

Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Enquête qualitative

NOVEMBRE 2017

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Marie-Reine Fradet, chargée d'études

Laure Vaissade, Chargée d'études / Coordination de la Plate-Forme de l'observation
sanitaire et sociale

Sylvie Maquinghen, Directrice Déléguée / Responsable du site de Clermont-Ferrand

Dans le cadre de la Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale Auvergne-Rhône-Alpes (PFoss) et avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes et de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) Auvergne-Rhône-Alpes

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes et de la PFOSS
Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

www.pfoss-auvergne-rhone-alpes.fr



Remerciements

L'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier toutes les personnes qui ont pu contribuer au bon déroulement de cette enquête et notamment l'ARS et la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que les membres du groupe de travail pour leur aide dans l'organisation et la réalisation de cette enquête.

Nos remerciements vont également à toutes les structures et personnes ayant accepté de participer à cette étude ainsi qu'aux usagers ayant participé aux entretiens et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.



Sommaire

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	7
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	9
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	11
1. POPULATION DE L'ÉTUDE	11
1.1. Les structures	11
1.2. Les usagers	11
2. LES ENTRETIENS	13
2.1. Réalisation des entretiens	13
2.2. Analyse des entretiens	13
3. LIMITES DE L'ÉTUDE	13
RÉSULTATS	14
4. REGARD DES PROFESSIONNELS SUR L'ACCÈS AUX SOINS DES PUBLICS PRÉCAIRES 15	15
4.1. L'accompagnement des personnes en situation de précarité à travers les missions des professionnels.....	15
4.2. Les publics précaires à travers le regard des professionnels	16
5. DES CAUSES DE RENONCEMENT LIÉES AUX NORMES CULTURELLES ET SOCIALES... 17	17
5.1. Normes culturelles et sociales	17
5.2. Une population isolée géographiquement et socialement	19
6. FREIN FINANCIER : CAUSE TRANSVERSALE DU RENONCEMENT	21
7. LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE	22
7.1. Relation complexe des travailleurs sociaux avec la CPAM	22
7.2. Un faible recours aux complémentaires santé.....	23
8. RÉPARTITION INÉGALE DE L'OFFRE DE SOINS	24
8.1. Difficulté pour le public en situation de précarité à trouver un médecin généraliste..	24
8.2. Les structures d'accès gratuit encore méconnues du public	26
8.3. Des refus de soins indirects.....	27
9. UN SYSTÈME QUI S'ÉLOIGNE DES PLUS FRAGILES	28
9.1. Des évolutions inadaptées aux publics en situation de précarité.....	28
9.2. Un accès complexe aux démarches dématérialisées.....	29
10. QUELLES RÉPONSES DES STRUCTURES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ?	29
CONCLUSION	32

PRÉCONISATIONS	34
1. INFORMER, REPÉRER	34
2. FACILITER LES DÉMARCHES, CRÉER DES RELATIONS TRAVAILLEURS SOCIAUX / CPAM PLUS SIMPLES ET AU SERVICE DE L'USAGER	35
3. MAINTENIR L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS UN CONTEXTE DE DENSITÉ MÉDICALE INSUFFISANTE	36
4. FORMER, FAVORISER LES ÉCHANGES ENTRE PROFESSIONNELS	36
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES SIGLES	43

Contexte et objectifs de l'étude

Dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS) et la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes (DRDJSCS) ont souhaité s'engager conjointement dans le pilotage d'une étude consacrée au renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne.

Cette étude faisant l'objet d'un intérêt collectif a été inscrite au programme de travail 2015 de la Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale (PFoss) Auvergne-Rhône-Alpes.

Pour mener à bien cette réflexion, un groupe de travail a été constitué afin de proposer un projet d'étude. Le groupe de travail est composé des partenaires suivants :

- ARS Auvergne-Rhône-Alpes ;
- Association Viltais ;
- Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Auvergne ;
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Puy-de-Dôme et de l'Allier ;
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;
- Conseil départemental du Puy-de-Dôme ;
- Direction régionale du service du contrôle médical d'Auvergne ;
- Dispensaire Émile Roux ;
- DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes ;
- École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) ;
- Mutualité sociale agricole Auvergne (MSA) ;
- Rectorat de l'académie de Clermont-Ferrand.

Ont également été associées à cette démarche la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Puy-de-Dôme, les Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire ainsi que les Délégations départementales de l'ARS de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme.

Le groupe de travail a souhaité mettre en place une enquête sur le renoncement aux soins auprès du public rencontré dans les structures qui accueillent des personnes en situation de précarité. Pour cela, il s'est appuyé sur les travaux réalisés par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

Le *renoncement aux soins* (Warin, 2011) est établi sur une base déclarative : il s'agit d'un besoin de soins identifié mais non satisfait. La notion de *non-recours à des soins* renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. Ces deux notions distinctes ne se superposent pas et font apparaître deux situations paradoxales :

- une personne peut déclarer avoir renoncé à des soins sans que d'un point de vue médical elle n'ait besoin de soins ;
- une personne peut déclarer ne pas avoir renoncé à des soins et pourtant, d'un point de vue médical, son état de santé peut nécessiter des soins.

Cette étude qualitative fait suite à une enquête, menée en 2015 en Auvergne, qui a permis (1) :

- un repérage et une caractérisation du renoncement aux soins des publics précaires ;
- une identification des motifs et des facteurs explicatifs du renoncement aux soins ;
- une mesure du niveau de connaissance qu'ont les publics précaires sur leurs droits et sur les dispositifs existants.

Cette phase qualitative vise à approfondir les résultats quantitatifs et notamment à obtenir des éléments de compréhension du renoncement aux soins, au-delà des obstacles financiers, pour dégager des leviers d'actions pour lutter contre le renoncement. Réparties dans les quatre départements, les personnes rencontrées ont apporté des éléments de description et de compréhension du renoncement aux soins. Ainsi, des pistes pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et pour améliorer leur prise en charge ont pu être proposées.

Encadré 1 : Principaux résultats du volet quantitatif de cette étude (1)

- La population enquêtée est en situation **de pauvreté et de précarité**.
- La population enquêtée s'estime globalement en bonne santé mais une part élevée de personnes était **sans complémentaire santé**.
- Le renoncement aux soins est **plus élevé** chez les femmes, les personnes vivant seules ou seules avec enfants et les personnes sans complémentaire santé.
- **Les médecins généralistes et les dentistes** sont les professionnels principalement concernés par le renoncement.
- **Les raisons financières** sont le premier motif évoqué pour expliquer le renoncement aux soins.
- Les droits et dispositifs existants sont mal connus.

Méthodologie de l'étude

1. Population de l'étude

La population concernée par le volet qualitatif de l'étude est similaire à celle de la partie quantitative. Étaient visés les structures recevant du public en situation de précarité ainsi que leurs usagers. L'enquête qualitative a consisté à recueillir, par une dizaine d'entretiens collectifs, la parole des personnes en situation de précarité mais également celle des professionnels qui les reçoivent.

1.1. Les structures

Un appel à participation aux entretiens collectifs a été lancé auprès des professionnels lors de la restitution des résultats de la partie quantitative de l'étude qui s'est déroulée dans les quatre départements d'Auvergne. Les personnes se sont inscrites et ont été recontactées par mail puis par téléphone pour confirmer leur participation.

Réparties dans cinq groupes, 42 structures ont participé aux entretiens collectifs. Les structures ayant participé sont les suivantes :

- Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), maisons relais ;
- Équipe mobile de psychiatrie et précarité (EMPP), Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), des centres hospitaliers ;
- Structures de distribution de l'aide alimentaire ;
- Centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres sociaux ;
- Structures d'action sociale des Conseils départementaux ;
- Entreprises et des chantiers d'insertion ;
- Missions locales ;
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ;
- Relais santé ;
- Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) ;
- Bailleurs sociaux ;
- Carsat.

1.2. Les usagers

Pour la constitution des groupes d'usagers, il a été décidé de s'appuyer sur les structures relais de la région. Ces structures ont été identifiées en fonction des profils d'usagers reçus, le groupe de travail de l'étude ayant souhaité que soit investigué plus spécifiquement le renoncement aux soins chez les personnes jeunes et les personnes âgées. Ainsi, il a été décidé de faire appel à une mission locale, un chantier d'insertion, une association caritative,

un Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et à la Carsat par le biais des travailleurs sociaux. Ces structures ont alors mobilisé leurs usagers afin de constituer, chacune, un groupe de 4 à 12 personnes. Deux chantiers d'insertion ont été contactés, l'un n'a pas pu mettre en place de groupe dans le temps imparti à cette étude.

Cinq groupes ont été constitués avec l'aide des structures. Les groupes, différents les uns des autres, n'expriment ni les mêmes besoins, ni les mêmes attentes. Le mode de recrutement des usagers utilisé montre également la difficulté à rencontrer des personnes volontaires. La question du volontariat s'est posée pour la mission locale et le chantier d'insertion où la participation, bien que volontaire, se déroulait sur un temps de présence programmé pour les uns et de travail pour les autres.

Association caritative

L'association contactée avait proposé de rencontrer un groupe de personnes lors d'un repas faisant suite à un atelier cuisine. L'ambiance conviviale a permis à plusieurs personnes d'esquiver les échanges, certains faisant preuve d'une forte réticence face au thème. Onze personnes étaient présentes, deux personnes avaient plus de 90 ans et les autres personnes présentes avaient entre 75 et 80 ans.

Chantier d'insertion

L'ensemble des salariés a participé à l'entretien ainsi que le responsable du chantier et une personne en service civique. Au total, dix personnes participeront à l'entretien, neuf hommes et une femme entre 20 et 50 ans environ. Les plus jeunes étaient les plus réticents à s'exprimer. L'entretien s'est déroulé dans les locaux de l'entreprise.

CHRS

Le CHRS sollicité a mobilisé cinq personnes (quatre femmes, un homme) pour participer à l'entretien dans les locaux du CHRS. Deux personnes avaient l'Aide médicale d'état (AME), une avait une mutuelle et une la CMU-C. Ils avaient entre 22 et 50 ans.

