proximité. Les quatre communes retenues en comportent un, voire deux comme Créteil et Vitry-sur-Seine. Ainsi, en ne privilégiant pas un accès via les Associations, s'affiche une volonté claire de ne pas limiter le panel de l'étude à une population en situation de grande vulnérabilité sociale, mais de solliciter toutes les catégories concernées par la CMU-C.

Plusieurs difficultés rencontrées dans la réalisation des entretiens ont conduit à aménager leurs modalités d'exécution. En effet, le nombre de questionnaires recueillis s'élève à près d'une centaine pour les quatre villes, nombre inférieur à l'objectif cible. Devant cette difficulté et afin d'augmenter les données disponibles, il a été décidé de procéder à la mise en place d'un système de questionnaire « autogéré ». Remanié pour une plus grande lisibilité, le questionnaire était remis par les agents d'accueil aux bénéficiaires qui se présentaient. La plus-value de ce moyen supplémentaire a été faible, environ 15%. Cette première information a toute son importance, elle illustre en effet l'extrême complexité de cette partie de la mission, celle du recueil de l'information à la source.

Cette partie qualitative a permis de constater que les bénéficiaires de la CMU-C se déplaçaient moins que prévu dans les accueils pour participer à une étude les concernant. Cependant, les questionnaires recueillis, comme évoqués préalablement, s'ils ne permettent pas d'émettre des hypothèses statistiquement robustes, en raison de leur représentativité insuffisante, donnent des pistes de réflexion exploitables. L'analyse par commune a dû être abandonnée.

Le volet quantitatif,

Il a pour objectif d'analyser le recours aux soins et les dépenses médicales de l'ensemble de la population bénéficiant de la CMU-C des communes ciblées, tout en complétant les données d'enquête par questionnaire. Cette analyse est menée, d'une part au sein de chaque commune en comparaison avec les autres bénéficiaires du Régime Général, et d'autre part, entre les communes au regard notamment de l'offre de soins.

Les données concernant la consommation et le recours aux soins de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C des quatre communes ciblées sont extraites de la base informationnelle SIAM - ERASME. Elles reflètent l'ensemble des informations liées aux remboursements Assurance Maladie ; dès lors les données relatives à l'hospitalisation publique et aux soins gratuits ne sont pas disponibles. La période de référence retenue pour l'étude s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007. L'étude est par ailleurs effectuée en date de remboursement.

Il a été décidé que tous les bénéficiaires ayant un contrat en cours pendant l'année 2007 seraient retenus. La consommation de soins est mesurée en base de date de remboursement, ainsi elle comprend le montant remboursé et le ticket modérateur afin de pouvoir comparer les dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU-C à celles des autres bénéficiaires du Régime Général sur un champ homogène.

La plus-value de l'étude réside dans le cumul des résultats de ces deux techniques d'analyse, permettant de corroborer certains éléments quantitatifs tout en les complétant par l'approche qualitative. Ainsi, concernant plus particulièrement l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, l'emploi des deux outils offre une analyse plus complète. L'analyse qualitative est basée sur les réponses déclaratoires et anonymes du panel interrogé, et empreintes de subjectivité, ce qui n'ôte rien à leur pertinence. Les éléments du volet quantitatif doivent être mis en corrélation afin d'obtenir une image plus objective sur le champ considéré. Par ailleurs, ce volet fiabilise les résultats qualitatifs qui, en raison du faible nombre de questionnaires recueillis, peuvent prêter à interprétations. Parallèlement, les données qualitatives offrent un nouvel éclairage sur les éléments quantitatifs.

INTRODUCTION

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la CMU-C donne droit à une couverture sociale complémentaire gratuite, sous condition de ressources et résidence. Ce dispositif a été mis en place pour mettre un terme aux inégalités observées en matière d'accès aux soins.

La CMU-C assure l'égal accès aux soins, permettant aux titulaires de bénéficier d'une prise en charge à 100% de leurs dépenses de santé (soins ou traitements prescrits et remboursables par l'Assurance Maladie) et les dispensant, normalement, de l'avance des frais.

Après huit ans, le dispositif apparaît conforme aux objectifs de sa mise en œuvre comme un outil d'égal accès aux soins pour les publics socialement fragiles.

Dès la mise en œuvre de la CMU-C, la CPAM du Val-de-Marne a conduit, localement, des études pour appréhender, analyser et évaluer le dispositif et les attentes de ses bénéficiaires, notamment en matière d'information et de services. En effet, en 2002, une étude réalisée par les services internes analysait le profil et la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C dans le Val-de-Marne. A l'instar des départements franciliens, le Val-de-Marne est un département hétérogène oscillant entre l'aisance de la population de plusieurs communes et la précarité d'autres.

L'intérêt que l'Organisme porte au dispositif de la CMU-C n'a pas décliné au fil des ans. Ainsi, en 2003, le Cabinet DIES conduisait, pour le compte de la CPAM et par le biais d'entretiens dans les points d'accueil, une première étude sur les « attentes des bénéficiaires de la CMU-C dans huit villes du département du Val-de-Marne ». Les villes retenues étaient Alfortville, Bry-sur-Marne, Gentilly, Ivry-sur-Seine, le Perreux-sur-Marne, Thiais, Villeneuve-Saint-Georges et Vitry-sur-Seine. La CPAM avait diligenté cette étude afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des bénéficiaires, notamment en proposant des actions, soit dans l'adaptation de son organisation tournée vers ce public, soit dans le cadre de son partenariat avec les acteurs sanitaires et sociaux concernés.

En 2006, une seconde étude a été conduite sur commande du Cabinet DIES auprès de l'Assurance Maladie du Val-de-Marne, portant sur d'éventuels refus de soins par des professionnels de santé à l'égard des patients bénéficiant de la CMU-C². Les enquêteurs

² Cf. *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la CMU-C, une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*, Cabinet DIES, mai 2006.

procédaient par testing téléphonique. Ce rapport a provoqué de nombreuses réactions de la part des professionnels acteurs de santé. Les représentants des professionnels de santé ont fortement contesté la méthodologie employée et la médiatisation forte de résultats partiels maladroitement présentés comme représentatifs de comportements habituels. Quelques mois après, le Ministre de la Santé et des Solidarités commandait la rédaction d'un rapport à Monsieur Jean-François Chadelat, Inspecteur Général des Affaires Sociales, Directeur du Fonds CMU portant sur la problématique du refus de soins et proposant des pistes d'actions pour y remédier.

L'intérêt de la CPAM du Val-de-Marne est particulièrement accru en raison du nombre des bénéficiaires et ayants droit de la CMU-C dénombrés dans le département. En effet, le dispositif de la CMU-C concerne près de 10% des habitants du Val-de-Marne (1 226 961 habitants, recensement INSEE 1999).

	Critère de résidence	Complémentaire CPAM	Complémentaire O.C.	TOTAL
	Total (Assurés + Ayants droit)			
Val-de-Marne	28 159	71 979	3 022	103 160

Source CNAMTS 2007

La problématique de l'accès aux soins a été très largement débattue et analysée, de nombreux rapports ont été publiés proposant des plans d'actions pour optimiser le dispositif en place. La présente étude ne reprend pas cette thématique spécifique. Elle est centrée sur celle du recours aux soins dans la mesure où le dispositif mis en place assure l'accès aux soins.

Il ne s'agit plus ici de s'interroger sur la capacité qu'offre la CMU-C à ses bénéficiaires de pouvoir se soigner, mais sur la caractérisation des comportements observés : volonté ou absence de volonté, aptitude ou inaptitude, le comportement mesuré étant présumé comme représentatif d'un degré de motivation qui renvoie à d'autres systèmes de représentation : le corps, l'image de soi, le système de soins,...

Quels facteurs conduisent une personne en capacité de se soigner à retarder ou à renoncer à des soins ? L'environnement, s'entendant de la typologie de l'offre de soins et du taux de précarité, a-t-il un impact sur le comportement sanitaire d'un assuré bénéficiant de la CMU-C, et si oui, dans quelles proportions ?

Afin d'émettre des hypothèses de réflexion, il a d'abord été procédé à l'analyse de la population concernée, puis à l'étude de son recours aux soins et enfin à l'évaluation de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C. Tous ces points sont appréhendés par les volets qualitatif et quantitatif de l'étude, ainsi que sous l'angle de la localisation et de la typologie de l'offre de soins.

Première Partie - LA POPULATION CONCERNÉE

LA CMU-C a pour finalité d'assurer l'égal accès aux soins à une population en situation de fragilité sociale, ne disposant pas des moyens financiers pour acquérir une mutuelle. Dès lors, il est nécessaire d'établir précisément les composantes de la population des quatre villes ciblées pour en relever les points communs et les différences, afin d'en discerner les modes de recours aux soins.

1. PROFIL GÉNÉRAL DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C DES QUATRE COMMUNES

Les quatre communes de l'étude regroupent près de 21% des habitants du Val-de-Marne mais, avec 24 543 bénéficiaires de la CMU-C recensés au cours de l'année 2007, elles concentrent près d'un tiers des ressortissants du dispositif dans le Val-de-Marne. En comparaison, 21% des habitants du Val-de-Marne résident dans l'une de ces quatre villes. Conformément au ciblage opéré, les titulaires de la CMU-C sont surreprésentés par rapport à l'ensemble des habitants dans les zones géographiques étudiées.

1.1. Des communes inégalement concernées

Sur l'ensemble des zones sélectionnées, les bénéficiaires de la CMU-C représentant 9,3% des ressortissants du Régime Général avec des situations intercommunales inégales.

Le choix des communes offre une représentativité quant à leur situation par rapport à la précarité, avec une dispersion moyenne du taux de bénéficiaires de la CMU-C de l'ordre de trois points. Saint-Maur-des-Fossés, ville pour laquelle les données sur le taux de précarité indiquent une situation économique et sociale favorable, compte le moins de bénéficiaires de la CMU-C. A l'inverse, à Vitry-sur-Seine où les indicateurs retenus de précarité sont élevés, le poids des bénéficiaires de la CMU-C est le plus important des quatre communes ciblées, avec plus d'un ressortissant du Régime Général sur dix concerné.

Répartition de la population des bénéficiaires de la CMU-C par commune

Communes	Nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) de la CMU-C	Nombre de ressortissants du Régime Général	Part en %
Créteil	9 524	85 391	11,2%
Saint-Maur-des-Fossés	2 802	69 872	4,0%
Thiais	2 447	26 710	9,2%
Vitry-sur-Seine	9 770	81 077	12,1%
Total	24 543	263 050	9,3%

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Cette diversité entre les quatre communes confirme la pertinence de les sélectionner comme cible géographique de l'étude. Un Vitriot et un Saint-Maurien adoptent-ils un comportement similaire quant à leur santé ? Peut-on déceler une influence de leur lieu de résidence et de leur environnement sur leur démarche de santé respective ?

1.2. Une population majoritairement jeune et féminine

La population bénéficiant de la CMU-C sur les quatre villes est âgée en moyenne de 27 ans contre 36 ans pour les autres bénéficiaires du Régime Général, soit un écart de neuf ans. Parmi les communes ciblées, les bénéficiaires de la CMU-C les plus jeunes vivent à Créteil et à Vitry-sur-Seine (26 ans), et les plus âgés à Thiais et à Saint-Maur-des-Fossés (respectivement 28 et 29 ans). Ce qu'il faut souligner est que la population bénéficiaire de la CMU-C la plus jeune réside dans les deux communes sélectionnées pour leur fort taux de précarité et où l'on retrouve d'autres facteurs tels que l'accès au logement, notamment au parc locatif social.

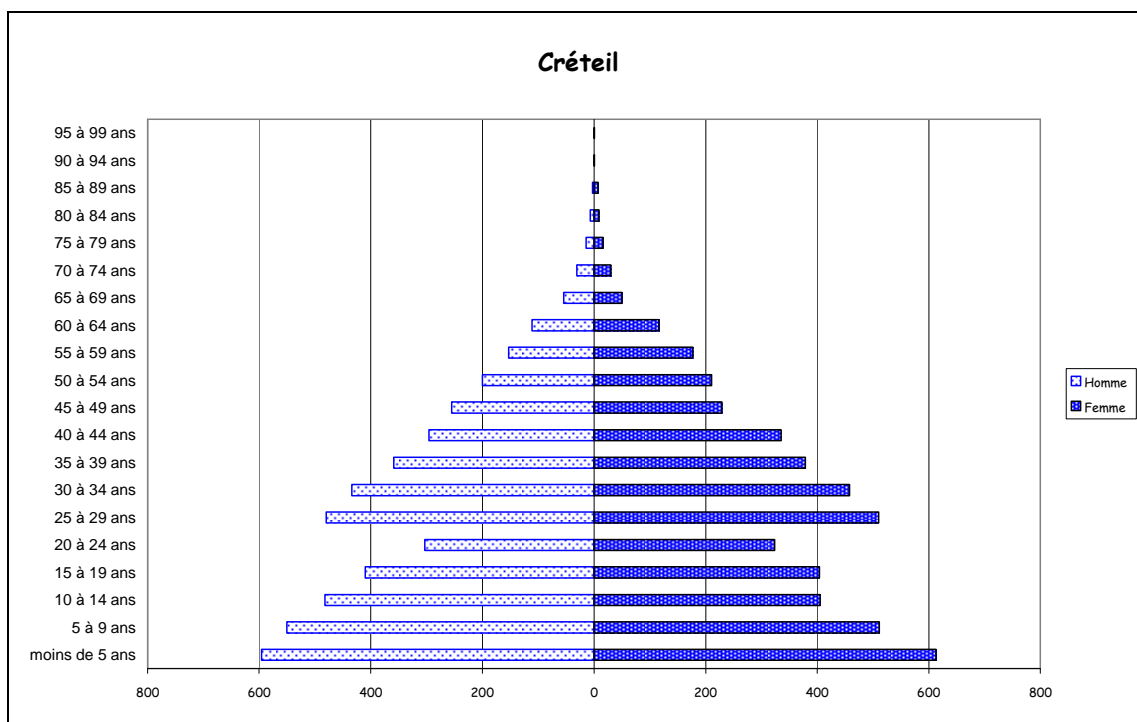
La forte présence d'enfants et de jeunes adultes est à noter parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Les bénéficiaires âgés de moins de 20 ans représentent 41,3% de la population considérée, tandis que la part des plus de 60 ans s'établit à 5,5%, contre respectivement 26,4% et 16,9% pour la population des autres bénéficiaires du Régime Général sur ces quatre villes. Parallèlement, c'est aussi la population des jeunes adultes que la campagne d'entretiens n'a pas atteint en proportions suffisantes, leurs déplacements aux points d'accueil de l'Assurance Maladie semblant beaucoup moins fréquents.

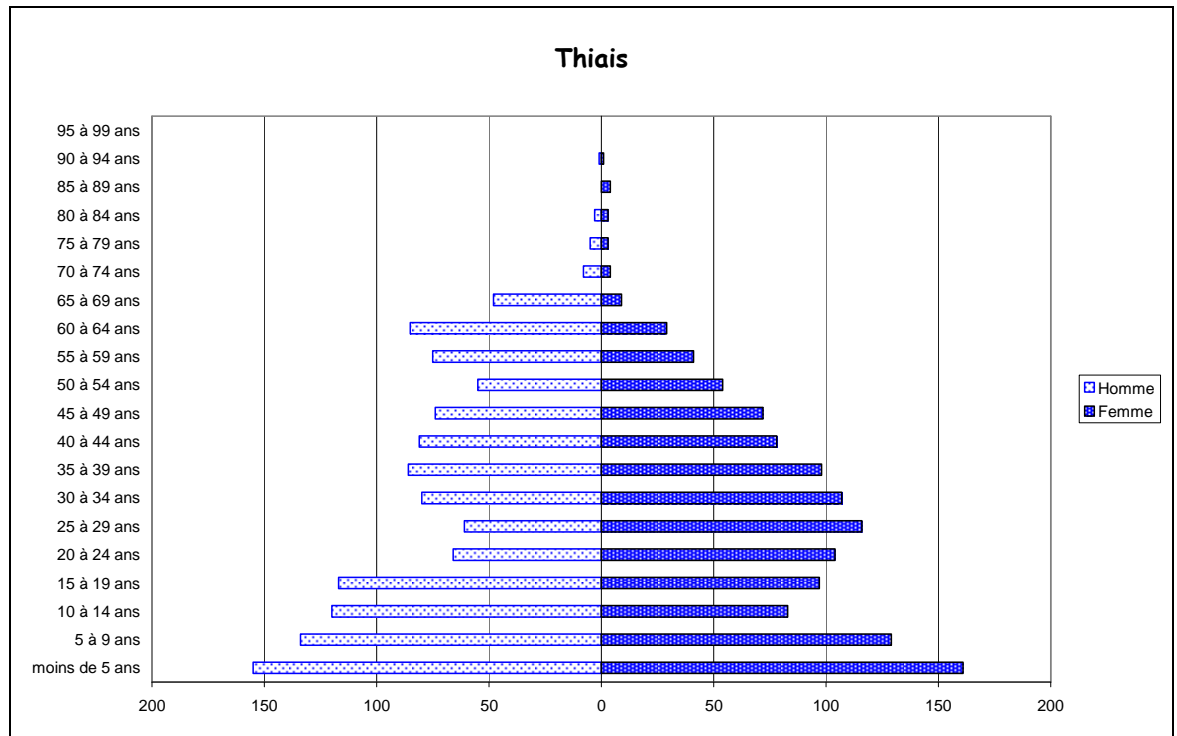
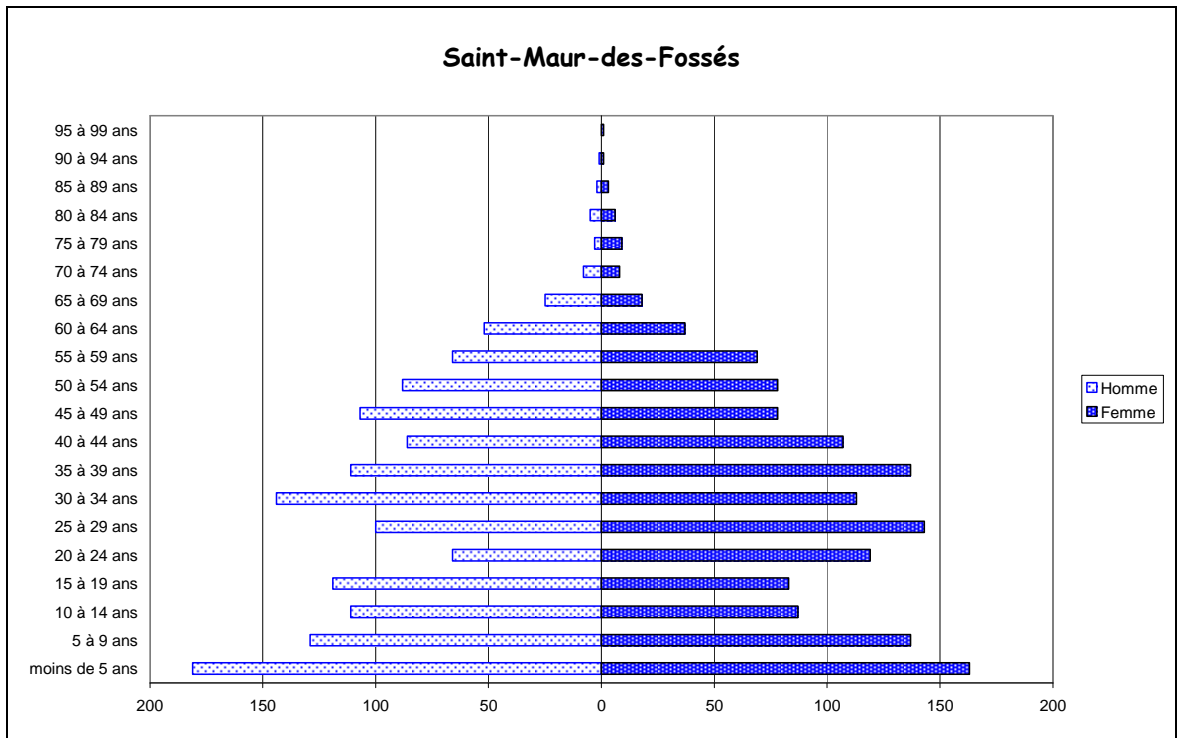
Entre 20 et 39 ans, 54,1% des bénéficiaires de la CMU-C sont des femmes, contre 49,9% pour la population des autres bénéficiaires du Régime Général.

