

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Julie ETCHEBERRY
Née le 7 mai 1983, à Colombes

Présentée et soutenue publiquement : le 2 juillet 2015

« Connaissances et représentations des DCEM4 d'Île-de-France sur la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et les bénéficiaires de ce dispositif »

Président de thèse : Professeur Pierre LOMBRAIL.

Directeur de thèse : Docteur Thomas CARTIER.

DES de Médecine générale

Remerciements

Merci au Professeur Pierre Lombrail de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci au docteur Gladys Ibanez d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci au docteur Thierry Mazars d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, de m'avoir accompagnée lors de mon SASPAS et de m'avoir initiée à une médecine d'écoute.

Merci au docteur Thomas Cartier d'avoir accepté de diriger cette thèse ; merci pour ton optimisme et ton aide, en particulier statistique, merci de m'avoir initié à ton esprit de synthèse.

Aux membres de la commission des thèses de Paris 7, j'espère parvenir par ce travail à vous montrer l'intérêt du sujet.

Merci à Claire Montlahuc, du service de biostatistiques et d'information médicale de l'hôpital Saint-Louis d'avoir accepté de s'associer à l'analyse statistique des résultats de cette thèse.

Merci à mes parents pour m'avoir transmis leurs valeurs, cela m'est très précieux ; merci de m'avoir toujours soutenu. Merci maman pour tes conseils et ta riche relecture avec suivi de modifications ... merci papa pour tes conseils et ton aide versaillaise.... Merci Rafou pour nos échanges toujours constructifs. Merci à mes grands parents de me chouchouter encore et encore et de me donner cet exemple, merci à Amatxi pour nos Kantuz dominicaux.

Merci à mon équipe colombienne : Malek, Patate, Etienne... avec qui je rigole toujours autant depuis plus de 10ans ! C'est bon je suis disponible pour une randonnée !

Merci Emi pour nos « biblis papotages » et tout le reste. Merci à vous deux pour ces week ends bretons toujours ensoleillés et homaquesques. J'arrive avec Camille pour initier le petit Axel aux grasses matinées et au traditionnel marché dominical.

Merci Salomette pour nos heures de débriefing, nos heures au CMS...et pour tes précieux conseils. A l'équipe du gîte des Potes, hâte d'être en septembre pour l'édition 2015, il va y avoir beaucoup de thèses à fêter entre nos jeux, ballades, raclettes...

A mes cointernes grâce à qui l'internat a été plus léger Cha, Flo, Antoine, Mohammed et Marine

Merci au Groju, cette formation continue avec vous est un vrai moment de plaisir.

Merci aux copines et copains qui m'ont aidé à distribuer les questionnaires !

Merci à toutes les équipes du CMS de Gennevilliers et à mes collègues de PMI, les moments de travail et de pauses sont toujours les bienvenus, merci à Marine et Patricia pour m'avoir aidée dans les moments de timing serré... Et Merci au docteur Alain Tyrode de m'avoir permise d'intégrer cette équipe et de m'avoir fait découvrir pendant mon stage de niveau 1, sa médecine, centrée sur le patient.

Merci mon amoureux pour tous nos riches et beaux moments partagés depuis quelques années...Merci pour ton soutien infailible pendant cette thèse et pour tes compétences informatiques, sans lesquelles cette thèse n'existerait pas! A nous les années à venir post études !

Préambule

J'ai été confrontée lors de mon stage SASPAS à diverses questions de patients bénéficiaires de la CMUc concernant les soins pris en charge par ce dispositif, les modalités pratiques...J'ai aussi expérimenté, lors de ce stage, que le patient ne s'adressait pas seulement à son médecin généraliste pour des questions strictement médicales mais aussi pour des questions relatives à sa prise en charge « sociale » et surtout...qu'il en attendait une réponse. Face à ces expériences d'ambulatoire, j'ai pris conscience de mon incompetence à gérer cette dimension sociale de la consultation de médecine générale. Malgré mes 8 années d'études de médecine, je n'avais acquis que très peu de connaissances pratiques et derrière la fameuse réponse préfaite de l'ECN « prise en charge globale du patient », je n'associais que très peu de notions réalistes.

Mes stages ambulatoires en médecine générale ont été aussi l'occasion pour moi de comprendre les conséquences que pouvait entraîner le poids économique d'un soin, d'un traitement sur la prise en charge médicale, ses orientations et son organisation. J'ai pu approcher le lien indissociable qui existe entre l'adhésion d'un patient à une démarche de soins proposée par le soignant et sa propre réalité socioéconomique, d'autant plus qu'ils sont précaires.

« Quelles sont les connaissances de mes collègues internes en médecine générale sur ce dispositif ? » « Ai-je été sensibilisée au cours de ma formation initiale à la répercussions des champs socioculturels dans la prise en charge d'un patient ? » ; « Quel est le rôle du médecin généraliste et plus largement du médecin face aux problèmes sociaux d'un patient ? » ; « Est-ce le travail de l'assistance sociale, du médecin ou est-ce une coresponsabilité médecin-assistante sociale ? »

A l'issue de mes 6 mois de Niveau 1 puis de SASPAS et de mes premiers mois de remplaçante, j'ai été convaincue par la nécessité pour le médecin d'avoir un socle minimum de connaissance des dispositifs d'aide sociale en santé pour pouvoir orienter correctement les patients qui pourraient en bénéficier vers ces dispositifs, pour pouvoir les aider à y « naviguer », pour gagner en qualité de prise en charge médicale, en crédibilité et en confiance des patients.

La rencontre en consultation de bénéficiaires de la CMUc a mis aussi en résonance mes représentations avec les nombreux et solides préjugés négatifs entendus au cours de

l'externat lors de mes stages, mais aussi véhiculées par les médias, la société civile envers cette population.

La conjonction de tous ces éléments a déterminé et motivé mon choix de sujet de thèse. J'ai décidé de connaître objectivement les réponses à mes nombreuses questions et à mes représentations.

« Des bancs de l'université aux rayonnages des bibliothèques, le tête à tête abstrait du médecin et de la maladie s'imposait, non l'écoute persévérante des vies et des conditions de vies »

Bernard Kouchner

1 TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux.....	8
Liste des figures	9
Liste des Abréviations.....	10
1 Introduction	11
1.1 Les inégalités sociales de santé en France.....	12
1.1.1 Définition.....	12
1.1.2 Quelques chiffres.....	13
1.2 Les déterminants sociaux de santé.....	14
1.2.1 Le système de santé : un des déterminants sociaux de santé intermédiaires.....	15
1.3 L'Organisation de la protection sociale en France	17
1.3.1 Généralités.....	17
1.3.2 La création de la CMU.....	17
1.3.3 Description du dispositif actuel de La CMUc	19
1.4 La formation médicale en France	28
1.4.1 organisation et Objectifs de la formation médicale initiale	28
1.5 Hypothèses.....	33
1.6 Objectifs	33
2 Matériels et méthodes	34
2.1 Population de l'étude : LEs dcem4 d'Île-de-France	34
2.1.1 LES DCEM4.....	34
2.1.2 ...D'Île-de-France.....	35
2.2 Le dispositif étudié : La CMUc	35
2.3 Le Questionnaire utilisé.....	36
2.3.1 Création du questionnaire.....	36
2.3.2 Présentation du questionnaire	36
2.4 Création de la fiche mémo CMUc	40
2.5 Diffusion des questionnaires.....	41
2.5.1 Adaptations techniques du questionnaire au mode de collecte.....	41
2.5.2 Diffusion des questionnaires « papiers »	42
2.5.3 Diffusion des questionnaires « Internet ».....	43
2.6 Récupération des données	43
2.6.1 Données Papiers.....	43
2.6.2 Données informatiques	44
2.6.3 Fusion des données récoltées par papier et par Internet.....	44
2.7 Exploitation des données	44
2.7.1 Traitement des données.....	44
2.7.2 Construction du score de connaissances	48
2.7.3 Construction du score de représentations.....	48
2.7.4 Classements des facteurs testés.....	49
2.8 Analyses statistiques.....	50
3 Résultats	51
3.1 Description de l'échantillon	51
3.1.1 Effectifs.....	51
3.1.2 Caractéristiques de l'échantillon :.....	54
3.2 Résultats des connaissances des étudiants sur le dispositif CMUc.....	56

3.3	Résultats des représentations des étudiants à l'égard de la population bénéficiaire de la CMUc.....	60
3.4	Les Facteurs testés.....	64
3.4.1	<i>Le projet professionnel.....</i>	64
3.4.2	<i>La formation theorique.....</i>	69
3.4.3	<i>La formation pratique.....</i>	73
3.4.4	<i>Les facteurs individuels.....</i>	76
3.5	Lien entre connaissances et représentations.....	80
4	Discussion.....	81
4.1	Etat des lieux des connaissances sur la CMUc et des représentations à l'égard des bénéficiaires des DCEM4 d'Ile-de-France.....	81
4.1.1	<i>Des connaissances hétérogènes.....</i>	81
4.1.2	<i>Une méconnaissance du niveau de vie des bénéficiaires de la CMUc.....</i>	82
4.1.3	<i>Les obligations de la CMUc inhérentes à la CMUc.....</i>	84
4.1.4	<i>Résultats au score de connaissances.....</i>	88
4.1.5	<i>Des représentations.....</i>	88
4.1.6	<i>Résultat du score de représentations.....</i>	93
4.2	La formation aux dispositifs d'aide sociale en santé.....	96
4.2.1	<i>attente et satisfaction.....</i>	96
4.2.2	<i>La formation théorique : un levier d'amélioration des connaissances et des représentations.....</i>	98
4.2.3	<i>la formation pratique, quelles influences sur les connaissances et sur les représentations ?</i>	103
4.2.4	<i>La responsabilité des facultés de médecine dans les apprentissages des étudiants autour des ISS.113</i>	
4.3	lien entre projet professionnel, connaissances et representations.....	121
4.4	Influence des facteurs individuels sur les connaissances et les représentations.....	123
4.5	Limites de l'étude.....	125
4.5.1	<i>des DCEM4 franciliens.....</i>	125
4.5.2	<i>L'exclusivité du thème de la CMUc.....</i>	125
4.5.3	<i>Les limites du questionnaire.....</i>	126
4.5.4	<i>Hétérogénéité des taux de réponses entre les facultés.....</i>	130
4.6	Les forces de l'étude.....	133
4.6.1	<i>La population de l'étude.....</i>	133
4.6.2	<i>un thème d'actualité pour les étudiants en médecine.....</i>	136
4.6.3	<i>Un taux de participation élevé.....</i>	136
4.7	Perspectives.....	137
5	Conclusion.....	140
6	Bibliographie.....	142
	Annexe 1 : Questionnaire.....	150
	Annexe 2 : Fiche mémo.....	156
	Annexe 3 : Les autres dispositifs d'aide sociale de santé.....	157
	Annexe 4 : certains professionnels de santé catalyseur d'ISS ?.....	161
	Annexe 5 : Livres autour de la CMUc.....	176
	Annexe 6 : Contraintes de la distribution papier et de la distribution Internet.....	177
	Summary.....	180
	Résumé.....	181

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Effectifs de l'étude	53
Tableau 2 : Caractéristiques de la population de l'étude	55
Tableau 3 : Répartition des réponses de la question 8	57
Tableau 4 : Résumé des réponses aux questions de connaissances.....	58
Tableau 5 : Répartition des étudiants au score de connaissances	59
Tableau 6 : Moyenne au score de connaissances en fonction de la faculté	60
Tableau 7 : Résumé des réponses aux questions de représentations	61
Tableau 8 : Répartition des étudiants au score de représentations.....	63
Tableau 9 : Moyenne au score de représentations en fonction de la faculté.....	64
Tableau 10 : Spécialités envisagées par les étudiants à l'issue de l'ECN	66
Tableau 11 : Répartition des étudiants en médecine générale en fonction des facultés..	66
Tableau 12 : Résumé des réponses aux questions évaluant la formation théorique.....	72
Tableau 13 : Résumé des réponses aux questions évaluant la formation pratique	75
Tableau 14 : Résumé des facteurs influençant significativement le score de connaissances.....	78
Tableau 15 : Résumé des facteurs influençant significativement le score de représentations.....	79

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des étudiants de l'étude par faculté	52
Figure 2 : Répartition des notes au score de connaissances.....	59
Figure 3 : Répartition des réponses de la question 16	61
Figure 4 : Répartition des réponses de la question 15 en fonction des 4 plans	62
Figure 5 : Répartition des notes au score de représentations	63
Figure 6 : Répartition des étudiants dans les 6 groupes de spécialités créés	66
Figure 7 : Répartition des réponses de la question 2.....	67
Figure 8 : Répartition des réponses de la question 3.....	68
Figure 9 : Répartition des réponses de la question 20	70
Figure 10 : Répartition des réponses de la question 22	71
Figure 11 : Répartition des réponses de la question 31 en fonction des facultés	74

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : aide médicale d'état

ACS : aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé

CMUc : couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CSP : code de la santé publique

DCEM4 : 4^{ème} année du deuxième cycle des études médicales

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : examen classant national

ESPS : enquête sur la santé et la protection sociale

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

HALDE : haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

ISS : inégalités sociales de santé

OMS : organisation mondiale de la santé

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

1 INTRODUCTION

La santé est un large concept, évolutif et dynamique. L’OMS, dès 1946, la définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité »(1).

Cette définition, largement citée, illustre le modèle biopsychosocial, qui, par réaction au modèle biomédical établi par le passé et dans la lignée de celui d’Engel, de 1977, invite le médecin « à considérer, dans une approche systémique du patient, les dimensions biologique, psychologique et sociale s’articulant les unes aux autres et à considérer les effets stabilisants et déstabilisants que ces différents niveaux d’organisations exercent les unes sur les autres. La santé est analysée dans cette approche comme un phénomène complexe ». (2-4). Le modèle biomédical, dans lequel seuls les facteurs biologiques sont pris en compte pour comprendre un état de santé, reste cependant très ancré dans le monde médical.

La santé est reconnue comme un droit fondamental, universel et est consacrée par les textes internationaux et nationaux. Selon l’OMS, la possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain, quel que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. En novembre 1986, la première conférence internationale pour la promotion de la santé rédige la chartre d’Ottawa dont l’objectif annoncé est « la santé pour tous d’ici l’an 2000 et au delà » (5).