Carsat

L'entretien s'est déroulé dans les locaux de la CPAM. Cinq personnes ont participé (quatre femmes, un homme). Les personnes avaient entre 63 et 72 ans. Toutes étaient suivies par une assistante sociale de la Carsat pour une demande d'aide financière. Deux avaient été orientées par leur dentiste pour la prise en charge de soins dentaires, deux étaient suivies par une assistante sociale depuis de nombreuses années et l'une était venue d'elle-même demander des conseils. Plusieurs personnes présentes avaient préparé cet entretien pour exposer et argumenter les problématiques rencontrées.

Mission locale

Onze jeunes étaient présents (deux femmes et neuf hommes). Ces jeunes faisaient partie du dispositif « garantie Jeune ». L'entretien s'est déroulé dans les locaux de la mission locale. L'entretien faisait partie de leur programme.

2. Les entretiens

2.1. Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur site. La durée moyenne des entretiens est de 2 heures pour les professionnels et d'1h30 pour les usagers. Les entretiens ont été conduits à partir d'une grille d'entretien validée par le groupe de travail (voir la grille en annexe 4).

2.2. Analyse des entretiens

Tous les entretiens ont intégralement été enregistrés et retranscrits pour en permettre l'analyse. Au préalable, l'accord des personnes interviewées a été sollicité. L'anonymat des propos et la confidentialité des données ont été assurés. L'analyse des données a été réalisée de façon thématique.

3. Limites de l'étude

Les usagers rencontrés étaient tous en contact avec une structure qui offrait une prise en charge sociale. Cela peut expliquer le fait que ces personnes n'aient pas évoqué de difficultés à trouver, à s'orienter vers les professionnels adaptés à leur situation. Peu d'éléments ont été recueillis sur la perte de droit. En effet, la majorité des personnes rencontrées étaient dans des démarches d'ouverture de droit ou avait leur droit rétabli. La problématique n'était donc plus la même.

De plus, les entretiens collectifs n'ont pas permis de décrypter le parcours des personnes présentes et d'identifier les points de rupture de leur parcours. Comme rencontrer dans d'autres études (2), les personnes qui ont accepté de participer ne sont certainement pas les plus méfiantes vis-à-vis des institutions.

Dans deux situations, l'entretien était intégré à un parcours : garantie jeune et chantiers d'insertion. L'entretien a pu être vécu comme une obligation et a pu peser sur la participation des personnes présentes. À l'inverse, un des groupes mis en place par les travailleurs sociaux de la Carsat avait la particularité de rassembler des personnes plutôt à l'aise avec les dispositifs et les demandes d'aide.

Rencontrés en groupe, il n'a pas toujours été facile pour les usagers présents d'aborder la question de la santé et des soins, certains l'ont fait *a priori* assez naturellement, d'autres sont venus nous exposer les difficultés qu'ils rencontraient et d'autres n'avaient visiblement pas envie d'échanger sur cette question. Pour les personnes évoquant leur renoncement, elles exposaient des raisons financières principalement mais également liées à de la négligence, à des difficultés de mobilité, à un refus personnel...

Résultats

Bien que 13 années se soient écoulées depuis la publication du rapport du Sénat (3), l'accès aux soins reste un parcours du combattant pour les usagers mais également pour les professionnels qui les accompagnent. Alors que des améliorations, de nouveaux dispositifs, de nouveaux services se sont développés, le sentiment des professionnels est la dégradation de la situation des usagers mais également de leurs conditions de travail, avec une complexité de plus en plus importante des démarches administratives et d'accompagnement. Les usagers rencontrés ont la même impression de situation dégradée avec un accès aux médecins qui se complique, une pauvreté qui s'accroît, un isolement qui s'accroît... mais ils nuancent ce constat en mettant également l'accent sur le fait que le soin est « malgré tout » accessible à tous.

Des structures ont vu le jour mais d'autres ont disparu. Au 1^{er} janvier 2016, la législation a connu plusieurs modifications :

- suppression de la CMU de base et application de la protection universelle maladie (PUMA). Depuis, le 1er janvier 2016, cette réforme garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Cette réforme a pour objectif de simplifier la vie des assurés, d'assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé, de réduire au strict nécessaire les démarches administratives et de garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.
- depuis le 1er janvier 2016, tout employeur du secteur privé, entreprise et association, a l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à ses salariés (sauf ceux qui en ont déjà une), en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale. Un particulier qui emploie un salarié à domicile n'est pas concerné. Certains salariés en contrat court peuvent être dispensés d'adhérer à la mutuelle collective et bénéficier d'un chèque santé délivré par l'employeur.

Les renoncements évoqués par les personnes rencontrées concernaient principalement les consultations auprès des médecins généralistes et spécialistes (dentiste, ophtalmologiste) et l'achat de médicaments. Les renoncements prenaient la forme d'une absence de suivi médical, d'un retard aux soins, d'une inobservance thérapeutique ou même d'un total renoncement aux soins.

[Usagers] « Moi, ça fait 2 ans que je n'ai pas vu un médecin, ça ne me dérange pas. Je suis malade, je me soigne moi-même. »

Concernant les situations évoquées par les usagers, plusieurs profils de comportement ont été identifiés (5) :

- Profil d'adhésion : les personnes disent aller consulter, faire les examens prescrits si nécessaire. Elles peuvent même être parfois dans une forme de surconsommation ;

- Profil de report : les personnes planifient les soins, les consultations en fonction de leurs ressources. Souvent elles connaissent bien leurs droits et les personnes ressources ;
- Profil de résistance aux soins : elles consultent si leur état de santé ne s'améliore pas, ou bien elles choisissent parmi les médicaments prescrits ceux qui conviennent. Ce sont des personnes qui ont parlé de médecine alternative, qui ont montré de la défiance à l'égard des médicaments, des médecins. Elles sauront apparemment recourir au système en cas de maladie plus grave.
- Profil de refus de soins : les personnes ayant avancé ce type de comportement apportaient des raisons liées à la méfiance des professionnels de santé, des personnes résistant à la douleur, montrant un désintérêt pour leur santé...

En lien avec ces caractéristiques, de nombreux freins à l'accès aux soins ont été avancés par les professionnels et les usagers. L'aspect financier du recours à la santé est le frein le plus prégnant. Nombreuses sont les personnes rencontrées avec un revenu mensuel de 800 euros, voire moins. L'analyse des entretiens montre l'existence d'autres freins, mais le frein financier reste toutefois essentiel.

Viennent ensuite d'après les professionnels les problèmes de mobilité, les démarches administratives complexes et les causes intrinsèques aux personnes (culture, représentation de la santé, du soin...). Pour les usagers, après les freins financiers, sont cités la démographie médicale et les problèmes de mobilité qui en découlent ce qui conforte les résultats de l'enquête quantitative menée (3).

4. Regard des professionnels sur l'accès aux soins des publics précaires

En premier lieu, les entretiens collectifs ont permis aux professionnels d'échanger au sujet de leurs pratiques, de partager des informations ou encore des législations récemment mises à jour. Alors qu'ils peuvent avoir de moins en moins de temps financés pour des réunions de concertation, d'échanges, ces entretiens montrent la nécessité d'avoir, au niveau d'un territoire, des lieux, des temps d'échange de pratique, de formation. Par ailleurs, les usagers sont très souvent suivis par différentes structures, il est alors essentiel que ces professionnels puissent eux-aussi se rencontrer, se coordonner.

4.1. L'accompagnement des personnes en situation de précarité à travers les missions des professionnels

Les professionnels rencontrés accueillent et accompagnent des publics en situation de précarité que ce soit dans le domaine de la santé (Pass, centres hospitaliers, lits halte soins santé(LHSS)...), dans le domaine de l'hébergement (CHRS, maisons relais...), de l'insertion ou encore de l'accompagnement social. Toutefois, tous n'ont pas la lutte contre le renoncement aux soins parmi leurs missions. Et pourtant, la prise en compte du renoncement aux soins est devenue pour eux essentielle afin de leur permettre d'accomplir

ce qui est au centre de leurs missions comme l'accompagnement à l'emploi, l'accompagnement social ou encore l'accompagnement au logement.

La très grande majorité des professionnels rencontrés a pour mission de vérifier et d'accompagner leurs usagers à accéder à leurs droits. Toutefois, certains doivent aller plus loin dans l'accompagnement des personnes jusqu'aux soins ce qui les incitent à modifier leurs missions, avec parfois des demandes qui vont bien au-delà. En effet, les entretiens mettent en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels dans l'accompagnement aux soins qui n'est plus uniquement administratif. Cet accompagnement demande un investissement important en temps, en énergie et sur des thématiques qui peuvent amener les professionnels à aller au-delà de leurs missions. Des éléments de compréhension ont été développés par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Onpes) dans le cadre d'un travail sur l'invisibilité sociale. Même si l'invisibilité sociale et le non-recours sont distincts, l'impact, mis en avant par l'Onpes, qu'a le formalisme auquel sont soumis les travailleurs sociaux semble similaire. En effet, ce formalisme diminue la marge de manœuvre des professionnels ce qui les amènent à contourner les règles institutionnelles (4).

Les situations décrites concernaient, par exemple, les accompagnements physiques en voiture pas toujours autorisés, l'accompagnement en fin de vie de personnes âgées très isolées ou encore la gestion de compte internet avec la collecte et la conservation des identifiants et mots de passe.

4.2. Les publics précaires à travers le regard des professionnels

La population en situation de précarité, reçue par les structures, révèle des situations extrêmement différentes :

- les personnes sans domicile, les personnes en grande précarité ;
- les personnes isolées : familles monoparentales, personnes âgées, personnes isolées géographiquement ;
- les hommes âgés issus de l'immigration ;
- les personnes avec une fragilité psychique ;
- les personnes migrantes (européennes ou non) ;
- les personnes déboutées du droit d'asile ;
- les bénéficiaires de minima sociaux ;
- les travailleurs pauvres, retraités.