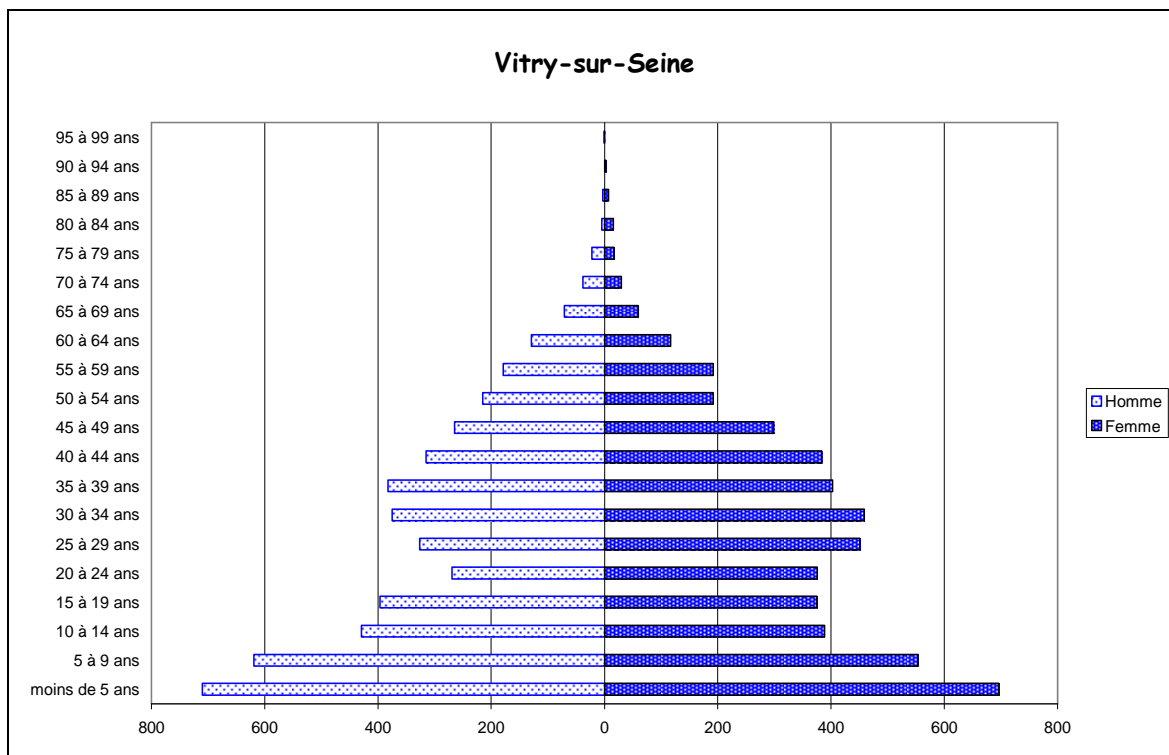
A l'instar des études menées sur le sujet, la population des bénéficiaires de la CMU-C apparaît ainsi jeune et majoritairement féminine. Schématiquement, sur les quatre communes étudiées, le profil-type du groupe assurés/ayants droit affiliés à la CMU-C correspond à une jeune femme, mère de famille avec un ou des enfants.

À noter une particularité à Thiais : les plus de 50 ans sont majoritairement des hommes. À l'occasion des entretiens, la présence de foyers d'accueil a partiellement pu justifier ce différentiel. Sur les trois autres communes, les populations apparaissent homogènes (cf. graphiques ci-après). Au-delà de l'offre de soins, ces spécificités communales seront à prendre en compte lors de l'analyse de la consommation et du recours aux soins, les facteurs, âge et sexe, influençant les comportements de santé.

Pyramides des âges de la population des bénéficiaires de la CMU-C par commune







Ces graphiques établissent la composition par âge et par sexe des bénéficiaires de la CMU-C pour les quatre communes ciblées par l'étude. La partie qualitative de l'analyse n'avait pas vocation à épouser étroitement des critères purement quantitatifs.

2. PROFIL GÉNÉRAL DU PANEL INTERROGÉ

Avant de s'intéresser aux composantes sociologiques du panel, il convient tout d'abord de décrire le déroulement de la campagne d'entretiens.

2.1. La campagne des entretiens

Cette campagne s'est déroulée de fin mars à août 2008. Un seul enquêteur a conduit les entretiens, afin de rechercher le maximum d'uniformité pour le minimum de subjectivité.

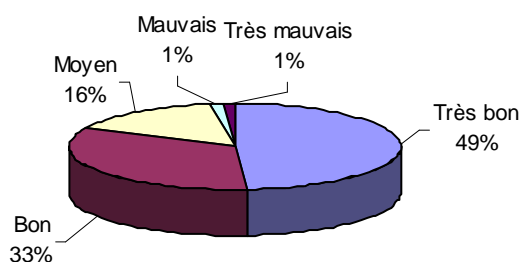
Les assurés CMU-C se présentaient au pré-accueil, l'agent d'accueil leur demandait s'ils acceptaient de répondre à un questionnaire en spécifiant que cela n'avait pas d'impact ni sur la gestion de leur dossier, ni sur le temps d'attente. Après le passage auprès de l'agent d'accueil, les bénéficiaires de la CMU-C s'entretenaient pendant une vingtaine de minutes avec l'enquêteur dans un endroit assurant la confidentialité de l'entretien.

Plusieurs points sont à noter à ce niveau de la démarche. Tout d'abord, très peu de personnes sollicitées ont refusé de répondre aux questions. Le questionnaire étant très complet, le temps imparti était nécessairement long, pourtant aucun ne s'est plaint. Au contraire, les personnes consultées profitaient de l'occasion pour s'exprimer et se renseigner. En effet, ces entretiens ont constitué pour eux une opportunité de donner leurs avis ou de livrer leurs reproches sur le système de santé en général, sur le dispositif de la CMU-C en particulier. Il s'est avéré qu'il s'agit d'une catégorie d'assurés qui souhaiterait s'exprimer de façon plus complète qu'à l'occasion d'un simple sondage d'opinion et à laquelle la parole n'est peut-être pas assez donnée ou qui n'ose pas se manifester spontanément.

Ensuite, la campagne des entretiens a permis d'observer que les bénéficiaires de la CMU-C ne se déplaçaient pas aussi fréquemment qu'imaginé. Dès lors, malgré près de 50 permanences, nonobstant 180 heures de présence de l'enquêteur, le nombre de questionnaires recueillis est inférieur aux prévisions initiales : 96 supports complétés, en face-à-face ou en auto-administration, pour les quatre communes. Les enseignements tirés des réponses recensées doivent être analysés à partir de ces données objectives. Le présent rapport, du point de vue qualitatif, ne contient que des pistes de réflexion ou d'approfondissement pour les données fiabilisées du volet quantitatif.

De façon collatérale, les entretiens ont permis à la CPAM du Val-de-Marne de mesurer et connaître le niveau de satisfaction des bénéficiaires de la CMU-C quant à la qualité de l'accueil.

Qualité de l'accueil



Le panel interrogé est majoritairement satisfait de l'accueil, sans qu'aucune distinction par ville ne soit remarquable. Les entretiens ont généralement eu lieu après l'entretien avec l'agent d'accueil, ils recensent donc un ressenti immédiat. Il faut aussi souligner que la note attribuée est fonction de la satisfaction ou non de leur demande.

2.2. Le profil des bénéficiaires de la CMU-C interrogés

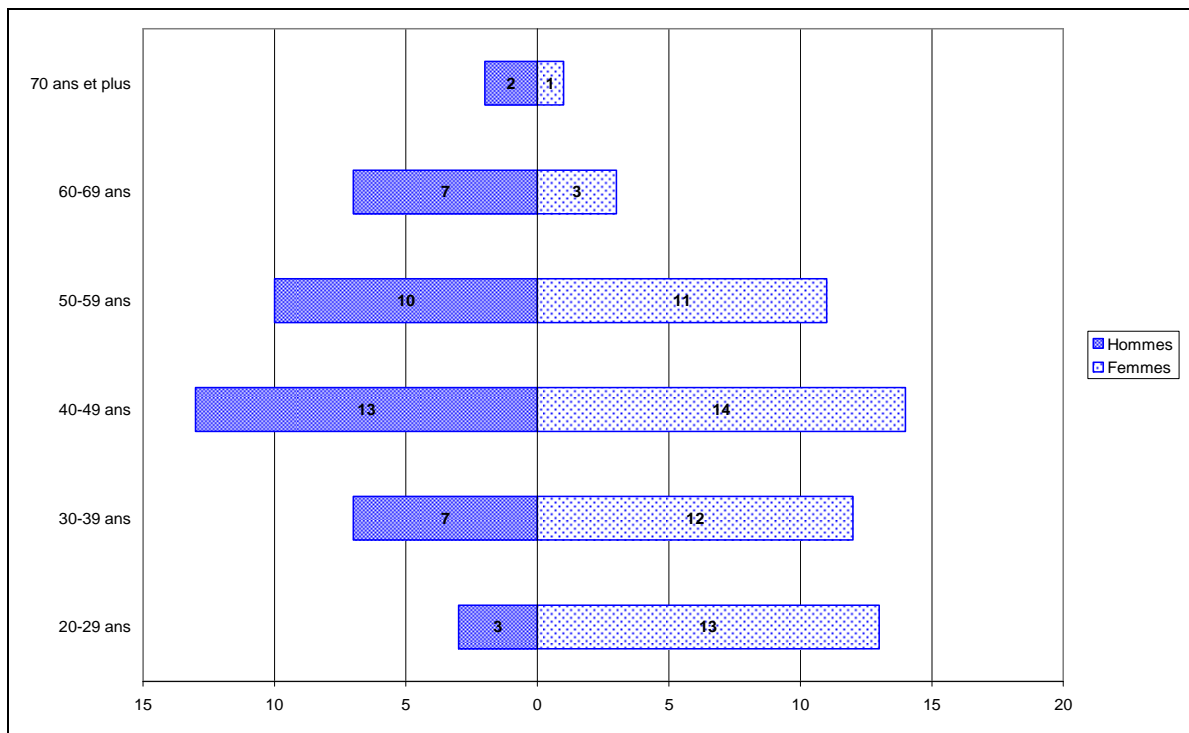
Il est à noter que les personnes interrogées ont au moins 6 mois d'ancienneté dans le dispositif et pour certaines sont en situation de renouvellement, ce qui signifie qu'elles ont des ressources qui ne dépassent pas le plafond CMU-C de 620,58€ (actualisé au 1er juillet 2008).

A l'issue des entretiens, parmi les 96 questionnaires retenus pour l'analyse qualitative, le plus grand nombre a été recueilli à Saint-Maur-des-Fossés (31 questionnaires). Sur les trois autres communes sélectionnées, une vingtaine de questionnaires a pu être retenue en moyenne. En effet, plusieurs questionnaires en autogestion n'étaient pas suffisamment complétés pour être intégrés dans les données d'analyse. Ainsi, une douzaine de questionnaires a dû être éliminée.

	nombre de questionnaires
CRETEIL	20
ST-MAUR-DES-FOSSES	31
THIAIS	22
VITRY-SUR-SEINE	23
TOTAL	96

La population des personnes consultées se compose à 56,4% de femmes. Elle est âgée en moyenne de 44 ans. La surreprésentation des femmes décroît avec l'âge. En effet, entre 20 et 29 ans, huit questionnaires sur dix concernent une femme, puis six sur dix entre 30 et 39 ans, et la moitié entre 40 et 49 ans. Au-delà de 60 ans, les femmes ne représentent plus que 30% des personnes ayant accepté de participer à l'enquête. Ce qui est à retenir dans l'hypothèse d'un renouvellement de l'enquête qualitative que la Direction de la Caisse envisage de reprendre à un rythme régulier pour approfondir les réponses en terme de suivi et de gestion du risque, pourquoi pas avec les représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ?

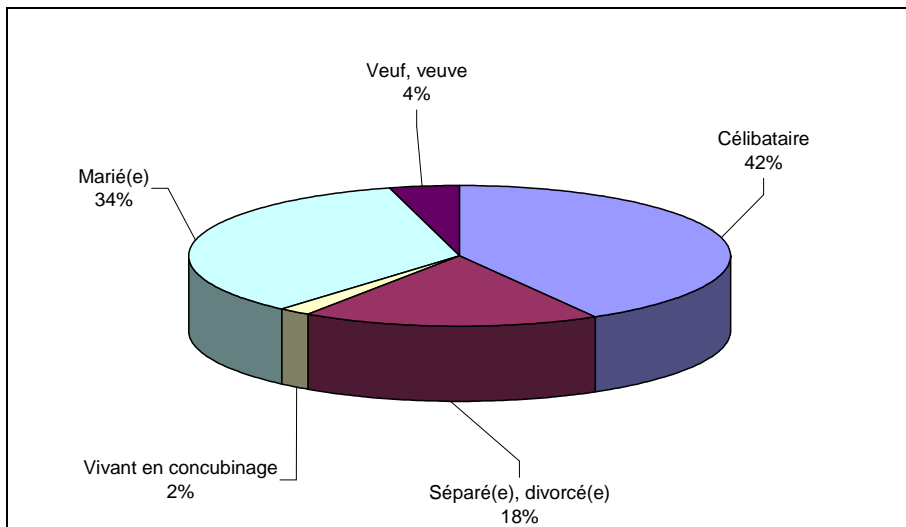
Pyramide des âges de la population des personnes interrogées



La prépondérance des adultes isolés parmi les bénéficiaires de la CMU-C est mise en évidence. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 60% se déclarent célibataire ou séparé/divorcé, tandis que 36% déclarent vivre en couple, marié ou en concubinage. A titre de comparaison, près de la moitié des adultes de la population totale des communes ciblées déclarent être mariés, d'après les données matrimoniales du recensement INSEE 1999 (46% à Créteil, 50% à Saint-Maur-des-Fossés, 52% à Thiais et 48% à Vitry-sur-Seine).

Il est à noter qu'au cours des entretiens, certaines personnes interrogées se déclaraient mariées, mais ne vivant pas avec leurs conjoint(s) et enfant(s). C'est par exemple le cas à Thiais où l'Espace d'Accueil est situé à proximité d'un foyer de jeunes travailleurs et immigrés. Les foyers n'ont pas vocation à accueillir des familles entières, mais des personnes vivant provisoirement seules. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU-C hébergés dans le foyer et interrogés dans le cadre de l'enquête peuvent également être considérés comme seuls, malgré leur état civil indiquant un mariage.

Situation matrimoniale des personnes interrogées

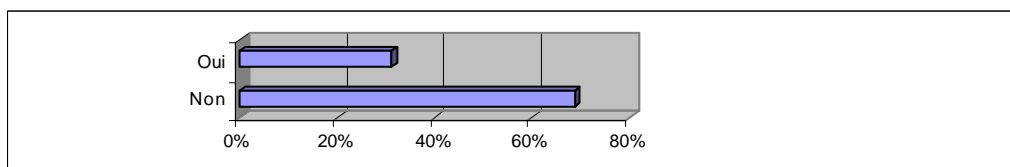


Près de 40% des ménages des bénéficiaires de la CMU-C déclarent la présence d'un ou de plusieurs enfants.

Parmi les personnes interrogées, 39% déclarent au moins un enfant de moins de 10 ans.

Concernant leur situation face à l'emploi, les entretiens ont permis de connaître celle à laquelle appartenaient les bénéficiaires interrogés. Les bénéficiaires de la CMU-C interrogés se sont déclarés majoritairement sans emploi ou titulaires d'un ou plusieurs emplois précaires. En effet, près de sept personnes sur dix déclarent être sans emploi au moment de l'enquête. Parmi les personnes d'âge actif, à savoir abstraction faite des préretraités et des retraités, cette proportion atteint 75%.

Réponses recueillies à la question « Avez-vous un emploi ? »

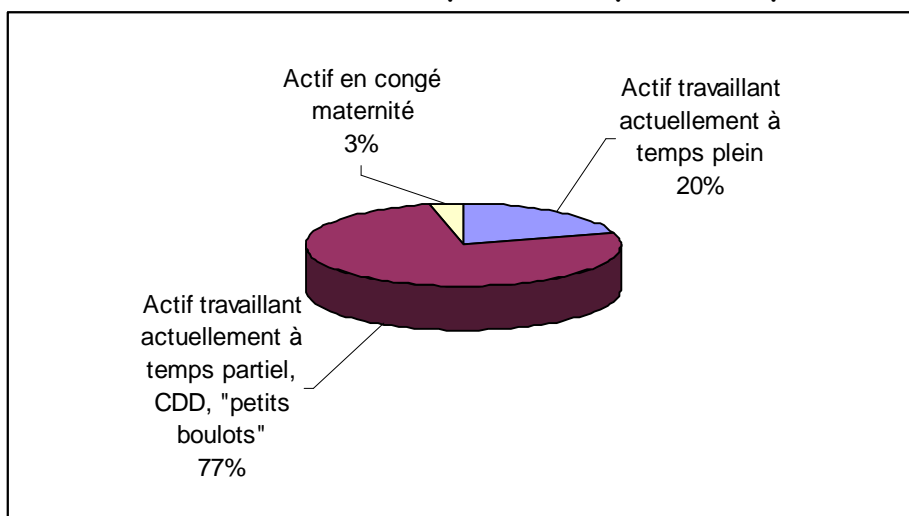


Situations sociales des bénéficiaires

Situations sociales		%
E M P L O I	Temps plein, CDI	6,3
	Temps partiels, CDD, "Petits Boulots"	24
	Congé maternité ou paternité	1
S A N S E M P L O I	RMI	20,8
	Chômage (indemnisé ou non)	17,7
	Homme ou Femme au foyer	10,4
	Préretraite ou Retraite	9,4
	Sans rien, SDF	4,2
	Handicapé	3,1
	Etudiant, formation	3,1
Total		100

Selon leurs déclarations, 6,3% des personnes interrogées déclarent occuper un emploi à temps plein, en CDI. Parmi le total des personnes déclarant un emploi (31,3%), 80% d'entre elles occupent un emploi précaire (temps partiel, CDD, « petits boulots »).

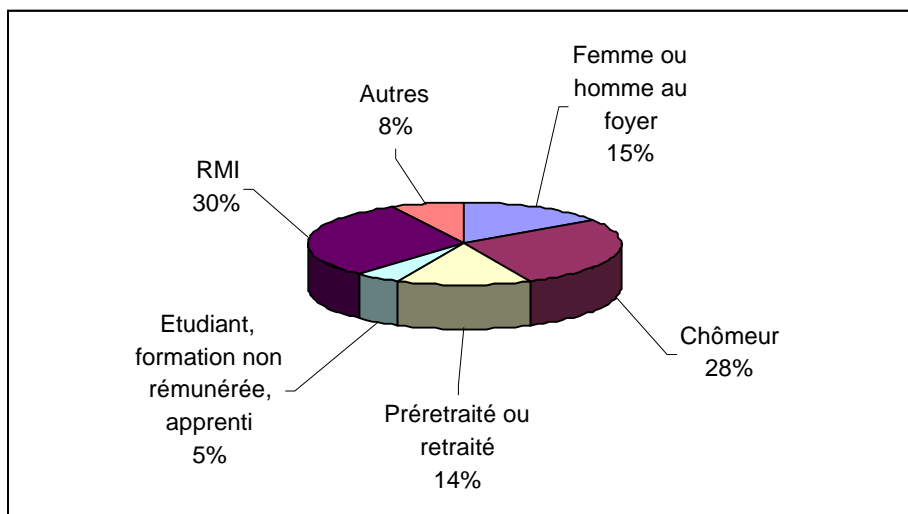
Situation déclarée des personnes ayant un emploi



Les autres, soit 69,7% de l'échantillon, personnes se déclarant sans emploi, 31 % sont allocataires du RMI. Pour les bénéficiaires du RMI, les démarches sont en effet simplifiées. Ils ont droit, sans nouvelle étude de leur dossier, à la CMU Complémentaire. Pour cela, ils doivent simplement en faire la demande auprès de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie et choisir un organisme gestionnaire de la CMU Complémentaire.

Les principales situations énumérées dans la seconde partie du tableau (personnes sans emploi) sont ensuite les personnes au chômage, au foyer, en retraite ou préretraite. A ce propos, bien que le montant du minimum vieillesse soit supérieur au plafond CMU, leur surreprésentation peut s'expliquer par les conditions d'attribution de la CMU-C. Elles sont fonction du nombre de personnes à charge, du droit au minimum vieillesse, du montant des pensions vieillesse, notamment pour les personnes n'ayant pas leurs annuités ou ayant travaillé peu ou pas en France.

Situation déclarée des personnes sans emploi



La CMU-C est un mécanisme d'aide sociale destinée aux personnes se trouvant dans une situation de précarité, on peut aussi en déduire, avec les réserves d'usage, que le panel plus particulièrement des personnes isolées en situation de précarité sociale. Ce point serait à approfondir par des enquêtes ultérieures, sur un panel élargi. Le phénomène sociologique d'isolement lié à la précarité pourrait devenir alors davantage qu'une hypothèse de travail, ce qu'il est à ce stade. A retenir dans l'hypothèse d'un tel renouvellement, que la précarité est à l'origine de comportements, de modes de communication et de systèmes de représentations qui induisent, consciemment ou non, des mécanismes de retrait ou d'introversion de la part des personnes interrogées.

Compte tenu des données recueillies par l'enquête, il se confirme que le profil des bénéficiaires de la CMU-C interrogés recoupe, à bien des égards, celui d'autres études conduites sur le sujet.