En France, le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 « garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l’incapacité de travailler a le droit d’obtenir de la collectivité des moyens convenables d’existence ». La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé affirme que « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels [...] participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l’égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible » (6).

1.1 LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE

Depuis plusieurs décennies, en France, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé d'augmenter pour les hommes et les femmes. En 1950, une femme avait une espérance de vie de 69,2 ans ; en 2009, son espérance de vie était de 84,5 ans (7). En 2000, l'OMS évalue le système de santé de ses 191 pays membres à travers cinq indicateurs de performances et classe La France comme le pays fournissant les meilleurs soins de santé généraux (8).

Pourtant, quand on analyse de plus près les statistiques, les progrès de la médecine ne se répercutent pas de manière homogène dans l'ensemble de la population.

1.1.1 DEFINITION

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont définies par l'OMS, comme : « les différences systématiques et potentiellement évitables concernant un ou plusieurs aspects de la santé à travers des populations ou groupes définis à travers des critères sociaux, économiques, démographiques et géographiques » (9).

Louise Poitevin et al. les résumant par « l'existence d'écarts de santé socialement stratifiés » équivalent à « la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social (9). Didier Fassin, anthropologue, propose comme définition « Les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'exprime par le corps » (9).

Il ne faut pas confondre « Inégalités sociales de santé » et « Inégalités de santé ». En effet, Les inégalités de santé entre individus résultent de déterminants intrinsèques, individuels tel que le sexe, l'âge, les prédispositions génétiques...le plus souvent non modifiables (7).

Ces ISS se retrouvent quel que soit le niveau social, des groupes sociaux les plus précaires aux groupes sociaux les plus favorisés. Plus un individu a une position sociale favorisée, meilleur est son état de santé et inversement. On définit ainsi le gradient social en santé (7,9).

Ce phénomène est décrit mondialement. La France est le pays d'Europe dans lequel les ISS sont les plus importantes alors même qu'elle possède l'espérance de vie à 65 ans la plus élevée d'Europe pour les femmes et les hommes (7).

La réalité internationale de ce phénomène ancre le lien étroit entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale.

1.1.2 QUELQUES CHIFFRES

De nombreux indicateurs de santé témoignent de ces ISS en France. La mortalité, l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie à 35 ans, l'espérance de vie sans incapacité varient toutes en fonction de la position sociale du patient.

Sur la période 2000-2008, un homme ouvrier a une espérance de vie à 35 ans de 40,9 ans contre 47,2 ans pour un homme cadre, soit une différence de 6,3 ans. Une femme ouvrière a une espérance de vie à 35 ans de 48,7 ans contre 51,7 ans pour une femme cadre. Sur cette même période, les hommes et les femmes ouvrier(e)s ont un risque plus élevé de mourir précocement avant 60 ans, respectivement de 13% et 5% ; contre respectivement 6% et 3% pour un homme ou une femme cadre. Un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne 73% de son espérance de vie totale sans incapacité, alors qu'un ouvrier peut espérer vivre en moyenne seulement 60% de son espérance de vie totale sans incapacité (10).

Ces ISS existent dès le plus jeune âge. En 2005, 6% des enfants d'ouvriers souffrent d'obésité contre seulement 0,6% des enfants de cadres. Entre 2002 et 2005, la seule catégorie socioprofessionnelle dans laquelle la proportion d'enfants obèses a augmenté est celle des ouvriers (11).

Les ISS se retrouvent aussi bien dans l'accès aux soins curatifs que dans l'accès aux soins préventifs : une étude analysant la réalisation du frottis cervico-vaginal retrouve une différence d'accès à ce dépistage chez les femmes ayant consulté leur médecin généraliste selon, entre autres leur catégorie socioprofessionnelle, leur réseau social et l'existence de difficultés financières. Les ouvrières ont deux fois plus de risque que les cadres de ne pas être à jour de leur frottis. Pascal montre en 2002 et 2006 que les médecins généralistes proposent moins les examens de dépistage aux populations en situation de vulnérabilité qu'aux autres (12,13).

« L'état de santé d'un individu et plus largement celui d'une population résulte d'un équilibre dynamique et complexe entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel.». Ces facteurs sont regroupés sous le terme de déterminants sociaux de santé, définis comme l'«ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations » (9).

De multiples déterminants sociaux de santé sont identifiés. De nombreux modèles en définissent leurs interactions multiples et complexes, entre déterminants, avec l'état de santé d'un individu, et avec l'état de santé d'une population (9).

La commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS, créée en 2005, propose dans son rapport final de 2008, le modèle « Pathway ». Ce modèle est reconnu comme « le plus abouti » pour expliquer la genèse des inégalités sociales de santé (9). Dans ce modèle, 3 groupes de déterminants sociaux sont individualisés et interagissent : le contexte politique et socioéconomique, les déterminants sociaux structurels et les déterminants sociaux intermédiaires.

Le contexte politique et socioéconomique regroupe le contexte social, économique, politique et culturel du pays, ses normes et valeurs sociétales dans lequel évolue l'individu. Ces contextes étant directement influencés par les gouvernants à travers leurs choix de politiques locales, nationales et internationales.

Les déterminants sociaux « structurels » rassemblent des facteurs participant à la détermination de la position sociale de l'individu, par ex : le revenu, le logement, le niveau de formation, l'emploi, l'ethnie ; ces déterminants sous l'influence du premier ensemble, influencent à leur tour les déterminants intermédiaires de santé.

Les déterminants sociaux « intermédiaires » regroupent les conditions matérielles de vie de l'individu (conditions de logement, revenu, qualité de vie, consommation potentielle d'une alimentation saine, d'eau chaude, environnement physique de travail...); les facteurs psychologiques qui renvoient au stress des conditions de vie, de travail, aux relations, au soutien social ; les comportements individuels renvoyant à la nutrition, l'activité physique, la

consommation de tabac et d'alcool... ; les facteurs biologiques et génétiques et enfin le système de santé.

1.2.1 LE SYSTEME DE SANTE : UN DES DETERMINANTS SOCIAUX DE SANTE INTERMEDIAIRES

Le système de santé est défini comme « l'ensemble des ressources et des acteurs privés, associatifs ou publics, qui contribuent, dans une société donnée, au maintien et à l'amélioration de la santé de la population, par des actions curatives et préventives sur les facteurs de risques de maladies, et, par extension, sur les déterminants de santé (9). Le système de soins représente quant à lui « l'ensemble des ressources et des acteurs privés, associatifs ou publics qui, dans une société donnée, assurent les services médicaux et paramédicaux aux personnes, en vue de prévenir l'occurrence de certaines affections, de guérir les conditions pathologiques qui peuvent l'être, de rééduquer les fonctions physiologiques rendues déficientes suite à un accident ou un épisode aigu de maladie, de gérer les actions qui préviennent les complications des maladies chroniques, de soulager la douleur (9).

Le modèle de l'OMS place la majorité des déterminants sociaux de santé en amont du système de santé. De nombreuses recherches, non consensuelles, tentent de mesurer l'impact du système de santé sur l'état de santé des populations et, plus récemment, en tant que déterminant social de santé sur les ISS.

Plusieurs courants s'opposent quant à l'influence plus ou moins grande du système de santé sur le niveau de santé d'une population : les soins améliorent-ils la santé ?

Certains le pensent comme un acteur minoritaire sur le niveau de santé d'une population « Habituellement, sur la base de statistiques anciennes de mortalité, il est admis que les soins contribuent marginalement à la constitution des états de santé » (9). Dès 1979, Mc Keown approuve ce courant en se basant sur le constat que les causes de décès qui ont le plus diminué au cours des XVIIIème et XIXème siècles sont des causes pour lesquelles aucun progrès n'avait été enregistré dans les sciences médicales à l'époque. En 1994, Evans et Stoddart proposent un modèle explicatif dans lequel le niveau de soins consommés n'explique qu'une faible part du niveau de l'état de santé. Ce courant de pensée s'appuie aussi sur le fait que malgré un système de santé rendu accessible à tous par l'intermédiaire

entre autres de politiques sanitaires ciblées sur l'accès aux soins, les ISS existent et se creusent en Europe (14).

D'autres le pensent comme un facteur à prendre en compte, dans la réflexion de la lutte contre les ISS. En 2002, l'analyse des résultats de l'ESPS montre qu'à état de santé initial donné, l'accroissement du recours aux soins de généralistes avait 4 ans plus tard un impact, non pas sur le nombre de maladies ou sur le risque vital, mais sur le plan de l'invalidité.

P. Lombrail rappelle que « dès son premier rapport sur la santé en France, le Haut Comité de la santé publique estimait qu'un tiers des décès évitables pouvait être attribué à des dysfonctionnements de notre système de soins du fait de défauts de prévention médicalisée » mais qu'« il serait trop commode d'exonérer ce système de toute responsabilité dans la survenue des deux autres tiers, attribués à des comportements à risque, quand on sait par exemple l'efficacité du conseil rapide de réduction d'une consommation excessive d'alcool...» (9). Van Doorslaer et Koolmann, en 2002, observent que le niveau des inégalités sociales de santé de chaque pays est davantage expliqué par la force de l'association existant entre santé et revenu que par l'inégale répartition du revenu (14).

Le niveau de participation du système de santé sur l'état de santé de la population est loin de faire consensus, cependant, il paraît clair que même s'il est très loin d'être le seul outil de lutte contre les ISS, il n'en est pas moins un levier à considérer.

Le système de santé peut être un déterminant social de santé à différents moments d'une démarche de soins. Il peut intervenir à deux moments, lors de « accès primaire » qui désigne l'étape d'entrée dans le système de santé puis lors de l'« accès secondaire » qui caractérise la façon dont les services de santé traitent leurs utilisateurs, la façon dont se déroulent les soins après un premier contact (9).

Comment s'organisent le système de santé et en particulier le système de protection sociale français pour favoriser l'entrée dans le système de soins et participer ainsi en partie à la lutte contre les inégalités sociales de santé ?

1.3 L'ORGANISATION DE LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

1.3.1 GENERALITES

La création du système de sécurité sociale en France en 1945 s'inspire principalement du modèle allemand dit « bismarckien » : la gestion est faite par des partenaires sociaux, le financement par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés. La sécurité sociale apparaît alors comme un moyen d'améliorer la situation des travailleurs et comme un élément de la construction d'un ordre social nouveau d'où serait éliminé l'inégalité dans la sécurité. Les deux ordonnances d'octobre 1945 consacrent sa création. L'article 1 de l'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit que « la nation garantie à tous la protection de la santé... » (15).

Cette notion de protection de la santé par la nation et pour tout citoyen sera reprise dans le Préambule de la Constitution de la IVème République d'octobre 1946 qui reconnaît le droit de tous à « la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui (...) se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence », puis dans le préambule de la constitution de 1958 qui nous gouverne toujours.

L'universalité est restée depuis sa création un des objectifs cardinaux de la sécurité sociale.

1.3.2 LA CREATION DE LA CMU

La loi du 27 juillet 1999 (Loi n°99-641) portée par Madame Martine Aubry, ministre des Affaires Sociales du gouvernement Jospin, crée la Couverture Maladie Universelle (16).

Cette loi vise à assurer un accès à la santé pour tous et en particulier pour les populations les plus fragiles. Tout patient, sans distinction, quel que soit sa nationalité, son statut professionnel, sa position sociale, ses revenus... doit pouvoir recevoir les mêmes offres et la même qualité de soins. Les soins doivent être équitables pour tous assurés sans distinction.

La loi instaurant la CMU a donc pour finalité une couverture santé universelle, qui peut se subdiviser en deux objectifs distincts mais complémentaires.

Le premier objectif est de permettre à toute personne, sur le seul critère d'être résident sur le territoire français de manière régulière pendant au minimum trois mois, de bénéficier d'un régime obligatoire d'assurance maladie : c'est la création de la CMU de base. Toute personne dont le statut ne lui permettait pas d'être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie avant 2000, peut bénéficier par la CMU de base de cette protection sociale obligatoire au même titre que les autres assurés, affiliés par leur travail ou en tant qu'ayant droit. Nous détaillons dans l'annexe « Les autres dispositifs d'aide sociale de santé » le fonctionnement de la CMU de base.

Le second objectif est de permettre à la partie de la population la plus pauvre ne pouvant pas accéder à une complémentaire santé, de pouvoir être couverte sur la part des soins non pris en charge par le régime obligatoire de sécurité sociale par une complémentaire santé gratuite : c'est la création de la CMUc. Alors même que la part de la dépense de santé non prise en charge par l'assurance maladie ne cesse d'augmenter, de 217€ par an et par personne en 1980 contre 547€ par an et par personne en 2008, soit 80% des dépenses de santé pris en charge par l'assurance maladie en 1980 contre 75,5 % en 2009 (17), l'objectif de la CMUc est de garantir au mieux aux patients les plus précaires l'accession au même titre qu'un autre assuré au système de soins, sans en être limité par ce reste à charge de plus en plus onéreux. (18),(19).

D'autres dispositifs participant à la vocation universelle du système de protection sociale français existent : l'aide médicale d'Etat (AME), l'aide à une complémentaire santé (ACS), les permanences d'accès aux soins (PASS), le fonds pour les soins urgents et vitaux, nous les détaillons dans l'annexe « Les autres dispositifs d'aide sociale de santé ».

1.3.3 DESCRIPTION DU DISPOSITIF ACTUEL DE LA CMUC

1.3.3.1 CRITERES D'OBTENTION

Pour devenir bénéficiaire de la CMUc, il faut remplir plusieurs critères conjointement : le critère de résidence, le critère de régularité sur le territoire français et le critère de ressources.

