



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

30 | 2011

KRACH SANITAIRE : la crise, à quel prix ?

La précarité sanitaire vue par les médecins

Frédéric Léal, Christine Larpin, Anne Bauduceau et Christophe Gryson



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1101>

ISBN : 978-2-918362-48-7

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 12 décembre 2011

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Frédéric Léal, Christine Larpin, Anne Bauduceau et Christophe Gryson, « La précarité sanitaire vue par les médecins », *Humanitaire* [En ligne], 30 | 2011, mis en ligne le 12 décembre 2011, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1101>

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

© Tous droits réservés

La précarité sanitaire vue par les médecins

Frédéric Léal, Christine Larpin, Anne Bauduceau et Christophe Gryson

Frédéric Léal, médecin généraliste installé en association libérale et salarié d'un CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues), vacataire en centre de planning familial, écrivain¹

- 1 « La précarité sanitaire c'est d'abord la difficulté qu'ont les patients que je vois de régler leur consultation. J'utilise au maximum le tiers-payant, malgré la pression qu'exerce l'assurance-maladie pour limiter cette possibilité. Les consignes sont simples : même les patients en ALD (affections de longue durée) doivent régler la consultation ! Cette dérive se traduit aussi par le refus d'accorder une ALD exonérante aux patients dépendants aux opiacés par exemple, ce qui rend extrêmement difficile l'accès aux soins pour ceux qui sont les plus fragiles économiquement.
- 2 J'observe aussi la méfiance de certains médecins de caisse à l'égard des besoins de soins de certains étrangers. A Bordeaux, elle s'exerce particulièrement vis-à-vis des Rroms bulgares. Comme si avant d'être malades, ces patients étaient des "abuseurs" du système ! La précarité, c'est enfin la fragilité de certaines familles et, du fait de ma pratique, celle des toxicomanes sortant de prison. Les lourdeurs administratives compliquent leur inscription dans le système de soins. Il faut une énergie folle, utiliser toutes les ressources administratives pour les accompagner et éviter ainsi les ruptures de traitement. Enfin, je suis étonné de voir des patients qui ont été "refusés" par l'hôpital ou dont les soins ont été retardés du fait de l'absence de couverture maladie.
- 3 La Caisse primaire d'assurance maladie devient aujourd'hui de plus en plus un organisme de recouvrement des coûts, un gestionnaire déconnecté des réalités et des complexités

humaines. L'individu semble n'être analysé que par une lecture bio-médicale ou sous un rapport coût/objectif. L'efficacité et la lutte contre les déficits sont les mots d'ordre général. La précarité n'est donc abordée que dans un sens comptable et non pas comme une question collective et de solidarité. Le processus administratif paraît être aussi un outil de régulation, qui joue parfois la carte de l'obstacle insurmontable et du renoncement aux soins, particulièrement pour les étrangers. Nous sommes nombreux à douter de la pertinence de cette approche et du bon fléchage de l'argent collectif investi...

- 4 En tant qu'ancien médecin vacataire d'une PASS, je peux dire qu'il s'agit d'un dispositif pertinent. Je m'interroge malgré tout sur l'utilisation des fonds alloués et leur dilution dans le budget global de l'hôpital... Je m'étonne aussi de l'inadaptation de certains soins hospitaliers au contexte de vie d'un patient précaire ou marginal, par manque d'analyse critique ou de connaissance de cet *autre* hors norme et de son univers. C'est caricatural dans le domaine dentaire, mais aussi très interpellant dans celui du suivi des pathologies chroniques. C'est sûrement une des missions des acteurs de soin de première ligne, de penser et définir ces modèles de prise en charge adaptés. Aujourd'hui, on peut dire que ce type d'approche, même si elle a déjà été mise en pratique du point de vue opérationnel, reste à construire à la fois au niveau libéral mais aussi hospitalier. Je suis aussi surpris du décalage entre l'Agence régionale de santé (ARS) et le champ médico-social engagé auprès des populations précaires. Leur connaissance partielle du terrain, construite uniquement autour de quelques leaders d'opinion, et rarement à partir d'évaluations bien faites des dispositifs, ne leur permet pas d'avoir une vision structurante ou prospective. Ce pilotage est peu opérant, parfois très coûteux.
- 5 La question du droit au séjour des étrangers malades est actuellement extrêmement difficile. Tout est fait pour restreindre son champ ou en limiter l'application. Peu de professionnels de santé se mobilisent, comme sidérés par le poids de la responsabilité financière qui semble tout justifier. Et pourtant ! Les chiffres ne sont pas tout et ensuite il faut savoir les lire. Les enjeux éthiques et humains sont aussi majeurs. Le DASEM devrait faire l'objet de notre mobilisation. La rotation régulière des médecins de santé publique en charge de l'étude de dossiers d'étrangers malades prouve qu'il ne s'agit plus que d'une question d'application d'orientations politiques. La déontologie médicale a quitté le champ du droit des étrangers malades. C'est très signifiant... Il s'agit malgré tout de patients et de soins lourds.
- 6 Il faut renforcer la place de la médecine libérale dans la prise en compte de la précarité sanitaire, créer des passerelles entre l'exercice libéral et une pratique médico-sociale, renforcer la fonction sociale et de solidarité de proximité du médecin généraliste. Dans mon cabinet, j'ai le choix et je me retrouve seul face à ma conscience. Avec l'aide de mes réseaux associatifs, libéraux, hospitaliers mais aussi médico-sociaux et juridiques, je peux construire une réponse globale aux demandes complexes de mes patients en situation de précarité. Cela me demande du temps, de l'énergie, mais cet espace de liberté est une chance et une opportunité d'action, loin des lourdeurs de l'hôpital, de certaines formes institutionnalisées de réseaux ou de réponses associatives. Etre sur la sellette, dans une forme d'instabilité, pousse à aller de l'avant même si, parfois, il faut l'admettre, la sécurité du salariat a du bon et que le rapport matériel au paiement à l'acte ne me satisfait pas. Mais tout ce qui donne du souffle et permet de lutter contre des réponses trop formalisées ou qui se rigidifient avec le temps, est bon à prendre. D'une certaine façon, l'exercice libéral offre cette mise en tension mobilisatrice. Intervenir auprès des précaires engage et impose de ne pas perdre, au fil du temps, le sens de son engagement.