L'enquête menée par la DREES dès la première année d'entrée en vigueur du dispositif mettait déjà en évidence une population jeune, plutôt féminine, composée en majorité de chômeurs issus de milieux ouvriers ou employés et vivant pour plus d'un tiers dans un ménage dont la personne de référence est une femme.

L'enquête menée dans le Val-de-Marne apporte des enseignements sur la population des bénéficiaires de la CMU-C ayant un emploi. Ces derniers errent le plus souvent dans un « no man's land », sorte de frontière invisible entre emploi, chômage, inactivité, petit boulot. Ces personnes usent d'expressions péjoratives à cet égard, évoquant activité à temps partiel, CDD, petits boulots... Seule une personne sur cinq déclarant occuper un emploi évoque un emploi stable assimilé spontanément à un CDI, sorte d'objectif quasi-inaccessible au plus grand nombre.

3. PARALLÈLE ENTRE LE PROFIL GÉNÉRAL ET LE PROFIL DU PANEL

Une comparaison stricte ne peut être établie entre les deux profils, notamment en raison du caractère qualitatif de l'enquête.

3.1. Mise en perspective des deux populations

L'échantillon des personnes ayant participé à l'enquête peut être comparé, d'une part à l'ensemble de la population résidant sur les quatre communes de l'étude, comme précédemment, d'autre part à une population cible, celle des bénéficiaires de la CMU-C résidant dans les quatre communes de l'étude.

Le premier critère de comparaison par rapport à la population cible de l'étude réside dans une répartition géographique relativement homogène des réponses recueillies. Sur cet aspect, le nombre de questionnaires obtenus dans chaque commune ne permet pas une analyse infra-communale. Par précaution méthodologique, les résultats qualitatifs de l'étude seront ainsi présentés sur l'ensemble des quatre communes ciblées. Par ailleurs, s'agissant d'une étude qualitative, il faut noter pour la suite de l'analyse qu'une éventuelle corrélation entre population générale de la commune et nombre de bénéficiaires de la CMU-C dans la commune n'aurait pas apporté d'éléments qualitatifs déterminants. Bien évidemment, il en aurait été autrement dans l'hypothèse d'une recherche plus quantitative. Pour exemple, un plus grand nombre de questionnaires recueillis concerne des résidents de la commune de Saint-Maur-des-Fossés où la présence des bénéficiaires de la CMU-C y est la plus faible n'est pas de nature à minorer la validité des diagnostics énoncés.

Une seconde comparaison peut être dressée à partir des critères d'âge et de sexe de l'échantillon par rapport à la population cible. Les tests statistiques de représentativité consistent alors à comparer une fréquence observée par rapport à une fréquence théorique. L'échantillon observé correspond à la population ayant répondu à l'enquête. Les personnes ciblées par l'enquête sont les adultes qui se sont déplacés à l'un des centres d'accueil de la CPAM. L'échantillon théorique ou cible correspond alors à la population totale des bénéficiaires de la CMU-C de plus de 20 ans sur les quatre communes. Les tests habituels en la matière ont été utilisés. Leurs conclusions conduisent à rejeter la représentativité par classe d'âge³. L'échantillon apparaît en revanche représentatif de la population cible sur le critère sexe⁴.

Les résultats qualitatifs de l'étude seront analysés à l'aune de ces conclusions, le biais introduit par le facteur âge étant à prendre en compte lors de l'analyse de l'état de santé et du recours aux soins. Les bénéficiaires de la CMU-C qui se sont déplacés dans les centres d'accueil de la CPAM et ont accepté de participer à l'étude sont plus âgés en moyenne que la population cible.

3.2. Les limites de l'enquête

Pour un lecteur averti, une critique portant sur un lien entre panel interrogé et critères statistiques de représentativité sera facile à lever. C'était un choix de ne pas mener les entretiens au sein de structures associatives. Il a restreint le panel disponible. Ainsi, a été évité le biais qui risquait de surreprésenter la frange la plus précarisée de la population CMU-C sur les quatre villes sélectionnées. Or, l'un des enjeux de la partie qualitative, ainsi en étaient convenues les parties prenantes à cette étude, visait à atteindre toutes les CSP représentées parmi les bénéficiaires de la CMU-C. Cet objectif a été atteint, vérifié, mais en proportion insuffisante d'une manière globale et tout particulièrement pour une analyse par commune.

L'une des critiques que l'on peut formuler sur cette méthodologie serait qu'une personne pouvant entrer dans le panel, dont la démarche de ce jour-là auprès d'un centre de l'Assurance Maladie était de déposer un dossier de renouvellement ou de remboursement dans la boîte prévue à cet effet, était susceptible de ne pas se sentir concernée par l'étude en cours. Mais il n'existe pas de système de comptage pour ce genre de situation.

Parallèlement, il est possible aussi que les bénéficiaires en situation de grande précarité sont sous-représentés. Pour pallier ce défaut, à l'occasion d'études ultérieures, il

³ Statistique de 14,6 pour $p < 0,05$ et 5 dl, $R = 11,1$

⁴ Statistique de 0,67 pour $p < 0,05$ et 1dl, $R = 3,84$

conviendra d'examiner un dispositif plus adapté (par exemple, par l'intermédiaire du service des missions sociales et des services sociaux de l'Assurance Maladie).

Toutes les tranches d'âge ne sont évidemment pas présentes dans le panel d'une enquête qualitative. En effet, les bénéficiaires les plus jeunes se présentent peu à l'accueil. La tranche 20-29 ans, hommes et femmes représentent moins de 20% du panel alors que c'est la catégorie majoritaire si l'on reprend le profil général des bénéficiaires de la CMU-C sur les quatre villes retenues.

A l'expérience et après feed back, il est apparu que certaines questions, non prévues à l'origine, auraient pu figurer initialement dans le questionnaire (elles sont précisées au fil du rapport). Le champ du questionnaire était ambitieux, traitant des données sociodémographiques, puis de l'état de santé, du recours aux soins et enfin des relations avec les professionnels de santé. Chaque domaine se voulant complet sans être trop long, pour ne pas lasser la personne interviewée, la notion de durée de l'entretien, variable selon l'individu, est difficile à fixer a priori. Une durée d'une heure aurait été appropriée mais difficilement envisageable. Cela étant, dans la perspective de séances ultérieures d'approfondissement, cette piste doit être très sérieusement approfondie (groupe focus ?).

L'expérience montre que chaque champ aurait mérité de faire l'objet d'un questionnaire à part entière.

Plus particulièrement, concernant la partie sociodémographique, il manque une question relative à la précédente couverture sociale des bénéficiaires de la CMU-C.

Une catégorie non envisagée à l'origine est apparue à l'occasion des entretiens. En effet, lorsqu'il leur était demandé si la CMU-C avait amélioré leur état de santé, certains bénéficiaires de la CMU-C répondaient que la CMU-C n'avait pas conduit à une amélioration de leur état de santé, mais à un maintien de celui-ci, puisqu'ils bénéficiaient auparavant d'une couverture complémentaire. Il s'agit majoritairement de personnes ayant perdu leur emploi, donc les moyens financiers de conserver leur mutuelle, mais qui ont gardé les mêmes habitudes sanitaires et qui considèrent la CMU-C comme une réelle mutuelle.

Il aurait fallu interroger les bénéficiaires sur leur antériorité à la CMU-C. « Avant d'entrer dans le dispositif de la CMU-C, aviez-vous une complémentaire santé/une couverture sociale ? Si oui, de quel type ? » Ce point aurait permis une lecture supplémentaire de la notion de l'effet de rattrapage, par exemple. Ce point est développé ultérieurement.

L'objectif de ce questionnement était de mettre à l'aise les interviewés pour qu'ils s'expriment le plus sincèrement possible sur leur comportement sanitaire, par exemple en raison de l'origine de leur couverture sociale. La nature de la relation créée à cette

occasion ne permettait d'entrer trop avant dans leur vie privée, ni d'aborder des questions trop personnelles.

Ces limites déontologiques ont été scrupuleusement respectées. Voilà pourquoi l'enquête demeure un outil précieux, afin d'éclairer plus fidèlement et plus exactement certaines des motivations et des postures comportementales qui peuvent apporter aux données quantitatives un certain nombre d'explications et de justifications pratiques et concrètes que les seules statistiques ne sont pas à même de fournir.

Deuxième partie - LE RECOURS AUX SOINS

Le recours aux soins pose la problématique plus précise du comportement de santé des bénéficiaires de la CMU-C. Il ne s'agit pas de juger un comportement pour en vérifier la pertinence, mais de chercher à en appréhender les ressorts, les motivations, les représentations qui le sous-tendent.

1. INSERTION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

L'opinion publique porte un regard interrogatif sur les bénéficiaires de la CMU-C qui se comporteraient comme des assurés affranchis de toute réglementation, profitant du dispositif mis à leur disposition. Dès lors, il convient d'envisager la manière dont ils se positionnent réellement par rapport au système de santé et de déterminer si le degré de diversité de l'offre de soins de proximité a un impact sur leur mode de recours aux soins.

1.1. La question de l'entrée dans le dispositif de la CMU-C

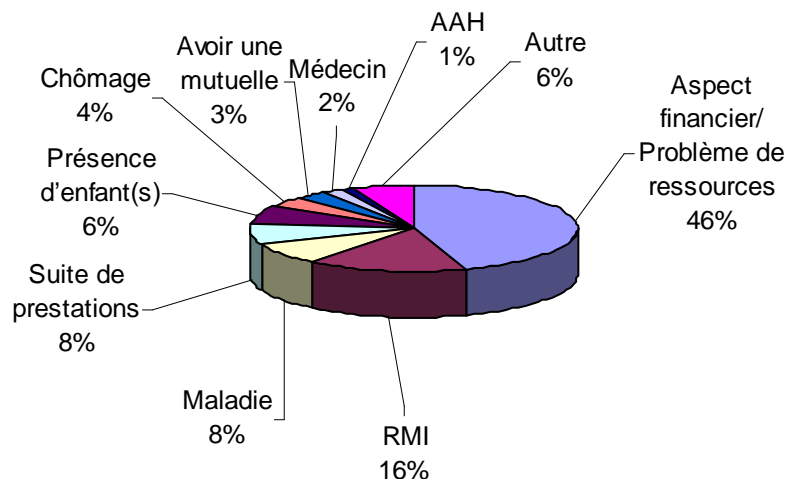
Le volet qualitatif de l'étude permet d'obtenir des éléments de réponse quant aux raisons et aux vecteurs d'entrée dans le dispositif de la CMU-C par les bénéficiaires.

Qu'est-ce qui est important : la santé, le soin de santé, le coût du soin ?

La recherche des raisons qui ont conduit les personnes interrogées à demander pour la première fois la CMU-C faisait l'objet d'une question ouverte afin de ne pas orienter les réponses. Il est essentiel pour cerner à quel niveau les bénéficiaires consultés placent leur santé : est-ce primordial d'être en bonne santé, ou la CMU-C apparaît-elle seulement comme un moyen de couvrir les frais médicaux ? Les bénéficiaires étaient eux-mêmes surpris de cet item. Leur réaction spontanée a été de répondre que « c'est évident, non ? ».

1.1.1. Raisons d'entrée dans le dispositif

Raisons d'entrée dans le dispositif de la CMU-C



L'importance du coût des soins

A priori, tenant compte du caractère qualitatif de l'étude, il faut néanmoins noter que 46% du panel interrogé privilégie l'aspect financier de la CMU-C. Ce sont leurs niveaux de ressources qui les ont incités à entrer dans le dispositif, sans considération de leur état de santé. La santé a un coût financier et pour faire face à ce coût, ils sollicitent le système de complémentaire santé solidaire. De nombreux travaux ont démontré que la santé recouvrait un niveau d'importance différent lorsque les personnes concernées se situaient dans une zone de grande précarité. Dans ces cas, les frais, peu importe qu'ils soient de nature médicale, priment sur la considération de l'état de santé.

Entrer dans un groupe social structurant

La deuxième raison la plus citée appartient au champ des prestations sociales. L'entrée dans le dispositif participe de l'insertion dans une démarche globale de solidarité nationale. Ainsi, lorsqu'une personne bénéficie du RMI, la procédure est simplifiée pour obtenir la CMU-C : le seul identifiant en tant qu'allocataire est suffisant.

L'objectif visé : des soins de santé de qualité gratuits et accessibles à tous

Le troisième argument avancé a un rapport directement avec la santé, puisqu'il s'agit des items « maladie », « avoir une mutuelle » et « médecin ». En se positionnant sur ce champ, les bénéficiaires interrogés ont clairement affirmé l'importance qu'ils accordent à leur santé. Si ce point semble relativement évident pour les personnes souffrant d'une maladie, il est d'autant plus révélateur pour les personnes qui ont choisi de demander la CMU-C, car ils souhaitaient bénéficier d'une mutuelle. Ils ne sont pas malades, la santé ne représente pas encore un enjeu financier, mais ils font le choix que cela n'en devienne pas un, en « adhérant » à une complémentaire santé solidaire.

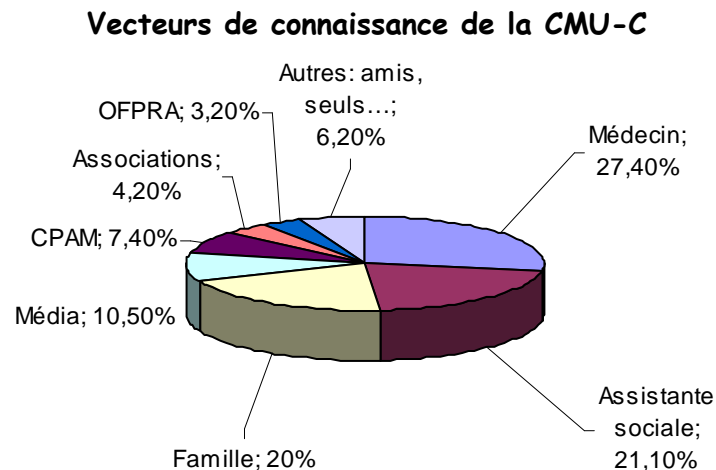
Une démarche qui dépasse l'immédiateté lorsqu'on a des enfants

A hauteur de 6%, la présence d'enfant(s) est avancée pour justifier l'entrée dans le dispositif de la CMU-C. Ce point confirme le profil général des bénéficiaires de la CMU-C dans les quatre communes : il s'agit majoritairement de femmes avec enfant(s). Cela confère une valeur supérieure à la « bonne santé » d'un enfant. Leur état de santé n'a pas motivé la demande, mais celui de leur enfant oui, car il peut leur apparaître prioritaire.

L'accès à la CMU-C, c'est le début d'un parcours

Pour obtenir la CMU-C, les bénéficiaires ont dû se renseigner. Le traitement de cette question permet de cerner au plus juste les sources d'information à disposition des assurés en situation de fragilité sociale.

1.1.2. Vecteurs de connaissance de la CMU-C



La connaissance d'un dispositif emprunte nécessairement un vecteur, qu'il s'agisse de la famille, de la presse ou d'une association. Appréhender le vecteur d'accès au dispositif de la CMU-C est un biais pour connaître quel est le moyen d'information à destination des publics précaires le plus pertinent.

Voici les trois groupes relais qui semblent prioritaires.

En premier, le médecin : conseiller santé de proximité privilégié

Le faible poids des associations dans les résultats peut s'expliquer par le fait que la campagne d'entretiens ne s'est pas déroulée au sein de ces structures. Mais leur positionnement est sans doute plus proche du troisième groupe exposé ci-dessous.

Le médecin constitue le premier vecteur d'information des personnes consultées. A l'occasion des entretiens, les bénéficiaires interrogés expliquaient que leur médecin, a

fortiori traitant, les incitait à demander la CMU-C au regard de leur situation. En effet, une consultation représente un moment propice pour se confier.

En deuxième, les services sociaux : deuxième réseau de confiance

L'assistante sociale qui a une vision exhaustive des personnes qui se présentent devant elle est le deuxième moyen de connaissance le plus cité, vient ensuite la famille à hauteur de 20%. Ces premiers vecteurs impliquent une connaissance particulière de la situation du bénéficiaire, une certaine intimité, une zone de sécurité et un climat de confiance dans lesquels le bénéficiaire a pu solliciter une information ou une aide.

En troisième, la CPAM, les médias, les associations

Les autres sources citées représentent des moyens classiques et généraux d'information. En effet, ils ont comme rôle respectif d'informer les publics auxquels ils ont vocation à s'adresser.

L'ancienneté dans le dispositif correspond à un enracinement dans la précarité

Le dernier axe de ce point concerne l'ancienneté dans le dispositif. Cela ouvre deux perspectives distinctes, voire opposées. Ainsi, les données recueillies via les questionnaires révèlent deux positions : soit une entrée relativement récente, 2006 / 2007 pour un quart du panel, soit une grande ancienneté pour un autre quart du panel. Les 50% restant se répartissent également sur les années intermédiaires.

Cet item conduit à savoir si les personnes ont vocation à demeurer dans le dispositif ou non. Bien entendu, les 25% récemment entrés dans le dispositif ne savent pas s'ils y seront encore dans un an. Mais concernant le quart des plus anciens, on peut craindre une « installation » dans le processus de solidarité nationale, certains parleraient d'une tentation d'enfermement.

Il ressort des entretiens le sentiment qu'il aurait existé une CMU-C avant la CMU-C.

Deux remarques sont nécessaires à ce stade. Certains bénéficiaires interrogés affirmaient être entrés dans le dispositif dès 1996, en tout cas bien avant sa mise en œuvre effective, cela induit une continuité. En revanche, d'autres ont déclaré effectuer un va-et-vient au sein du dispositif, espacé d'un ou deux ans. Les données auraient pu être plus précises, si ce point avait fait l'objet d'une question à part entière « avez-vous déjà eu la CMU-C avant ? Pour quelles raisons n'y aviez-vous eu plus droit ? Quelles étaient les raisons de votre nouvelle demande ? ». Cela aurait permis de mieux cerner les personnes bénéficiant de la CMU-C, mais aussi de mieux comprendre leurs réactions face à ce dispositif. Est-il envisagé comme un dispositif de dernier recours ? Est-il une solution évidente en cas de difficulté ? Ou plus simplement, comment est-il appréhendé par les bénéficiaires ?

Toutes ces questions mériteraient d'aller plus loin dans l'approfondissement de ces déclarations, ici ou ailleurs, en partant de cette étude comme d'un TO.

Le niveau d'insertion des bénéficiaires de la CMU-C dans le système de santé peut aussi se mesurer au taux de déclaration de médecin traitant par ces mêmes bénéficiaires, c'est-à-dire l'adhésion d'un parcours de soins coordonnés initié par la loi du 13 août 2004. Encore une idée reçue contredite par les faits.

1.2. Une adhésion plus large au dispositif du médecin traitant

A l'instar de l'ensemble des assurés du Régime Général, les bénéficiaires de la CMU-C sont invités à déclarer un médecin traitant et à le consulter en priorité. Sur les quatre communes de l'étude, 66 % des bénéficiaires de la CMU-C ont déclaré un médecin traitant contre 64,2 % pour les autres bénéficiaires du régime général. A l'inverse du reste de la population couverte par le Régime Général, la participation au dispositif apparaît plus homogène entre les communes pour les bénéficiaires de la CMU-C dans la mesure où cette population revêt des caractéristiques sociodémographiques proches.

Ainsi, à Créteil et Vitry-sur-Seine où le taux d'adhésion au dispositif est sur la population totale plus faible, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus nombreux à avoir déclaré un médecin traitant relativement au reste de la population. En revanche à Saint-Maur-des-Fossés et Thiais, le constat inverse est établi.

Après deux années de mise en place du dispositif, la situation précaire et la compréhension probablement plus difficile du système de soins ne semblent pas pénaliser l'adhésion des bénéficiaires de la CMU-C par rapport au reste de la population couverte par le Régime Général.

Taux d'adhésion au dispositif de médecin traitant selon la commune et la catégorie de bénéficiaires (population générale - analyse quantitative)

	CRETEIL	ST-MAUR-DES-FOSSES	THIAIS	VITRY-SUR-SEINE	Total
Bénéficiaires de la CMU-C	62,4%	66,7%	68,9%	68,6%	66,0%
Autres bénéficiaires du Régime Général	60,1%	68,0%	70,2%	62,9%	64,2%
Ensemble des bénéficiaires	60,3%	67,9%	70,1%	63,5%	64,4%

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Enseignement tiré de l'étude qualitative

Les personnes interrogées ont déclaré un médecin traitant à 93%, 85% d'entre elles affirmant avoir utilisé pour cela le formulaire ad hoc.

Le fait de fréquenter les accueils de la CPAM illustre l'effet de la qualité du lien créé avec l'Assurance Maladie et ses agents pour la transmission d'informations et de conseils.