1- Les critères de résidence régulière et stable :

Etre en France de manière stable depuis plus de 3 mois et régulière (avoir la nationalité française ou un titre de séjour sur le territoire français valide ou un récépissé attestant des démarches de régularisation en cours)

2- Le critère de ressources :

Les ressources imposables et non imposables du foyer sur les 12 derniers mois précédant la demande doivent être inférieures au plafond d'attribution fixé par l'Etat annuellement. Ce dernier a subi une revalorisation exceptionnelle de 8,3% au 1^{er} juillet 2013. Début 2014, ce plafond est de 716,08€ par mois pour une personne seule vivant en métropole. Ce seuil est variable en fonction du lieu de résidence (métropole ou DOM TOM) et du nombre de personnes composant le foyer (20). Début 2015, il est fixé à 720€ par mois (21).

Le plafond d'attribution de la CMUc se situe en dessous du seuil de pauvreté mensuel fixé à 60 % du niveau de vie médian français : 977€ par mois en 2011, 987€ à partir de 2012. Une partie de la population vit sous le seuil de pauvreté sans bénéficier de la CMUc.

Si le demandeur est propriétaire de son logement, s'il est hébergé à titre gratuit ou s'il bénéficie de l'aide personnalisée au logement (APL), ses ressources sont majorées d'un « forfait logement » dont le montant varie en fonction de la composition du foyer. A titre indicatif, il est de 59,92€ en 2014 pour une personne hébergée à titre gratuit (propriétaire ou logée gratuitement) (20).

Le demandeur peut se procurer le dossier auprès de sa caisse d'assurance maladie ou le télécharger sur les sites www.cmu.fr ou www.ameli.fr. Il l'envoie ensuite à la caisse d'assurance maladie dont il dépend.

L'ensemble des informations est consultable sur les sites www.cmu.fr, www.ameli.fr.

1.3.3.2 LES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

1.3.3.2.1 NOMBRE DE BENEFICIAIRES

5,20 millions de personnes bénéficient de la CMUc fin décembre 2014, pour la France entière, tout régime confondu. (22), soit 7,9% de la population française (23).

En 2008, le nombre de bénéficiaire était de 4,2 millions. Entre octobre 2013 et 2014, le nombre de bénéficiaires a augmenté de +7,5% (24). Cette augmentation importante est directement liée à la revalorisation exceptionnelle du plafond d'attribution du 1^{er} juillet 2014, elle a été approximée à +3,4% sans cette revalorisation.

Le nombre de bénéficiaire de la CMUc se répartit de façon très hétérogène sur le territoire. Les 5 régions ayant les taux de bénéficiaires de la CMUc les plus importants sont l'Île-de-France, le Nord Pas de Calais, Rhône Alpes, Provence Alpes Côte d'Azur et le Languedoc Roussillon. L'Île-de-France est la région qui concentre le plus de bénéficiaires de la CMUc : 16,4 % fin décembre 2012. Cette hétérogénéité se retrouve aussi dans la région Île-de-France : fin 2013, la Seine St Denis comprend le plus grand nombre francilien de bénéficiaires de la CMUc alors que les Yvelines comprennent le plus faible (25).

1.3.3.2.2 LE PROFIL DEMOGRAPHIQUE DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires de la CMUc sont jeunes, 44,6% ont moins de 20 ans et sont majoritairement des femmes (53,8%). Les familles de bénéficiaires de la CMUc sont principalement des familles monoparentales ayant comme chef de famille une femme (26).

Dans les enquêtes ESPS de 2006 et de 2008, le taux de chômage déclaré chez les bénéficiaires de la CMUc est à 60% contre 8,5% pour les autres actifs (27).

1.3.3.2.3 ETAT DE SANTE DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires de la CMUc se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population. Ils déclarent souffrir de pathologies coronariennes, de bronchite chronique ou

de troubles neurologiques 2 fois plus souvent que la population générale selon les enquêtes ESPS de 2006 et 2008. Le pourcentage d'obésité est 1,7 fois plus important chez les bénéficiaires de la CMUc que le reste de la population. Par contre, ils déclarent porter moins souvent de lunettes et de prothèses dentaires que la population générale. En 2007, les bénéficiaires de la CMUc, à sexe et âge comparables, étaient 1,8 fois plus souvent en ALD que le reste de la population (patients au régime général) et il y avait 5 fois plus d'ALD pour la tuberculose chez les bénéficiaires de la CMUc que pour les non bénéficiaires, 3 fois plus pour le VIH et 2 fois plus pour le diabète et l'HTA (27).

En 2011, les bénéficiaires de la CMUc de moins de 60 ans ont une surmortalité globale de 3,32 pour 1 000 versus 1,36 pour 1 000 pour les non bénéficiaires. Cette surmortalité se retrouve pour les hommes comme pour les femmes, quel que soit le groupe d'âge retenu (28).

1.3.3.2.4 CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

Dans son 6^{ème} rapport, le Fonds CMU compare les dépenses de ville des bénéficiaires de la CMUc et des non bénéficiaires. Sur les postes « consultations d'omnipraticien », « honoraires dentaires », « actes techniques dont imagerie », « pharmacie », les bénéficiaires de la CMUc dépensent plus que les non bénéficiaires. Mais ils consultent moins les spécialistes et ont une dépense inférieure de kinésithérapie. Pour le régime général, sur l'année 2012, le ratio entre les dépenses de ville des bénéficiaires de la CMUc et des non bénéficiaires tout poste confondu est 1,31 points. Le rapport montre que, pour les consultations d'omnipraticiens, lorsque l'écart de non recours augmente entre les bénéficiaires de la CMUc et les non bénéficiaires, l'écart entre leurs consommations diminue, et inversement.

« Même si l'écart entre CMUc et non CMUc par consommant reste supérieur au profit de la CMUc, il n'y a aucune dérive de la consommation moyenne des bénéficiaires de la CMUc, voire plutôt une baisse de la dépense de ville par rapport à l'ensemble de la population [...] Lorsque l'écart de consommation augmente, ce n'est pas le signe d'une surconsommation des bénéficiaires de la CMUC mais d'un plus faible renoncement aux soins ».(26)

1.3.3.3 DROITS DES BENEFICIAIRES

La CMUc est gratuite pour les bénéficiaires. Ces derniers possèdent une carte vitale comme tout autre assuré.

La CMUc permet aux bénéficiaires :

1. la dispense d'avance de frais (ou exonération du ticket modérateur) chez tous les professionnels de santé quels qu'ils soient (spécialité, secteur de conventionnement) : le patient n'avance ni les frais liés à la part obligatoire ni ceux liés à la part complémentaire : le professionnel de santé se fera directement payer par l'assurance maladie et l'organisme gestionnaire de la CMUc du patient.
2. des soins (consultations, hospitalisations, examens médicaux) pratiqués aux tarifs opposables de la sécurité sociale : la pratique des dépassements d'honoraires est interdite pour tous les médecins quels que soit leur spécialité et secteur de conventionnement sauf si exigences particulières du patient.
3. l'exonération du forfait hospitalier journalier sans limitation de durée, de la participation forfaitaire de 1€, des franchises médicales, du forfait de 18 € (pour les actes de plus de 120 €).
4. des soins dentaires (dans la limite des tarifs fixés pour la CMUc) ; une paire de lunettes/an (verres + monture, dans la limite des tarifs fixés pour la CMUc) ; des soins d'infirmiers, de kinésithérapie, d'orthophonie; un appareil auditif /2ans.

Le conjoint(e) ou concubin(e) ou pacsé(e) ou personnes à la charge du bénéficiaire de moins de 25 ans peuvent bénéficier de ces mêmes droits. Les ayants droits représentent 48,1% des bénéficiaires de la CMUc.

1.3.3.4 DEVOIRS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

Toute personne faisant une demande de CMUc doit être affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie (sécurité sociale ou CMU de base). Elle doit déclarer un médecin traitant, mettre à jour sa carte vitale, pouvoir présenter l'attestation CMUc aux professionnels consultés et respecter le parcours de soins coordonnés.

La CMUc est renouvelable tous les ans sur demande du bénéficiaire, le renouvellement doit se faire 2 mois avant la date d'échéance inscrite sur l'attestation CMUc. Pour le renouvellement, l'assuré doit remplir un dossier identique à celui de la première demande.

L'ensemble des informations est consultable sur les sites www.cmu.fr, www.ameli.fr

1.3.3.5 LES ATOUTS

- Une complémentaire santé :

Depuis les années 1980, la part de la dépense de santé non prise en charge par l'assurance maladie ne cesse d'augmenter : de 217 euros par an et par personne en 1980 contre 547 euros par an et par personne en 2008, soit 80% des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie en 1980 contre 75,5 % en 2009. Cette part complémentaire de plus en plus lourde dans les dépenses de santé est supportée par les ménages ou les complémentaires de santé.

L'ESPS 2008 montre que l'état de santé déclaré et l'accès aux soins sont directement corrélés à la souscription ou non à une complémentaire santé. La possession d'une complémentaire santé facilite l'accès aux soins en permettant une diminution du taux de renoncement : 84 % des patients ayant une complémentaire santé ont consulté un généraliste dans les 12 derniers mois avant l'enquête, 50% d'entre eux un spécialiste, contre 84% et 40% pour les bénéficiaires de la CMUc et enfin 74% et 37% pour les patients sans complémentaire (17).

L'enquête ESPS 2012 confirme que ce sont les personnes sans complémentaire santé, dont le reste à charge est plus important, qui renoncent le plus souvent aux soins. Dans les douze derniers mois précédant l'étude, **25,7%** des personnes interrogées déclaraient avoir renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres soins, ou examens) pour raisons financières. Le renoncement aux soins est de 54,6% pour les patients ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, de 32,6% pour les bénéficiaires de la CMUc et de 23,7% pour les patients avec une complémentaire santé privée (29).

- Gratuite :

Dans l'ESPS 2012, le premier motif de non recours à une complémentaire santé est financier chez les ménages ayant un revenu par ménage inférieur à 870 euros par UC. De plus, le taux de non recours à une complémentaire santé est le plus élevé dans cette tranche de la population (11,6% versus 2,8 % pour les ménages dont le revenu par UC est supérieur à 1997 euros). La gratuité de la CMUc est donc un véritable enjeu pour les personnes qui y recourent.

- Tiers payant obligatoire et dépassements d'honoraires interdits : diminution du reste à charge :

La CMUc permet, en prenant en charge la part complémentaire des soins sans avance des frais et sans dépassement d'honoraires de limiter le reste à charge pour le patient, et ainsi d'améliorer l'accès aux soins en diminuant le renoncement aux soins pour raisons financières

- Evalué :

Le dispositif CMUc est évalué continuellement. Le Fonds CMU réalise tous les ans un rapport d'activité et tous les 2 ans un rapport d'évaluation de la loi qui est présenté au parlement. Il y a donc un suivi minutieux des effectifs, accès, non recours, dépenses permettant d'adapter régulièrement ce dispositif.

L'organisation de l'accès au système de santé a donc fait l'objet d'une attention très particulière de la part des décideurs des politiques sanitaires et sociales, en particulier en direction de l'accès aux soins « primaire » des publics fragiles. Pourtant la facilitation de l'accès financier au système de santé par ces différents dispositifs n'en garantit pas son recours et son utilisation universelle, équitable et efficace (9); pour preuve, les inégalités sociales de santé ne reculent pas depuis les années 2000. Même si l'accès « primaire » au système de santé est fondamental dans la lutte contre les ISS et est une dimension importante de la qualité et de l'efficacité du système de protection sociale d'un pays, il n'en est qu'un des déterminants sociaux de santé lié au système de santé.

1.3.3.6 LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA CMUC

Les professionnels se doivent de respecter, dans le cadre de consultations de patients bénéficiaires de la CMUc, les règles financières inhérentes au dispositif et les règles déontologiques.

1.3.3.6.1 OBLIGATIONS FINANCIERES DES MEDECINS RECEVANT DES PATIENTS AYANT LA CMUC

Le tiers payant est obligatoire pour tout bénéficiaire de la CMUc quel que soit le type de soins, la spécialité et la sectorisation. Le patient ne réalise pas d'avance de frais des honoraires. C'est le praticien qui sera directement remboursé de ses honoraires par l'organisme complémentaire qui gère la CMUc du patient, le plus souvent l'assurance maladie.

La pratique des tarifs conventionnels de la sécurité sociale est obligatoire pour tous les praticiens, même ceux exerçant habituellement en honoraires libres, sauf exigences particulières du patient.

1.3.3.6.2 OBLIGATIONS MORALES DES MEDECINS RECEVANT LES PATIENTS AYANT LA CMUC

Il existe dans les différents codes opposables aux professionnels de santé des obligations concernant l'universalité de leur accueil.

Le médecin doit « écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. (art. R.4127-7 du CSP).

Le serment d'Hippocrate, prêté par tous les professionnels de santé, explicite l'obligation de « donner ses soins à l'indigent ».

De plus, le médecin a comme devoir d'aiguiller correctement le patient au sein du système de protection sociale et doit « sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. (art. R.4127-50 du CSP).

Les professionnels de santé se comportent-ils différemment avec les patients en fonction de leur position sociale, et en particulier à l'égard des bénéficiaires de la CMUc ? Si ces comportements spécifiques existent, comment les responsables les justifient ? Quels impacts peuvent-ils avoir sur la santé des bénéficiaires de la CMUc ? Quelles sont les connaissances des professionnels de santé de leur système de soins ? Quelles sont leurs représentations vis à vis des bénéficiaires de la CMUc ?

Nous présentons en détail nos réponses à ces questions dans une courte revue de la littérature disponible dans l'annexe « Certains professionnels de santé, catalyseur d'ISS ? ».

En résumé, il a été montré, par plusieurs travaux, qu'une proportion non négligeable de médecins adoptait des attitudes professionnelles différentes selon le statut social du patient, en particulier à l'égard des bénéficiaires de la CMUc : des refus de soins liés au simple fait que le patient était bénéficiaire de la CMUc ont été constatés. Les responsables de ces comportements discriminatoires les justifient essentiellement en invoquant des raisons liées à la complexité administrative ou au manque à gagner que représenteraient ces patients. Conjointement, il existe souvent chez ces professionnels de santé des représentations négatives à l'égard des bénéficiaires de la CMUc, et leurs connaissances sur les objectifs du dispositif CMUc, sur la réalité socioéconomique des bénéficiaires de la CMUc semblent être fragiles (annexe « Certains professionnels de santé, catalyseur d'ISS ? »).