Comme l'a signalé l'un des participants :

[prof_1] « Le renoncement aux soins, ça va de l'étudiant qui n'a pas les moyens de soigner un certain nombre de bobos, en passant par le migrant qui n'a peut-être pas idée du soin, ça va également jusqu'au senior retraité qui n'a pas de sous etc. Et une volonté aussi de ne pas utiliser des soins médicaux. Je pense que la définition est tellement, tellement, tellement vaste... »

En complément de ce public déjà nombreux, la population des personnes se trouvant au-dessus des seuils d'accès à la CMU-C a régulièrement été abordée. Face à ce public, les

professionnels paraissent encore plus démunis car ces personnes restent souvent « invisibles » pour nombre de structures ou n'entrent dans aucun dispositif d'aide.

[prof_3] « Il y a [les personnes] qui, par effet de seuil, sortent [du dispositif CMU-C] et [pour eux] aussi, c'est galère. »

Ils n'ont pas de CMU-C et ils n'ont pas les moyens de payer leur mutuelle. Voilà, ils finissent chez nous. Donc c'est là où l'on a des actes gratuits par contre, pas pour la totalité [des soins] mais pour le ticket modérateur, ça passe en acte gratuit. »

Les personnes, fréquentant les structures interviewées, ont quasiment toutes des problèmes d'accès aux soins mais les raisons et l'intensité du problème peuvent être variables. Cette diversité de publics et de situations implique une multitude de réponses et de prises en charge.

5. Des causes de renoncement liées aux normes culturelles et sociales

Les situations exposées au cours des entretiens peuvent être très complexes au regard de la problématique du renoncement aux soins, illustrant ainsi l'effet cumulatif des raisons évoquées. Il est impossible d'isoler la santé de l'ensemble de ses déterminants. Les exemples de non-recours évoqués par les professionnels peuvent toutefois être répartis selon la définition émise par l'Odenore (2) :

- non connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue ;
- non demande, quand elle est connue mais pas demandée ;
- non réception lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée ;
- non proposition lorsqu'un agent ne propose pas une offre, notamment parce qu'il estime que le demandeur – généralement en grande précarité – n'est pas prêt à entrer immédiatement, même accompagné, dans des démarches administratives ou des parcours sociaux qui, en cas de difficulté ou d'échec, peuvent se solder par un repli durable sinon définitif.

Le profil des individus en situation de précarité nécessite, plus qu'avec toute autre population, une approche globale. La dimension santé ne peut être considérée de manière isolée. La santé est alors présentée en lien avec de nombreux déterminants : l'emploi, la gestion de budget, l'alimentation, l'hygiène de vie...

5.1. Normes culturelles et sociales

Chez le public rencontré par les structures, la santé est rarement considérée comme prioritaire. La transmission familiale, l'éducation, la culture ont une influence importante dans la relation à la maladie, aux soins, aux soignants. Les normes culturelles conditionnent le repérage des symptômes, leur interprétation et leur gestion (4). Le vécu de la douleur est spécifique à chaque individu et la relation à la douleur diffère en fonction des groupes sociaux. Ainsi les milieux populaires et agricoles s'identifient souvent comme étant plus résistant à la douleur (6). Cela peut amener les personnes à des situations d'urgence du fait d'une aggravation de leurs symptômes. Cela est illustré par une infirmière rencontrée,

exerçant dans un CHRS, pour qui il n'est pas rare de détecter, chez les usagers, des problèmes de plaies infectées.

Au cours des échanges :

- chez les plus jeunes rencontrés, la majorité n'a pas évoqué de problème de santé. Il est vrai que globalement, les plus jeunes sont en meilleure santé que leurs aînés ce qui a une influence sur leur non-recours aux soins (7). La plupart avait une grande confiance dans la capacité qu'ils ont à se soigner eux-mêmes et à dépasser les problèmes de santé rencontrés. Au cours de l'entretien, les jeunes étaient réticents, voire désintéressés, par la question santé, une des illustrations de ce manque d'intérêt est la méconnaissance qu'ils ont de leur situation : ont-ils une couverture sociale ? Si oui laquelle ? Sont-ils rattachés administrativement ou non à leurs parents ?
- chez les plus âgés, la santé est plutôt perçue comme un paramètre à préserver, la plupart ont des pathologies ou ont vécu des situations compliquées (arrêt de travail, handicap...). Les personnes les plus âgées étaient plus enclines à échanger sur ce thème.
- chez les plus démunis, comme l'ont signalé les professionnels, la santé n'est pas prioritaire et ne bénéficie d'aucune attention. Pour illustrer ce point, les travailleurs sociaux peuvent repérer des besoins de soins chez l'usager qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de prise en charge. Le travailleur social devient alors porteur de la demande de soins auprès des professionnels de santé.

[prof_5] « Avec le public précaire la grande difficulté c'est l'absence de demande y compris au niveau du soin. »

S'ajoute à ces éléments l'expérience du système de soins qu'ont les personnes. En effet, les rapports à l'institution médicale varient fortement en fonction des histoires individuelles (8). Parfois très éloignées du système de soins, il est difficile et chronophage d'amener ces personnes à recourir à nouveau au dispositif. Lorsque consulter un médecin passe par l'ouverture de droits, redonner confiance en ce système, attendre un rendez-vous six mois, attendre dans une salle d'attente, le retour aux soins peut être complexe. Au final, la décision de recourir aux soins repose sur le libre arbitre de la personne et dépend des contraintes qu'elle subit.

Le discours des professionnels, pour une part accentué par celui des usagers, décrit un système qui peut générer des craintes et peurs chez leurs usagers :

- peur de l'hôpital ;
- peur de la douleur, de ce que le médecin peut découvrir ;
- peur de perdre leur libre choix ;
- peur du fichage (principalement évoqué au sujet des personnes présentant des addictions) ;
- peur d'un discours moralisateur ;
- peur du regard extérieur (stigmatisation des usagers : sans domicile, précaire...) ;
- peur d'être maladroit dans la prise de contact avec différents services.

Ces peurs sont à mettre en regard avec le sentiment d'insécurité dans lequel vivent les personnes en situation de précarité.

L'importance des normes culturelles et sociales évoquée en entretien n'a pas été approfondie mais les efforts de prévention, d'accompagnements réalisés par les travailleurs sociaux doivent les prendre en compte. Il est important de permettre aux travailleurs sociaux et aux professionnels de la santé d'avoir les outils adaptés à la compréhension de ces normes et ainsi de pouvoir adapter leurs réponses.

Les entretiens avec les usagers ont permis d'aborder les paramètres influant sur leur état de santé et les prises en charge, les liens étroits avec l'emploi (absence d'emploi mais également accident du travail, maladie professionnel...), les relations avec la famille, d'autant plus évoquées chez les jeunes et chez les personnes âgées. En effet, la présence et la proximité des enfants sont importantes, voire déterminantes dans le parcours de soins des personnes âgées.

Chez les jeunes rencontrés, l'impact des parents sur leur recours au médecin est important, certains étaient autonomes mais d'autres étaient encore sous « l'influence de leurs parents et plus particulièrement de leur mère ». Le médecin traitant est, pour la plupart, encore celui de leur enfance. Par contre, l'autonomie acquise peut mettre le jeune en difficulté par rapport à sa couverture sociale et représenter un risque de rupture dans la prise en charge.

[Usager] « Parce que je voulais justement me dégager de chez mes parents, ils ont leur mutuelle et je ne sais pas comment faire pour me faire rembourser. »

Un autre élément important est le sentiment d'injustice partagé par les usagers rencontrés avec la volonté de ne pas être toujours montrés du doigt. De plus, pour une partie des personnes en situation de précarité, des souffrances psychiques ou des pathologies psychiatriques s'ajoutent aux difficultés financières. La rencontre entre précarité et pathologie psychiatrique (ou souffrance mentale) amplifie les difficultés d'accès aux soins.

Raisons du renoncement

- ▶ Désinvestissement de son corps, de sa santé
- ▶ Isolement social, familial
- ▶ Méconnaissance de sa situation
- ▶ Histoire personnelle et familiale

5.2. Une population isolée géographiquement et socialement

L'isolement géographique et social des individus pèse dans la thématique du renoncement aux soins et est rencontré dans les quatre départements quel que soit le milieu : urbain ou rural. Cela se traduit, entre autre, par un frein à la mobilité qui est important pour les populations les plus fragiles. Les zones rurales sont, toutefois, particulièrement concernées par le manque de moyens de transport.

Parmi les usagers rencontrés, les situations étaient très diverses avec des difficultés de mobilité portant principalement sur l'absence de moyen de locomotion individuel et de

modes de déplacement alternatif (individuel ou collectif), sur le coût des transports et l'éloignement de l'offre. La plupart du temps, cela se traduisait par un surcoût financier que les usagers ne pouvaient pas supporter.

Les professionnels font état d'aides financières diverses pour répondre au problème de mobilité :

- la carte « billet solidarité » pour les trains et autocars circulant sur le réseau TER Auvergne mais qui ne prend pas en charge les trajets hors Auvergne ;
- mobiplus, carnet de chèques mobilité contenant 25 chèques d'une valeur unitaire de 3 euros, dans la limite de 2 chéquiers sur une période de 12 mois pour les personnes habitant en milieu rural dans le Puy-de-Dôme, est adapté pour de courts trajets ;
- des Pass peuvent financer des déplacements, mais l'enveloppe est très faible et permet 2 ou 3 déplacements par an.