Lorsque les bénéficiaires déclaraient ne pas avoir de médecin traitant, les entretiens offraient l'occasion de leur remettre un formulaire en leur expliquant l'importance d'effectuer cette démarche.

Concernant le parcours de soins coordonnés, tous les assurés et leurs ayants droit âgés de 16 ans et plus, y compris les bénéficiaires de la CMU-C ou les personnes en ALD sont concernés par ce dispositif. Dès lors l'absence de choix de médecin traitant les pénalise, même s'ils bénéficient du tiers-payant, puisque leur créance sera reportée sur un remboursement qui pourrait leur être versé directement. L'opinion publique est cependant convaincue que ce n'est pas le cas et que les bénéficiaires de la CMU-C abuseraient du système sans faire l'objet d'aucun contrôle.

Pourtant, l'absence de choix de médecin traitant peut s'expliquer par des causes diverses.

Sans prétendre classer ces différentes hypothèses par ordre d'importance, l'on citera :

- Les personnes qui n'ont pas une consommation de soins importante, une visite annuelle, voire tous les deux ans et qui ne trouvent pas de justification économique à choisir un médecin traitant, qui de toute façon ne les connaîtra pas, ne les voyant pas assez souvent. Ces personnes sont tentées par le nomadisme médical.

- Il peut s'agir aussi de personnes qui se désintéressent de leur santé. Dans ce cas, on retrouve la redoutable problématique de l'image et de l'estime de soi, de la dignité, de la représentation du corps qui devient alors la cause de toutes les souffrances, phénomène fréquent pour celles et ceux qui sont frappés par la très grande précarité.

- Un troisième groupe très difficile à cerner quantitativement et qualitativement pourrait être constitué à titre résiduel de personnes qui se positionnent en déni de tout système de solidarité, voire n'en voient que l'effet d'aubaine.

Cette image est à ce point ancrée dans l'opinion publique qu'à l'occasion des entretiens, l'on sentit qu'elle pouvait peser sur plusieurs bénéficiaires qui ont cru nécessairement d'exprimer leur bonne foi en précisant : « je ne profite pas du système, vous savez, je suis vraiment malade ».

1.3. Le degré de diversité de l'offre de soins de proximité est-il un facteur d'insertion dans un système de santé ?

Les entretiens qualitatifs ont porté également sur la problématique de l'accessibilité aux membres des professions de santé. Néanmoins, il faut interpréter les résultats en

prenant en compte l'effet « Ile-de-France ». En effet, l'offre de soins de santé en Ile de France est particulièrement dense, tant en cabinets libéraux que dans le cadre de structures hospitalières (privée/publique) et médico-sociales. Cet effet est singulièrement sensible dans le département du Val-de-Marne qui est un département de 244 km² pour une population de 1 293 000 (données INSEE 1^{er} janvier 2006).

Le maillage de l'offre de soins est tel dans le Val-de-Marne qu'en réalité cette question qui peut être légitime dans d'autres zones géographiques est peu pertinente dans le cadre de la présente étude. Dans le futur, il conviendrait plutôt de faire porter une partie des interrogations sur les modalités grâce auxquelles on entre en relation, d'une manière générale, avec un nouveau professionnel de santé et/ou plus particulièrement avec un médecin spécialiste, quel que soit son mode d'exercice. L'opportunité de cette question doit être connectée avec celle portant sur les motivations de la consultation.

Ainsi, choisit-on un praticien en fonction de critères de proximité, de compétences médicales reconnues (quel rôle joue sur ce point les recommandations d'autres patients de même statut) ?

Pour illustrer ces pistes de réflexion, nous allons prendre successivement pour exemple les Vitriots et les Saint-Mauriens.

-Les Vitriots. Résidant à proximité de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre et en présence d'un maillage de la médecine libérale et des structures médico-sociales, ils déclarent être en capacité de choisir librement entre ces différentes structures de soins. A noter cependant, que les Vitriots sont à l'origine du taux de choix le moins élevé des quatre villes. La structuration des entretiens et les opinions recueillies n'ont pas permis de déterminer si les bénéficiaires ne confondaient pas qualité et variété de l'offre de soins.

- Concernant Saint-Maur-des-Fossés, avec ces particularismes, on soulignera que 22 bénéficiaires sur 31, soit deux tiers des personnes interrogées, estiment avoir le choix entre plusieurs types de structures médicales. Cela peut-être expliqué par la proximité de Créteil, qui chacun le sait, un ensemble de plateaux techniques de haut niveau répartis entre le CHU - AP/HP Henri Mondor, l'Hôpital Intercommunal et d'autres établissements de divers statuts

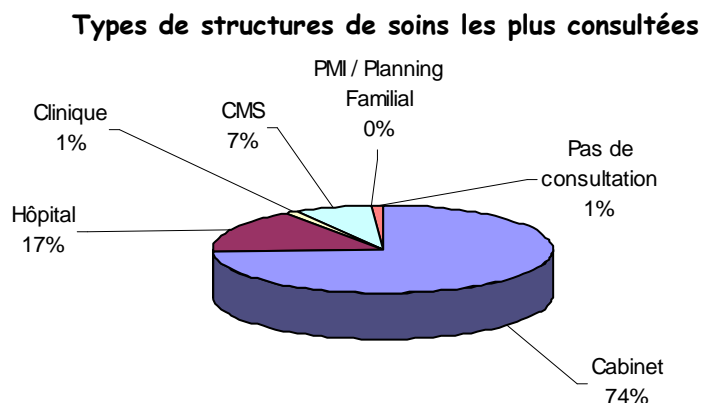
**Tableau analytique des positionnements des interviewés
quant au choix dans l'offre de soins**

Choix dans l'offre de soins		Non Répondants	OUI	NON	NSP	TOTAL
Global	Nombre	1	68	22	5	96
	%	1,04	70,83	22,92	5,21	100
Créteil	Nombre	0	15	3	2	20
	%	0	75	15	10	100
Saint-Maur-des-Fossés	Nombre	0	22	8	1	31
	%	0	70,97	25,81	3,22	100
Thiais	Nombre	0	18	3	1	22
	%	0	81,82	13,64	4,54	100
Vitry-sur-Seine	Nombre	1	13	8	1	23
	%	4,35	56,52	34,78	4,35	100

Commentaire : on ne peut écarter l'hypothèse que les personnes interrogées n'ont pas une claire visibilité du degré de densité et de variété de l'offre de leur commune de résidence.

Ainsi, il est difficile d'établir une stricte corrélation entre l'endroit où se situe l'offre de soins et le parcours de santé et le comportement sanitaire.

- Types de structures de soins les plus consultées



Majoritairement, les bénéficiaires déclarent consulter les professionnels de santé libéraux, ce qui contredit une autre idée reçue diffusée sans contrôle dans les médias.

Cet item permet d'évoquer un fait marquant qui s'est produit à l'occasion d'un entretien à Vitry-sur-Seine. Une jeune femme de 27 ans, célibataire, a déclaré se rendre au CMS parce que cela coûtait moins cher à la Sécurité sociale. Ce n'est pas tant son intention qui est à noter que ce qu'elle démontre. Même s'il ne s'agit que d'une personne, elle

traduit une attitude significative des bénéficiaires interrogés. Il semble peser sur leurs épaules un sentiment de culpabilité, ils ressentent le besoin d'affirmer qu'ils ne profitent pas du système, comme semble l'exprimer l'opinion publique qui associe CMU-C, effet d'aubaine et/ou abus. Se pose ici la question de la médiatisation du dispositif complémentaire de la CMU, qui s'attache plus à en montrer les failles que les réussites.

1.4. Contexte du recours aux soins

Se situe ici l'un des enjeux de l'étude : existe-t-il un impact de la répartition géographique de l'offre de soins sur le comportement des bénéficiaires de la CMU-C au sein des quatre communes sélectionnées en raison de la typologie de leur offre de soins et de leur taux de densité de précarité ?

Les centres de soins exercent une forte attractivité pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ils constituent pour eux un substitut pertinent à la médecine libérale de ville. C'est le cas à Thiais qui, on l'a vu, comporte plusieurs résidents en foyer.

Quelle que soit la spécialité du médecin, la commune de Thiais est marquée par un fort recours aux professionnels en centre de santé puisque près d'un bénéficiaire sur dix a consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours de l'année et près de 13 % un médecin spécialiste.

Même en tenant compte des variations d'une commune à l'autre, notons qu'au cours de l'année 2007, les bénéficiaires de la CMU-C ayant consulté un médecin généraliste au sein d'un centre de soins représentent 6,2 % contre 2,6 % pour les autres bénéficiaires du Régime Général. Ces parts s'établissent respectivement à 9,6 % pour les médecins spécialistes - ressortissants de la CMU-C et 5,5 % pour les médecins spécialistes - population générale.

Recours aux médecins en centre de santé par commune et catégorie de bénéficiaires - Année 2007

	CRETEIL	ST-MAUR-DES-FOSSES	THIAIS	VITRY-SUR-SEINE	Total
taux de recours CMU-C médecins généralistes	4,1%	7,0%	9,4%	7,2%	6,2%
taux de recours non CMU-C médecins généralistes	1,6%	1,6%	4,0%	4,2%	2,6%
taux de recours CMU-C médecins spécialistes	5,2%	11,6%	13,0%	12,4%	9,6%
taux de recours non CMU-C médecins spécialistes	3,5%	3,2%	7,2%	9,2%	5,5%

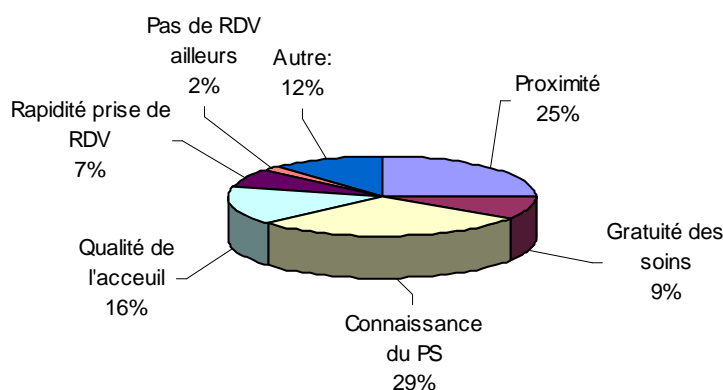
Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Ce point apparaît comme une apparente contradiction avec les données recueillies par le biais de l'enquête. En effet, à hauteur de près de 74% , les bénéficiaires interviewés déclarent consulter principalement un professionnel de santé libéral, ce qui semble évoquer une confusion entre les statuts des différentes structures. Il s'agit de bien séparer ce qui est l'accueil à l'hôpital de l'accueil en cabinet libéral ou en centre de

santé. Ces deux derniers peuvent n'être pas nettement distingués : un centre de santé peut aussi se présenter comme un groupement de cabinets médicaux et paramédicaux libéraux.

La notion de relation personnelle et suivie peut être évoquée comme facteur de fidélisation. Les motivations de ce choix sont liées majoritairement à la connaissance du professionnel de santé (29%) et à la proximité du cabinet, libéral ou social, de leur lieu de résidence (25%).

Motivations déclarées des choix des bénéficiaires



Le lien social apparaît privilégié par rapport aux critères habituellement avancés, à l'instar de la gratuité des soins ou des difficultés pour obtenir un rendez-vous.

Il n'a pas été observé de disparités dans les parcours de santé auprès des différentes formules d'offre de soins, selon l'appartenance de tel ou tel sous-groupe de la CMU-C. On retrouve les mêmes critères de choix.

Ainsi, à Thiais, où l'offre de soins libérale est plus faible, les bénéficiaires consultent des praticiens hors de leur commune de résidence. A l'inverse, à Saint-Maur des Fossés, le recours aux professionnels de santé de la commune est privilégié, grâce à une offre de soins libérale plus importante, malgré le poids du secteur 2.

Cette notion de proximité joue également pour ce qui concerne les structures de soins de type CMS, Clinique ou établissement hospitalier. Dans ces conditions, lorsque Thiais, qui ne possède qu'un établissement de soins privé, on observe que les bénéficiaires fréquentent les établissements des communes environnantes. Phénomène inverse, à Vitry-sur-Seine qui compte deux cliniques privées d'une taille avoisinant la centaine de lits (source : VISIAURIF), 67 % des bénéficiaires de la CMU-C et 57 % des autres bénéficiaires y accèdent aux soins, car situées dans leur commune de résidence.

-Les démarches au regard des soins d'urgence-

Quelles que soient les spécificités territoriales, les études quantitatives évoquent un appel plus fréquent au service d'urgence par les bénéficiaires de la CMU-C. Parmi ces derniers, toutes communes confondues, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un forfait ATU est de 6,7 % contre 2,9 % pour les autres bénéficiaires du Régime Général.

Les jeunes...

Concernant les soins d'urgences, on constate un comportement particulier des jeunes bénéficiaires de la CMU-C. Leur état de santé les conduit à privilégier la fréquentation des services d'urgence comme point d'entrée dans le système d'accès aux soins.

... et les autres

En établissement privé, toutes catégories de bénéficiaires confondus, le recours aux urgences mesuré par le remboursement d'un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) est supérieur à la moyenne à Vitry sur Seine, puisque 9,3 % des bénéficiaires. Il reste marginal sur les autres communes avec des taux de 2,1 % à Thiais, 0,7 à Saint-Maur-des-Fossés et 0,2 % à Créteil. Ces différences sont encore plus nettes pour la population des bénéficiaires de la CMU-C. La présence dans cette commune d'un établissement privé accueillant les patients en urgence peut expliquer ces disparités.

2. ÉTAT DES LIEUX DE LA CONSOMMATION DE SOINS

(Informations issues d'analyses quantitatives comparées à l'étude qualitative présente)

L'analyse de l'insertion dans le dispositif de la CMU-C n'est pertinente que si elle apporte un éclairage sur la consommation de soins des bénéficiaires. A niveau d'insertion identique, la consommation de soins des bénéficiaires est-elle similaire ?

2.1. La pharmacie et les honoraires médicaux : principaux postes de dépense

Les données statistiques des études quantitatives fournissent les informations suivantes.

Les bénéficiaires de la CMU-C consacrent annuellement en moyenne 889 euros à leurs dépenses de santé dont 329 euros aux dépenses pharmaceutiques. Le deuxième poste de dépense concerne les honoraires médicaux du secteur libéral avec une dépense moyenne de 250 euros. Les soins dentaires, les actes d'analyse médicale et d'auxiliaires médicaux représentent ensuite une consommation moyenne respective de 126 euros, 59 euros et 53 euros par an.

**Consommation moyenne des bénéficiaires de la CMU-C
Secteur libéral et centres de santé**

	CRETEIL	ST-MAUR- DES-FOSSES	THIAIS	VITRY-SUR- SEINE	Total
Honoraires médicaux	236	246	245	266	250
Honoraires dentaires	134	131	154	110	126
Pharmacie	346	369	302	309	329
Auxiliaires médicaux	54	55	61	49	53
LPP	38	34	37	35	36
Biologie	57	56	60	61	59
Transport	35	42	35	35	36
Total	898	932	894	866	889

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Sur le même panier de soins, la consommation annuelle des autres bénéficiaires du Régime Général s'élève à 969 euros, soit à un niveau supérieur de 9,1 % à celui des bénéficiaires de la CMU-C. A âges et sexes équivalents, la consommation des bénéficiaires de la CMU-C est supérieure de 26,3 % à celle de la population générale. A âge égal, ces données peuvent évoquer un état de santé détérioré par rapport à celui du reste de la population. A noter enfin que ces écarts de consommation peuvent varier d'une commune à l'autre (32,4 % à Créteil, 20,8 % à Thiais).

**Ecart de consommation moyenne
selon la catégorie de bénéficiaires**

	CRETEIL	ST-MAUR- DES- FOSSES	THIAIS	VITRY-SUR- SEINE	Total
Ratio Consommation moyenne CMU-C / Consommation moyenne non CMU-C	0,95	0,87	0,90	0,87	0,89
Ratio Consommation moyenne CMU-C / Consommation moyenne non CMU-C À âges et sexes équivalents	1,32	1,29	1,21	1,28	1,26

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

2.2. Des dépenses de transport plus élevées

Les dépenses de transport pour la population concernée sont imputables notamment aux personnes souffrant d'une affection de longue durée. Les personnes affiliées à la CMU-C et atteintes d'une pathologie lourde et coûteuse concentrent 93,3 % des dépenses de transport.

Ce sous-groupe représente 47 % des personnes ayant eu un remboursement de transport en ambulance et 80 % des transports en VSL.

A structure de population équivalente (effets âges et sexes neutralisés), les bénéficiaires de la CMU-C présentent une dépense moyenne liée aux frais de transport de 59 euros sur l'année contre 29 euros pour les autres bénéficiaires du Régime Général. Ce constat est vérifié sur les quatre communes de l'étude avec le plus grand écart observé à Saint-Maur-des-Fossés et le plus faible à Créteil.

Dépense moyenne de frais de transport

	CRETEIL	ST-MAUR- DES-FOSSES	THIAIS	VITRY-SUR- SEINE	Total
Consommation moyenne CMU-C	33,93	41,45	34,52	34,94	35,24
Consommation moyenne CMU-C <i>redressée des effets âge et sexe</i>	57,23	75,20	51,97	57,97	58,81
Consommation moyenne non CMU-C	32,65	29,48	26,86	30,43	30,46
Consommation moyenne non CMU-C <i>redressée des effets âge et sexe</i>	30,79	28,88	25,90	28,54	29,06

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

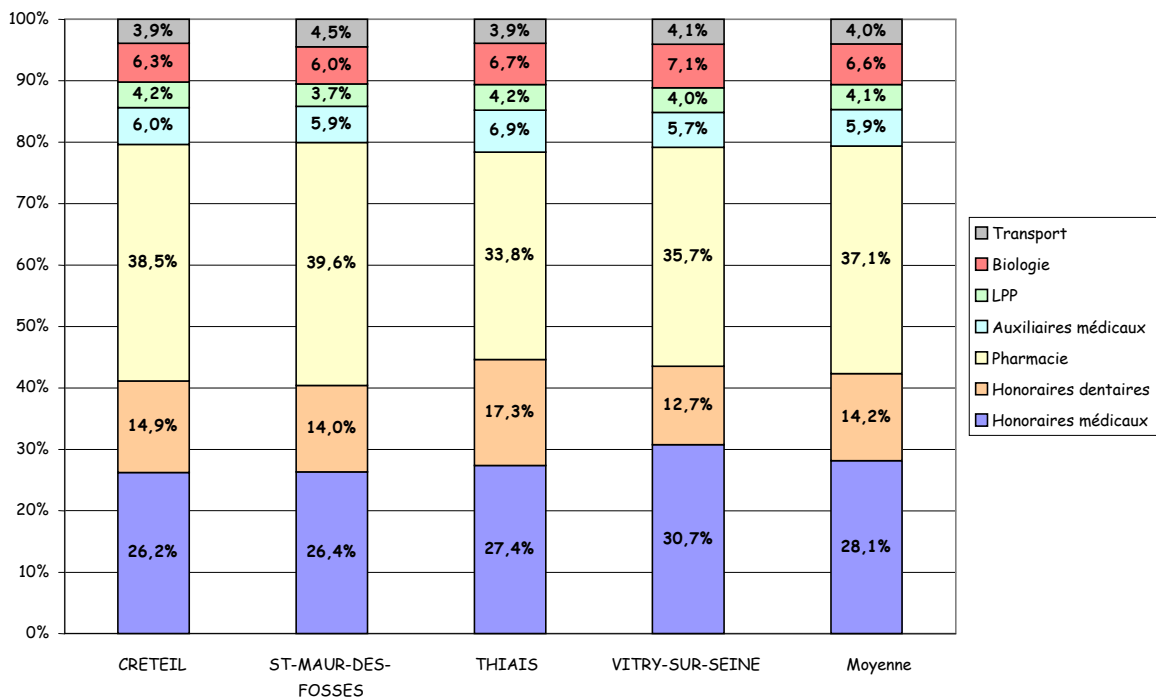
Les communes de l'étude présentent par ailleurs une offre de transporteurs relativement comparable. La densité des transporteurs sanitaires s'élève à 5,5 sociétés pour 100 000 habitants à Saint-Maur des Fossés, 4,9 à Créteil, 3,8 à Vitry-sur-Seine et 3,5 à Thiais.

2.3. Une structure de dépense différenciée selon les communes

Concernant les éléments fournis par l'étude quantitative, on constate qu'au sein de la consommation de soins, les disparités intercommunales suivantes apparaissent :

- Des honoraires médicaux représentant 30,7 % à Vitry-sur-Seine contre 28,1 % en moyenne sur l'ensemble des communes. Cette commune compte par ailleurs la plus forte population CMU-C âgée de moins de 20 ans, 42,7 %.
- Un plus grand recours aux soins dentaires caractérise les ressortissants de la commune de Thiais, avec une part de 17,3 % contre 14,2 % en moyenne sur les 4 communes. Dans cette commune, l'implantation des dentistes libéraux est pourtant plus restreinte qu'à Saint-Maur ou Créteil, respectivement 53 professionnels pour 100 000 habitants contre 68 et 100.
- Les dépenses pharmaceutiques occupent une plus grande proportion pour les bénéficiaires résidant à Saint-Maur-des-Fossés : 39,6 % contre 37,1 % en moyenne sur les 4 communes.