On pourrait s'interroger sur un potentiel lien entre ces représentations et comportements de sélection de patientèle et les connaissances de ces praticiens en exercice sur le dispositif CMUc.

Ces nombreuses attitudes discriminantes ne sont pas sans conséquence pour les bénéficiaires de la CMUc puisqu'elles participent à différents niveaux au renoncement aux soins de ces patients, elles sont d'autant plus graves que les patients sont socialement vulnérables. En retardant l'accès à la prévention, aux soins : aux dépistages précoces et aux traitements de tout une partie de la population française dont l'état de santé est moins bon que le reste de la population générale, (annexe « Certains professionnels de santé, catalyseur d'ISS ? »), (19), ces attitudes discriminantes entraînent aussi un coût économique pour les institutions publiques et la société française qu'il serait intéressant de pouvoir chiffrer.

Les inégalités sociales de santé sont une réalité établie malgré un système de santé et de protection sociale ayant pour objectifs affichés l'universalité de la santé et l'équité du système de soins. Les soignants, acteurs fondamentaux de ce système, ont un rôle certain à la fois dans la persistance des ISS et dans leur lutte.

Les rapports, établis depuis la création de la CMUC, proposent de nombreux axes pour améliorer l'accès à la santé des publics les plus vulnérables et pour augmenter l'efficacité des dispositifs d'aide sociale en santé, en particulier celui de la CMUC : simplifier les démarches administratives, améliorer les connaissances des bénéficiaires sur leurs droits ouverts par ces dispositifs, améliorer leurs connaissances sur les voies de recours existant pour dénoncer un manquement à ces droits de la part des professionnels de santé ; lutter contre les refus de soins en les dépistant et en les sanctionnant efficacement pour que les professionnels de santé soient dissuadés par la loi en plus de l'être par une meilleure connaissance de ces dispositifs (18,19,25,30,31). Une des propositions récurrentes est d'améliorer la formation des professionnels de santé sur cette large problématique.

Ce questionnement sur la formation des médecins est d'autant plus important que les « Les médecins et les autres professionnels de santé sont aussi des leaders d'opinion, qui influencent les conceptions et les représentations de la santé. Cela est une raison supplémentaire pour accorder de l'importance à la formation des professionnels de santé sur le rôle des déterminants sociaux. Leur engagement est en effet nécessaire pour que la santé soit considérée comme relevant moins exclusivement de la biologie et de la médecine. » (11).

1.4 LA FORMATION MEDICALE EN FRANCE

La formation professionnelle est définie par « l'ensemble des mesures adoptées en vue de l'acquisition ou du perfectionnement d'une qualification professionnelle ». L'enseignement est défini comme l'« action, manière d'enseigner, de transmettre des connaissances » (32).

En France, cette mission est détenue pour la formation des médecins par les facultés de médecine.

1.4.1 ORGANISATION ET OBJECTIFS DE LA FORMATION MEDICALE INITIALE

Les études médicales sont subdivisées en 3 parties : le premier cycle de 3 ans, le second cycle ou externat de 3 ans et le troisième cycle ou internat d'une durée variable. La durée totale des études varie entre 9 et 11 ans ou plus en fonction de la spécialité choisie.

1.4.1.1 LA FORMATION THEORIQUE

Au cours du premier et du deuxième cycle des études médicales, la formation théorique reçue est essentiellement universitaire.

1.4.1.1.1 LA FORMATION THEORIQUE UNIVERSITAIRE

Au cours du premier cycle des études médicales, le but de la formation est que l'étudiant acquiert les connaissances sur le fonctionnement physiologique de l'individu sain, commence à aborder la pathologie et s'initie au raisonnement clinique.

Au cours du deuxième cycle des études médicales, les objectifs de la formation médicale initiale universitaire sont définis par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Dans le cadre de travail, au vu de la population étudiée, les objectifs en vigueur sont ceux fixés par l'arrêté ministériel du 2 mai 2007, publiés au BO du 7 juin 2007.

Dans cet arrêté, il est précisé qu'« en fin de deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique[...]. Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement [...] de l'interdisciplinarité [...] Les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires, mais doivent considérer comme essentiel ce qui est fréquent [...] ou constitue un problème de santé publique » (33). Etudier les inégalités sociales en santé, connaître les dispositifs visant à faciliter l'accès aux soins peuvent ainsi entrer dans le cadre de l'objectif de connaissances sur l'organisation du système de santé et sur la démarche de santé publique.

Le programme du deuxième cycle défini dans ce même BO du 7 juin 2007 est divisé en 11 modules transdisciplinaires et 345 items.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire peut être traitée dans 3 des 345 items du programme de l'examen national classant en vigueur en 2014 (33) :

- item N° 13 : « Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux » : Expliquer les principes de l'organisation des soins en France, en Europe et aux USA [...] Expliquer les grandes lignes du système conventionnel français.

- item N° 14 : « Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé » : Expliquer l'organisation de la protection sociale en France. Préciser les principaux indicateurs de consommation et de coût de la santé en France.

- item 46 : « Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation. Mesures de protection » : Sensibiliser l'étudiant à repérer « une fragilité de l'individu afin de prévenir et dépister le passage à des conditions désocialisantes ou pathologiques » à travers l'évaluation de « la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité. »

De plus, l'item 7 : « Éthique et déontologie médicale : droits du malade ; problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort » a pour objectif d'expliquer les principes de la déontologie médicale et les principes d'une réflexion éthique dans les décisions difficiles. Il peut être l'occasion d'entamer une réflexion sur les possibles discriminations en particulier celles imputables à la CMUc, par les professionnels de santé.

Le concours de l'examen classant national (ECN), en fin de 6^{ème} année, constitue l'évaluation terminale de ces apprentissages, depuis l'année 2004. Il sanctionne la fin du deuxième cycle et conditionne l'attribution de la spécialité future des étudiants en fonction du classement.

A la fin de l'externat, les étudiants ont acquis une grande partie de leur formation théorique.

Chaque faculté est autonome dans l'organisation de ses enseignements théoriques. Les étudiants ne reçoivent donc pas les mêmes types de cours en fonction de leur faculté.

Majoritairement les enseignements sont délivrés par des médecins, le plus souvent issus d'un service hospitalier. Les médecins venant de l'ambulatoire sont rarement acteurs des enseignements. Les cours donnés par des professionnels non médicaux par exemple des sociologues, des travailleurs sociaux, des assistantes sociales, des économistes, des juristes, anthropologues, ethnologues...sont exceptionnels.

1.4.1.1.2 LA FORMATION THEORIQUE EXTRA UNIVERSITAIRE

La formation théorique universitaire se complète par la formation théorique reçue lors de cours, staffs, organisés dans les stages hospitaliers ou stages ambulatoires. Chaque service est autonome sur l'organisation de cours aux externes (thèmes, modalités) et sur leur participation aux staffs pluri professionnels.

Au cours du stage en ambulatoire, pouvant être effectué au cours du second cycle, un enseignement universitaire orienté vers la prise en charge spécifique en médecine générale est éventuellement dispensé par des médecins généralistes et chefs de cliniques des départements de médecine générale correspondant. Des enseignements peuvent aussi être organisés au sein des cabinets de ville par les maîtres de stages.

Enfin, l'étudiant perfectionne sa formation théorique lors de son travail personnel, à partir de livres, sites préparant aux concours de la première année et à l'ECN, dans des conférences d'experts de l'université ou de groupes privés.

1.4.1.2 LA FORMATION PRATIQUE

Parallèlement à cette formation théorique, les étudiants en médecine vont pouvoir parfaire leurs connaissances en interaction directe avec le malade, l'appellation d' « externat » désignant l'ensemble des stages cliniques du deuxième cycle des études médicales.

1.4.1.2.1 LA FORMATION PRATIQUE HOSPITALIERE

Au cours du premier cycle :

Les stages hospitaliers commencent en PCEM2, par un stage d'initiation aux soins infirmiers de 4 semaines au sein d'un service hospitalier. L'étudiant rencontre pour la première fois les patients, découvre le travail au sein d'une équipe médicale pluri-professionnelle, l'organisation de l'hôpital.

La formation pratique se poursuit au cours des PCEM2 et DCEM1, les étudiants seront présents à l'hôpital deux demies journées par semaine dans différents services hospitaliers au cours desquels l'étudiant apprendra la sémiologie au contact des patients, s'initiera au raisonnement clinique et aux démarches diagnostiques, mettra en pratique les connaissances recueillies au cours de sa formation théorique.

Au cours du deuxième cycle :

A partir de la deuxième année du deuxième cycle (DCEM2), l'étudiant est en stage tous les matins au sein majoritairement de services hospitaliers pour une durée de 3 mois par service. L'étudiant y mettra en pratique les connaissances acquises, les complètera et développera ses démarches diagnostiques et thérapeutiques. Au cours de ces stages, les étudiants seront pour la première fois en immersion dans les conditions réelles des soins. Ces stages représentent la première expérience de pratique professionnelle.

Ils y seront accompagnés par les internes, chefs de cliniques et médecins du service. Ils devront valider un certain nombre d'objectifs de formation préétablis.

Dans toutes les facultés, il est possible de réaliser au cours de son cursus, sur volontariat, un stage de médecine à l'étranger. Ces stages sont essentiellement faits en milieu hospitalier, d'une durée de 1 à 2 mois.

1.4.1.2.2 LA FORMATION PRATIQUE AMBULATOIRE

La loi prévoit un stage en cabinet de médecine générale obligatoire pour tous les étudiants en second cycle d'études médicales (34).

Les facultés proposent donc aux étudiants en deuxième cycle d'effectuer un stage ambulatoire en médecine générale d'une durée de 6 à 8 semaines à temps complet ou 12 semaines à temps partiel. A Paris 5, ce stage est possible au cours des 3 années d'externat. A Paris 6, Paris 7, Paris 12, Paris 13 et PIFO, ce stage est proposé au cours de la DCEM3 (troisième année du deuxième cycle).

Cependant, tous n'ont pas la possibilité de le réaliser faute de terrains de stage en nombre suffisant. Pour ceux qui en bénéficient, ce stage peut avoir lieu en médecine libérale, en maisons de santé ou en centres de santé. Les terrains de stage en ambulatoire étant dépendant de la faculté d'origine, l'étudiant découvrira la médecine générale dans des territoires socio-économiques possiblement assez différents d'une faculté de médecine à l'autre.

Ce stage est l'occasion de découvrir pour l'étudiant les spécificités de la prise en charge d'un patient en médecine générale.

La formation médicale initiale, théorique et pratique, a donc en principe comme objectifs officiels de sensibiliser l'étudiant à l'organisation du système de santé, aux inégalités sociales de santé ainsi que de l'initier à une démarche pluri professionnelle et à une approche globale du patient.

1.5 HYPOTHESES

L'hypothèse principale sous-jacente à notre travail est que les connaissances et les représentations des étudiants en médecine, autour de la CMUc et de ses bénéficiaires, acquises notamment au cours du cursus universitaire, préfigurent leurs comportements une fois en exercice, en tant que médecin diplômé. Il y aurait donc un intérêt à étudier ces éléments chez des étudiants en médecine pour mieux comprendre le rôle des médecins dans l'amélioration ou l'aggravation des inégalités sociales de santé.

Deux hypothèses secondaires sous-tendent notre hypothèse principale: la première est que les étudiants en fin de deuxième cycle d'études médicales (DCEM4) ont déjà acquis des connaissances du dispositif CMUc et des représentations sur les patients bénéficiaires de la CMUc. La seconde hypothèse est qu'il existe un lien entre les connaissances sur la CMUc et les représentations vis à vis des bénéficiaires du dispositif.

1.6 OBJECTIFS

L'objectif principal est de réaliser chez les étudiants en médecine un état des lieux de leurs connaissances sur la CMUc et de leurs représentations à l'égard des bénéficiaires de ce dispositif.

Les objectifs secondaires sont de :

- décrire les modalités de formation sur la CMUc des étudiants en médecine et leur satisfaction vis à vis des enseignements sur ce thème ;
- décrire les facteurs individuels (démographiques, socio-économiques) des étudiants en médecine et de rechercher leur influence éventuelle sur leurs connaissances et leurs représentations au sujet de la CMUc ;
- rechercher un éventuel lien entre le niveau de connaissances des étudiants en médecine sur la CMUc et leurs représentations à l'égard des bénéficiaires de ce dispositif;
- rechercher un éventuel lien entre le projet personnel de spécialisation en médecine générale d'une partie des étudiants et leurs connaissances et représentations au sujet de la CMUc.

2 MATERIELS ET METHODES

Ce travail est une enquête transversale par auto-questionnaires anonymes. Il a débuté en janvier 2013 et n'a bénéficié d'aucun financement.

2.1 POPULATION DE L'ETUDE : LES DCEM4 D'ILE-DE-FRANCE

2.1.1 LES DCEM4...

La population de l'étude est définie par l'ensemble des étudiants inscrits en DCEM4 au cours de l'année universitaire 2013-2014 dans les 7 facultés de médecine d'Île-de-France; soit un total de 1808 étudiants.

Nombre de DCEM4 inscrits par faculté de médecine pour l'année scolaire 2013-2014 :

Faculté de médecine Paris Descartes (P5)	398
Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (P6)	413
Faculté de médecine Paris Diderot (P7)	380
Faculté de médecine Paris Sud (P11)	150
Faculté de médecine Paris Est Créteil (P12)	166
Faculté de médecine P13 (P13)	152
Faculté de médecine Versailles-Saint Quentin en Yvelines (ex-Paris Île-de-France Ouest, PIFO)	149
Total	1808

(Effectifs communiqués par les secrétariats des scolarités DCEM4)

Les étudiants interrogés sont en fin de DCEM4. Au terme de ces années d'études, ils terminent leurs 3 années de stage d'externat et une partie importante de leur formation théorique ; ils sont censés avoir acquis des connaissances médicales « généralistes », en particulier maîtriser les 345 items du programme du deuxième cycle des études médicales, avant de spécialiser leur savoir au cours du troisième cycle. Ils sont sur le point de passer l'ECN et donc de choisir leur spécialité future.

Les étudiants de l'étude ont débuté leurs études de médecine à la rentrée scolaire 2008 ou 2007 (si doublement de la 1^{ère} année et pas de redoublement dans les années post PCEM1) et ont passé l'ECN en 2014.

