

L'accès aux soins en milieu précaire : un défi pour la protection sociale

Caroline Despres
(chercheur associé à l'IRDES)

Deux recherches

- L'analyse repose sur deux recherches réalisées **deux années consécutives** :
 - Expérimentation sociale sur l'aide complémentaire santé : analyse des causes du non recours à ce dispositif (Univ. Dauphine/Legos)
 - Analyse des significations profanes des renoncement aux soins et de leurs logiques
- **Sur le même terrain** : Lille et sa région métropolitaine
- **Personnes en situation de précarité** = bénéf. de CMU, de l'ACS et au-dessus de ces seuils (SMIC)

Méthodes qualitatives

- Des entretiens individuels centrés sur des *Récits de soins*
= **Analyse des conduites diagnostiques et thérapeutiques et préventives**
 - en les intégrant dans une perspective diachronique (ce qui s'est passé antérieurement) = **inscrits plus largement dans des récits de vie = approche biographique**
 - **Approche contextualisée des itinéraires de soins :**
 - La situation socio-économique
 - Leurs ressources sociales, culturelles
- Prise en compte d'un ensemble de recours qui participe d'un **espace thérapeutique** (Saillant, 1999)
 - auto-soins, soins domestique, soins non conventionnels
- **Aborder sous l'angle du non recours et du renoncement aux soins**

Plan

- **Contraintes budgétaires au premier plan**
 - protection sociale et son périmètre
 - questions d'accès à la protection sociale et son usage : mettent en péril son efficacité
- **Au-delà des contraintes budgétaires : les dimensions non financières dans le recours aux soins**
 - Organisation des soins : accessibilité géographique, disponibilité des professionnels (délais de rdv)
 - Rapport au corps et à la santé
 - Place dans la société/ valeurs identitaires (rapport au travail, questions d'estime de soi)
 - Rapport aux institutions
 - Rapport aux soins, à la médecine → distance à l'égard de la médecine

Accès aux soins : les contraintes budgétaires

- Compensées par les mécanismes de protection sociale
 - Complémentaires santé=> inégalitaires: trop chères pour les ménages les plus pauvres et autres raisons (cf étude ACS)
 - CMU-C et ACS
 - Prise en charge à 100 % des ALD : les plus malades
- Les limites :
 - Panier de soins (médicaments déremboursés, médecines parallèles) et les franchises
 - Difficultés à faire l'avance mais peut arriver à n'importe qui dans un parcours de vie → **Tiers payant**
 - Protection sociale ne protège pas des DH sauf pour la CMU-C et encore dans une relative mesure

L'accès à la protection sociale en question

- Espaces de non droit :
 - Non adéquation entre situation financière et droit à la CMU (décalage dans le temps), changements de situation fréquents = non continuité droits
 - Erreurs administratives/refus illégitimes
 - Non connaissance par les usagers (ACS, périmètre de la CMU)
- Un droit non respecté , la CMU –C et les refus de soins de la part des professionnels, du tiers payant, ...
- Refus des droits par les usagers (CMU et ACS): cf travaux de Warin et LEGOS/
 - CMU : Stigmatisation (statut social)/discrimination et ACS : voir suite
 - Rapport à la société
 - méfiance à l'égard des institutions (violences symboliques auxquelles participent certains professionnels)

Aide Complémentaire santé : qu'est-ce que c'est ?

- Compenser les effets de seuil de la CMU-C:
25 % au dessus du seuil
- Aide au financement d'une complémentaire santé
- **Plafond de ressources:**
 - Une pers. < 10 491 euros/an = 875 £/mois
 - Deux pers. < 15 737 euros/an = 1311 £/mois
- Montant varie de 100 à 500 euros selon âge
- Ayants droits : AAH/Minimum vieillesse...