Toutefois, ces aides financières ne peuvent pas à elles seules répondre aux besoins de mobilité. Les professionnels identifiaient également des problèmes de temporalité et de capacité de leurs usagers à se déplacer dans des environnements inconnus. Lorsque les freins financiers ne sont pas un obstacle au déplacement ou pas le seul, la situation devient alors plus complexe à prendre en compte. La Drees avait déjà noté, en 2011, qu'une mobilité quotidienne spatialement élargie favorisait le recours aux soins puisqu'elle se traduisait par une plus grande capacité des personnes à se déplacer dans la ville, une plus grande familiarité vis-à-vis des moyens de transports existants et une meilleure connaissance de l'offre de service (9). Les résultats de cette étude, menée dans l'agglomération parisienne, peuvent très certainement être étendus aux milieux rural et urbain auvergnats. Pour certains usagers, il est difficile de concevoir une consultation en dehors de leur bassin de vie. L'éloignement des professionnels de santé est alors vu comme une perte de service. Les professionnels repèrent cette difficulté mais ont peu de solutions à apporter à leurs usagers si ce n'est développer les accompagnements individuels.

[prof_1] « La mobilité, c'est un gros problème. On a beau dire [à nos usagers] : « il y a un bus à 2 euros pour faire un bilan de santé »... [Certains répondent] « C'est Clermont, je ne connais pas ». Donc [par] facilité, ils refusent. »

L'accompagnement « physique » des usagers pose cependant plusieurs difficultés aux professionnels :

- le manque de temps pour réaliser cet accompagnement, lié à l'absence de financement dédié à cette tâche ;
- les questions de responsabilité lorsque l'accompagnement implique l'utilisation d'un véhicule ;
- la nécessité de réaliser cet accompagnement et la définition du rôle des professionnels.

Pourtant, l'accompagnement demeure un outil qui rassure les usagers, qui leur permet d'aller au bout d'une démarche de la prise de rendez-vous jusqu'à, parfois, participer à la consultation avec le patient.

À cela s'ajoute la gestion du temps qui peut être un véritable casse-tête pour l'utilisateur. En effet, un déplacement pour une consultation ne se résume pas au moyen de transport. Dès

lors, se rendre à un rendez-vous médical en transport collectif demande de l'anticipation et le déploiement d'une organisation spécifique pas toujours aisée pour un public en difficulté.

[prof_3] « La personne part sur Aurillac avec le car le matin, à 7h ou à 7h15 et le rendez-vous est à 18h le soir...Il faut errer toute la journée et elle est enceinte avec un ou deux enfants. On fait comment ? »

6. Frein financier : cause transversale du renoncement

Les freins financiers sont spécifiquement évoqués dans ce paragraphe mais leur transversalité fait qu'ils se trouvent dans les autres thématiques abordées.

La population prise en charge par les professionnels et les personnes rencontrées sont toujours en train de faire des arbitrages financiers. La gestion d'un revenu souvent autour de 800 euros demande un « *grand savoir-faire* ». Certaines personnes planifient, dans la mesure du possible, leurs consultations, leurs soins et d'autres les repoussent ou renoncent.

Les freins financiers sont les premiers évoqués par les professionnels et les usagers. Ils comprennent :

- le coût des soins, le coût des médicaments, les remboursements, les restes à charge, les franchises, le coût des mutuelles ;
- le coût des frais annexes (déplacements, gardes d'enfants...) ;
- l'absence de ressources ;
- le manque de disponibilité d'argent à un moment donné ;
- les difficultés à débiter des soins quand les droits ne sont pas ouverts ;
- ...

En outre, les usagers rencontrés sont très critiques face à la « marchandisation » perçue de la médecine. Ils expriment une incompréhension du système : pourquoi les dépassements d'honoraires sont-ils aussi importants et au bon vouloir des médecins ? Pourquoi les médicaments ne cessent-ils pas d'être déremboursés ? Pourquoi une prise en charge à 100 % ne couvre-t-elle pas l'ensemble des soins ? Pourquoi certains professionnels résistent-ils à faire le tiers payant ?...

[Usager_1] « [tu as une prise en charge à] 100 % mais tu paies quand même »

Ces questions ne font qu'alimenter le sentiment d'injustice sociale que peuvent ressentir les personnes rencontrées et leur permet d'argumenter leur perception d'une médecine à deux vitesses.

[Usager_4] « Même les plus pauvres ont accès aux soins. Pas comme les riches mais ils sont pris en charge quand même. »

Pour répondre à ces difficultés financières, un certain nombre d'outils sont à la disposition des professionnels mais en raison de nombreux cas particuliers, ils ont l'impression d'être sans arrêt à la recherche de solutions adaptées.

[prof_3] « On peut faire un peu d'actes gratuits mais pas tous les jours. Les consultations, les échographies pour les surveillances de grossesse, ça a un coût. On nous en laisse passer une mais on ne nous en laisse pas passer deux. Sinon il faut qu'on justifie aussi. »

7. Le système de protection sociale

7.1. Relation complexe des travailleurs sociaux avec la CPAM

Les liens avec la CPAM ont été surtout évoqués par les professionnels. Les usagers étaient tous intégrés à un dispositif donc probablement aidés dans leur démarche. Quel que soit le groupe de professionnel rencontré, les relations avec la CPAM et la complexité de certains dossiers ont été évoquées.

[prof_3] « On en rajoute sans arrêt avec « il me faudrait tel imprimé, il me faudrait telle feuille, il me faudrait votre avis d'imposition, non-imposition ». À l'hôpital, on ne vient pas avec ça déjà. Quand on arrive à leur extirper la carte Vitale et la carte mutuelle, c'est une grande avancée. »

Le montage d'un dossier de demande de CMU-C, maîtrisé par la plupart des travailleurs sociaux, reste dans bien des cas particulièrement complexe. Ces dossiers sont rendus complexes par le type de public qu'ils concernent :

- un public jeune sans aucune notion de gestion de papier administratif ;
- un public ayant vécu dans plusieurs départements ;
- un public « volatile », passager.

[prof_1] « Ouverture de droits pour un jeune : on se plie aux exigences de la CPAM. On fournit des attestations comme quoi les jeunes ont simplement des aides sociales pour survivre. C'est compliqué [car ils n'ont] pas d'avis d'imposition. Il faut des justificatifs des parents...dont ils ne sont pas à charge. Est-ce qu'ils ont fait une déclaration d'impôts ? S'ils ont fait une déclaration d'impôts, faut fournir les derniers relevés de compte. Le dernier relevé de compte, si c'est la Poste, la plupart du temps, ils ont un livret A à la Poste, c'est 8 euros par relevé, enfin, c'est... insoluble »

Mais ils sont également rendus complexes par les justificatifs demandés :

- de nombreux justificatifs sont à rechercher auprès de diverses caisses ;
- le public concerné a un rapport particulier aux papiers administratifs ce qui a pour conséquence de rendre compliqué, voire impossible, l'accès à certains papiers exigés ;
- des justificatifs qui ne sont, parfois, tout simplement pas en phase avec la réalité du public. Par exemple, une demande de CMU-C est compliquée pour les jeunes qui n'ont pas toujours de déclaration d'impôts.

Ainsi, face à une démarche trop compliquée, l'utilisateur abandonne.

Par ailleurs, les modalités de contact avec les CPAM sont difficiles :

- il n'existe généralement pas de contact privilégié entre les travailleurs sociaux et les CPAM, il est même parfois difficile pour un agent CPAM de contacter un homologue d'un autre département ;
- la diminution du nombre de permanences des CPAM en milieu rural ;
- les conditions d'appel de la CPAM qui doit se faire en présence de l'utilisateur sont parfois difficiles à réunir ;
- les plateformes d'accueil de la CPAM sont trop généralistes pour apporter des réponses justes et rapides aux situations traitées.

[prof_3] « La Sécurité sociale, on y renonce...c'est impossible d'avoir ne serait-ce qu'un renseignement pour savoir qu'est-ce qui bloque pour aller vers une nouvelle ouverture... »

[prof_3] « Avec la Sécu, on nous dit « est-ce que vous êtes avec la personne ? ». Mais qui dit que c'est vraiment la personne. »

Face à ces difficultés, certains professionnels et/ou départements ont développé des modes de sollicitation des CPAM formels ou informels. Dans un département, il existe un référent CPAM informel avec un numéro de téléphone ou une adresse mail qui semble circuler par le bouche-à-oreille.

Par ailleurs, des conventions sont signées ou sont en cours d'élaboration entre les CPAM et les Pass pour faciliter le contact et permettre le traitement de dossiers de demande de CMU-C de manière privilégiée. Une procédure est ainsi déterminée pour activer les démarches et permettre un contact simplifié. De plus, les professionnels reçoivent une rétro-information de l'état d'avancement des dossiers ce qui leur facilite le suivi.

Ce point abordé au sein des entretiens, a suscité l'intérêt d'autres structures d'accueil de personnes en situation de précarité. Il serait intéressant de voir dans quelles conditions ce dispositif pourrait être étendu. La CPAM a mis, en effet, l'accent sur la nécessité de bien cibler les structures avec lesquelles conventionner de manière à conserver une bonne réactivité dans ses réponses. La généralisation des conventionnements peut difficilement être envisagée.

7.2. Un faible recours aux complémentaires santé

L'accès à la CMU-C a été évoqué précédemment, précisant les difficultés rencontrées à l'ouverture des droits. Mais au-delà des conditions d'accès et des liens avec les CPAM, la perception de la CMU-C est négative, ce qui illustre le sentiment d'infériorité qu'expriment les populations en situation de précarité.

[usager_4]: « [Avec la CMU-C], c'est le minimum syndical, on va dire. Donc [même si le professionnel de santé] se rate sur l'opération, ben ce n'est pas très grave. On a eu droit à l'opération conséquente à la CMU quoi, pas plus. Même pour les médicaments, [si tu as la CMU-C] ce n'est que le générique. [si] tu payes, t'as le droit d'avoir le produit original. »

[usager_4] « La CMU-C, c'est pour les pauvres en fait. »

Les personnes rencontrées, à l'exception des plus jeunes, connaissent la CMU-C et ses conditions d'accès. Étant suivis par des travailleurs sociaux, leurs droits sont le plus souvent à jour ou en cours d'ouverture.