2.1.2 ...D'ÎLE-DE-FRANCE

Deux raisons justifient le choix de se concentrer sur les DCEM4 d'Île-de-France. La première est que les 7 facultés de médecine d'Île-de-France sont implantées dans des territoires sociologiquement très diversifiés, tout au long de l'échelle des revenus moyens par habitant notamment. La seconde est que l'Île-de-France est la région française comprenant le nombre de bénéficiaires de la CMUc le plus important, en 2012, 16,4% des effectifs nationaux totaux (24).

2.2 LE DISPOSITIF ETUDIÉ : LA CMUC

Nous avons fait explicitement le choix d'étudier uniquement les connaissances et les représentations des DCEM4 d'Île-de-France sur la CMUc et non pas sur les autres dispositifs d'aide sociale en santé comme l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), moins répandus.

Le dispositif CMUc est maintenant en vigueur depuis plus de 15 ans. Cette ancienneté permet d'avoir un premier recul sur les nombreux atouts et les limites de ce système d'aide sociale à la santé.

2.3 LE QUESTIONNAIRE UTILISE

2.3.1 CREATION DU QUESTIONNAIRE

Faute d'instrument validé disponible dans la littérature, nous avons construit un questionnaire ad hoc pour répondre aux objectifs de l'étude. Les questions ont été élaborées après une recherche bibliographique.

Les questions évaluant les connaissances des étudiants sur la CMUc ont été écrites après avoir établi une revue des connaissances attendues chez un DCEM4 en fin de cursus à partir du programme officiel de l'ECN (33) et à partir d'un relevé systématique des notions relatives à la CMUc abordées dans les manuels de santé publique de préparation aux ECN. Un tableau récapitulatif est disponible en annexe. Les notions relatives à la CMUc que nous avons jugées utiles de connaître par tout professionnel de santé à partir de notre pratique quotidienne de généraliste et à partir des fiches récapitulatives à destination des professionnels de santé distribuées par l'Assurance maladie et le Fonds CMU ont été aussi intégrées à la partie connaissance du questionnaire.

Les facteurs ressortant comme influençant les connaissances et les représentations des internes en médecine générale retrouvés dans les thèses de Laura Petitcollot (35), Irène Mériaux et Ségolène Ernst (36) et Julien Sallé (37) ont été, entre autres, repris dans notre questionnaire afin de rechercher s'ils étaient aussi influant dans une population d'étudiant en médecine plus jeune. Les facteurs retrouvés non influant dans ces différentes thèses ont aussi été pour certains repris car il nous semblait intéressant de les tester dans une autre population.

2.3.2 PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se présentait sous la forme de 3 feuilles A4 recto-verso ; il était anonyme et la durée de remplissage était estimée à 8 minutes. Il est disponible en annexe.

Le questionnaire a été testé auprès de 7 jeunes médecins généralistes d'Île-de-France, de 4 externes de Paris 7 et auprès de 3 personnes n'appartenant pas au monde médical.

Ce questionnaire débute par un texte d'introduction le contextualisant.

Il se poursuit par 35 questions, majoritairement des questions fermées à choix multiples versus questions ouvertes, réparties en 4 parties.

2.3.2.1 PARTIE A : « VOTRE PRATIQUE FUTURE » : DE Q1 A Q4

Nous interrogeons dans cette partie le projet professionnel des étudiants par : la spécialité souhaitée après l'ECN et les projections pour leur pratique future en termes de conditions et d'environnement d'installation.

2.3.2.2 PARTIE B : « CONNAISSANCES SUR LA CMUC » : DE Q5 A Q16

2.3.2.2.1 DE Q5 A Q12 : QUESTIONS DE CONNAISSANCES

Ces 8 questions évaluent des connaissances élémentaires sur la CMUC :

- les conditions d'obtention : la condition de résidence régulière et la condition de ressources (Q5, Q8) ;
- les modalités pratiques : le renouvellement de la CMUC, sa gratuité et le nombre de bénéficiaires (Q6, Q7, Q9) ;
- les devoirs du professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMUC lors d'une consultation : l'interdiction des dépassement d'honoraires, l'application systématique du tiers payant et l'interdiction du refus de soins (Q10, Q11, Q12)

La réponse à la question interrogeant le plafond CMUC se fait en texte libre (Q8). Pour aider les étudiants à répondre, nous avons choisis de les indiquer par 3 prestations valables en 2014 : le RSA socle (revenu de solidarité active) : 499 €/mois ; le seuil de pauvreté à 60% du niveau de vie médian: 977 €/mois ; le SMIC brut (salaire minimum interprofessionnel de croissance) : 1445 €/mois.

2.3.2.2.2 DE Q13 A Q16 : QUESTIONS DE REPRESENTATIONS

Nous avons choisi d'évaluer, à travers ces 7 questions, les représentations des étudiants vis à vis de la population bénéficiant de la CMUc et du système CMUc. Ces questions reprennent pour une partie, les représentations de professionnels de santé et d'internes à l'égard des bénéficiaires de la CMUc, retrouvées dans la littérature (35, 36, 37, 40, 41, 46). Elles ne font donc pas appel à des notions théoriques objectives mais interrogent un ressenti subjectif.

Les Q13, Q14 et Q16 interrogent le taux de mortalité globale des bénéficiaires de la CMUc, leur fréquence de consultations ambulatoires et la préoccupation des étudiants face aux fraudes au dispositif CMUc. Certes ce sont des données objectives mais nous avons choisi de les insérer dans les questions de représentations. En effet, à partir du constat de l'absence de ces informations dans les livres ECN, nous avons fait l'hypothèse que l'étudiant donnant la bonne réponse serait potentiellement plus souvent un étudiant ayant de bonnes représentations de ces notions qu'un étudiant les possédant après un travail de recherche approfondi. Nous avons posés comme hypothèse que les réponses refléteraient plus souvent une « intuition » plutôt qu'un savoir objectif.

La Q15 nous permettra de connaître plus en détail dans quels champs les étudiants se sentent plus en difficultés dans la gestion de bénéficiaires de la CMUc.

« Sur le plan administratif : » nous souhaitons savoir si déjà en DCEM4, la CMUc représente une complexité administrative.

« Sur le plan médical : » nous souhaitons savoir si les DCEM4 associent les bénéficiaires de la CMUc à des patients plus compliqués à gérer sur le plan diagnostique et thérapeutique.

« Sur le plan social : » nous souhaitons savoir si les DCEM4 associent les bénéficiaires de la CMUc à une population socialement vulnérable, pour laquelle le contexte social est plus complexe et peut influencer dans la prise en charge médicale de manière non négligeable.

« Sur le plan de la relation médecin/patients : » nous souhaitons savoir si le DCEM4 associent déjà les bénéficiaires de la CMUc à des patients ayant un comportement spécifique en consultation, comportements classiquement cités par certains médecins diplômés dans les études sur le refus de soins, identifiés par les internes dans les différentes thèses portant sur le sujet : inobservance, retard de rendez-vous, absentéisme...

2.3.2.3 PARTIE C : « VOS EXPERIENCES DE PRISE EN CHARGE DE PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMUC DANS VOS STAGES » : DE Q17 A Q 22

2.3.2.3.1 DE Q17 A Q19 : LA FORMATION PRATIQUE AU « MEDICO-SOCIAL »

Les questions 17, 18 et 19 interrogent la sensibilisation de l'étudiant au cours de sa formation pratique à la prise en compte de la dimension sociale dans la prise en charge d'un patient ; cela à travers les possibles rencontres de situations de soins où le statut CMUc du patient a conduit à modifier la prise en charge médicale (Q17), à travers la participation à des staffs médico-sociaux (Q18) et à travers leurs habitudes rédactionnelles d'observations médicales (Q19).

A la Q17, nous prévoyons une partie de texte libre pour que l'étudiant puisse détaillé les rencontres qui l'ont marqué et ainsi nous renseigner sur le sentiment positif ou négatif qu'elles ont pu entraîner

2.3.2.3.2 DE Q20 A Q22 : LA FORMATION THEORIQUE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Ces questions évaluent l'existence et le type de formation théorique hospitalo-universitaire de l'étudiant à la CMUc et plus largement aux dispositifs d'aide à l'accès aux soins ; ainsi que la satisfaction de l'étudiant vis à vis de cet enseignement.

2.3.2.4 PARTIE D : « QUELQUES QUESTIONS POUR MIEUX VOUS CONNAITRE » : DE Q23 A Q35

2.3.2.4.1 DE Q23 A Q30 PUIS DE Q33 A Q35 : DONNEES INDIVIDUELLES

Cette partie nous permet de décrire la population de l'étude sur les plans démographique et socioéconomique.

Nous évaluons le niveau socio-économique de l'étudiant à travers différentes variables : boursier, bénéficiaire de la CMUc, connaissance dans son entourage proche de bénéficiaire

de la CMUc, ville du domicile actuel, ville de la terminale et niveau du diplôme le plus élevé entre les parents.

Pour évaluer le niveau de diplôme le plus élevé chez les parents, nous avons utilisé les niveaux de formation définis par l'INSEE.

2.3.2.4.2 Q31 ET Q32 : LES STAGES PRATIQUES EXTRAHOSPITALIERS

Les questions 31 et 32 évaluent le type d'expérience pratique extra hospitalière en France et hors système de soins français que l'étudiant a pu suivre pendant son externat.

Le questionnaire se termine par une zone de texte libre dans laquelle l'étudiant est invité à laisser ses commentaires sur le questionnaire et/ou sur le sujet ainsi que son courriel s'il souhaite connaître les conclusions de la thèse.

La possibilité de renseigner son adresse mail pose le problème de la levée d'anonymat. Nous avons fait ce choix car il nous a semblé très important que les participants de l'étude puissent en connaître les conclusions, cela participe à la transmission d'un message objectif sur la CMUc et ses bénéficiaires auquel nous tenons. De plus, il n'y avait pas d'autre possibilité de le leurs transmettre : 3 mois après la distribution, ces étudiants seraient dispersés pour leur internat, en France. La levée d'anonymat était un choix laissé à l'étudiant, aucune remarque négative n'a été faite par les étudiants sur cette levée d'anonymat.

2.4 CREATION DE LA FICHE MEMO CMUC

Nous avons créé cette fiche car il nous a semblé très important que les étudiants aient en retour de leur participation à ce travail des réponses objectives sur la CMUc et ses bénéficiaires. De plus, les étudiants ciblés étant à 2-3 mois de l'ECN, la fiche « mémo » nous a semblé être un bon catalyseur de participation. Elle est disponible en annexe.

La fiche mémo a été conçue comme un récapitulatif des notions élémentaires du dispositif CMUc que devraient maîtriser un étudiant en fin de deuxième cycle d'études médicales.

Elle a été réalisée à partir des aspects du dispositif CMUc interrogés dans le questionnaire, des données les plus souvent citées dans les livres de santé publique de préparation à l'ECN, conforme au programme national, à partir des connaissances présentes dans les fiches récapitulatives du dispositif, établies à destination des professionnels de santé par l'Assurance maladie et le Fonds CMU. Pour des raisons pratiques, elle n'est pas exhaustive car nous souhaitons qu'elle soit à un format A4 recto simple.

Cette fiche mémo a été remise au cours des distributions en amphithéâtre en échange d'un questionnaire rendu rempli et par Internet après validation finale du questionnaire.

2.5 DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES

Nous avons obtenu l'accord écrit des 7 doyens de médecine pour distribuer le questionnaire à l'ensemble des DCEM4 d'Île-de-France.

Nous avons prédéfinis que la distribution des questionnaires se déroulerait lors d'un temps où l'ensemble des DCEM4 de la faculté serait présent, dans un lieu unique, afin de nous assurer de toucher une majorité de la promotion ciblée et à un moment au cours duquel ils pourraient se concentrer quelques minutes pour répondre à nos questions sérieusement. Nous avons donc choisi de distribuer le questionnaire au moment des choix de stages hospitaliers.

Ce mode de distribution en version « papier » n'a été possible que pour 4 facultés : Paris 5, Paris 7, Paris 11 et PIFO. Pour des raisons organisationnelles inhérentes aux facultés Paris 6, Paris 12 et Paris 13, nous n'avons pas pu utiliser ce mode de distribution et avons diffusé les questionnaires par voie informatique.

2.5.1 ADAPTATIONS TECHNIQUES DU QUESTIONNAIRE AU MODE DE COLLECTE

Pour la version papier, au vu du nombre important de réponses à extraire attendue, le questionnaire a été édité en utilisant le logiciel *Auto Multiple Choice*. Ce logiciel libre est distribué sous la licence GPLv2+, disponible à l'adresse suivante : <http://home.gna.org/autogcm/>. Ce logiciel permet une reconnaissance automatique des cases cochées des questionnaires à choix multiples.

Nous avons paramétré le logiciel *Auto Multiple Choice* pour qu'il génère plusieurs séries de 100 fichiers PDF. Chaque questionnaire est unique par série de 100, identifiable par un code barre et une numérotation générée par le logiciel, par exemple « +54/1/42+ » : questionnaire 54, page 1 du questionnaire, page 42 sur les 600 pages des 100 questionnaires de la série. Le paramétrage par série de 100 a été justifié par souci de faciliter l'identification des questionnaires.

Pour la version Internet valable pour Paris 6, Paris 12 et Paris 13, le questionnaire a été généré et diffusé aux étudiants grâce au logiciel libre Limesurvey, installé sur le serveur du département de médecine générale de Paris 7. Ce logiciel est disponible à l'adresse suivante : <http://www.limesurvey.org>.

2.5.2 DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES « PAPIERS »

Ce mode de distribution « papier » a concerné: Paris 5, Paris 7, Paris 11 et PIFO, soit 1077 étudiants inscrits.

Les questionnaires ont été distribués au cours des choix de stages hospitaliers en amphithéâtre. J'ai présenté à l'oral en début de choix ou par mail une semaine avant la distribution, mon travail de thèse aux étudiants. Nous sommes restés pendant la totalité des choix. Pour tout questionnaire rendu et rempli, nous avons distribué la fiche mémo CMUc. Aucune aide ou réponse n'ont été apportée aux étudiants avant qu'il est remis leur questionnaire. Le questionnaire a été bien accueilli. Plusieurs étudiants sont venus discuter avec nous du thème.