Structure de la consommation de soins de ville Secteur libéral et centres de santé



Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

L'étude quantitative exploitant les bases de données informationnelles, la partie qualitative n'avait pas vocation à recueillir (risque de redondances et de distorsions) des éléments descriptifs de la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU-C interrogés. Par ailleurs, la composition du panel était de nature à biaiser ces résultats

2.4. Le renoncement aux soins avant et pendant l'attribution de la CMU-C

La problématique du renoncement aux soins est l'une des préoccupations majeures. Elle est récurrente lorsqu'il est question de bénéficiaires en situation de vulnérabilité sociale. En effet, la population concernée dispose de ressources insuffisantes pour accéder à une complémentaire santé solidaire (chèque santé, ACS...). Elle est donc totalement dépendante du système de solidarité nationale, et parfois contrainte d'opérer des choix, parmi lesquels celui de s'abstenir de se soigner avant d'intégrer le dispositif de la CMU-C.

Ce thème est abordé dans le cadre de la consommation de soins, car si avant l'entrée des bénéficiaires dans la CMU-C, ces derniers ont pu renoncer à des soins : on évoque alors

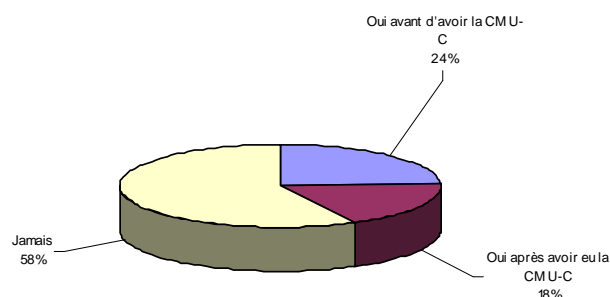
un effet de « rattrapage ». Le nouveau Cmuiste éprouve le sentiment que tous les soins dont il n'a pas pu bénéficier en l'absence de complémentaire santé pourront lui être prodigués dès son entrée dans le dispositif. Ce sentiment de pouvoir procéder à cette sorte de rattrapage ne concerne évidemment pas les bénéficiaires de cette couverture sociale particulière qui avaient accès précédemment au système de soins, par un canal ou par un autre.

D'un point de vue statistique, personne ne peut sérieusement prétendre quantifier l'impact de l'effet d'un prétendu rattrapage de soins. : quels critères significatifs, quels indicateurs pertinents aller requêter dans les bases de données ? La partie qualitative de notre enquête prend toute sa valeur, car elle seule peut donner des pistes de réflexion et des hypothèses pour éclairer les données des études quantitatives.

Le renoncement aux soins a fait l'objet de plusieurs questions dans l'enquête. Si la tenue d'entretiens peut faciliter l'expression, le fait de demander à quelqu'un, en face-à-face, s'il a déjà renoncé à des soins de santé ne garantit pas l'authenticité de la réponse, car l'on entre alors dans le système de représentation extrêmement intime de l'autre. En effet, au-delà de l'opinion générale et des préjugés, la santé n'est pas un domaine comme un autre, elle fait partie des choix intimes de l'être. S'il semble peu pertinent à l'opinion publique de renoncer à des soins (mais qui n'a pas retardé une visite chez le dentiste ?), il reste néanmoins difficile collectivement de valider des démarches individuelles de renoncement aux soins de la part de personnes qui bénéficient par ailleurs d'une prise en charge solidaire, collective et gratuite.

Par ailleurs, et c'est peut-être le seul point de faiblesse de notre dispositif, la conduite de l'entretien dans un espace d'accueil de l'Assurance Maladie face à 'un de ses agents peut rendre la démarche encore plus difficile, car potentiellement culpabilisante. Cette hypothèse peut être intellectuellement confortée, car les questionnaires auto-administrés ont révélé un taux de renoncement aux soins plus élevé que ceux recueillis à l'occasion des entretiens.

Taux de renoncement aux soins de 42%



La notion de renoncement aux soins n'a pas été clairement comprise par les personnes interrogées qui ne s'y reconnaissaient pas spontanément et explicitement. Pour la

plupart d'entre eux, il ne s'agissait pas de renoncer, mais de retarder les soins. Il aurait été pertinent de formuler la question différemment : « avez-vous déjà reporté des soins ? ». Les réponses auraient sans doute varié.

D'ailleurs, une large majorité affirme n'avoir jamais renoncé à des soins pour eux-mêmes, ce qui mis en parallèle avec la date d'entrée dans le dispositif amène la conclusion que l'effet de rattrapage ne participe pas d'une démarche générale des bénéficiaires, toutes précautions prises au regard du nombre de questionnaires recueillis.

Il faut rappeler que les bénéficiaires issus de complémentaires santé apparaissent vraisemblablement dans la catégorie de ceux n'ayant jamais eu à renoncer à des soins. Par ailleurs, la sous-représentation de personnes souffrant de grande précarité peut expliquer cette majorité de « non-renoncement » aux soins.

La question portait également sur les enfants et l'entourage. Un total de 11 personnes, soit un peu plus de 10% de l'échantillon ont répondu à cette question avec difficulté. Tout d'abord parce qu'il est toujours difficile de savoir si son entourage, ses ayants droit ont déjà renoncé à des soins, sans l'interroger explicitement et les occasions de le faire ne sont pas nombreuses. Par ailleurs, concernant les enfants, dans la mesure où les interviewés concernés ont cité comme priorité la santé des enfants, il leur est ensuite difficile de reconnaître qu'ils ont subi un renoncement aux soins.

A propos des questions suivantes abordant la thématique de l'accès à certains soins grâce à la CMU-C, une large majorité a répondu positivement : 66,7% du panel déclarent que la CMU-C leur a permis d'accéder à des soins qu'ils trouvaient trop chers antérieurement pour eux-mêmes, leurs enfants et leur entourage.

En définitive, seules quelques personnes ont admis avoir renoncé à des soins, que ce soit avant ou après être entrée dans le dispositif CMU-C .

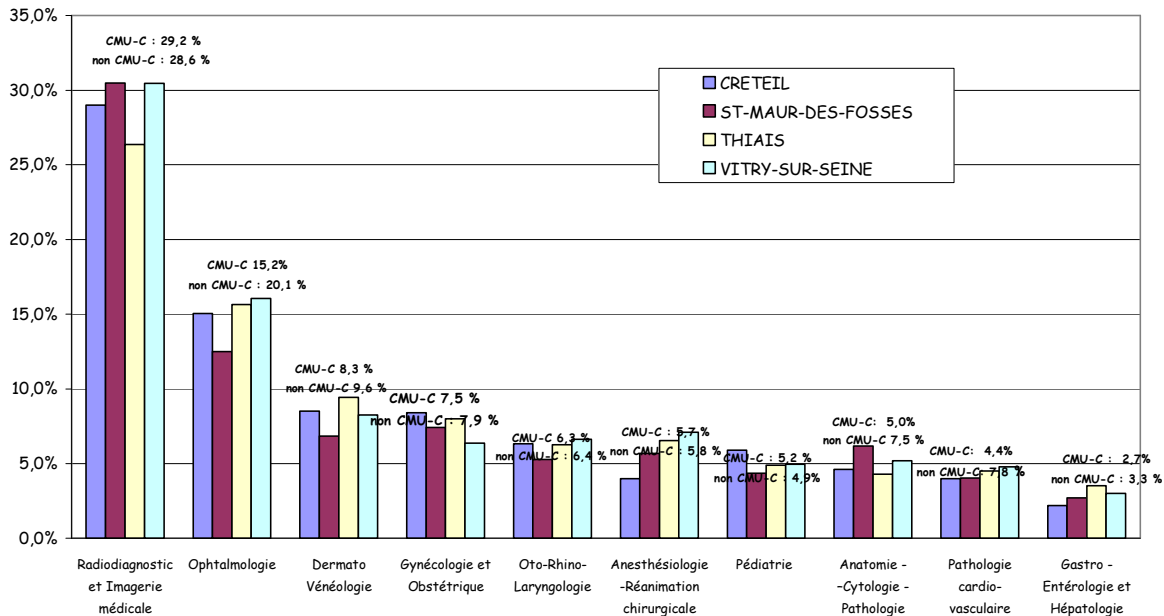
Une large majorité reconnaît avoir pu accéder à des soins jugés jusqu'alors trop onéreux.

La majorité des soins cités par les bénéficiaires correspond à des actes onéreux (dentistes + ophtalmologistes à 41,91% du panel). Ensuite apparaissent ceux liés à une pathologie spécifique (diabète, asthme, cardiologie...) qui cités isolément ne recouvrent que peu de déclarations, mais ajoutés les uns aux autres recueillent 15,91 % du panel.

L'étude quantitative confirme ces données. En effet, il s'avère que parmi les médecins spécialistes, les radiologues, les ophtalmologues et les dermatologues représentent les spécialités les plus consultées avec un taux de recours moyen parmi les bénéficiaires de la CMU-C qui s'élève respectivement à 29,5 %, à 15,2 % et à 8,3 %. Ces données sont comparables à celles de l'ensemble des assurés du régime général, on notera seulement un recours plus fréquent des Cmuistes à l'ophtalmologie et la dermatologie.

Les dix spécialités médicales les plus consultées parmi les bénéficiaires de la CMU-C *secteur libéral uniquement*

Taux de consommateurs par spécialité médicale



Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Une chose est bien certaine : les ressortissants de la CMU-C exercent leur droit d'accès aux soins et si parfois ils peuvent retarder ces derniers, ils sont peu nombreux à y renoncer réellement. Le système démontre de cette manière son efficacité puisque les pathologies les plus lourdes se développent davantage, personne ne le contestera, lorsqu'on n'a pas d'accès aux soins. De ce point de vue, le dispositif de la CMU-C a atteint son objectif.

Pour beaucoup, cela peut constituer une évidence, mais dans ce domaine complexe on distingue trois niveaux : la santé ressentie, la santé objective et la motivation de recourir aux soins. Ce n'est plus « je suis en bonne santé, car je ne suis pas malade », mais « je suis en bonne santé, je veux y rester et si je suis malade, je peux me soigner dans un système d'offre de santé ouvert et accessible, même pour moi ».

3. L'IMPACT DES RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La présente étude n'avait pas vocation à analyser commune par commune les relations entre les Cmuistes et les représentants des professionnels de santé. Cela pourrait faire l'objet d'études ultérieures. Pour autant, à l'occasion des entretiens, un certain nombre d'informations mérite d'être évoqué ci-dessous.

3.1. La perception des professionnels de santé par les bénéficiaires de la CMU-C interrogés

A l'occasion des entretiens, il a été spécifié aux membres du panel que leur avis leur serait demandé concernant les professionnels de santé qu'ils consultaient. Leur première réaction était de la surprise et aussi du déni « à quoi ça sert, est-ce que cela va vraiment changer quelque chose ce que je vous raconte ? ».

Les différents travaux menés sur la thématique de la CMU-C et de ses bénéficiaires démontrent qu'une relation complexe s'établit entre ces patients et les acteurs de santé. En effet, la méconnaissance réciproque de leurs préoccupations peut générer des obstacles à l'occasion de leurs rencontres. Ainsi, le rapportes uns et les autres se, le rapport DIES de 2006, maladroitement et imparfaitement utilisé par les médias (rappelons qu'il ne s'agissait que d'un testing, méthodologie très critiquable) laissait entendre un problème d'accès aux soins de santé : la CPAM ne dispose d'aucun élément objectif suffisamment significatif en volume sur ce point.

Les différents points sur lesquels ont été interrogés les bénéficiaires dans le cadre de l'étude s'intéressaient à la nature du lien établi entre le patient qui bénéficie d'une couverture sociale solidaire avec le professionnel de santé, qu'il soit praticien libéral ou inséré dans une structure de soins.

Tout d'abord, il leur a été demandé de qualifier les relations qu'ils entretenaient avec les acteurs de santé en fonction de la structure à laquelle ces professionnels appartenaient.

Surprenant : les bénéficiaires de la CMU-C plébiscitent la médecine de ville et expriment des opinions extrêmement désobligeantes à l'égard des personnels d'accueil et soignant hospitaliers

		Très Bon		Bon		Mauvais		T. Mauvais		Indifférent		Total	
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
V I L L E	Généralistes	43	45,3	49	51,6	1	1			2	2,1	95	100
	Spécialistes	32	36,4	47	53,4	7	7,9			2	2,3	88	100
H Ô P I T A L	Consultations	18	22,2	56	69,1	3	3,7	3	3,7	1	1,3	81	100
	Urgences	12	15,8	36	47,4	19	25	8	10,5	1	1,3	76	100
Total		105	30,9	188	55,3	30	8,8	11	3,2	6	1,8	340	100

45% des réponses concernant les relations avec le médecin généraliste sont qualifiées de très bonnes (45,3%). On peut émettre l'hypothèse que, compte tenu du dispositif en place - parcours de soins coordonnés -, toutes les personnes interrogées faisaient référence à leur médecin traitant.

En revanche, les relations avec la médecine générale à l'hôpital sont très dégradées, 22% de très bon, au lieu de 45% pour la médecine de ville. Quant à celles relatives au service d'urgence à l'hôpital, moins de 16% des patients les considèrent comme très bonnes. A noter que les Urgences hospitalières ont été vivement critiquées : temps d'attente trop longs, incompétence et mauvaise humeur des personnels d'accueil et soignant.

Les personnes interrogées soulignent la relation de confiance avec les professionnels de santé libéraux, en ville ou en centre de santé.

Les relations avec les professionnels de santé installés en cabinet ne sont à aucun moment qualifiées de très mauvaises. Cela souligne le lien de confiance qui est recherché avec le professionnel. L'intimité d'un cabinet permet plus facilement l'instauration d'une relation de confiance que ne le permet le caractère impersonnel des structures hospitalières. Lors des face-à-face, chacun racontait son anecdote : « il me connaît depuis 20 ans », « il a vu mes enfants tout petits », « je suis avec lui depuis que j'ai emménagé dans cette ville »... Sans évoquer le concept de fierté, cela semblait être comme un réconfort pour eux. Le lien de confiance apparaît indispensable dans leur comportement sanitaire, comme pour toute personne, mais il convient de souligner que l'aspect financier, aussi important soit-il, n'est pas l'unique critère de choix d'un professionnel de santé pour des populations en situation de précarité.

Pour affiner cet angle, les bénéficiaires ont été invités à noter sur plusieurs aspects les professionnels de santé qu'ils consultent. A noter que les résultats du tableau ci-dessous sont pour la plupart en contradiction avec les déclarations enregistrées lors des entretiens.

Rédiger la question sous la forme d'un tableau a été relativement efficace. L'idée était d'éviter la multiplication des questions quasi-identiques, ce qui fut le cas, mais il était nécessaire d'être précis en expliquant le tableau. Par ailleurs, le système de notation nécessitait aussi d'être expliqué. Concernant les structures de soins, l'item « autre » avait été ajouté pour faire référence aux structures associatives, sans les stigmatiser, aucun bénéficiaire n'a déclaré avoir eu recours à ce type de structure de soins. Il est aussi à souligner que si « Hôpital » et « Clinique » ont été distingués, la partie pour les praticiens libéraux regroupait les médecins généralistes et spécialistes, il fallait dès lors spécifier qu'il ne s'agissait pas uniquement de leur médecin traitant. Les notes représentent une moyenne des professionnels de santé qu'ils ont consultés pour chaque structure de soins.

	ACCUEIL	RDV	ECOUTE	SOINS	ARGENT	Nombre de personnes non concernées
<i>Cabinet</i>	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	2
<i>Hôpital</i>	4/5	3/5	4/5	5/5	5/5	14
<i>Clinique</i>	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	43
<i>CMS</i>	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	51
<i>PMI</i>	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	58

Les meilleures notes sont largement attribuées aux praticiens libéraux et seuls deux bénéficiaires interrogés se déclarent non concernés par cette catégorie de structure de soins, alors qu'ils sont 43 non concernés par les cliniques, 51 pour les CMS et 58 pour les PMI. Les praticiens libéraux, les cliniques et les PMI obtiennent très bien pour chaque catégorie. L'Hôpital est la structure la moins bien notée, car les bénéficiaires ont procédé à une moyenne entre les services de Consultation et des Urgences.

Le critère « Argent » a dû être expliqué, « vous a-t-il demandé de faire l'avance des frais, de payer un dépassement ? ». Par conséquent, les notes 4 ou 5 correspondent à « non, je ne fais pas l'avance des frais », alors que les notes 1 ou 2 signifiaient « oui, je dois faire l'avance des frais ». Cette question était aussi l'occasion de leur rappeler qu'en tant que bénéficiaire de la CMU-C, ils devaient bénéficier du tiers-payant.

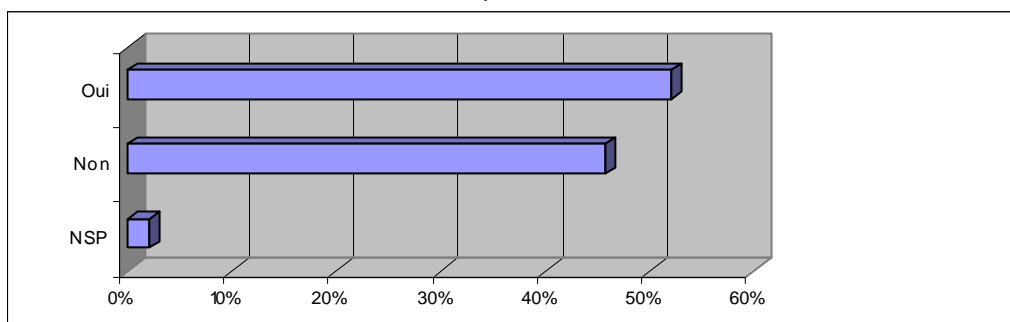
Les résultats renforcent l'hypothèse que les relations de confiance sont essentielles dans les relations avec le personnel médical. On peut aussi énoncer que d'une manière générale, plus de 55% des bénéficiaires interrogés de la CMU-C déclarent bénéficier du tiers-payant.

Globalement, les bénéficiaires de la CMU-C interrogés sont satisfaits de tous les professionnels de santé quel que soit le cadre d'exercice, ce qui semble importer n'est pas tant la structure de l'offre de soins que le médecin qui y exerce et qui correspond à ce qu'ils recherchent. La proximité de l'offre de soins et la typologie des structures ne semblent exercer aucune influence.

Il serait intéressant, pour l'avenir, pour approfondir cette question de distinguer entre les médecins généralistes des médecins spécialistes, parmi les professionnels de santé libéraux

L'autre axe sur lequel se situent les relations entre le professionnel de santé et le patient bénéficiant de la CMU-C recouvre le champ du confort. Les bénéficiaires sont-ils à l'aise dans leur relation avec le praticien ?

Influence du comportement du médecin



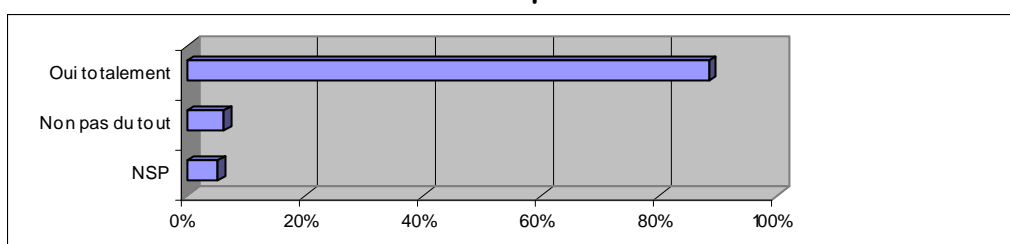
Les avis exprimés sont partagés, cependant une majorité exprime l'influence du comportement du PS sur leur propre comportement.

Les réponses à cette question ne semblent pas insister sur les liens de confiance entre les patients et les médecins. Cependant, on peut nuancer ces réponses par le fait que la formulation de la question renvoie à la notion d'empêchement de soins. « Est-ce que l'attitude du médecin peut vous empêcher de vous faire soigner ? » Cela évoque l'idée de renoncement aux soins, les termes étaient-ils peut-être trop catégoriques, ou aurait-il fallu ouvrir un choix supplémentaire plus nuancé ?

Dans la suite de l'analyse, lorsqu'il existe des choix plus nuancés, nous verrons réapparaître l'importance du critère de confiance dans la relation PS / Patient.

Pour que la question susmentionnée soit plus pertinente, elle aurait dû être axée sur les notions d'aise et de confort face aux professionnels de santé. Cela aurait permis de déterminer leur positionnement spontané face aux médecins, et de jauger l'idée reçue selon laquelle les bénéficiaires de la CMU-C « se croiraient tout permis » lorsqu'ils se rendent en consultation.