La CMU-C et plus largement les complémentaires santé sont un des premiers remparts contre le renoncement aux soins :

- elles permettent une prise en charge des soins, sans avance de frais. Toutes les publications, ainsi que le premier volet de cette étude (1), montrent que la CMU-C réduit la part du renoncement aux soins. Il est donc primordial de maintenir l'effort d'accès à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé (ACS) et de développer et simplifier les dispositifs qui vont dans ce sens (10). Les autres freins ne pourront être levés qu'après le frein financier.

- sa qualité de couverture est toutefois remise en question et ce même par certains professionnels. Pour les usagers les soins sont de moins bonne qualité surtout les soins dentaires et ophtalmologiques. Ils font part de la stigmatisation dont ils sont victimes du fait d'être bénéficiaires de la CMU-C.

Les délais de traitement des dossiers peuvent parfois être longs et amener à des échanges complexes avec l'administration. Cela suscite des incompréhensions et un découragement possible.

Quant aux mutuelles privées, les problèmes résident principalement dans leurs tarifs considérés comme prohibitifs. L'accès à une mutuelle est conditionné à la capacité financière de l'usager, à cela s'ajoute la complexité des offres et la difficulté à les comparer.

[prof_4] « Et bien [pour conseiller nos usagers] il faut déjà que nous, on devienne des experts en assurance pour déchiffrer... »

Un des autres freins dans l'accès aux mutuelles réside dans la non appropriation du principe mutualiste par certains usagers. En pratique, ces usagers payent leurs soins. Ces freins culturels sont difficiles et longs à combattre.

[prof_1] « [Nous accompagnons des personnes âgées migrantes] qui ont un mode de fonctionnement, un mode de vie qui fait que, pour eux, donner de l'argent pour leur propre personne, c'est compliqué. [Ils nous disent] : « je mets de côté, j'envoie à mes enfants, à ma compagne ». Des personnes qui ont eu des hospitalisations donc qui [doivent payer] d'importantes factures. Mais en fait, ils préfèrent [payer ces sommes importantes] que de payer symboliquement une mutuelle tous les mois parce que pour eux, c'est inutile. Parce que s'ils n'en ont pas besoin, [c'est toujours ça d'économiser pour leur famille]. »

Pour les usagers et les professionnels, les mutuelles sont donc onéreuses et complexes avec la mise en avant d'un coût de plus en plus cher pour une qualité de remboursement de moins en moins bonne. La mise en place des mutuelles d'entreprise suscite des interrogations de la part des usagers et des professionnels, le bilan de ce dispositif sera important à réaliser.

8. Répartition inégale de l'offre de soins

8.1. Difficulté pour le public en situation de précarité à trouver un médecin généraliste

La population générale est confrontée à des difficultés d'accès aux soins en lien avec la démographie médicale de la région. Toutefois ces difficultés sont accentuées chez les personnes en situation de vulnérabilité, population peu mobile car moins bien informée et souvent affectée par un manque de confiance. Les personnes en situation de précarité sont, de surcroît, confrontées à des difficultés matérielles importantes (absence de véhicule personnel, difficultés à s'absenter du travail ou à faire garder leurs enfants, etc.). Elles sont ainsi les victimes « privilégiées » de la raréfaction de l'offre qui se traduit notamment par des difficultés à trouver des professionnels de santé ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires ou à se déplacer pour bénéficier d'un soin spécialisé. L'impossibilité à trouver

une solution alternative face à un médecin qui ne prend pas de nouveau patient ou à un délai de rendez-vous trop long constituent une forme de « double peine ».

Les problèmes liés à une densité médicale insuffisante mettent également en avant une offre qui se dégrade avec un appauvrissement ressenti de la médecine scolaire et de la protection maternelle infantile par exemple. Les professionnels et les usagers se retrouvent sur la difficulté d'accéder à un médecin spécialiste dans certaines zones de la région. Les médecins spécialistes sont centrés dans les pôles urbains. Cela implique des problèmes de mobilité et de délai de rendez-vous très long. Ces délais de rendez-vous très longs, présents également en population générale, sont un réel frein pour ce public où la temporalité est différente. Par ailleurs, pour les professionnels, il est difficile de concilier le temps médical et le temps d'accompagnement de la personne. L'accompagnement est souvent long et complexe et le moment où la personne accepte de consulter un médecin spécialiste coïncide rarement avec la date du rendez-vous. Pour le public en errance, les délais de rendez-vous sont incompatibles avec la durée nécessaire à l'accompagnement qui n'a parfois, tout simplement, pas le temps de se mettre en place.

Les usagers rencontrés sont critiques envers les professionnels de santé, que ce soit dans leur capacité à les recevoir, à leur expliquer leur prise en charge, à les écouter. Les entretiens permettent de déterminer trois types de professionnels de santé : le médecin traitant de proximité, les médecins spécialistes qui regroupent les critiques et enfin l'hôpital auquel les gens recourent en cas « *de truc grave* ».

Les relations entre les usagers et les professionnels de santé paraissent marquées par des incompréhensions sur ce qui se passent au cours des consultations, sur les soins apportés, les examens prescrits, mais aussi sur l'organisation qui peut être également la somme de contraintes. Probablement, une incompréhension entre ce que le médecin peut apporter et ce que l'utilisateur attend.

[Usagers] « Chaque fois, les consultations, c'est compliqué...il y en a toujours pour trois plombs. C'est beaucoup de déplacements, de temps. »

Les difficultés d'accès à l'offre de soins par les professionnels ou les usagers sont liées à l'organisation et à la répartition de l'offre mais également à la relation professionnel/structure/patient, quelques exemples :

Exemples	Freins – Facteurs de renoncement
Hôpital	Signalétique compliquée et accueil non adapté à un public précaire.
Médecins généralistes	Dans certaines zones rurales ou urbaines, saturation de leur clientèle, ils ne prennent plus de nouveaux patients. Si la relation soignant/soigné n'est pas de bonne qualité, le patient n'a parfois pas la possibilité de choisir un autre professionnel.
Bilans de santé	Tous n'ont pas accès à ce type de consultation. Le diagnostic est réalisé mais pas l'accompagnement.
Pass	Perçue comme la filière des pauvres.

Que ce soit par les travailleurs sociaux ou par les usagers, la peur du professionnel de santé, des consultations, du diagnostic est très souvent évoquée et doit être prise en compte dans l'accompagnement des personnes. Les conditions dans lesquelles sont réalisées les consultations, le rendez-vous doivent s'adapter à l'usager et non le contraire, par exemple le rendez-vous ne doit être proposé ni trop tôt ni trop tard sous peine de ne pas être honoré. Les travailleurs sociaux rencontrés ont très souvent évoqué la nécessité d'une intervention d'un tiers dans la relation médecin/patient afin « d'adoucir » le contact en présentant le patient au professionnel et en préparant l'usager à la consultation. De plus, la qualité des relations avec les professionnels de santé et les relations avec les travailleurs sociaux conditionnent également le recours aux soins des usagers. L'importance de ces liens réside, entre autre, dans le fait d'avoir recours à la même personne ce qui renforce le sentiment de confiance et facilite l'accès aux diverses démarches.

8.2. Les structures d'accès gratuit encore méconnues du public

Les personnes rencontrées connaissaient peu de structures permettant un accès aux soins gratuits pour l'usager. Les jeunes rencontrés en mission locale ont cité les structures telles l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa), les plannings familiaux et les mères de jeunes enfants ont cité la Protection maternelle infantile (PMI). Le dispositif M'T Dents a également été cité plusieurs fois ainsi que les bilans de santé. Il faut cependant noter que la plupart des lieux cités sont présents dans les villes donc probablement plus difficilement connus et accessibles pour les personnes en milieu rural.

Un certain nombre de structures n'ont pas été citées tels les centres de planification, les centres d'examen de santé, les relais santé même si tous ne donnent pas la possibilité d'accéder à des consultations médicales, ils peuvent avoir un rôle très important dans l'accompagnement des personnes.

L'existence de réseaux est essentielle dans la prise en charge des usagers avec la volonté de les amener dans des prises en charge de droit commun. Sur Clermont-Ferrand, existent également le dispensaire Émile Roux, l'association solidarité santé 63, Cap santé Jeune auprès desquels des consultations médicales sont possibles (cf. fiches structures).

La médecine de premier recours est au centre de la prise en charge médicale des personnes en France. Ce sont donc les professionnels de santé qui sont sollicités par les travailleurs sociaux pour débiter une prise en charge de leur public. Or, les travailleurs sociaux rencontrés décrivent bien souvent des professionnels de santé non formés aux problématiques spécifiques que pose le public précaire. Cela amène les travailleurs sociaux à solliciter majoritairement les médecins généralistes se montrant sensibilisés à la prise en charge des plus démunis, au risque de les sur solliciter.

[prof_2] « J'ai eu deux réflexions de médecins qui m'ont dit « Mais, on en fait beaucoup quand même avec les inégalités sociales de santé. Normalement, il y a tout ce qu'il faut pour l'accès. Je ne comprends pas pourquoi une personne ne pourrait pas accéder aux soins ».

La présence d'un réseau informel de professionnels intervenant auprès des personnes en situation de précarité est essentielle, il permet aux travailleurs sociaux et de santé de se tenir au courant des prises en charge, des dispositifs existants, de relais possibles avec d'autres structures. Face aux difficultés, l'échange permet d'envisager et de mettre en œuvre des solutions adaptées à chacun. Il est important de créer des lieux de rencontre pluridisciplinaires : usagers, professionnels du social, professionnels de la santé de manière à créer un dialogue le plus ouvert possible. Le professionnel de santé peut, lui aussi, se retrouver dans un suivi de proximité (tiers personnes pour aider à comprendre la situation, à le rassurer dans sa pratique (RDV honorés...)).