Les étudiants non représentés par les questionnaires « papiers » récoltés sont les étudiants non présents le jour du choix, ayant fait ou non une procuration et ceux présents au choix mais ayant choisi de ne pas remplir et/ou rendre le questionnaire. Nous n'avons pas obtenu en fin de distribution le nombre de présents effectifs, le nombre de procuration, le nombre d'absent sans procuration.

Identification des questionnaires : chaque questionnaire est unique par série de 100, identifiable par un code barre et une numérotation générée par le logiciel. Pour chacune des facultés, à la fin de la distribution, des séries de 100 ont été rassemblées et identifiées successivement.

2.5.3 DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES « INTERNET »

Ce mode de distribution « Internet » concerne 3 facultés sur 7 : Paris 6, Paris 12 et Paris 13, soit 731 étudiants inscrits.

Nous avons envoyé aux secrétariats des scolarités DCEM4 un mail contenant un texte d'introduction présentant mon travail de thèse et le lien à partir duquel l'étudiant pouvait remplir le questionnaire en ligne. Les secrétaires des DCEM4 ont envoyé cet ensemble une première fois à l'ensemble des étudiants de leur faculté. 15 jours plus tard, nous les avons sollicitées à nouveau pour qu'elle fasse un rappel.

Le questionnaire est resté en ligne pendant plusieurs semaines jusqu' à fin mai. L'étudiant pouvait répondre au questionnaire en plusieurs temps, revenir sur ces réponses tant qu'il n'avait pas validé définitivement.

La fiche mémo a été disponible informatiquement pour chaque questionnaire validé définitivement.

Les étudiants ayant une question sur le questionnaire et/ou désireux de connaître les conclusions de la thèse pouvaient m'envoyer un mail à l'adresse suivante : these.CMUc@gmail.com

2.6 RECUPERATION DES DONNEES

2.6.1 DONNEES PAPIERS

Après récupération, les questionnaires ont été scannés manuellement et transformés en fichier PDF. Les fichiers PDF ont été analysés grâce au logiciel *Auto Multiple Choice*. Ce logiciel permet une *reconnaissance optique de marques* ; dans notre cas, une reconnaissance automatique de cases cochées. Il permet de traduire les réponses depuis le format papier vers un format numérique de type fichier Excel. Un tableau Excel a été créé par le logiciel en compilant l'ensemble des données.

Les données en texte libre aux questions 1, 3, 4, 8, 21, 25, 26, ont été secondairement entrées dans le tableau de résultats manuellement car non reconnues par le logiciel de reconnaissances des réponses.

Les textes libres des questions 15, 17, 31, 32, 34, 35 et en fin de questionnaire n'ont pas été utilisés.

Une vérification du tableau de l'ensemble des données a été faite manuellement, en double lecture.

2.6.2 DONNEES INFORMATIQUES

Pour les facultés Paris 6, Paris 12 et Paris 13, un tableau Excel réunissant les données des 3 facultés a été généré à partir de *LimeSurvey*. Toute entrée dans le logiciel *LimeSurvey* ouvre un questionnaire par étudiant. Il est noté pour chaque réponse non complétée par l'étudiant dans le tableau Excel généré par *LimeSurvey* « pas de réponse ». Tout questionnaire débuté, complet ou non entre dans le tableau initial Excel.

2.6.3 FUSION DES DONNEES RECOLTEES PAR PAPIER ET PAR INTERNET

Les 2 tableaux Excel ont été fusionnés pour créer le tableau final Excel de l'ensemble des données collectées des 7 facultés utilisé ensuite pour l'analyse statistique.

2.7 EXPLOITATION DES DONNEES

2.7.1 TRAITEMENT DES DONNEES

Pour la question 1 :

Pour faciliter la lecture des résultats du tableau, certaines réponses données ont été renommées afin d'homogénéiser les données :

« Médecine générale puis urgences » et « médecine d'urgences » ont été renommées « urgences »

« Médecine générale puis DESC soins palliatifs » a été renommée « médecine générale »

« Pneumologie –réanimation » a été renommée « anesthésie-réanimation

« Cancérologie » a été renommée « oncologie »

« Réanimation » et « anesthésie » ont été renommées « anesthésie réanimation »

« Chirurgie » a été renommée « chirurgie générale » ; « urologie » a été renommée « chirurgie urologique », etc.

Les 60 réponses multiples ont été retenues comme des « pas de réponse ». Cela correspond à 55 réponses pour les facultés P5, P7, P11 et PIFO, 5 réponses pour les facultés P6, P12, P13.

Les réponses « spécialités médicales » ont été considérées comme des « pas de réponse » car nous les avons jugées trop vagues. Cela correspond à 9 réponses, elles n'ont pas été comptées secondairement dans le groupe « spécialités médicales »

Les réponses à cette question ont été regroupées selon 6 grands groupes de spécialités. Cela nous permet d'éviter d'avoir des groupes à analyser de un ou quelques étudiants.

Dans « Médecine générale » ont été réunies les réponses « médecine générale », « médecine du travail », « urgences ».

Le groupe « Pédiatrie » correspond aux réponses « pédiatrie » et le groupe « Psychiatrie » aux réponses « psychiatrie »

Dans « Spécialités médicales » ont été réunies les réponses : « Radiologie, Hépato-gastro-entérologie, rhumatologie, cardiologie, dermatologie, neurologie, néphrologie, endocrinologie, hématologie, maladies infectieuses, médecine interne, pneumologie, gynécologie médicale, oncologie, anatomopathologie, biologie médicale, santé publique, génétique, gériatrie, médecine physique et réadaptation, médecine nucléaire ».

Dans « Chirurgie » ont été réunies les réponses : chirurgie digestive, chirurgie générale, chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique, chirurgie ORL, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie ophtalmologique, chirurgie pédiatrique, chirurgie plastique et reconstructrice, chirurgie neurologique, Gynécologie-Obstétrique.

Les réponses « anesthésie-réanimation » sont regroupées dans le groupe « Anesthésie-réanimation »

Nous avons aussi créé un groupe « médecine générale » versus « non médecine générale » afin de pouvoir comparer les étudiants se destinant à la médecine générale versus les autres spécialités.

Pour la question 3 :

Les réponses « autres » sans précision sont comptées en « pas de réponse »

Pour la question 4 :

3 réponses « 100 000 » ont été entrées dans le tableau des « données brutes » puis jugées aberrantes et comptabilisées comme des « pas de réponse » dans le tableau final.

Si la réponse était illisible, la valeur « pas de réponse » était donnée.

Si l'étudiant précisait « net » ou « brut » la valeur était entrée dans le tableau

Les commentaires sans valeur chiffrée associée ont été comptabilisés comme des « pas de réponse »

Pour la question 8 :

Les réponses précédées par un « > » ou un « < » à X € ont été entrées dans le tableau sans tenir compte du < ou >. Les réponses illisibles ont été entrées en « pas de réponse ». Une réponse donnée en annuel a été convertie en mensuel. Aucune réponse n'a été jugée aberrante.

Pour faciliter l'analyse des résultats, nous avons créé 3 fourchettes chacune bornées par les montants définis avec une marge d'erreur de +/- 20% par rapport au plafond mensuel de 716 €, valable en 2014 :

- < 573 €/mois
- ≥ 573 €/mois et < 859 €/mois
- ≥ 859 €/mois

La bonne réponse retenue est un montant donné compris dans la fourchette : ≥573 et < 859 €/mois

Pour les questions 15 et 17 :

Initialement, nous avons créé une partie de texte libre pour que l'étudiant puisse détailler ses réponses. Les textes libres ont été peu remplis, l'analyse qualitative n'a pas été effectuée.

Pour la question 25 :

Les réponses « 075 », « 0075 », « 75 », « 07514 » ont été recodées en « 75000 » ou « 75014 »

14 réponses n'ont pas le bon format, l'étudiant ne précise que le département, elles ont été considérées comme des « pas de réponse ».

Pour la question 26 :

Les réponses lettrées ont été recodées en code postal correspondant.

Pour ces deux questions, afin de faciliter l'utilisation de ces données, nous avons associé à chaque commune son revenu médian par habitant de 2010 (données INSEE) puis classé les communes en « favorisée » si le revenu médian était supérieur au revenu médian national (18749 €) et « défavorisée » si le revenu médian était inférieur au revenu médian national.

Pour la question 31 :

Initialement, nous avons laissé une partie de texte libre dans laquelle l'étudiant précisait son ou ses terrains de stage.

Les étudiants ont eu régulièrement 2 à 3 terrains de stage dans des villes différentes. Au final, ces données n'ont pas été utilisées, car il était difficile de les résumer.

Pour la question 32 :

Initialement, nous avons envisagé d'affiner notre analyse en fonction de la richesse du pays découvert. Finalement ces données étaient difficilement utilisables, elles n'ont pas été utilisées.

Pour les questions 34 et 35 :

Nous avons créé à partir de ces 2 questions une nouvelle donnée : « avoir au moins un des deux parents médecins » En effet, nous souhaitions savoir si l'étudiant qui évolue dans un

environnement médical modifie ses connaissances ou représentations qu'il est un ou deux parents médecins.

Les données « Coordonnées » :

Nous avons répertoriés en « oui » ou « non » les étudiants désireux ou non de connaître les conclusions de la thèse ayant laissé leur adresse mail ou envoyé un mail à l'adresse suivante : these.CMUC@gmail.com

2.7.2 CONSTRUCTION DU SCORE DE CONNAISSANCES

Ce score a été créé à partir des 8 questions de connaissances (Q5 à Q12) Chaque question a été pondérée de 2 points sauf la Q7 pondérée de 1 point car cette connaissance a été peu retrouvée dans les livres et nous a semblée moins importante par rapport aux autres notions testées. A la Q8, la bonne réponse retenue est un montant compris entre 573 €/mois et 859 573 €/ mois.

Le score est donc un score sur 15 que nous avons ensuite ramené à un score sur 20 pour plus de lisibilité. Les notes sur 20 ont été arrondies au dixième près.

Les facteurs testés comme pouvant influencer les connaissances, le seront par rapport à ce score.

Le score de connaissances sera noté score C.

2.7.3 CONSTRUCTION DU SCORE DE REPRESENTATIONS

A partir des 4 sous questions de la question 15, nous avons créé un score de représentations. Pour chacune des sous questions, les réponses « pas d'accord du tout » ont été pondérées de -2, les « plutôt pas d'accord » de -1, les « plutôt d'accord » de +1, les « tout à fait d'accord » de +2. Le score va de -8 à +8.

Ce score nous permet d'approcher globalement si les étudiants se représentent les bénéficiaires de la CMUc comme des patients plus compliqués à gérer en consultation qu'un autre patient.

Les étudiants ayant un score < 0 se représentent les bénéficiaires de la CMUc comme des patients en moyenne pas plus compliqués à gérer que des autres patients. Les étudiants ayant un score neutre considèrent que les bénéficiaires de la CMUc ne sont pas plus compliqués à gérer que des patients autres. Les étudiants ayant un score > 0 se représentent les bénéficiaires de la CMUc comme des patients posant plus de problèmes

Les facteurs testés comme pouvant influencer les représentations, le seront par rapport à ce score.

Le score de représentations sera noté : score R.

2.7.4 CLASSEMENTS DES FACTEURS TESTES

Pour faciliter l'analyse de l'influence des facteurs testés sur le score C et le score R, nous les avons classés en 4 catégories :

La catégorie 1 : « Le projet professionnel » rassemble les facteurs suivant :

- la spécialité envisagée à l'issue de l'ECN (Q1), le milieu d'installation envisagé à l'issue des études de médecine (Q2), le type d'installation envisagé à l'issue des études de médecine (Q3), le salaire mensuel envisagé à l'issue des études de médecine (Q4)

La catégorie 2 : « La formation théorique » rassemble les facteurs suivant :

- l'enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé (Q20), la profession des enseignants ayant réalisé l'enseignement (Q21), la satisfaction de la formation sur le sujet de ces dispositifs (Q22)

La catégorie 3 : « la formation pratique » rassemble les facteurs suivant :

- la rencontre de situations de soins où le statut CMUc du patient a conduit à modifier sa prise en charge (Q17), la participation à des staffs médico-sociaux concernant des patients vulnérables socialement ou en précarité (Q18), le renseignement du statut de

remboursement des soins dans les observations médicales (Q19), le stage en ambulatoire (Q31), le stage à l'étranger (Q32)

La catégorie 4 : « facteurs individuels, bibliographique » rassemble les facteurs suivant :

-l'âge (Q23), le sexe (Q24), la ville actuelle (Q25), la ville de terminale (Q26), l'emploi rémunéré au cours des études de médecine (Q27), le statut de boursier (Q28), le statut CMUc de l'étudiant(Q29), la connaissance de bénéficiaire de la CMUc dans l'entourage proche (Q30), le niveau d'étude des parents (Q33), la profession médicale du père (Q34), de la mère (Q35).

-la faculté d'origine

2.8 ANALYSES STATISTIQUES

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de moyenne et de médiane. Pour les variables quantitatives, les comparaisons entre deux groupes ont été faites à l'aide de tests de Student, et entre plus de deux groupes par des ANOVA après vérifications usuelles quant à la validité des tests utilisés. Des régressions linéaires ont également été effectuées pour mesurer les interactions entre variables quantitatives.

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide d'effectifs (%). Pour les variables qualitatives, les comparaisons entre deux groupes ont été faites à l'aide de tests de Fisher, et entre plus de deux groupes par des tests de Chi 2 de répartition.

Lorsque les p-values étaient strictement inférieures à 0,05, les résultats ont été considérés significatifs.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.0.2, disponible en ligne à l'adresse suivante : www.R-project.org

Une chercheuse du service de biostatistiques et d'information médicale de l'hôpital Saint-Louis, indépendante des auteurs de l'étude, a réitéré les analyses statistiques avec des méthodes statistiques légèrement différentes, afin de tester la robustesse des résultats. Les résultats significatifs des tests statistiques ont été similaires dans les deux analyses.