J'espère que d'une certaine façon, mon instabilité, mon équilibre précaire entre pratique individuelle où j'assume tout, et exercice institutionnel de groupe m'empêchera de tomber dans la routine...

- 7 La marginalité ou la précarité devraient nous pousser aussi à développer plus d'approches communautaires. Mobilisation de travailleurs pairs dans le champ de la toxicomanie bien sûr, mais aussi enjeux de la médiation ou de l'accompagnement auprès de la population migrante. Ne l'oublions pas, les soins primaires auprès des exclus ne devraient pas se concevoir sans intégrer les bénéficiaires, acteurs incontournables mais trop souvent oubliés de leurs projets de soins. »

8 -----

- 9 **Propos recueillis par Christophe Adam, médecin généraliste, installé en association libérale, médecin coordonnateur salarié de Lits Halte Soins Santé (LHSS), membre du conseil d'administration de Médecins du Monde France.**

10 -----

Christine Larpin, médecin généraliste, Salon-de-Provence, Bouches-du-Rhône

- 11 « Les usagers de drogues, même lorsqu'ils sont pris en charge par des structures spécialisées comme les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues) ou les CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), ont des besoins de santé autres que ceux relevant de leurs problèmes de dépendance et qui nécessitent d'être pris en charge par des médecins généralistes. Ces personnes font également souvent face à des difficultés psychologiques et sociales que le médecin généraliste ne peut prendre en charge seul. C'est pour répondre à des besoins médico-sociaux complexes de ce type qu'on a été créées, à la fin des années 1990, les "microstructures" qui proposent, gratuitement, des consultations psychologiques et sociales en complément des consultations médicales. L'action de l'équipe de la microstructure est basée sur une charte éthique de travail et de prise en charge et est évaluée régulièrement. La formation des équipes et la supervision font partie intégrante du travail de la microstructure. La première expérience de ce type a débuté en Alsace en 1999. Dans les Bouches-du-Rhône, le projet pilote "Canebrière" à Marseille a débuté en 2004 (grâce au financement de la DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) et du FICQS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), avec des compléments de budget du Conseil général et des municipalités). Au total, quinze microstructures sont actives dans les Bouches-du-Rhône, grâce à un financement de l'ARS (Agence régionale de santé). Il est prévu d'ouvrir d'autres microstructures à Carcassonne, Bordeaux, Nantes, Lille, Tarbes et au Mans. Les projets en cours et futurs se trouvent actuellement perturbés par les restrictions budgétaires de l'Etat et des ARS, les financements affectés aux postes de psychologues et à la mise en place de réunions d'équipe étant les éléments-clé du dispositif. Ces dispositifs permettent une prise en charge de personnes ayant des problèmes d'addiction en cabinet de ville et dans le cadre d'un suivi complet et coordonné qui peut facilement s'adapter aux besoins des personnes. Elles s'ouvrent de plus en plus à d'autres populations qui rencontrent des difficultés à la fois médicales, psychologiques et sociales. Il est donc essentiel d'assurer la pérennité de ce type de dispositif. »