Êtes-vous satisfait des entretiens que vous avez avec les médecins ?



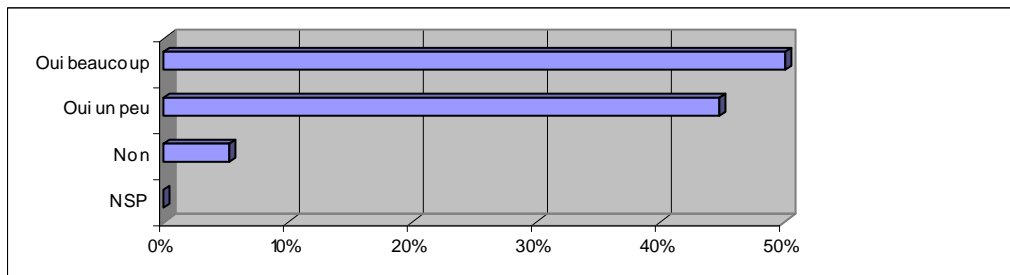
Une large majorité se déclare satisfaite des entretiens avec les médecins, il faut préciser encore une fois qu'il est probable que les répondants fassent référence à leur médecin traitant. Cela correspond au rôle de pivot du médecin traitant dans le parcours de soins coordonnés.

Cinq personnes déclarent ne pas connaître leur niveau de satisfaction quant aux entretiens avec les médecins. On peut en déduire que ce point les indiffère, qu'ils ne sont pas à la recherche d'une relation humaine, mais recherchent la résolution d'un problème : ils sont malades, ils consultent un médecin pour aller mieux, peu importe le comportement de ce dernier.

Si l'on recoupe avec la question sur l'influence du comportement du professionnel de santé, on peut relever que sur les 44 personnes estimant que le praticien n'influence pas leur comportement et les deux ne sachant pas, le nombre de bénéficiaires insatisfaits ou ne prêtant pas attention à la qualité des entretiens avec leur médecin est très faible.

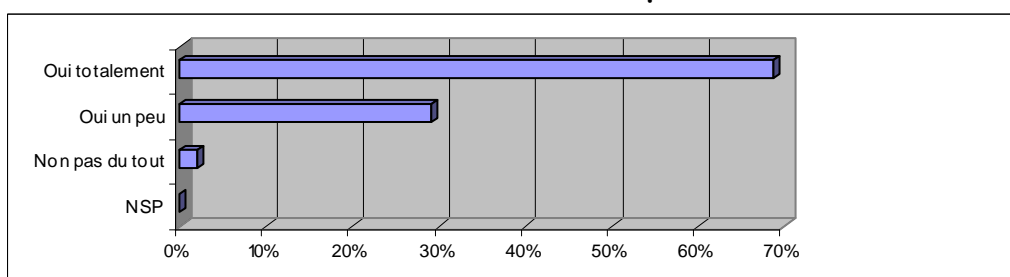
Les cinq bénéficiaires se déclarant insatisfaits de leurs entretiens avec les médecins montrent qu'ils y attachent de l'importance. Cela rappelle le rôle fondamentalement humain du médecin, ce trait étant peut-être encore plus recherché par les bénéficiaires de la CMU-C.

Lors de ces entretiens leur parlez-vous facilement ?



Quasi-unanimement, ils déclarent leur parler facilement. Il est nécessaire de rappeler que la parole du patient est indispensable pour établir un diagnostic ; d'où la nécessité que le patient se sente libre et suffisamment à l'aise pour s'exprimer. Cela participe du processus de soin.

Avez-vous le sentiment d'être écouté par votre médecin ?



Une remarque préliminaire est à faire. Cette question est la suite logique des précédentes, pourtant il était demandé si le médecin, et non les médecins, les écoutent. Outre la faute de syntaxe, corrigée à l'occasion des entretiens, cela souligne l'intérêt qu'il y aurait eu à mener une étude de plus grande envergure sur ce point : distinguant le médecin traitant, les praticiens libéraux, les structures hospitalières ou cliniciennes. Cela aurait permis d'obtenir une image plus précise des relations entre les

professionnels de santé, toutes catégories confondues et les patients bénéficiaires de la CMU-C.

Près de 70% des personnes interrogées estiment être complètement écoutées par le médecin. Seuls 2% déclarent ne pas être écoutés.

Cependant, on peut déduire de ces résultats que les bénéficiaires de la CMU-C ne semblent pas être moins bien traités que les autres assurés.

Seuls quatre bénéficiaires déclarent changer de médecin souvent : deux annuellement et deux semestriellement. Les autres font partie des patientèles stables et ne déclarent pas changer de praticien traitant. Par ailleurs, cela correspond aux rythmes habituels déclarés par la population générale en matière de consultation du médecin traitant.

Les personnes interrogées à l'occasion des entretiens ont fait des commentaires du type : « vous pensez, ça fait dix ans que je le connais », ou encore « c'est mon médecin de famille, pourquoi en changer ? ».

Là encore, le lien de confiance semble guider leur choix. Pour autant, la formulation de la question fait référence à la fréquence de remplacement du médecin, non à l'action même de changer de médecin : « changez-vous souvent de médecin ? » Dès lors, on peut en déduire que les bénéficiaires ne renonceraient pas à leur possibilité de changer de praticien si ce dernier ne leur convenait plus. Avec le recul et pour connaître leur opinion sur ce point, l'on aurait pu introduire une question supplémentaire « vous sentez-vous libre de changer de médecin ? ». Mais à la réflexion, cette question n'aurait pas été suffisamment pertinente et aurait inutilement alourdi le questionnaire.

3.2. Accessibilité aux professionnels de santé

Il existe un accès à la médecine libérale variable selon la commune. Au cours de l'année 2007, 77,5 % des bénéficiaires de la CMU-C ont eu recours au moins une fois à un médecin généraliste libéral, contre 62,7 % pour les autres bénéficiaires du Régime Général. A structure équivalente par âge et sexe, cet écart s'est accru de 2,2 points depuis 2006.

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C, le plus fort recours aux médecins généralistes est observé à Vitry-sur-Seine et à Créteil. Ces deux communes présentent une offre respective de médecine générale libérale moyenne, de 8,2 et de 9,4 pour 10 000 habitants. En revanche, c'est à Thiais et à Saint-Maur des Fossés, que les plus fortes consultations de médecins généralistes sont observées pour les autres bénéficiaires du Régime Général.

**Recours aux médecins généralistes du secteur libéral par commune
et catégorie de bénéficiaires - Année 2007**

<i>Medecins généralistes</i>	CRETEIL	ST-MAUR-DES- FOSSÉS	THIAIS	VITRY-SUR- SEINE	Total
taux de recours brut CMU-C	77,4%	72,1%	74,8%	79,8%	77,5%
taux de recours brut non CMU-C	60,7%	64,8%	67,1%	61,3%	62,7%
taux de recours corrigé CMU-C	79,6%	75,8%	76,0%	81,3%	79,5%
taux de recours corrigé non CMU-C	60,5%	64,7%	67,0%	61,2%	62,5%

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Au cours de l'année 2007, 52,1 % des bénéficiaires de la CMU-C ont eu recours au moins une fois à un médecin spécialiste libéral, soit une proportion, en moyenne, équivalente aux autres bénéficiaires du Régime Général, 52,9 %. A structure équivalente par âge et sexe, les bénéficiaires de la CMU-C consultent en revanche davantage de médecins spécialistes.

Deux communes se caractérisent cependant par une moindre consultation des médecins spécialistes de la part des bénéficiaires de la CMU-C, Saint-Maur-des-Fossés et de Thiais.

**Recours aux médecins spécialistes du secteur libéral par commune
et catégorie de bénéficiaires - Année 2007**

<i>Medecins spécialistes</i>	CRETEIL	ST-MAUR-DES- FOSSÉS	THIAIS	VITRY-SUR- SEINE	Total
taux de recours brut CMU-C	51,8%	50,2%	51,1%	53,2%	52,1%
taux de recours brut non CMU-C	50,0%	59,7%	57,7%	47,9%	52,9%
taux de recours corrigé CMU-C	54,6%	53,2%	53,1%	56,5%	55,0%
taux de recours corrigé non CMU-C	49,7%	59,5%	57,5%	47,5%	52,6%

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

Tous types de médecin confondus, les communes de Thiais et de Saint-Maur-des-Fossés mettent ainsi en évidence des recours aux soins différents selon la catégorie de bénéficiaires. En terme d'offre de soins libérale, ces deux communes se distinguent de surcroît par une présence de médecine libérale déficitaire à Thiais et, à l'inverse, plus dense à Saint-Maur-des-Fossés. Les bénéficiaires non CMU-Cistes de ces communes recourent plus fréquemment que les bénéficiaires de la CMU-C à un professionnel de santé libéral. Pour ces derniers, le recours à la médecine libérale semble freiné à Thiais par l'offre de soins quantitative tandis que d'autres critères, comme notamment l'accueil et l'accession au système de soins, apparaissent déterminants à Saint-Maur-des-Fossés.

Le dispositif de la CMU-C prévoit une obligation pour les professionnels de santé de recevoir les bénéficiaires de la CMU et de respecter les tarifs de la Sécurité sociale. Cependant, les dépassements ne sont possibles qu'en cas d'exigence particulière du malade et les frais supplémentaires sont alors à la charge du patient, ce qui implique que les médecins du secteur 2 soient moins choisis par les bénéficiaires de la CMU-C.

Au cours de l'année, parmi les personnes ayant eu recours à un médecin généraliste, 25% des bénéficiaires non CMU-Ciste ont consulté un médecin généraliste du secteur 2 alors qu'ils ne sont que 15 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

Pour les médecins spécialistes, les disparités sont encore plus marquées ; 73 % des bénéficiaires non CMU-Cistes du Régime Général ayant consulté un médecin spécialiste l'ont fait auprès d'un professionnel de secteur 2 contre à peine 58 % pour les CMU-Cistes.

Taux de recours par commune aux professionnels de santé de secteur 2 sur l'ensemble des personnes ayant consulté un médecin généraliste ou spécialiste

Type de médecins	Type de bénéficiaires	Créteil	Saint-Maur-Des-Fossés	Thiais	Vitry-sur-Seine	Total
Généralistes du <i>secteur 2</i>	CMU-C	11%	15%	16%	19%	15%
	non CMU-C	19%	30%	23%	20%	23%
Spécialistes du <i>secteur 2</i>	CMU-C	59%	68%	73%	51%	58%
	non CMU-C	73%	82%	75%	60%	73%

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E 2007

L'accès aux professionnels de secteur 2 apparaît ainsi moins fréquent pour les bénéficiaires de la CMU-C, et ce indépendamment de l'implantation des praticiens sur leur lieu de résidence. En effet, les plus grandes inégalités d'accès pour les bénéficiaires de la CMU-C se retrouvent à Saint-Maur-des-Fossés, où pourtant 29 % des médecins généralistes et 66 % des médecins spécialistes sont autorisés à la pratique d'honoraires libres, contre respectivement 22 % et 53 % sur les quatre communes de l'étude (cf. page 4).

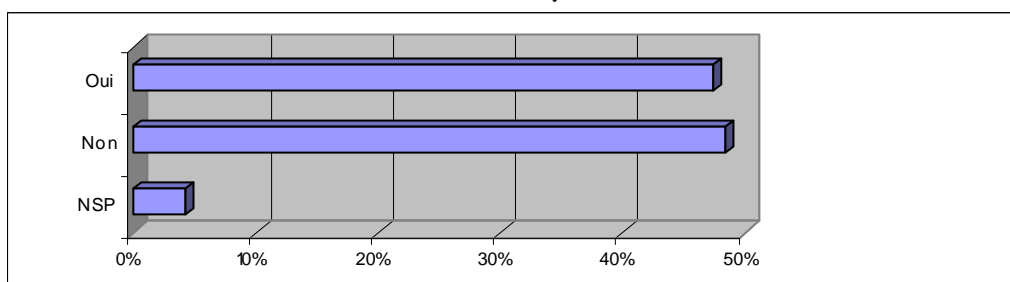
3.3. L'aspect financier du recours aux soins

L'analyse qualitative représente le seul biais pour connaître le comportement des bénéficiaires de la CMU-C concernant le coût de la santé. Certains bénéficiaires interrogés ont préféré ne pas répondre à ces questions.

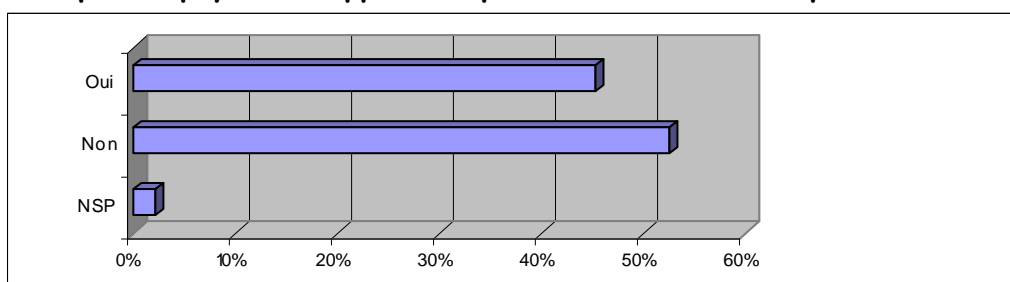
De prime abord, les réponses peuvent sembler paradoxales, voire contradictoires. Il faut rappeler que les bénéficiaires de la CMU-C bénéficient normalement du dispositif du tiers-payant, il leur est d'ailleurs souvent reproché de ne pas connaître la valeur des soins.

En effet, près 50% des personnes interrogées déclaraient que le prix d'une consultation pouvait constituer un frein tandis que 52% s'opposaient à régler un supplément demandé par leur praticien.

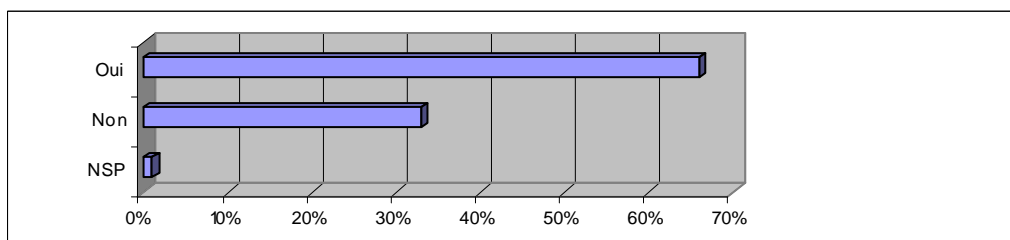
Le prix d'une consultation peut-il vous empêcher de reconsulter un médecin que vous estimez bon ?



Êtes-vous prêt à payer un supplément pour avoir un médecin qui vous correspond ?



L'aspect financier est-il important dans vos relations avec les médecins ?



Par ailleurs, les répondants étaient embarrassés : « je ne paie pas que vous voulez-vous que je réponde ? ». Dès lors se marque une distinction entre les deux premières questions et la troisième, car même sans avoir à faire l'avance des frais, la question financière est une question importante. Les autres bénéficiaires interrogés ont dénié toute importance à l'aspect financier en justifiant leur choix par le fait que « la santé n'avait pas de prix ». Certains ont précisé qu'avant d'entrer dans le dispositif CMU-C, ils se débrouillaient toujours pour pouvoir se soigner. Encore une fois, il faut rappeler que le panel interrogé n'a pas été ciblé « grande précarité », en faisant le choix d'interroger les assurés dans l'un des Espaces d'Accueil d'Assurance Maladie.

C'est la première série de questions où aucune majorité nette ne se détache. Il semble y avoir un balancement entre le prix des soins et la qualité des soins comme critère prioritaire parmi les bénéficiaires interrogés et répondants. On peut déceler une certaine hésitation. Les items étaient centrés sur ce qu'ils voudraient faire et non sur

ce qu'ils pouvaient faire. Il faut distinguer la volonté de la capacité. Et c'est en cela que les personnes interviewées ont rencontré des difficultés pour répondre, l'aspect pratique prenant le pas sur l'aspect théorique.

Le motif financier est la principale raison d'entrer dans le dispositif, comme on l'a vu précédemment. Pourtant son importance, ses contours et son impact semblent diminuer ou s'estomper ensuite, au fur et à mesure que se consolide la démarche d'insertion. L'étude n'a pas démontré que les bénéficiaires de la CMU-C se servaient du dispositif et n'ont aucune conscience de la question de l'argent par rapport à la santé. Bien au contraire, cette dernière est la véritable priorité : « Je suis malade, je peux être soigné si je veux » prend le pas sur « je suis malade est-ce que je peux me soigner ? ». La CMU-C leur a permis de déplacer la problématique de l'interrogation vers la réalisation. Certains ne souhaitent pas se soigner ou sont négligents pour différentes raisons, qui leur appartiennent, mais s'ils le veulent, ils peuvent se soigner, abstraction faite de difficultés qu'ils peuvent rencontrer (prise de rendez-vous, avance de frais, refus de soins ou autres).

Troisième partie - L'ÉTAT de SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES

Il existe un lien évident entre état de santé et recours aux soins.

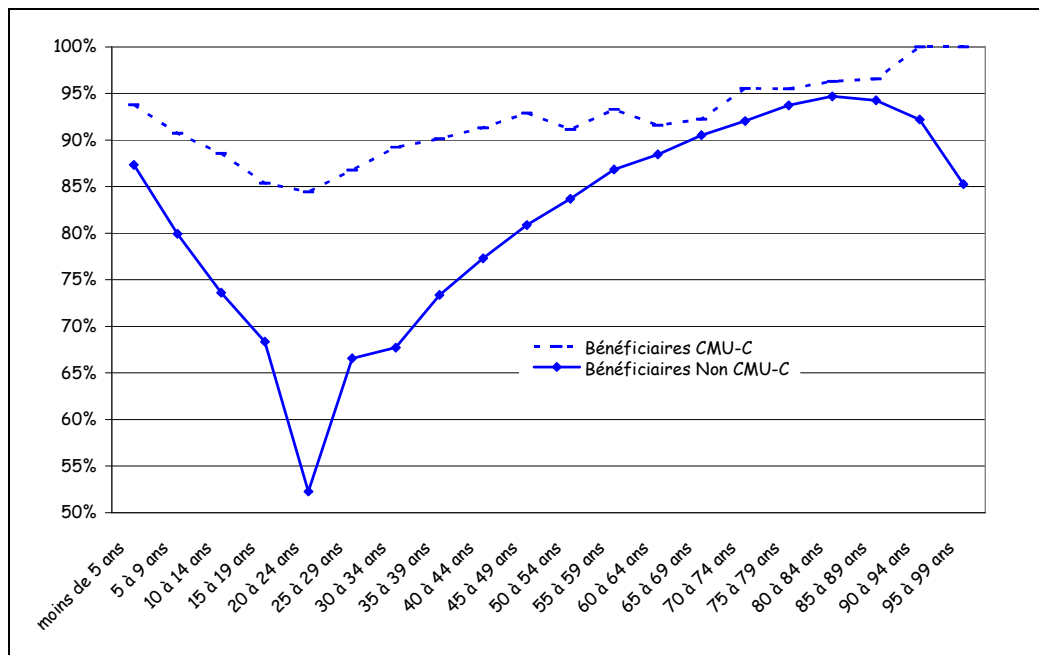
1. LA CONSOMMATION DE SOINS, L'UN DES INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C

L'état de santé peut s'exprimer de façon subjective qui est fonction du ressenti de chacun. Rappelons que selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue seulement une absence de maladie ou d'infirmité... C'est l'un des droits de tout être humain... quelle que soit sa condition économique et sociale ». Pour autant, les indicateurs permettant de déterminer avec précision l'état de santé d'un individu, qu'il dépende de la CMU-C ou d'une autre couverture, sont particulièrement complexes. Dans ce cadre, la partie quantitative des études s'attache plutôt à un état de consommation de soins de santé et aux indicateurs correspondants.

1.1. Un recours systématique aux soins

Sur les quatre communes de l'étude, au cours de l'année 2007, 90 % des personnes couvertes par la CMU-C ont bénéficié d'au moins un remboursement d'assurance maladie contre 77,1 % pour les autres bénéficiaires du Régime Général. Ce recours plus fréquent aux soins évoque un état de santé moins robuste de cette population, tout particulièrement pour les jeunes adultes (cf. graphique).

Taux de recours aux soins selon la catégorie de bénéficiaires et l'âge



Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E - 2007

Ce taux est homogène pour les bénéficiaires de la CMU-C sur les quatre communes alors même qu'il apparaît plus disparate pour le reste de la population. Le non recours aux soins semble ainsi davantage lié à la situation sociale et sanitaire, voire à des facteurs autres tels que culturels, des bénéficiaires de la CMU-C qu'à leur lieu de résidence et à l'offre de soins présente sur ces territoires.