3 RESULTATS

3.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

3.1.1 EFFECTIFS

3.1.1.1 POPULATION CIBLEE

La population de l'étude est définie par l'ensemble des DCEM4 inscrits pour l'année scolaire 2013-2014 dans les 7 facultés d'Île-de-France, soit **1808** étudiants.

La population d'étudiants ciblée par la distribution « papier » est de 1077 étudiants (Paris 5, Paris 7, Paris 11 et PIFO), soit 59,6% de la population cible totale. La population d'étudiants ciblée par la distribution « Internet » est de 731 étudiants (Paris 6, Paris 12 et Paris 13), soit 40,4% de la population cible totale.

Au total, 997 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation global de 55,1% par rapport à l'ensemble des étudiants DCEM4 d'Île-de-France.

35 questionnaires récupérés (3,5%) n'ont pas été analysés car très peu ou pas remplis, 27 sans aucune réponse (26 questionnaires version Internet ; 1 questionnaire version papier).

3.1.1.2 ECHANTILLON UTILISE

Le nombre total de questionnaires finalement exploités est de 962 questionnaires.

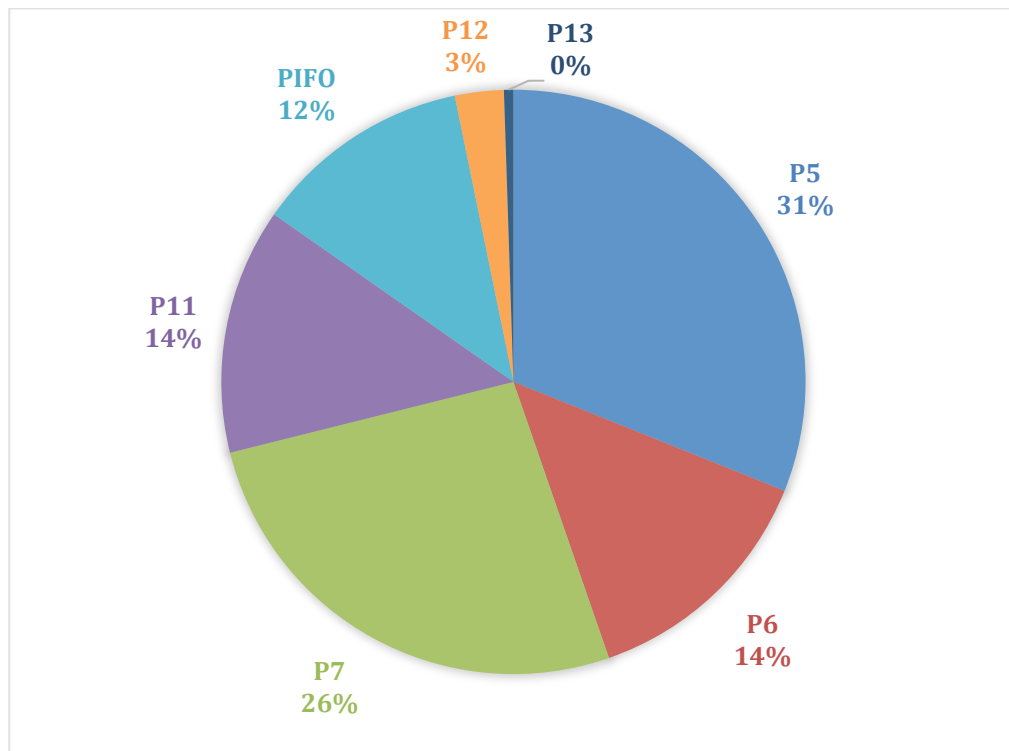


Figure 1 : Répartition des étudiants de l'étude par faculté

Le taux de participation obtenu est très différent en fonction du mode de distribution. La distribution « papier » a un taux de réponse de 74,3%, très supérieur à celui de la distribution « Internet » de 22,2%.

Les taux de participation des facultés « papier » sont relativement homogènes : 75,1% à Paris5, 66,8% à Paris7, 87,3% à Paris11 et 77,9% à PIFO. Par contre, les taux de participation des facultés « Internet » sont très hétérogènes : 31,7% à Paris6, 15,7% à Paris12 et 3,3% à Paris13.

Les questionnaires « papier » représentent 83,2% des questionnaires totaux utilisés, les questionnaires « Internet » 16,8%.

Le taux de participation dans chacune des facultés est aussi très variable, nettement supérieur pour les facultés où la distribution a eu lieu directement.

Nous récapitulons dans ces tableaux, les différents effectifs.

Facultés	DCEM4 inscrits	Questionnaires récupérés	Questionnaires utilisés	Nons réponders
Paris 5	398	299	299	0
Paris 7	380	255	254	1
Paris 11	150	132	131	1
PIFO	149	117	116	1
Total facs "papier"	1077	803	800	3
Paris 6	413	153	131	22
Paris 12	166	34	26	8
Paris 13	152	7	5	2
Total facs "internet"	731	194	162	32
Total	1808	997	962	35

Facultés	Questionnaires récupérés par fac / DCEM4 inscrits par fac	Questionnaires utilisés par fac / DCEM4 inscrits par fac	Questionnaires utilisés par fac / Questionnaires utilisés au total
Paris 5	75%	75%	31%
Paris 7	67%	67%	26%
Paris 11	88%	87%	14%
PIFO	79%	78%	12%
Total facs "papier"	75%	74%	83%
Paris 6	37%	32%	14%
Paris 12	20%	16%	3%
Paris 13	5%	3%	1%
Total facs "internet"	27%	22%	17%
Total	55%	53%	100%

Tableau 1 : Effectifs de l'étude

3.1.2 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON :

L'échantillon de l'étude est plutôt féminin (58,1%) et jeune, l'âge médian est de 24 ans, le plus jeune étudiant ayant 21 ans, le plus vieux 41 ans.

Les étudiants de l'étude sont en majorité issus d'un milieu socio-économique favorisé. 75,3 % ont au moins un des parents qui a suivi des études supérieures au-delà de bac (+2). 84% d'entre eux ont au moins un de leurs parents qui a atteint le niveau des études supérieures. Seulement 3,8% ont des parents n'ayant aucun diplôme. 1 étudiant sur 6 a au moins un de ses 2 parents médecins, c'est plus souvent le père que la mère qui est médecin, respectivement 12,2% versus 9,5%. Plus de 80% d'entre eux ont vécu leur année de terminale et vivent actuellement dans une ville favorisée. 86,7% des étudiants déclarent ne pas avoir d'emploi rémunéré parallèlement à leurs études médicales. 4,4% ont été ou sont bénéficiaires de la CMUc et 20,3% ont déjà rencontrés un bénéficiaire de la CMUc.

L'ensemble des étudiants vit au moment de l'étude en Île-de-France ; 85,2% étaient déjà franciliens au moment de leur terminale.

La totalité des caractéristiques des répondants est présentée dans le tableau suivant. Les pourcentages sont calculés pour chaque item par rapport au nombre de répondants à la question. NA correspond aux données manquantes.

Age	années	
moyen	24,35	
minimum/maximum	21/41	
écart type	1,72	
médian	24	
écart inter quartile	23 à 25	
NA	22	
Sexe	n	%
Hommes	396	41,9%
Femmes	548	58,1%
NA	18	
Domicile actuel	n	%
Villes favorisées	732	82,4%
Villes défavorisées	156	17,6%
NA	74	
Ville en terminale	n	%
Villes favorisées	720	89,8%
Villes défavorisées	82	10,2%
NA	160	
Emploi rémunéré au cours des études médicales	n	%
oui	125	13,3%
non	816	86,7%
NA	21	
Boursier	n	%
oui	165	17,5%
non	777	82,5%
NA	20	
Bénéficiaires de la CMUc	n	%
oui	41	4,4%
non	900	95,6%
NA	21	
Connaissances de bénéficiaires de la CMUc	n	%
oui	191	20,3%
non	748	79,7%
NA	23	
Niveau d'études des parents le plus élevé	n	%
Pas de diplôme	36	3,8%
CAP/ BEP/ Brevet des collèges	48	5,1%
Baccalauréat/ Brevet technique ou professionnel	66	7,1%
Etudes supérieures < Bac +2	81	8,7%
Etudes supérieures > Bac +2	705	75,3%
NA	26	
Père médecin	n	%
oui	113	12,2%
non	817	87,8%
NA	32	
Mère médecin	n	%
oui	88	9,5%
non	842	90,5%
NA	32	
Au moins un des 2 parents médecins	n	%
Au moins un des 2 parents médecins	152	15,8%

Tableau 2 : Caractéristiques de la population de l'étude

3.2.1.1 RESULTATS AUX QUESTIONS DE CONNAISSANCES DE Q5 A Q12

77,8% des étudiants connaissent la condition de résidence régulière pour devenir bénéficiaire de la CMUc (Q5), 65,9% savent que le renouvellement de la CMUc se fait annuellement (Q9) et 92,7% maîtrisent que le dispositif est gratuit (Q6) ; cette question est la mieux réussie des questions de connaissances. Environ un étudiant sur deux estime correctement l'intervalle d'effectif des bénéficiaires de CMUc (Q7), 16% des étudiants choisissent la modalité « NSP ».

363 étudiants (40,4%) ont une appréciation correcte du plafond CMUc (Q8) (montant donné compris entre 573 €/mois et 859 €/mois). Cette question est la moins bien réussie des questions de connaissances. Un seul étudiant a donné le bon seuil de ressources, le montant minimum donné a été de 100 €/mois, le maximum de 2000 €/mois. En moyenne, les étudiants évaluent ce seuil à $784,3 \pm 250,7$ €/mois. La médiane est à 800 €/mois avec un écart interquartile de 600 à 977 €/mois.

68,1% des étudiants donnant une mauvaise réponse sont dans la fourchette supérieure « ≥ 859 €/mois ».

21,5% des répondants à cette question ont utilisé un des montants donnés à titre indicatif comme montant réponse. Le plus utilisé étant 977 €/mois (16,5%). Sur les étudiants ayant utilisé un des indices comme montant réponse, 82,4% d'entre eux choisissent les 2 montants supérieurs au plafond de la CMUc.

Le tableau suivant rassemble l'ensemble des résultats se rapportant à la question interrogeant le plafond :

Q8 Quel est le revenu mensuel pour une personne vivant seule à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier de la CMUc :	n	% / total:962	% /répondeurs:899	
réponses ≥ 573 et < 859	363	37,7%	40,4%	
réponse < 573	171	17,8%	19,0%	
réponses ≥ 859	365	37,9%	40,6%	
pas de réponse	63			
réponses utilisant un des 3 montants indice:	n	% / total:962	%/ population utilisant l'indiciage	%/répondeurs:899
réponse "499"	34	3,5%	17,6%	3,8%
réponse "977"	148	15,4%	76,7%	16,5%
réponse "1445"	11	1,1%	5,7%	1,2%
nombre de réponses utilisant l'indiciage	193	20,1%	100,0%	21,5%

Tableau 3 : Répartition des réponses de la question 8

66,1% des étudiants savent que les dépassements d'honoraires sont interdits (Q10), 67,3% savent que le tiers payant y est obligatoire (Q11) et 71,8% savent que le refus de soins imputable à la CMUc est interdit par la loi (Q12). Par contre, 24,9% d'entre eux pensent que les dépassements d'honoraires sont autorisés avec la CMUc et 20% pensent que le refus de soins sur le seul critère CMUc est possible, 13,9% le pensent possible que chez un praticien secteur 2.

Nous récapitulons dans le tableau suivant les résultats des 8 questions de connaissances, les bonnes réponses apparaissent en gras, les pourcentages sont calculés pour chaque item par rapport au nombre de répondants à la question. NA correspond aux données manquantes.

Questions	n	%
Q5 Pour bénéficiaire de la CMUC, il faut être français ou être en situation régulière en France :		
VRAI	741	77,8%
FAUX	192	20,1%
Ne sait pas	20	2,1%
pas de réponse	9	
Q6 Pour les patients éligibles à ce dispositif, la CMUC est :		
Gratuite	884	92,7%
Payante	53	5,6%
Ne sait pas	17	1,8%
pas de réponse	8	
Q7 Combien y'a-t-il de bénéficiaires de la CMUC en France :		
Entre 2 millions et 6 millions de personnes	479	50,6%
Moins de 2 millions de personnes	143	15,1%
Entre 6 millions et 12 millions de personnes	141	14,9%
Plus de 12 millions de personnes	32	3,4%
Ne sait pas	151	16,0%
pas de réponse	16	
Q8 Revenu mensuel pour une personne vivant seule à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier de la CMUC :		
réponses ≥ 573 et < 859	363	40,4%
réponse < 573	171	19,0%
réponses ≥ 859	365	40,6%
pas de réponse	63	
Q9 Le renouvellement des droits à la CMUC se fait :		
Tous les ans	623	65,9%
Tous les 06 mois	83	8,8%
Tous les 05 ans	61	6,4%
Pas de renouvellement, c'est une prestation à vie	8	0,8%
Ne sait pas	171	18,1%
pas de réponse	16	
Q10 Les professionnels de santé peuvent-ils facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMUC :		
Non, les dépassements d'honoraires sont interdits	628	66,1%
Oui et les dépassements ne sont pas remboursés par la CMUC: ils restent à la charge du patient	135	14,2%
Oui et les dépassements sont remboursés par la CMUC	102	10,7%
Ne sait pas	85	8,9%
pas de réponse	12	
Q11 Pour les bénéficiaires de la CMUC, le tiers-payant est :		
Systématique et obligatoire	639	67,3%
Inapplicable	113	11,9%
A la demande du patient au professionnel de santé	97	10,2%
Ne sait pas	100	10,5%
pas de réponse	13	
Q12 Légalement, un médecin libéral peut refuser un patient sur le seul critère qu'il est bénéficiaire de la CMUC :		
FAUX	681	71,8%
VRAI dans tous les cas (secteur 1 et secteur 2)	58	6,1%
VRAI si le médecin est en secteur 2	132	13,9%
Ne sait pas	78	8,2%
pas de réponse	13	