Il existe ou a existé des permanences médicales au sein de certaines structures d'accueil ouvertes aux personnes les plus exclues (CHRS, accueil de jour...). Ces permanences permettaient d'entrer en contact avec le public, de faire du repérage. Elles sont difficiles à maintenir pour des raisons de coût mais également de disponibilité de médecins.

8.3. Des refus de soins indirects

Les travailleurs sociaux des structures, plus que les usagers, ont exprimés être confrontés à des refus de soins. Les refus de soins sont les plus souvent indirects, ils prennent la forme de rendez-vous de la part des professionnels éloignés dans le temps, d'horaires compliqués, de refus de prendre de nouveaux patients et ils concernent plus particulièrement les dentistes.

[Prof_2] « Alors pas de la discrimination ou un refus de soins au niveau des médecins par contre, au niveau des dentistes, c'est un peu chaud. C'est à dire que déjà, si on n'a pas de couverture sociale, ce n'est même pas la peine. S'il y a une CMU, c'est plus fin que ça. Ce n'est pas un refus mais ce sera un rendez-vous un peu loin, très tard le soir. Voilà c'est embêtant que la personne soit avec d'autres dans la salle d'attente. J'en ai un ou deux en tête comme ça où voilà. Alors, ce n'est pas un refus très clair mais on sent que ça les enquiquine. »

[Prof_5] « Alors soit la personne est mal accueillie donc du coup, elle ne revient pas. Soit elle n'est pas accueillie du tout parce que les professionnels de santé mettent en avant le fait qu'ils ne prennent pas de nouveaux patients. On a quand même une pénurie au niveau des médecins traitants. Les refus directs, c'est plus pour les spécialistes, comme les dentistes. »

Il semble que, pour les médecins généralistes, les refus de soins résultent principalement de l'insuffisance de l'offre de soins sur le territoire, les médecins ne pouvant pas prendre en charge de nouveaux patients. En outre, dans les discours, les bénéficiaires de l'AME semblent plus concernés par les refus que les bénéficiaires de la CMU-C.

Face aux situations de refus, les professionnels rencontrés ont « baissé les bras » et n'utilisent pas les moyens qui sont à leur disposition pour signaler les refus, principalement en raison des démarches chronophages et compliquées à engager.

Pour être plus efficaces, ils ont des techniques d'évitement de ces professionnels et vont orienter leur public vers « *des professionnels bienveillants* » [Prof_5].

Les risques de ne pas dénoncer un refus de soins pourraient être :

- de ne pas permettre de modifier les pratiques des professionnels de santé en difficulté face aux publics en situation de précarité ;
- de surcharger les professionnels de santé qui prennent en charge ce public ;
- d'entretenir, chez les usagers, l'idée d'une médecine à deux vitesses.

Toutefois, l'identification d'un refus n'est pas simple et ne doit pas masquer les problèmes rencontrés par les professionnels de santé.

9. Un système qui s'éloigne des plus fragiles

9.1. Des évolutions inadaptées aux publics en situation de précarité

Les professionnels relèvent également les difficultés qu'ont leurs publics à s'adapter aux évolutions du système de santé. La notion de parcours de soins se développe avec des étapes à respecter, de la coordination à assurer, un suivi à domicile à mettre en place. Par rapport aux hospitalisations, la prise en charge ambulatoire et les hospitalisations de plus en plus courtes sont privilégiées. Ces évolutions répondent aux besoins de la majorité des personnes. Mais elles compliquent la prise en charge des publics les plus précaires. Lors de la conception des parcours de soins, ou de nouvelles prises en charge, il est important d'estimer l'impact possible sur ce public.

[prof_2] « *D'un côté, on est face à une population qui est de plus en plus précaire, qui est de plus en plus complexifiée, avec des situations, des histoires de vie complètement chaotiques, des accès limités aux soins, tout ce que vous voulez. Et de l'autre, on a des structures qui sont de plus en plus faites, gérées et pensées à faire en sorte que ce public en soit de plus en plus éloigné. Par exemple : on développe la chirurgie ambulatoire, l'hôpital de jour, c'est très bien. Moi je rentre à l'hôpital, je vais être super contente qu'on m'opère dans la journée parce que le soir, je suis chez moi. Sauf que ça ne s'adresse pas à tout le monde. Il y a des gens qui ne peuvent pas. Ce n'est pas possible. Donc le faire oui mais il ne faut pas le généraliser.* »

Face à la constante volonté d'aider ce public à accéder à une prise en charge par le dispositif de droit commun, n'apparaît-il pas des filières spécifiques qui les éloignent de ces mêmes dispositifs et creusent ainsi les inégalités d'accès aux soins ?

Les travailleurs sociaux notent la difficulté de leur public à suivre un parcours de droit commun, ils privilégient donc le recours aux services d'accueil et de santé publique de proximité (Saspp), aux permanences d'accès aux soins de santé (Pass) avec comme objectif pour leurs usagers de « revenir » dans un parcours de droit commun. Ce public a-t-il sa propre filière de soins ? (11)

9.2. Un accès complexe aux démarches dématérialisées

Les professionnels ont également évoqué les difficultés rencontrées liées à l'usage des documents dématérialisés. En effet, les informations, le dépôt de dossier, le suivi des dossiers se font bien souvent de manière dématérialisée : la Caf, Ameli, Pôle emploi...

Les professionnels signalent qu'un nombre important de personnes reçues n'est pas en capacité d'utiliser ces outils. Les entretiens ont montré que l'âge n'est probablement pas suffisant pour identifier les personnes potentiellement en difficulté sur ces questions.

[Prof_4] « [À la demande des usagers] moi, j'ai un cahier avec leur compte Ameli, leur numéro de code, leur mot de passe. La Caf, pareil. Alors en plus, on a leur adresse mail et leur code. »

[Prof_3] « C'est pas la CPAM, c'est la Caf mais... on leur dit « créer une adresse mail ». Alors « vous n'avez pas d'adresse mail ? » « C'est pas grave, vous allez en créer une ». Alors après on leur fait une adresse mais ils ne l'utilisent pas parce que de toute manière, ils ont pas accès. Sauf que tous les courriers passent par cette adresse mail. Donc ils n'ont plus rien, plus accès à rien. Et comme ils ont oublié bien sûr le code d'accès pour aller à cette boîte mail, tout ça, après c'est... Alors moi je leur dis, surtout si on leur dit de créer une adresse mail, « dites non ». Ils ne sont pas en capacité de gérer tous ces codes d'accès. »

Cette difficulté d'accès aux démarches numériques est une problématique identifiée par la Mission régionale d'information sur l'exclusion (Mrie), la question posée par les professionnels est donc partagée et demande à trouver un accompagnement spécifique.

10. Quelles réponses des structures pour améliorer l'accès aux soins ?

Au niveau régional, des expérimentations sont testées, ainsi l'expérimentation PFIDASS (Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé) a été mise en place dans le Puy-de-Dôme et dans l'Allier. Ce dispositif, porté par les CPAM, permet la détection des situations de renoncement aux soins et l'accompagnement de l'utilisateur pour lever les freins à ce renoncement. Ce dispositif vise à être étendu à l'ensemble des départements français.

Par ailleurs, les professionnels ont présenté plusieurs dispositifs permettant d'assurer une meilleure prise en charge médicale dans la durée afin de prévenir et traiter, en amont, des problèmes de santé des personnes en situation de précarité. Ont été cités comme structures incontournables les services d'accueil et de santé publique de proximité (SASPP), les lits haltes soins santé (LHSS), les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), les centres

hospitaliers avec les services d'urgence, les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) mais également des structures avec des encrages locaux, une Pass buccodentaire à Moulins, la faculté dentaire de Clermont-Ferrand, le réseau Intermed à Clermont-Ferrand, l'association Solidarité santé 63, le dispensaire Émile Roux...

Les Pass rencontrées ont une place centrale dans la prise en charge des personnes en situation de précarité et plus particulièrement la grande précarité. Dans le Cantal et l'Allier, les équipes des Pass développent des pôles de santé publique. Elles tissent des liens avec d'autres acteurs du milieu social dans l'objectif d'être plus visibles. Pour les professionnels rencontrés, les Pass sont des acteurs essentiels, ces permanences répondent à l'objectif de prise en charge des personnes les plus éloignées du soin et en urgence. Au-delà de leurs missions, les Pass permettent également à certains usagers d'accéder à des soins urgents dans l'attente d'une remise à jour de leurs droits (3). Évoqué dans le paragraphe 7.1, certaines Pass ont signé avec la CPAM des conventions. Ce lien privilégié a permis d'apporter des réponses et de faciliter l'accès à une couverture maladie. La nécessité d'aller vers les personnes les plus démunies, de se faire connaître, d'inciter les personnes à venir dans les lieux de soins est signalée mais peu pratiquée. Cette connaissance mutuelle est essentielle à l'accès aux soins des personnes les plus précaires. Les Pass pallient parfois l'absence de médecin généraliste traitant.

[prof_4] « Au niveau de la Pass, certaines personnes viennent consulter le médecin par défaut de médecin généraliste. C'est vrai qu'on est assez vigilants et les médecins, surtout eux, tirent très vite la sonnette d'alarme en disant « attention, attention, on ne prend pas les gens simplement sur le critère - on peut dire comme ça - d'absence de médecin généraliste parce qu'on va être embolisé et on va perdre ce pourquoi on a été créé ».

L'importance d'être régulièrement présent, de manière à créer des liens avec ces usagers, aider à repérer, à verbaliser leurs besoins est exprimée par les travailleurs sociaux. Comme évoqué précédemment, il existe, mais avec une tendance à la disparition, des permanences médicales au sein de certaines structures d'accueil tels les CHRS. Ces permanences sont difficiles à maintenir pour des raisons de coût et de disponibilité des médecins.

Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont également plébiscitées par les travailleurs sociaux. Leur création a permis de répondre à des besoins de prise en charge psychique. Très souvent, les EMPP favorisent l'adhésion aux soins des patients (2).