Taux de recours aux soins selon la catégorie de bénéficiaires et la commune

	Créteil	Saint-Maur-Des-Fossés	Thiais	Vitry-sur-Seine	Total	Ecart type
Bénéficiaires de la CMU-C	89,4%	88,4%	89,9%	91,0%	90,0%	0,9
Autres bénéficiaires non CMU-C	75,4%	79,4%	82,2%	74,9%	77,1%	3,0

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E - 2007

La CNAMTS a récemment conduit une étude relative aux Affections de Longue Durée (ALD) chez les bénéficiaires de la CMU-C⁵. Ce rapport démontrait qu'un important nombre d'ALD à un stade avancé était dénombré parmi les bénéficiaires de la CMU-C, en raison de dépistages plus tardifs.

⁵ Cf. *Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire*, CNAMTS, Points de repère, n°8, août 2008

Sur les quatre communes de l'étude, la part des patients en ALD atteint 8,5 % pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 12 % pour les autres bénéficiaires du Régime Général. A structure équivalente par âge et sexe, le constat est inversé, les bénéficiaires de la CMU-C ont alors un risque 1,2 fois plus élevé d'être pris en charge en ALD que le reste de la population.

1.2. Le suivi des femmes et des jeunes enfants

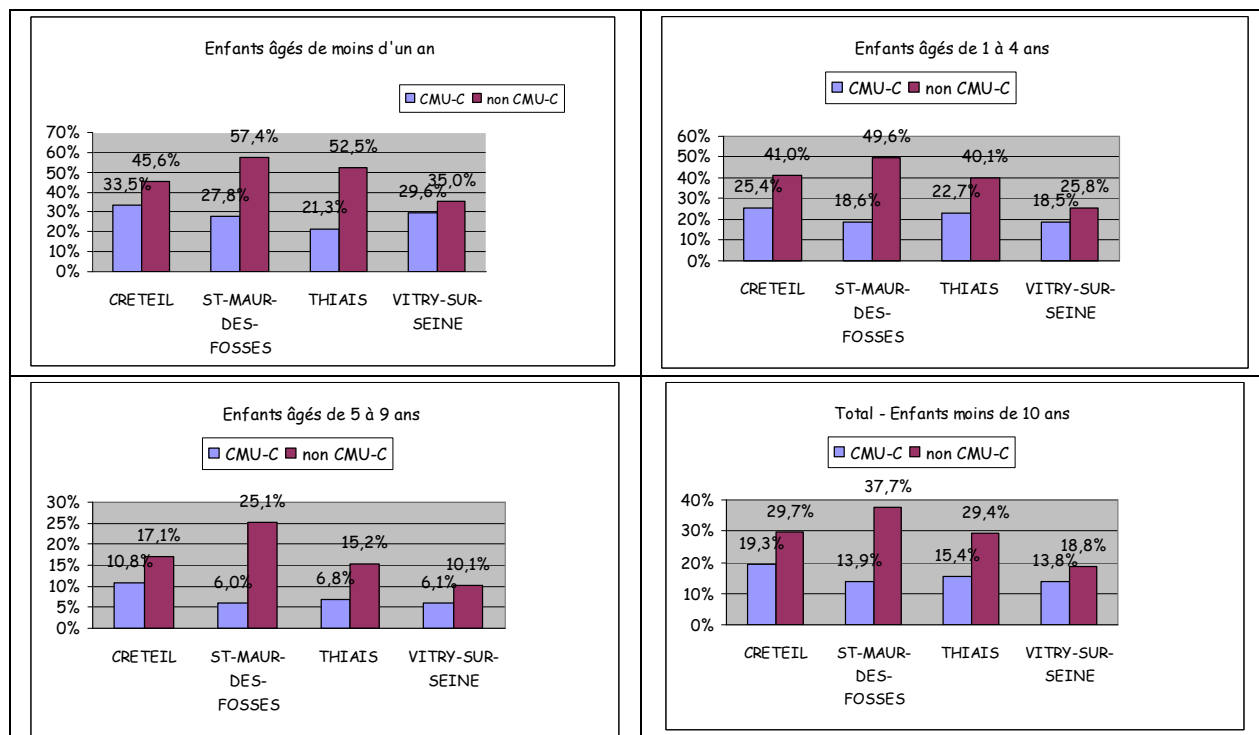
Le choix de ces indicateurs se justifie par l'analyse sociodémographique des bénéficiaires de la CMU-C : majoritairement, la population concernée est composée de jeunes femmes avec enfants, comme cela a été évoqué dans la première partie.

Un quart des bénéficiaires de la CMU-C a moins de 10 ans sur ces 4 communes contre 13% pour les autres ressortissants du Régime Général. Leur suivi médical est inégal selon la catégorie du bénéficiaire.

En effet, au cours de l'année, 16,0 % des enfants de moins de 10 ans (faisant partie du champ de l'étude) ont été examinés au moins un fois un pédiatre du secteur libéral, alors que pour les autres bénéficiaires du Régime Général, ce taux est près de deux fois plus important, soit 28,4 %.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le taux le plus important est observé à Créteil. Si globalement, ce taux est le plus faible à Vitry-sur-Seine lors de la première année de vie des enfants, il s'établit à 29,6 %, soit un niveau proche de la moyenne observée sur les quatre communes. Les plus grandes disparités entre catégories de bénéficiaires sont observées à Saint-Maur-des-Fossés pour les enfants affiliés à la CMU-C, mettant en évidence des difficultés d'accès aux pédiatres du secteur libéral dans cette commune pour cette catégorie de bénéficiaires. La présence des médecins pédiatres y est en effet trois fois plus élevée qu'à Thiais, respectivement 1,1 pour 10 000 habitants contre 0,4.

Recours par commune aux pédiatres libéraux pour les enfants âgés de moins de 10 ans



Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E - 2007

Pour les soins de la petite enfance, le médecin généraliste assure alors le relais pour les ressortissants de la CMU-C. En effet, plus de 8 enfants sur 10 ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année contre à peine plus de 6 sur 10 pour les bénéficiaires non CMU-Cistes.

Les centres de PMI (85 dans le Val-de-Marne) constituent également un possible relais en raison d'un maillage départemental très resserré. Saint-Maur-des-Fossés compte en effet 3 centres de PMI, Thiais un seul, Vitry-sur-Seine 5 et Créteil 8. Le suivi des consultations gratuites assuré par les PMI n'est cependant pas disponible dans les bases informationnelles de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, on constate un suivi par les médecins gynécologues moins fréquent que le reste de la population. Entre 20 et 40 ans, les femmes sont majoritaires parmi les bénéficiaires affiliés à la CMU-C. Leur suivi régulier par un spécialiste en gynécologie du secteur libéral est plus faible que pour les autres bénéficiaires du Régime Général. Parmi les femmes âgées de 20 à 69 ans, 32,5 % ont eu une consultation auprès d'un médecin gynécologue contre 39,3 % pour les bénéficiaires non CMU-Cistes. Les disparités entre catégories de bénéficiaires sont plus marquées à Saint-Maur-des-Fossés, commune qui compte pourtant la plus forte densité de médecins gynécologues : 1,5 pour 10 000 habitants contre 1 à Thiais.

1.3. Impact des actions de prévention

Les actions de préventions constituent un outil de détection important de pathologies lourdes à destination de l'ensemble de la population. De plus en plus développé, cet axe d'intervention sur le comportement sanitaire de la population a-t-il un impact sur le comportement sanitaire des bénéficiaires de la CMU-C, et donc potentiellement sur leur état de santé ?

Taux de participation aux actes de mammographie des femmes âgées de 50 à 74 ans au cours de l'année 2007

	Créteil	Saint-Maur-des-Fossés	Thiais	Vitry-sur-Seine	Total
Bénéficiaires de la CMU-C	28,4%	23,8%	24,8%	23,2%	25,4%
Autres bénéficiaires	31,7%	36,6%	35,8%	31,7%	33,7%
<i>Ecart</i>	<i>-3,3 pts</i>	<i>-12,8 pts</i>	<i>-11,0 pts</i>	<i>-8,5 pts</i>	<i>-8,3 pts</i>

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E - 2007

Jeune et majoritairement féminine, la population des bénéficiaires de la CMU-C est particulièrement concernée par les programmes de prévention contre le cancer du sein et en faveur de l'hygiène bucco-dentaire des enfants. Les campagnes de prévention trouvent cependant un écho plus faible que la moyenne auprès de la population concernée des quatre communes. La précarité et l'isolement de cette population semblent influencer sur leur degré d'adhésion aux programmes nationaux de prévention.

Toutes communes confondues, le taux de participation au dépistage du cancer du sein s'établit, sur l'année 2007, à 25,4 % pour les femmes bénéficiaires de la CMU-C âgées de 50 à 74 ans, soit une couverture moins large que celle des autres bénéficiaires, 33,7%. Parmi les femmes affiliées à la CMU-C, le dépistage touche le moins de personnes à Vitry-sur-Seine avec à peine 23,2 % de femmes ayant effectué une mammographie de dépistage au cours de l'année. A l'inverse à Créteil, une plus grande proportion de femmes a procédé à cet examen, soit 28,4 %.

Taux de participation aux examens de prévention bucco-dentaires des enfants au cours de l'année 2007

	Créteil	Saint-Maur-des-Fossés	Thiais	Vitry-sur-Seine	Total
Bénéficiaires de la CMU-C	8,2%	7,9%	6,5%	6,6%	7,3%
Autres bénéficiaires	9,2%	12,4%	11,6%	8,8%	10,1%
<i>Ecart</i>	<i>-1,0 pts</i>	<i>-4,5 pts</i>	<i>-5,1 pts</i>	<i>-2,2 pts</i>	<i>-2,8 pts</i>

Source S.I.A.M - E.R.A.S.M.E - 2007

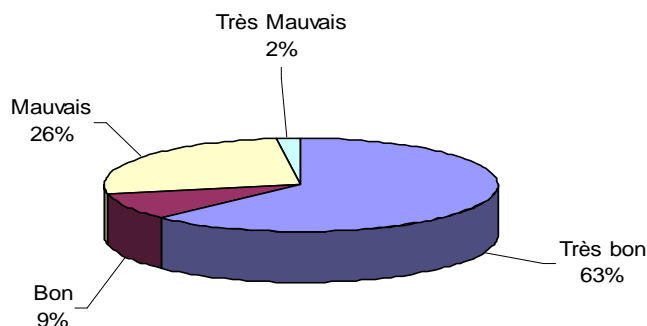
A peine 7,3 % des enfants en âge ciblé par la campagne de prévention ont participé à un examen bucco-dentaire au cours de l'année 2007. Pour les autres ressortissants du Régime Général, la participation est supérieure avec un taux de 10,1 %.

2. ÉTAT DE SANTÉ, EXPRESSION DU RESENTI PAR LE PANEL DE L'ENQUÊTE

Le volet qualitatif de l'étude a offert la possibilité d'interroger les bénéficiaires de la CMU-C qui se sont présentés sur leur état de santé, ou plus exactement sur le ressenti de leur état de santé.

2.1. Ressenti

Votre santé est-elle ?

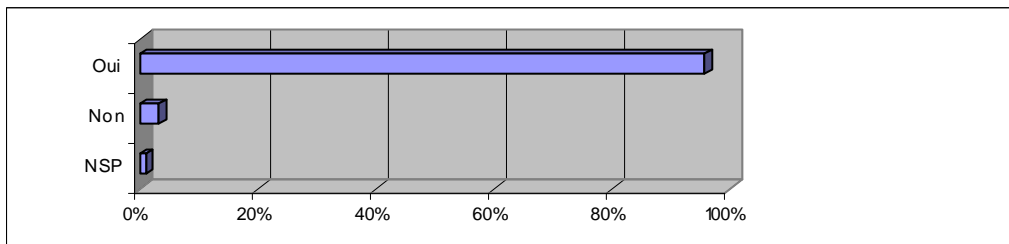


72%, soit une large majorité des bénéficiaires interrogés se déclarent en bonne ou très bonne santé. Il faut préciser que la question a été formulée de manière à les contraindre à se positionner, en n'offrant pas d'item « moyen » dans le choix de réponses. Dès lors, la première réaction, à l'occasion des entretiens, était l'hésitation, les bénéficiaires éprouvaient des difficultés à se prononcer sur le ressenti de leur état de santé, « que voulez-vous que je vous dise ? Je n'en sais rien ».

Ces résultats, s'ils n'autorisent pas l'établissement de statistiques fiables, permettent de cerner la façon dont les bénéficiaires appréhendent leur état de santé.

Le fait qu'ils se déclarent majoritairement en bonne santé n'est pas un élément pertinent en soi, mais les réactions lors des entretiens interrogent sur le degré d'importance réelle accordée à la santé. A l'occasion des échanges, cette première question directement en rapport avec l'étude provoquait parmi les bénéficiaires interrogés de multiples attitudes, allant de l'incertitude à l'indifférence. Il apparaissait que la question en soi n'avait pas d'importance pour eux.

Déclarations quant à l'importance de la santé



S'il est unanimement reconnu par le panel que la santé est importante. Plusieurs personnes ont plaisanté sur le thème : « Connaissez-vous des personnes pour qui la santé n'est pas importante ? », « Vous voulez rire ? »...

Il faut cependant, noter que pour 3,13% du panel sollicité, la santé est déclarée sans importance et une personne ne savait pas.

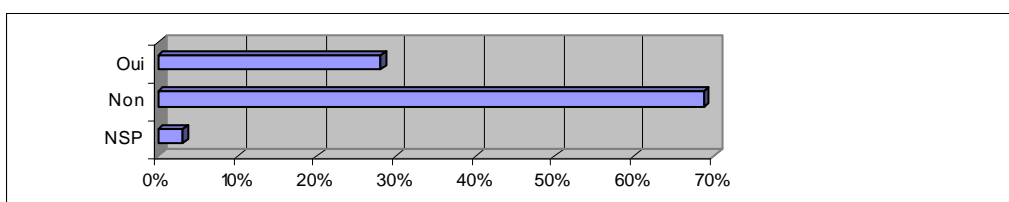
La question se pose alors de savoir si cette position est authentique et sincère et adoptée parce que la santé ne représente aucune importance, pas plus que le corps en tant que tel, ou bien si c'est l'absence de problèmes de santé qui induit que la santé n'a pas d'importance dans leur existence, ou plus exactement ne recouvre aucune réalité pour eux.

C'est un ensemble de problématiques particulièrement complexes qui ne peut être abordé de manière simpliste. La formulation de la question était simple, dénuée de toute ambiguïté et a pu être perçue comme brutale. A l'expérience et avec le recul, il apparaît délicat de proposer les deux hypothèses précédentes à l'occasion d'un face-à-face. De plus, la véracité des réponses pourrait être remise en cause, en raison « du regard social » que cela implique, qui oserait avouer que son corps l'indiffère sans craindre d'être appréhendé d'une façon toute différente par son interlocuteur.

2.2. Fréquence des maladies

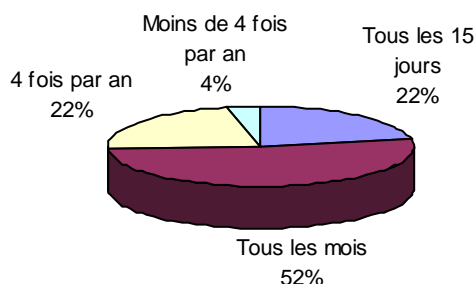
Pour compléter le point suivant et afin d'objectiver les réponses, les bénéficiaires de la CMU-C acceptant de répondre à l'enquête ont ensuite été interrogés sur leurs pathologies potentielles.

Êtes-vous souvent malade ?



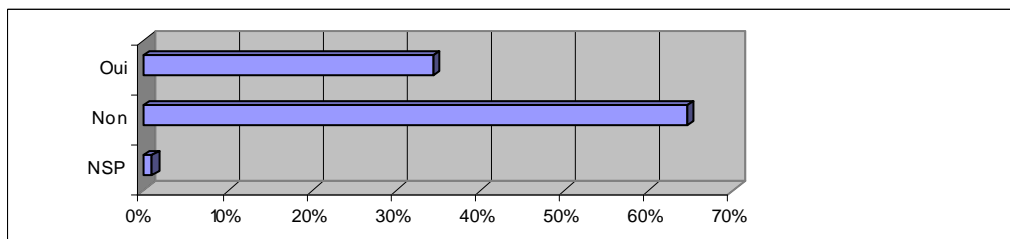
La notion de fréquence (« souvent ») a été incluse à dessein dans l'item afin de déterminer leur appréhension de la maladie. Majoritairement, les bénéficiaires de la CMU-C interrogés déclarent ne pas être souvent malade. Il convenait donc ensuite de leur faire définir leur perception de la fréquence : un sur deux a répondu que pour lui être fréquemment malade, c'était l'être une fois par mois.

A quelle fréquence êtes-vous malade ?



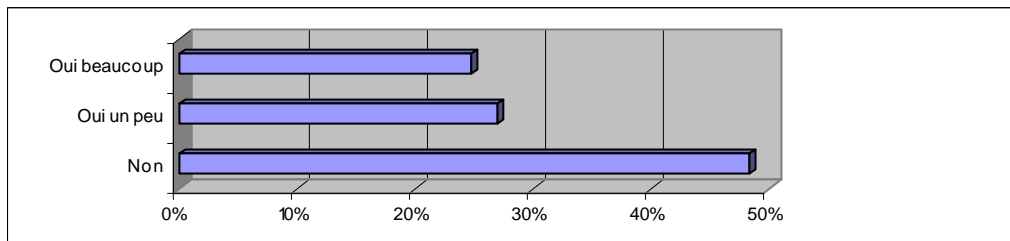
Lorsqu'ils sont consultés plus précisément sur la fréquence de la maladie, une personne interrogée sur deux considère qu'être malade fréquemment, c'est l'être tous les mois, ce qui peut apparaître comme un taux important. Cette question aurait mérité d'être complétée par un item les invitant à qualifier le degré de gravité de la maladie. Cela aurait permis d'émettre des pistes de réflexion plus précises concernant leur état de santé. Mais les questions relatives à leur santé et leur ressenti s'avèrent d'un maniement délicat, car l'Assurance Maladie (Organisme payeur) ne doit pas donner le sentiment qu'elle contrôle la corrélation entre l'attribution de la CMU-C et leur état de santé. En effet, la structure de l'enquête, c'est-à-dire le déroulement des entretiens au sein des espaces d'accueil d'Assurance Maladie, s'il a facilité certains aspects de l'enquête semble sur ce point précis avoir été perçu comme un frein à la spontanéité des réponses.

Avez-vous une maladie ou un problème de santé régulier ?



Alors qu'une personne sur deux déclare être malade une fois par mois, 60% des bénéficiaires interrogés déclarent ne pas avoir de maladie ou de problème de santé récurrent.

Est-ce que cela vous gêne dans votre vie quotidienne ?



Une première remarque s'impose quant à cet item. A l'occasion des entretiens, des personnes expliquaient qu'elles souffraient d'une pathologie lourde, pour autant elles estimaient ne pas être gênées dans leur vie quotidienne, car elles bénéficiaient d'un traitement. On peut avancer que la question ne permet pas de déterminer avec davantage de précision l'impact de ces pathologies sur la vie quotidienne. Elle aurait mérité être complétée par un item sur la résolution de leur problème de santé.

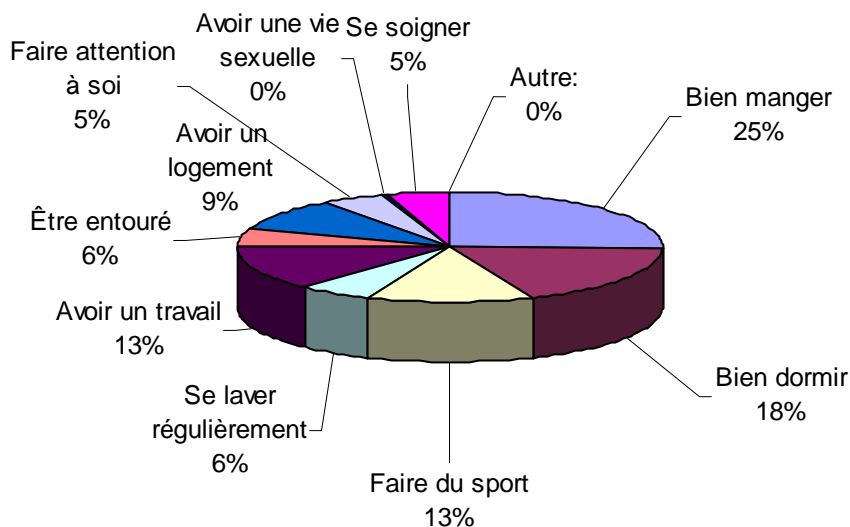
2.3. Impact de la prévention sur leur état de santé

Peu de questions concernaient la prévention dans le cadre de l'enquête, seul l'item relatif au renoncement aux soins abordait ce point directement : « avez-vous renoncé à des actes de prévention et si oui, pour quelle raison ? ».