Anne Bauduceau, médecin allergologue libéral, Marne-la-Vallée, Seine-et-Marne

- 12 « À Marne-la-Vallée, la précarité concerne en particulier les personnes, de plus en plus nombreuses, qui n'ont pas de mutuelle. Cela oblige le médecin à adapter les prescriptions d'examen complémentaires, à restreindre les traitements médicaux aux plus basiques qui sont remboursés par la Sécurité sociale. La précarité concerne aussi les 90 familles hébergées dans un hôtel de la ville – la plupart sont étrangères et ont fait une demande d'asile. Depuis 2010, à l'initiative du réseau Ville Hôpital de Lagny-Marne la Vallée (AVIH), des professionnels de santé de la ville se sont organisés pour aider ces personnes, la plupart du temps non-francophones, souvent sans droits ouverts à une couverture maladie. La Pass de l'Hôpital le plus proche, n'ayant qu'un rôle administratif, ne peut les recevoir... Depuis mai 2011, grâce à la détermination des membres du réseau AVIH, une permanence médico-sociale hebdomadaire "précarité" a été mise en place : médecins, infirmières, assistantes sociales et pharmaciens bénévoles se relaient pour accueillir les personnes sans droits ou en rupture de droits. En cinq mois et seize permanences, 66 consultations ont été réalisées auprès d'une cinquantaine de personnes, les pathologies les plus fréquentes étant rhumatologiques, gynécologiques, pneumologiques. Les intervenants se retrouvent aussi pour des réunions régulières : partage d'informations, formation des intervenants sur les droits des personnes, échanges d'expériences, mise en place d'actions de prévention directement sur les lieux d'hébergement. La consultation "précarité" mise en place n'a pas pour vocation de s'installer dans un dispositif pérenne, mais de permettre de souligner et de caractériser une carence dans la prise en charge des personnes sans droits ouverts à la protection sociale – carence qui devrait être comblée, selon les textes, par la Pass de l'hôpital. Ce projet doit donc servir de base à un plaidoyer pour la mise en place d'une véritable PASS, médicale et sociale, à l'hôpital le plus proche (dont l'ouverture est estimée à ce jour pour fin 2012).
- 13 Reste à assurer la pérennité du financement de l'AVIH, organiser des réunions de coordination pour l'année à venir, améliorer la coordination des soins, mieux répondre aux besoins des personnes (importants en termes d'interprétariat, de soutien psychologique, d'examen complémentaires – dont le nombre pouvant être réalisé à l'hôpital est limité), impliquer ces dernières dans des actions de prévention (vaccinations, dépistage du VIH et des hépatites, de la tuberculose), les aider à accéder à des soins de santé bucco-dentaire ou ophtalmologique (ce qui est une réelle difficulté)... Il faudra aussi réfléchir à élargir ce dispositif à d'autres personnes dans le besoin : familles roms, familles hébergées par le Samu social dans les différents hôtels du secteur, les personnes à la rue... Le réseau AVIH a encore du travail en perspective ! »

Christophe Gryson, médecin généraliste, Longjumeau, Essonne

- 14 « Pour moi, les difficultés sont principalement liées aux dégradations de l'offre de soins de l'hôpital. En effet, pour diverses raisons, certains examens ne sont pas pratiqués (par exemple les mammographies) ou réservés aux malades hospitalisés (échographies), probablement par manque d'investissement dans le matériel et par manque de personnel.

- 15 La difficulté de conserver certains spécialistes avec des allers et venues multiples avec le généraliste et des délais de rendez-vous très éloignés rend la continuité des soins difficile. Les spécialistes du secteur libéral pratiquent quasiment tous des dépassements d'honoraires, et de ce fait les soins sont inaccessibles pour les personnes, en particulier celles qui n'ont pas de mutuelle. C'est une donnée à laquelle je n'étais quasiment pas confronté auparavant et qui apparaît maintenant.
- 16 De plus il y a toujours le problème du délai dans l'obtention de l'Aide médicale d'Etat pour les étrangers arrivant sur le sol français, mais on arrive la plupart du temps à "bricoler" en attendant l'ouverture des droits des personnes (par exemple, certains patients rapportent au cabinet des médicaments qu'ils n'ont pas utilisé et qu'on peut utiliser pour dépanner les personnes sans couverture maladie). Il faut noter que j'ai essentiellement à faire à des étrangers primo arrivants, accueillis par des amis ou de la famille déjà implantés sur Longjumeau depuis plusieurs années (des Turcs notamment), ce qui adoucit nettement leur "atterrissage".
- 17 Par contre, autant je soigne depuis toujours une importante colonie de gens du voyages, avec qui j'ai de très bonnes relations et dont j'obtiens des confidences instructives sur le fonctionnement de leur communauté, autant je n'ai aucun contact avec les "Roms" que l'on voit faire la quête aux carrefours et dont on aperçoit les bidonvilles aux abords des autoroutes. »
- 18 -----
- 19 **Propos recueillis par Maria Melchior, épidémiologiste et chargée de recherche à l'Inserm, bénévole à MdM depuis 2002, et membre du conseil d'administration de l'association depuis 2011, où elle s'occupe plus particulièrement du secteur France.**
-

NOTES

1. Les deux derniers livres de Frédéric Léal : *délaissé*, Editions POL, 2010 et *Le peigne-jaune*, Editions de l'Attente, 2011.
-

RÉSUMÉS

Maria Melchior et Christophe Adam, copilotes de ce dossier, ont interrogé quatre de leurs collègues médecins. Pratique médicale et difficultés quotidiennes, réflexions personnelles et initiatives « engagées » se mêlent. Chacun livre son témoignage, son ressenti sur ce que rester fidèle au serment d'Hippocrate veut dire dans un contexte de dégradation de l'offre de soins.

INDEX

Mots-clés : Accès aux soins, Aide Médicale Etat (AME), Couverture maladie universelle (CMU), Politique de santé, Protection sociale, Santé, Santé publique

Index géographique : France