Pour les publics sans domicile, les lits halte soins santé ont apporté une réponse essentielle. Les limites de cette prise en charge résident dans les besoins occasionnés par l'entrée en chronicité de certaines pathologies et par l'absence d'orientation possible.

[Prof_4] « Normalement, la durée [d'accueil] était prévue à un maximum de 2 mois, des périodes renouvelables jusqu'à 2 mois. Bon là par défaut de... difficultés d'orientation... ben on avait un monsieur qui est parti, ça faisait 3 ans qu'il était en Lits halte soins santé, parce que, c'est un monsieur qui avait été retrouvé dans un squat avec une hémiplégié, sans papiers, sans couverture... parce que la particularité lié aux Lits halte soins santé, c'est qu'on prend en charge les personnes même si elles sont sans papiers, si, bien sûr, elles n'ont pas de couverture santé. »

L'hôpital, les services d'urgence, bien que peu cités, gardent bien évidemment tout leur intérêt dans la prise en charge de ces patients.

Conclusion

Les deux phases de l'enquête menées corroborent les résultats publiés par ailleurs. Les facteurs associés aux renoncements aux soins identifiés par les professionnels et par les usagers sont concordants. Il est constaté que l'obstacle principal au recours aux soins est d'ordre financier. Le public ciblé dans cette étude vit avec de très faibles revenus et opère des arbitrages financiers continus. L'accès à une complémentaire santé, les restes à charge, les frais de déplacement, les dépassements d'honoraires sont une charge financière que les personnes en situation de précarité ne peuvent supporter sans déséquilibrer leur budget. Sur ce point, ont été évoqués les coûts prohibitifs du dentaire ou de l'optique par exemple mais également les coûts des restes à charge de la consultation chez le médecin généraliste, des franchises retenues par la sécurité sociale pour chaque boîte de médicaments achetée, des dépassements d'honoraires.

Mais au-delà des arguments financiers, d'autres leviers peuvent être mobilisés. Les freins sont de l'ordre des représentations des usagers mais également de l'organisation des professionnels. En effet, détaillée dans la littérature et illustrée par les rencontres avec les professionnels et les usagers, l'importance des normes culturelles et sociales cadre le thème du renoncement aux soins. Le rapport au corps et à la santé est un facteur essentiel du recours aux soins. Les différences de représentations sociales et culturelles n'ont pas été approfondies mais évoquées par les professionnels, elles sont essentielles à prendre en compte dans les accompagnements. Les barrières entre le public et les professionnels sont nombreuses. Les professionnels de la santé doivent être formés à la prise en charge de ce public. Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux ont des temporalités différentes. Ces différences de représentation engendrent un très fort sentiment d'exclusion de la part du public précaire, le sentiment exprimé est que la CMU-C ne donne accès qu'à une santé pour pauvre est récurrent.

Les démarches administratives longues, complexes sont également montrées du doigt. Les travailleurs sociaux dénoncent le décalage existant entre leur public et les documents de plus en plus nombreux à fournir. Le point les mettant peut-être le plus en difficulté est l'absence d'interlocuteur et ainsi le manque de reconnaissance de leur rôle. Seules des rencontres entre professionnels de structures diverses peuvent amener des réponses.

La mobilité est également un frein récurrent en milieu rural mais également urbain. Les déplacements dans des lieux inconnus sont sources de difficultés et de risques d'abandon dans la démarche. Les professionnels demandent de pouvoir mettre en place des accompagnements physiques de leurs usagers : avoir les moyens d'emmener une personne âgée ne maîtrisant pas bien la langue en consultation au CHU, par exemple.

En lien avec la démographie médicale, l'éloignement des médecins spécialistes et le surbooking des médecins généralistes compliquent l'accès aux soins de la population en général mais cette situation est accentuée chez les publics précaires qui, pour bien d'autres raisons, n'ont pas les capacités d'adaptation nécessaires.

Les interactions avec les professionnels de santé ont une influence importante dans le renoncement aux soins. Les entretiens auprès des usagers montrent la crainte qu'ont certaines personnes à l'égard des institutions sociales et médicales (6). Cette défiance repose bien souvent sur des expériences personnelles mais également familiales. La peur à l'égard des médicaments est également assez forte et repose sur le manque d'efficacité supposée, sur la toxicité, l'accoutumance possible... sur le souhait de se soigner plus « naturellement ».

Comme l'indique Caroline Deprès, le renoncement aux soins dépasse les questions sanitaires et engage des questions existentielles et identitaires (6). L'accueil, la confiance qu'ont les patients dans leur praticien est essentielle mais le témoignage d'un usager montre que l'interaction est également construite par l'usager ; à lui également de respecter quelques règles. Les professionnels vont citer des problèmes de comportement, de façon d'être. Il est donc nécessaire de travailler sur les représentations des uns et des autres.

Préconisations

1. Informer, repérer

Les efforts d'information doivent être maintenus, développés et adaptés aux publics en situation de précarité. Au-delà des informations générales apportées par les institutions, l'assurance maladie sur les droits et, plus spécifiquement, sur la prise en charge des soins, les complémentaires santé (CMU-C, ACS et mutuelles). Il est nécessaire d'adapter le message aux différents publics. L'information sur les dispositifs d'aide, les droits, les structures doit être apportée au plus près des usagers.

Cette information spécifique peut se faire, également, au cours des accompagnements de manière à identifier les freins propres à la personne, l'aider à connaître sa situation ainsi que le soutenir dans ses démarches. L'information peut également s'inscrire dans le maintien des actions de prévention et de promotion de la santé permettant d'aborder les notions culturelles, sociales, de rapport au corps, de rapport aux soins.

L'information doit porter sur les droits, les aides financières, les différents dispositifs et structures existants.

En parallèle à l'information, le repérage des personnes en situation de non recours aux soins doit être renforcé. La méconnaissance de leur situation est très souvent rencontrée parmi le public en situation de précarité. Des accueils, type guichet unique, devraient permettre ce repérage. Quelle que soit la sollicitation de la personne, un point sur leurs droits pourrait être fait.

La mobilité est une problématique récurrente lorsque l'on s'intéresse au public en situation de précarité. En complément d'aides à la mobilité qui doivent être maintenues et renforcées, des initiatives locales doivent être encouragées. Des propositions autour de la location de voiture, de l'accès au permis de conduire, du transport à la demande, du covoiturage pourraient être réfléchies et testées, de même que la création de réseaux de conducteurs bénévoles. Si ces propositions semblent plus adaptées au milieu rural, d'autres comme l'information sur les transports en commun, le développement des mobilités actives, l'accompagnement hors du quartier de vie peuvent s'adapter à la vie urbaine.

2. Faciliter les démarches, créer des relations travailleurs sociaux / CPAM plus simples et au service de l'utilisateur

Faciliter les démarches des travailleurs sociaux est essentiel dans la réduction du renoncement aux soins. Une partie du public n'est pas en capacité de se débrouiller seul et sa rencontre avec un travailleur social ou un professionnel de santé sensibilisé au non-recours est essentielle.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place par l'Assurance maladie de manière à repérer les personnes ayant renoncé aux soins et apporter des réponses pour diminuer le renoncement aux soins. Au-delà de ces avancées qui apporteront probablement des réponses aux interrogations des travailleurs sociaux. Il est absolument nécessaire de réfléchir aux modalités de sollicitation de l'Assurance maladie par les travailleurs sociaux, ils doivent pouvoir contacter facilement et rapidement une personne compétente dans la gestion de ces situations complexes et également formées au non-recours. De même, la question du secret professionnel doit faire l'objet d'échange afin de prendre en compte les contraintes de chacun et pouvoir apporter des solutions.

Nombre de situations semblent s'enliser dans des difficultés par manque d'un contact adapté. Des lieux de concertation départementaux pourraient être des lieux d'échanges et d'information.

L'accompagnement est indispensable dans la lutte contre le renoncement aux soins des personnes en situation de précarité. À des degrés divers, il doit permettre la levée de nombreux freins rencontrés par la population. Toutefois, cet accompagnement demande bien souvent du temps et de la disponibilité. Il peut se traduire par une aide du public à comprendre les informations et à constituer les dossiers. Les structures rencontrées répondent déjà à ces besoins. L'accompagnement peut être physique : comment les structures peuvent-elles s'organiser pour accompagner la personne dans ses prises de rendez-vous mais au rendez-vous également ? Comment mutualiser le temps ?

Faut-il faire appel à des personnes bénévoles pour accompagner leurs publics ? Faut-il faire appel à des chauffeurs bénévoles ? Faut-il créer au niveau de communes, de quartiers un pool de personnes bénévoles prêtes à accompagner le public ?

L'accompagnement, peut également être un travail de longue haleine pour un certain nombre de personnes, d'où la nécessité dans certaines institutions de financer ce temps d'accompagnement.

L'accompagnement nécessaire est différent d'une situation à l'autre :

- développer les personnes relais ;
- développer les médiateurs en santé. Favoriser « l'aller vers » ;
- développer les expériences permettant de limiter, de simplifier les dossiers de demande de droit ;
- favoriser l'accès aux bilans de santé.

3. Maintenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité dans un contexte de densité médicale insuffisante

Concernant la perception de la santé, du système de soins la qualité des soins perçue par les bénéficiaires, les personnes rencontrées, ainsi que parfois les professionnels, signalent une qualité des soins moindre du fait d'être bénéficiaire de la CMU-C. Il est vrai que l'étude ne permet pas de juger de la qualité des soins des patients en revanche les contraintes financières limitent l'accès à certains types de soins. L'exemple le plus souvent exposé concerne les prothèses dentaires, les bénéficiaires de la CMU-C n'ont accès qu'à un type de prothèse défini.

Certains territoires n'offrent plus à la population la possibilité de choisir son professionnel de santé ou d'accompagnement social, la démographie professionnelle ne le permet pas.