Cela n'a produit aucun résultat exploitable, car aucune personne interrogée n'a déclaré avoir renoncé à des soins préventifs, ce qui apparaît en contradiction avec les résultats du volet quantitatif de l'étude qui établit que les bénéficiaires de la CMU-C étaient concernés par moins d'actes de prévention que les autres bénéficiaires du Régime Général.

Parmi les questions relatives à leur santé, un des items concernait les éléments qu'ils jugeaient prioritaires pour être en bonne santé. Initialement organisé pour obtenir une hiérarchisation des réponses, ce moyen a été abandonné car il ne présentait aucun fait pertinent.

Éléments jugés importants pour être en bonne santé



Le premier constat qui s'impose, c'est que parmi les items les plus souvent cités, avoir un travail (13%), avoir un logement (9%) viennent s'intégrer dans les éléments jugés importants pour être en bonne santé. Quant aux autres, on retrouve la priorité pour les comportements de vie, alimentation, sommeil, sport et hygiène. Se soigner ne compte que pour 5%.

Il faut rappeler que 66 bénéficiaires sur les 96 interrogés déclarent ne pas avoir d'emploi. On peut avancer qu'il s'agit d'une préoccupation pour cette population, au point que pour certains d'entre eux, cela devient un élément clé de leur état de santé. La même logique s'applique au choix suivant : avoir un logement, 9,22%.

Le troisième choix exprimé porte sur ce qu'il leur manque. Après la satisfaction des besoins élémentaires, c'est ce qu'il leur fait défaut qui est choisi. Mais l'on peut s'interroger sur le fait de savoir si l'intitulé de la question est toujours respecté dans ce cadre-là. En effet, ne s'opère-t-il pas une confusion entre « bonne santé » et « bon niveau de vie ». En quelques sortes, on pourrait avancer que, selon les bénéficiaires interrogés, l'état de santé est fonction du niveau de vie dans ce mode de raisonnement.

3. IMPACT DE LA CMU-C SUR LEUR ÉTAT DE SANTÉ

Si l'état de santé est fonction du recours aux soins, le recours aux soins est, quant à lui, conditionné par la problématique de l'accès aux soins. Par conséquent, si le dispositif de la CMU-C assure l'égal accès aux soins, permet-il de fait une amélioration de leur état de santé ?

Aucun indicateur statistique ne donne d'éléments de réponse, seule la partie qualitative de l'étude est traitée dans ce point, à partir des réponses déclaratoires et anonymes obtenues à l'occasion des entretiens.

3.1. Ressenti des bénéficiaires

La CMU-C a un impact direct sur l'amélioration de la santé des bénéficiaires, tel est le ressenti du panel interrogé. Cependant, il ne faut pas négliger le cadre de l'entretien. Il pourrait y avoir un effet « Assurance Maladie », dans le sens où, interrogées dans un espace d'accueil de l'Assurance Maladie par un de ses représentants, certains bénéficiaires pouvaient établir un lien direct entre CMU-C, santé, solidarité. En fait, il a été constaté lors des entretiens que les réponses négatives n'intervenaient pas sans que les personnes ne sentent en situation de justifier leur choix.

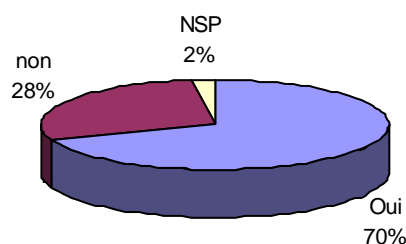
Parmi les bénéficiaires ayant répondu, deux catégories peuvent être distinguées : les personnes qui bénéficiaient préalablement d'une couverture sociale et celles atteintes de pathologies incurables et dont la santé ne peut s'améliorer.

On peut aussi remarquer que concernant les enfants, la CMU-C semble avoir un impact fort sur leur santé, puisque cela aurait amélioré la santé de plus de 61% d'entre eux.

	Amélioration	%
B E N E F I C I A I R E S	Oui beaucoup	25,26
	Oui un peu	26,32
	Non	45,26
	NSP	3,16
	<i>Sous-total</i>	<i>100</i>
E N F A N T S	Oui beaucoup	33,33
	Oui un peu	27,78
	Non	35,19
	NSP	3,7
	<i>Sous-total</i>	<i>100</i>

E N T O U R A G E	Oui beaucoup	31,04
	Oui un peu	13,79
	Non	34,48
	NSP	20,69
	<i>Sous-total</i>	<i>100</i>
Total Oui		53,37
Total Non		40,45
Total NSP		6,18
Totaux		100

**Depuis que vous avez la CMU-C,
Faites-vous plus attention à votre santé ?**



A la lecture des résultats de l'étude qualitative, si l'on considère qu'une première majorité de bénéficiaires a demandé la CMU-C pour des raisons financières et qu'une autre majorité fait plus attention à sa santé depuis qu'ils bénéficient de la CMU-C, on est tenté de considérer que l'aspect financier conditionne le recours aux soins. C'est le bénéfice d'une couverture sociale qui compte, même si en l'occurrence, c'est la CMU-C qui est en cause. L'impact de cette dernière se mesure au travers de comportement concret, qui peut contester que la CMU-C devient le déclencheur d'un comportement sanitaire rationnel ?

3.2. Impact de la CMU-C sur leur comportement sanitaire

Pour émettre des hypothèses relatives à l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C interrogés, il est nécessaire de s'intéresser à la manière dont ils recourent aux soins, ou plus exactement à quel moment ils y recourent.

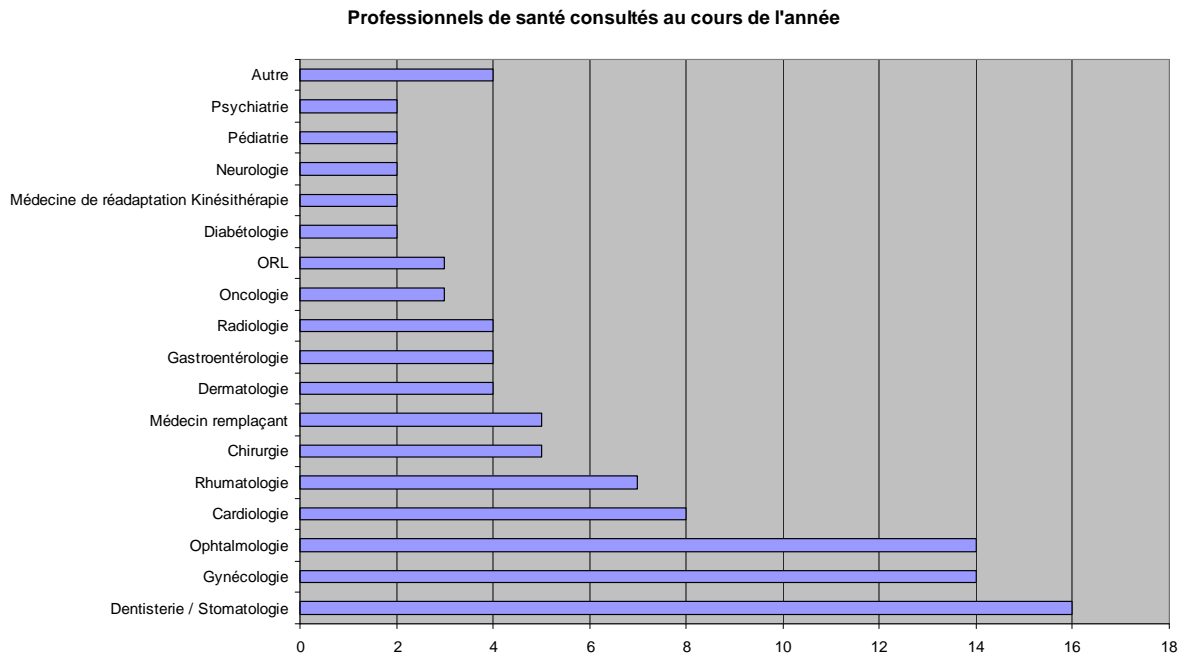
Moment de la consultation		%
B E N E F i A I R E S	Dès les 1ers symptômes	23,33
	Après plusieurs jours	50
	En urgence	17,78
	Suivi médical	8,89
	<i>Sous-total</i>	<i>100</i>
E N F A N T S	Dès les 1ers symptômes	48,15
	Après plusieurs jours	35,19
	En urgence	14,81
	Suivi médical	1,85
	<i>Sous-total</i>	<i>100</i>
E N T O U R A G E	Dès les 1ers symptômes	24,14
	Après plusieurs jours	41,38
	En urgence	20,69
	Suivi médical	13,79
	<i>Sous-total</i>	<i>100</i>
Total 1ers symptômes		31,21
Total après plusieurs jours		43,93
Total en urgence		17,34
Total suivi médical		7,52
Totaux		100

Ces réponses sont traitées globalement pour les quatre villes sélectionnées, il n'y a ni opportunité, ni intérêt à les analyser isolément.

Majoritairement, les personnes interrogées attendent plusieurs jours avant de consulter leur médecin traitant, pour eux-mêmes ou pour un membre de leur entourage. Cela change lorsque cela concerne les enfants où la consultation est réalisée dès la constatation des premiers symptômes, cela renvoie à l'idée de priorité concernant la santé des enfants.

Une quatrième catégorie de motif de consulter a été ajoutée par les bénéficiaires : il s'agit du suivi médical. Ils consultent dans le cadre d'un traitement régulier.

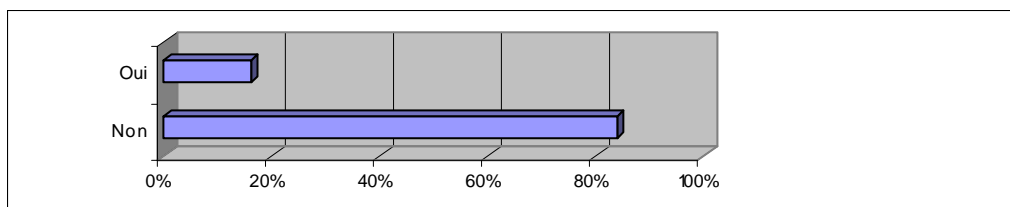
La formulation initiale de la question visait à connaître leur consommation médicale au cours de l'année écoulée. Pour être plus pertinente cet item aurait dû être complété par un autre sur le parcours de soins coordonnés - « est-ce votre médecin traitant qui vous a adressé aux médecins spécialistes ? ».



La diversité des spécialités médicales consultées fait référence à des pathologies lourdes. Pour autant, est-ce un instrument de mesure collectif d'un état de santé préoccupant ? A ce stade, rien ne permet de l'affirmer.

Malgré une forte adhésion au dispositif du médecin traitant et au parcours de soins coordonnés, la question du nomadisme médical ne peut être ignorée.

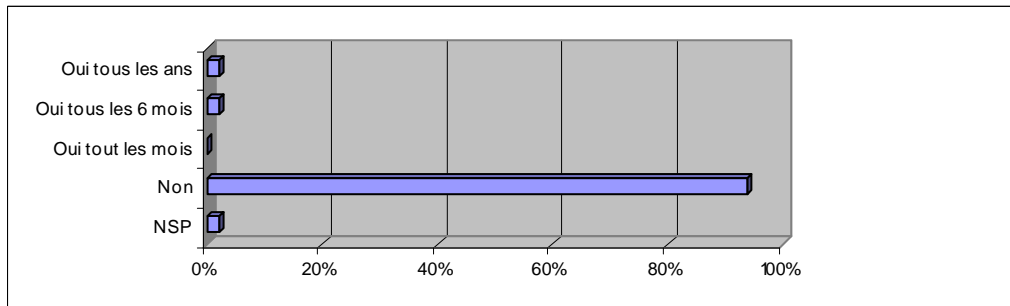
Consultez-vous plusieurs médecins pour un même symptôme ?



Un quart des bénéficiaires interrogés ont reconnu consulter plusieurs médecins pour un même symptôme. Une question sur la régularité de cette attitude aurait permis de cerner plus précisément cette problématique, car en l'espèce il est impossible de déterminer si c'est un comportement habituel ou s'il s'agit de leur dernière consultation. Il aurait, par ailleurs été intéressant de connaître les raisons de ces consultations multiples.

Relativisons, le seul point de comparaison réside dans la question sur le changement de médecin. Seuls quatre bénéficiaires déclarent changer de médecin : deux annuellement et deux semestriellement. Ce n'est donc pas une affaire stratégique pour l'étude.

Changement de médecin



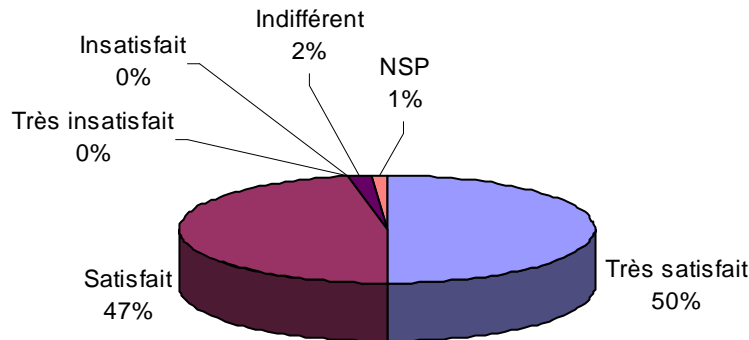
A l'occasion des entretiens, cette question appelait des commentaires de la part des personnes interviewées : « vous pensez cela fait dix ans que je le connais », « c'est mon médecin de famille pourquoi en changer ? »...

Là encore, le lien de confiance semble guider leur choix. Pour autant, la formulation de la question fait référence à la fréquence de remplacement du médecin, non à l'action de changer de médecin. Rien ne permet d'établir que les bénéficiaires ne sont pas en mesure de changer de médecin, si leur relation se détériore ou pour une autre raison.

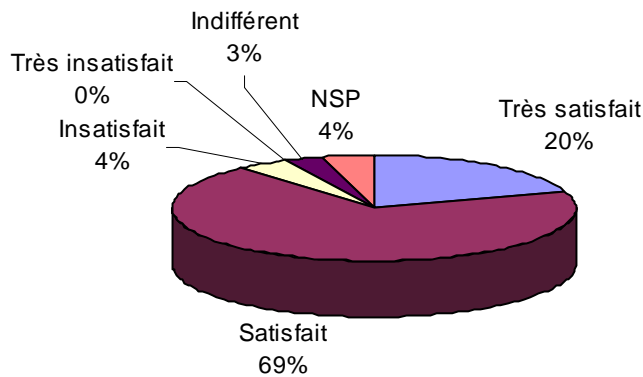
3.3. Impact de la relation PS/Bénéficiaires de la CMU-C sur leur état de santé

Antérieurement abordée, la question des relations existantes entre les professionnels de santé et les bénéficiaires de la CMU-C a trait également à leur état de santé.

Relations avec leur médecin traitant

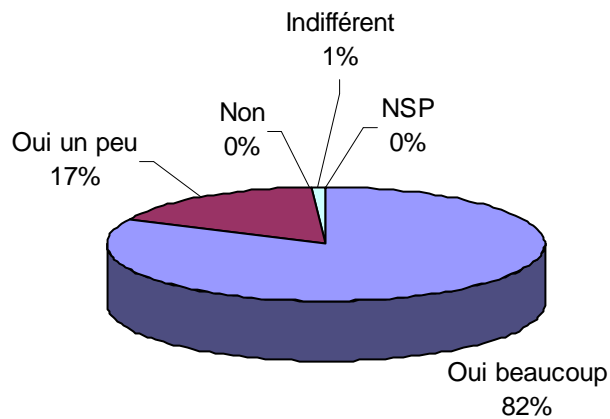


Relations avec les professionnels de santé



D'une manière générale, les bénéficiaires de la CMU-C sont majoritairement satisfaits des relations qu'ils entretiennent avec les professionnels de santé. La problématique ne serait dès lors pas tant d'entretenir de bonnes relations avec un médecin, mais bien de trouver un professionnel de santé avec lequel entretenir de bonnes relations, ce qui recouvre tout ce qui peut être stigmatisé comme difficultés entre certains patients CMU-C et quelques professionnels de santé (problématiques comportementales des uns et des autres).

Importance du comportement du professionnel de santé envers eux



La qualité de la relation établie est fondamentale, selon les bénéficiaires de la CMU-C interrogés. Quasi-unanimement, ils déclarent porter attention au comportement que le professionnel de santé adopte vis-à-vis d'eux.

A travers tous les items concernant la relation entre le professionnel de santé et le bénéficiaire de la CMU-C, un trait majeur peut être dégagé. Il existe une recherche d'un lien de confiance de la part des personnes interrogées : le médecin représente une personne de confiance qui ne les soigne pas au regard de leur couverture santé solidaire, mais grâce à elle.

CONCLUSION

La problématique générale du rapport est de savoir si le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C sont fonction de la localisation et de la typologie de l'offre de soins, ainsi que du taux de précarité de la commune de résidence.

Au regard des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, on peut émettre l'hypothèse que ces deux points n'ont pas d'impact direct sur le comportement des bénéficiaires de la CMU-C consultés. Cela se justifie en grande partie par le contexte local, en effet le Val-de-Marne dispose d'une offre de soins de qualité et de proximité d'une grande diversité, quel que soit le type de structure (ville, hôpital, médico-social).

De plus, on peut avancer que le comportement des bénéficiaires de la CMU-C concernant le recours aux soins ne se distingue pas profondément de celui des autres bénéficiaires du Régime Général. Pour approfondir ces pistes de réflexion, renforcer ou non leur degré de fiabilité, il est nécessaire, c'est évident, de prolonger l'enquête ou de la reprendre dans une démarche qualitative plus exigeante encore que ce soit hors ou dans des structures de l'Assurance Maladie. A noter qu'il n'existe en réalité aucun lieu absolument neutre qui garantisse une objectivité indispensable, il s'agit davantage du professionnalisme des enquêteurs et de la rigueur dans la rédaction du questionnaire.

Malgré les outils statistiques et les bases de données informationnelles dont dispose l'Assurance Maladie, ce réseau ne s'impose pas comme le meilleur outil pour identifier les motivations ou les déclencheurs de recours aux soins des bénéficiaires.

A l'issue de cette étude, la problématique de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C peut être envisagée sous de nouveaux angles, qu'il s'agisse d'indicateurs plus pertinents, plus diversifiés, qu'il s'agisse d'une démarche interrogative renforcée auprès des bénéficiaires, mais aussi avec le monde de la santé.

En guise de conclusion, l'un des points forts de ce travail, mené en collaboration particulièrement étroite avec les responsables du Fonds de financement de la CMU et plusieurs responsables associatifs, montre, mais personne n'en doutait, les avancées significatives obtenues depuis la mise en œuvre de ce dispositif ambitieux, nécessaire à la cohésion sociale. Pour ce qui concerne la CPAM du Val-de-Marne, après analyse, elle en tirera un certain nombre d'enseignements sur des pistes d'évolution de ses modes d'organisation interne et de sa politique de relation avec cette catégorie d'usagers.

RÉFÉRENCES DOCUMENTAIRES

« L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000 », DREES, Etudes et résultats, N° 152 • janvier 2002

« Le profil et la consommation de soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle dans le Val-de-Marne », CPAM 94, Christophe MORNET, novembre 2002

« État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », DREES, Etudes et résultats N° 294, mars 2004

« Accès aux droits et inégalités sociales de santé », Y. Raissiguier, ENSP, janvier 2006

« Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne », SYNTHÈSE, Rapport DIES, mai 2006

« Le non recours à la couverture maladie universelle complémentaire des allocataires du RMI : mesure et analyse », Observatoire Des Non-Recours aux droits et services (ODENORE) MSH - Alpes, Campus Universitaire Saint Martin d'Hères, Septembre 2006

« Comprendre les causes du non-recours à la CMUC », Rapport final, Sandrine Dufour-Kippelen, Anne Legal, Jérôme Wittwer (responsable scientifique), Recherche financée par le Fonds de financement de la CMU, Septembre 2006

« Rapport pour monsieur le Ministre de la Santé et des Solidarités les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », Fonds de Financement de la CMU-C, J.F. Chadelat, novembre 2006

« Géographie de la pauvreté », Secours catholique, Rapport, novembre 2006

« Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », INSEE , Etudes et statistiques, n°391-392, Patrick Peretti-Watel, octobre 2006

« Les soins aux personnes démunies en France », Conseil national de l'Ordre des médecins, Dr Philippe Biclet, décembre 2006

« Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux », InVS, BEH, N° 2-3, janvier 2007

« La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », INSEE, INSEE Première, N° 1142 - juin 2007

« Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins », DREES Etudes et Résultats, N° 603, octobre 2007

« Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », CNAMTS, Points de repère, n°8, août 2008

« Les inégalités sociales de santé, en Ile-de-France » Guy Atlan au nom de la Commission de la Santé, de la Solidarité et des Affaires sociales, septembre 2007

« Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? » Question Economie de la santé, IRDES, n° 130 - mars 2008

« Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 », DREES Etudes et Résultats, N° 629, mars 2008,