Le non recours à l'ACS (1): principaux résultats

- Non connaissance du dispositif +++
 - Difficultés de repérage de population
 - Invisibilité sociale de cette population (au dessus des seuils/ressources pour se débrouiller sans aides de l'Etat...)
 - Difficile à repérer sur les fichiers administratifs pour les informer
- Difficultés à comprendre le dispositif pour les ayants droits
 - Manque de compréhension de l'ACS : connaissance minimale sur le fonctionnement de l'assurance maladie que tous les éligibles ne détiennent pas
 - Langage administratif/ complexité du dispositif
- Difficultés à réaliser les démarches
 - Dossier à remplir (même que CMU)/ chèque (fictif) à envoyer à la mutuelle / à Lille : envoyer attestation CS pour toucher le complément
 - Choisir une mutuelle adaptée cad **évaluer ses besoins futurs et analyser une offre concurrentielle**

Le non recours à l'ACS (2) : le coût d'une complémentaire santé

CS trop coûteuses surtout pour les éligibles :

RAC/ RAV « reste à vivre »/Aide jugée insuffisante (selon groupes d'âge)

Analyse du rapport coût/bénéfices défavorable =arbitrages

En lien avec expériences antérieures de CS (déceptions fréquentes avec CS à coût faible)

En lien avec connaissance du système (frais de séjour, panier de soins)

Place de la santé et de la maladie dans l'existence (état de santé, priorités)

Choix d'autres dépenses sur des registres essentiels (alimentation, logement) ou ayant une fonction identitaire (revalorisation du statut social) : Par ex, choix de garder un peu de marge de manœuvre financière en faisant un pari sur l'avenir

Coût moral par rapport aux habitudes de gratuité

Incompréhension de la logique du système mal comprise

Le non recours à l'ACS (3) : non recours à une complémentaire santé

Question de l'anticipation des besoins

Rapport au corps et à la santé (souci de soi, refus de se projeter comme malade),

Rapport au risque

Etat de santé =anticipation des besoins futurs (âge)

Poids des normes

- Modèle de consommation de soins
- Modèle de protection : habitude d'être couvert ou non

Le non recours à l'ACS (4) : logiques identitaires

Si tant est que les gens soient informés et convaincus de l'intérêt d'une mutuelle, l'adhésion dépend encore du :

- Rapport aux aides:
 - gouverner son existence/se débrouiller par soi-même (dignité)
 - Rapport aux institutions (expériences antérieures négatives)

- Statut social rattaché à une aide
 - (devrait être neutre dans l'absolu pour l'ACS = invisibilité chez le médecin) mais même dossier que CMU...

Accès aux soins et rapport au corps, à la santé

- **Habitus** : incorporation de normes dès l'enfance : signes du corps qui font sens, manières de se soigner
 - Moindre attention au corps → symptômes non identifiés
 - Autogestion de la santé
 - **Usages du corps** : plus instrumental dans les couches populaires
 - Evolution : médicalisation
- Valeurs identitaires :
 - autonomie => développement de compétences (gestion domestique des problèmes de santé)
 - Résistance incorporée comme valeur → symptômes ignorés
- faible estime de soi, valeur donnée à sa propre existence en lien avec statut dévalorisé dans la société

Accès aux soins et rapport à la médecine

- Garder la maîtrise de son statut (maladie) et de son destin en lien avec les valeurs d'autonomie +++
- Évitement des situations de violences symboliques et de domination
 - Paternalisme des médecins
 - Refus de soins et stigmatisation des pauvres
- « Evitement » comme forme de résistance au « biopouvoir » et aux classes dominantes (médecin)
- Moindre croyance en l'efficacité de médecine → qualité des soins, information médicale
- Distance sociale → effets sur la relation médecin/malade

Conclusion

- Spécificité du terrain Lillois
 - Grande sociabilité (familles nombreuses, syndicalisme, milieu associatif)
- Diversité des parcours de soins dont ma présentation ne rend pas compte
 - Parcours migratoires transforment les rapports aux soins et à la médecine qui se différencient aussi en fonction de l'intégration (évolution des besoins)
 - Transformation des plus jeunes : perte des valeurs d'autonomie et de capacité d'autogestion ?