Comment faciliter l'accès aux soins quand il n'y a plus de médecin généraliste en capacité de prendre de nouveaux patients, quand il faut faire 80 km pour rencontrer un spécialiste ? Quel est le ressenti possible quand aucun médecin ne vous accepte dans sa clientèle ? Ce sentiment est présent sans distinction de classe sociale, mais quel est l'écho chez les plus démunis ?

Les questions liées à une densité médicale insuffisante dépassent largement la question du non-recours aux soins de la population en situation de précarité mais impactent directement et profondément ce public.

4. Former, favoriser les échanges entre professionnels

Former au non-recours, à la prise en charge des personnes en situation de précarité

Les propos des professionnels montrent l'imbrication des différents champs : l'emploi, le recours aux soins, le recours aux droits... La diversité des formes du non-recours est réelle mais répond à des processus communs.

Alerter, former le plus grand nombre de professionnels de la santé et du social pour améliorer la prise en compte du phénomène du non-recours et des caractéristiques des populations en situation de précarité. La mise en œuvre de formations à l'accueil et à l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté à destination de l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux est essentielle. La formation au non-recours et à la prise en charge des personnes en situation de précarité devrait également permettre une diminution des refus de soins.

Développer les systèmes d'accompagnement où, pour les personnes les plus éloignées du soin, un accompagnement physique puisse être mis en place.

La santé fait appel à une culture, une éducation ainsi la prévention de la santé et des efforts de communications doivent toujours être maintenus. De même sur les accès, plus les services s'éloignent des individus plus le recours aux soins est rendu difficile. La crainte exprimée par les professionnels est la non adaptation du système de soins à ce public. Le développement de l'ambulatoire par exemple ne répond pas aux contraintes et aux besoins de ce public.

Ne pas céder à la tentation du tout internet : la difficulté d'accès concerne tous les âges, personne n'apprend à gérer les mots de passe qui sont multiples. Il semble que par l'intermédiaire des professionnels, travailleurs sociaux, les usagers aient accès à l'outil informatique. Mais, pour ce public, le confort d'avoir accès à ces informations n'importe où devient une contrainte.

Des dispositifs existant en Auvergne montrent des portes d'entrée diversifiées pour le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de précarité : Intermed à Clermont-Ferrand et l'expérimentation dans le Cantal apportent des exemples de méthode de repérage.

Faciliter les échanges entre professionnels

Multiplier les rencontres travailleurs sociaux, services et dispositifs, trouver des alternatives aux plateformes. La réponse aux problématiques a besoin de contact humain entre les services.

Les professionnels font part d'une dégradation de leurs conditions de travail et de la paupérisation de la population. Les populations auxquelles ils ont accès ne représentent que la partie visible de la population en détresse.

Constats	Préconisations
Repérer, informer	
<p><i>Normes culturelles et sociales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Désinvestissement de son corps, de sa santé - Isolement social et familial - Vécu du système de soins - La santé après de nombreuses priorités : laisser les situations sanitaires se dégrader - Crainte de stigmatisation (perception de la CMU-C, Pass perçue comme la filière des pauvres) - Avoir recours le moins possible aux professionnels du soin, du social <p><i>Freins financiers</i></p> <p><i>Méconnaissance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas connaître ses droits - Ne pas connaître sa situation - Ne pas avoir d'intérêt pour ces questions liées à son état de santé et aux démarches administratives - Ne pas connaître les structures permettant un accompagnement <p><i>Mobilité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le coût - L'absence de moyen de locomotion - L'absence de transport en commun - Le degré d'aisance à se déplacer 	<p>Informer (informations générales et spécifiques) sur les droits, la CMU-C, l'ACS, les mutuelles, les structures d'accompagnement...</p> <p>Maintenir et développer l'accès aux aides financières disponibles</p> <p>Développer les actions de prévention et de promotion de la santé</p> <p>Renforcer la lisibilité des dispositifs existants auprès des professionnels et du public</p> <p>Encourager les initiatives locales de développement de la mobilité géographique et physique (covoiturage, réseau de bénévoles accompagnants)</p> <p>Soutenir les réseaux d'entraides</p>

Faciliter les démarches, les liens avec les institutions, les liens avec les professionnels	
<p><i>Difficultés pour les usagers et les professionnels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés d'accessibilités aux services, à l'information - Démarches complexes - Complexité des relations avec la CPAM - Multiplicité des acteurs - Liens entre institutions/administration et usagers 	<p>Accompagner – Développer les médiateurs. Favoriser l'aller vers</p> <p>Adapter l'accompagnement</p> <p>Réfléchir l'usage et l'accès du numérique</p> <p>Développer les conventions entre structures et CPAM</p> <p>Développer un service « solidarité » au sein de la CPAM spécialisé dans la réception et le traitement des dossiers complexes</p> <p>Permettre des saisines de la CPAM plus simples par les professionnels et les usagers</p> <p>Développer des transmissions de dossiers appropriées (entre services, entre institutions)</p> <p>Développer la création de guichets uniques</p>
Quelles réponses possibles à une densité médicale insuffisante ?	
<ul style="list-style-type: none"> - Densité médicale et paramédicale insuffisantes - Dans certaines zones rurales ou urbaines, saturation de la clientèle des médecins généralistes qui ne prennent plus de nouveaux patients 	<p>Différentes actions ont déjà eu lieu pour favoriser l'installation de professionnels de santé sur le territoire et d'autres seront mises en place (mutualisation entre structures, MSP, dispositifs d'aide à l'installation de jeunes médecins...)</p>

Former, faciliter les échanges entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé

Propre aux lieux de soins, aux lieux d'accueil

Lieux de soins : signalétique, accueil non adapté à un public précaire

Améliorer l'accueil par une signalétique claire et une attention particulière aux publics fragilisés

Propre aux relations entre professionnels de santé et travailleurs sociaux

Professionnels non formés au non-recours
Professionnels non formés aux situations de précarité

Former les professionnels : Co-formation précarité et santé (Mrie) entre personnes précaires et professionnels de santé, Formation DU Santé précarité – Université Clermont Auvergne...

- Si la relation soignant/soigné n'est pas de bonne qualité, pas d'autre orientation possible
- Refus de soins
- Santé à deux vitesses :
 - ▶ Renforcement du sentiment d'exclusion du système
 - ▶ Accès au système simplifié pour les personnes insérées mais compliqué pour les plus précaires

Développer les formations des professionnels concernant la prise en charge de la précarité. Mise en place de formations communes à différents types de professionnels

Liens travailleurs sociaux/professionnels de santé

Membres du groupe de travail

Agence régionale de santé	Marie-Laure Rongère
DRJSCS - Pôle cohésion sociale	Éric Rutault – Responsable de la Mission Appui
Rectorat d'Académie de Clermont-Ferrand	Isabelle Couderc – Conseillère technique
Collectif interassociatif sur la santé (Ciss)	Jean-Claude Montagne Christine Perret
MSA - Direction de l'Action Sanitaire et Sociale	Marie-Pierre Cluet - Chargée de mission - Référent relations ARS/PFOSS
CPAM 63	Martine Trincard - Manager de secteur ASS accès aux soins
Direction régionale du service du contrôle médical d'Auvergne	Gaëlle Cauvin – Chargée d'études statistiques
CD 63	Marie-Claude Soleilhet – Chef de projet insertion
Carsat	Françoise Labouriet-Andant - Cadre Service Social Régional
CD 63 - Dispensaire Émile Roux	Marine Cladière - Médiateur
Viltaix	Karine Bouteleux – Pôle centre d'hébergement d'urgence

Bibliographie

1. Venzac M, Vaissade L, Maquinghen S. Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne. 2016.
2. ORS Poitou-Charentes. Le non recours et le renoncement à l'aide alimentaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.ors-poitou-charentes.org>
3. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité [Internet]. Paris: Premier Ministre; 2013 sept [cité 28 juin 2016] p. 156. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr>
4. Collet M, Menahem G, Picard H. Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits : enquête Préalogue 1999-2000. *Quest Déconomie Santé*. oct 2006;(113):1-8.
5. ONPES. L'invisibilité sociale : une responsabilité collective. 2016;
6. Desprès C. Les différentes figures du renoncement aux soins. *Santé Homme*. nov 2012;(422):44-6.
7. Chauveaud C, Rode A, Chatain C, Gutton S, Labbe E, Moulin J, et al. Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP). Rapport scientifique final : partie 1. Grenoble: Odenore, Cetaf; 2008 nov; p. 34. Report No.: 29.
8. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. *Anthropol Santé* [Internet]. 2013 [cité 4 févr 2016];(6). Disponible sur: <http://anthropologiesante.revues.org/1078>
9. Renahy E, Parizot I, Vallée J, Chauvin P. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 [Internet]. Paris: UMRS 707, Inserm, Université Paris 8; 2011 sept [cité 4 févr 2016] p. 65. Disponible sur: <http://www.iplesp.upmc.fr>
10. Lelièvre M, Arnold C, Calvo M, Grobon S, Legal A, Loubet A, Louvel A, Moisy M, Rémila N. Minima sociaux et prestations sociales - édition 2015. Ménages aux revenus modestes et redistribution. DREES. Collection études et statistiques ; 137p.
11. Rickey B. Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérages de pratiques innovantes [Internet]. Paris: Agence nouvelle des solidarités actives; 2016 mai [cité 28 juill 2016] p. 106. (Les contributions). Report No.: 18. Disponible sur: <http://www.solidarites-actives.com>
12. Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sci Soc Santé*. 2013;31(2):71-96.

Liste des sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide pour une complémentaire santé
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
BRSB	Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDCSPP populations	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRDJSCS cohésion sociale	Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESPE	École supérieure du professorat et de l'éducation
ESPS	Enquête sur la santé et protection sociale
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MSA	Mutualité sociale agricole
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services

ORS	Observatoire régional de la santé
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PFoss	Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale Auvergne-Rhône-Alpes
Rescorda	Réseau de santé et de coordination d'appui
RSA	Revenu de solidarité active
SRCV	Statistiques sur les ressources et les conditions de vie
UC	Unité de consommation