Tableau 4 : Résumé des réponses aux questions de connaissances

3.2.1.2 RESULTAS AU SCORE DE CONNAISSANCES

Les notes au score de connaissances s'échelonnent de 0/20 à 20/20 et se répartissent de la façon suivante :

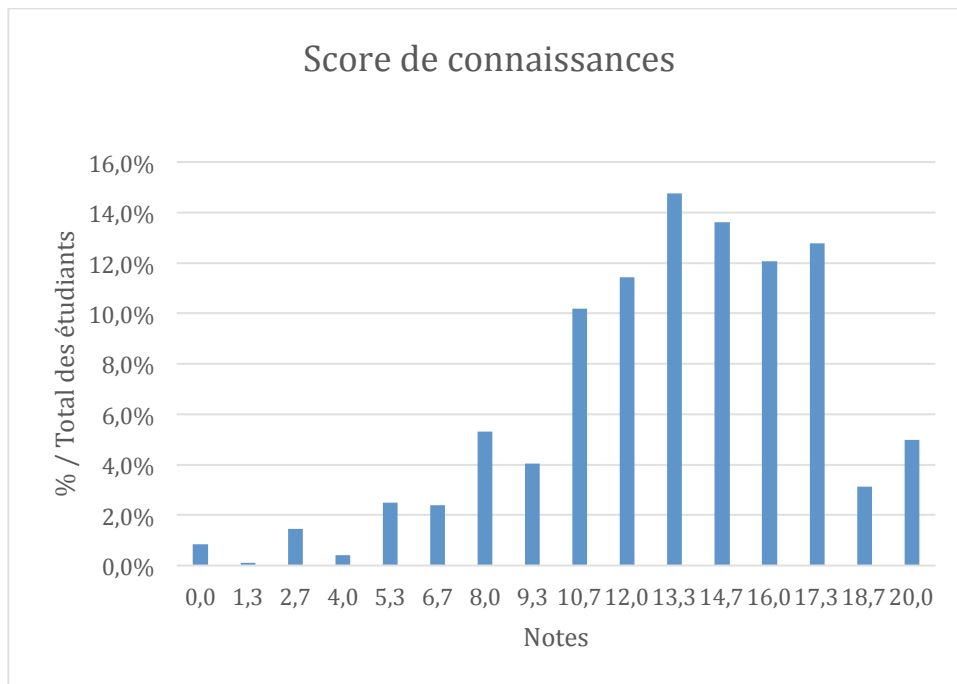


Figure 2 : Répartition des notes au score de connaissances

Les étudiants se répartissent en trois groupes :

note sur 20	effectifs	% par rapport aux 962 étudiants
0	8	1%
de 0 à 10	164	17%
de 10 à 15	481	50%
de 15 à 20	317	33%
20	48	5%

Tableau 5 : Répartition des étudiants au score de connaissances

La moyenne au score de connaissances sur l'ensemble des facultés est de 13,3/20, +/- 3,95. Elle varie d'une faculté à l'autre. Les facultés « papiers » ont une moyenne au score de connaissances de 13,1/20; les facultés « Internet » de 14,1/20.

Facultés	P5	P6	P7	P11	P12	P13	PIFO	Total
Moyenne au score C	13,4	14,1	12,8	12,6	14,4	13,9	13,9	13,3

Tableau 6 : Moyenne au score de connaissances en fonction de la faculté

3.3 RESULTATS DES REPRESENTATIONS DES ETUDIANTS A L'EGARD DE LA POPULATION BENEFICIAIRE DE LA CMUC

3.3.1.1 LES RESULTATS AUX QUESTIONS EVALUANT LEURS REPRESENTATIONS

7 étudiants sur 10 ont conscience que les patients bénéficiaires de la CMUc ont un taux de mortalité plus élevé par rapport à celui de la population générale, 5,5% pensent que celui est inférieur (Q13).

26,6% des DCEM4 pensent que les bénéficiaires de la CMUc sur-consultent en médecine ambulatoire par rapport à la population générale. Ils sont 47,7% à penser qu'ils y consultent moins souvent (Q14).

Plus de la majorité (52,4%) des étudiants pensent que les fraudes au dispositif CMUc sont fortement préoccupantes. 2 étudiants sur 10 « non préoccupantes à peu préoccupantes » (Q16).

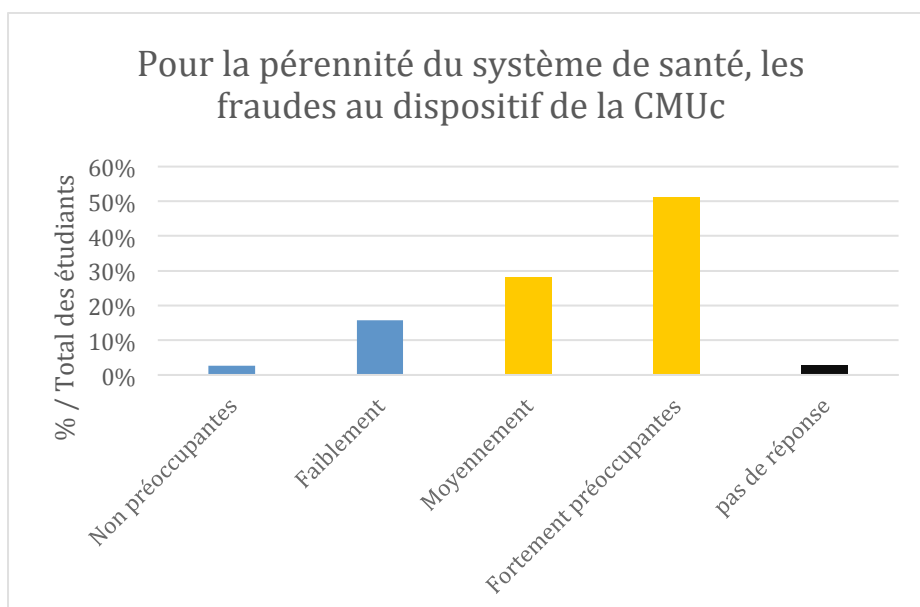


Figure 3 : Répartition des réponses de la question 16

Nous récapitulons l'ensemble des résultats à ces 3 questions dans le tableau suivant, les bonnes réponses apparaissent en gras, les pourcentages sont calculés pour chaque item par rapport au nombre de répondants à la question. NA correspond aux données manquantes.

Questions	n	%
Q13 Le taux de mortalité globale des patients bénéficiaires de la CMUc est :		
Supérieur à celui de la population générale	668	70,4%
Identique à celui de la population générale	229	24,1%
Inférieur à celui de la population générale	52	5,5%
NA	13	
Q14 Les patients bénéficiaires de la CMUc consultent en médecine générale et spécialisée :		
Plus souvent que la population générale	256	27,0%
Moins souvent que la population générale	452	47,7%
Autant que la population générale	240	25,3%
NA	14	
Q 16 Pour la pérennité du système de santé, les fraudes au dispositif de la CMUc sont :		
Non préoccupantes	25	2,7%
Faiblement préoccupantes	151	16,1%
Moyennement préoccupantes	270	28,8%
Fortement préoccupantes	491	52,4%
NA	25	

Tableau 7 : Résumé des réponses aux questions de représentations

Une majorité d'étudiant se représentent les bénéficiaires de la CMUc comme posant aux soignants plus de problème que les autres patients sur le plan social, puis administratif et enfin relationnel, respectivement : 85,4%, 65,2%, 56%.

Seul le plan médical ne répond pas à cette distribution puisque une majorité d'étudiant (64,5%) pensent que les bénéficiaires de la CMUc ne posent pas plus de problème sur ce plan qu'un autre patient (Q15).

C'est le plan relationnel qui divise le moins les étudiants, chaque groupe : « les pas plus de problème » et « les plus de problèmes » étant autour de 50%. C'est sur le plan social que la différence entre les deux groupes est la plus grande.

Les réponses modérées « plutôt d'accord » et « plutôt pas d'accord » représentent 71,3% de l'ensemble des réponses de la question 15. Le taux de « pas de réponse » est faible et homogène pour les 4 plans à 2% environ. Sur l'ensemble des réponses aux 4 questions Q15 associés, 59,1% des réponses sont les items « Plutôt d'accord » et « Tout à fait d'accord ».

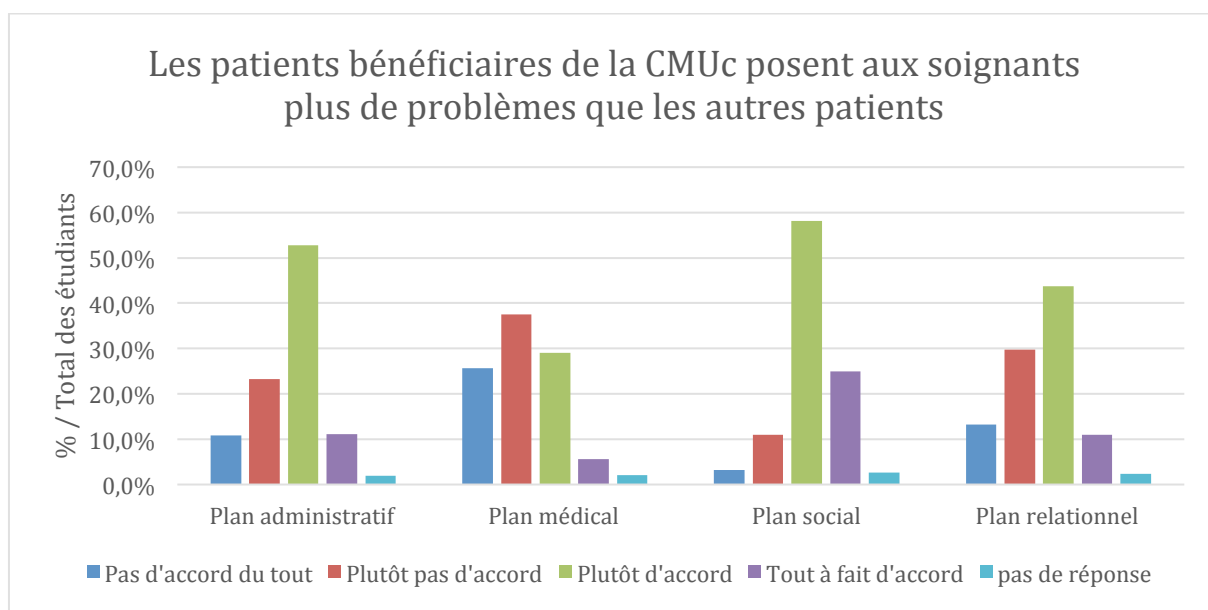


Figure 4 : Répartition des réponses de la question 15 en fonction des 4 plans

3.3.1.2 LES RESULTATS AU SCORE DE REPRESENTATIONS

Les notes au score de représentations (score R) s'échelonnent de -8 à +8, la moyenne au score R est de 0,82 +/- 3,4

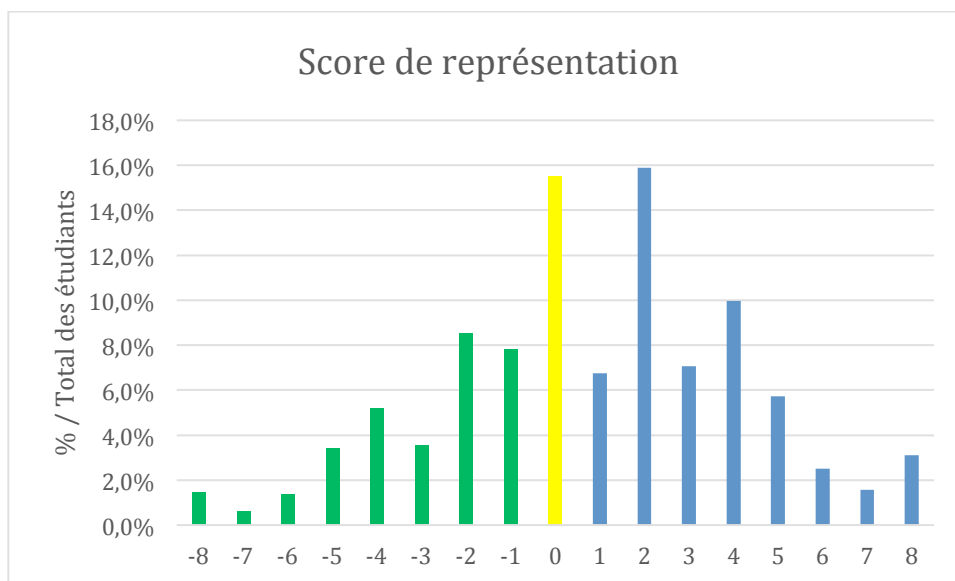


Figure 5 : Répartition des notes au score de représentations

52,6% des étudiants considèrent que les bénéficiaires de la CMUc posent globalement plus de problème que les autres patients (score R positif). 3 étudiants sur 10 n'associent pas les bénéficiaires de la CMUc à des patients plus compliqués que d'autres (score R négatif). 15,5% des étudiants ont un score égal à 0.

Seulement 1,5% ne sont pas d'accord du tout quel que soit le champ considéré, score R à - 8. Ils sont 3,1% à au contraire avoir un score R à +8.

	n	% / total étudiants
score R = (-8)	14	1,5%
score R < 0	307	31,9%
score R = 0	149	15,5%
score R > 0	506	52,6%
score R = (+8)	30	3,1%

Tableau 8 : Répartition des étudiants au score de représentations

Le score de représentations, toujours positif, varie en fonction de la faculté : Paris 11 a le score de représentations le plus bas à 0,6 alors que PIFO a un score plus positif à 1,4.

Facultés	P5	P6	P7	P11	P12	P13	PIFO	Total
Moyenne au score R	0,7	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	1,4	0,8

Tableau 9 : Moyenne au score de représentations en fonction de la faculté

Le score de représentations entre les facultés « papier » et les facultés « Internet » sont peu différents, respectivement de 0,8 et 0,7.

3.4 LES FACTEURS TESTES

3.4.1 LE PROJET PROFESSIONNEL

3.4.1.1 RESULTATS DESCRIPTIFS DES QUESTIONS INTERROGEANT LE PROJET PROFESSIONNEL

Les étudiants ont en grande majorité un souhait d'orientation en fin de DCEM4 puisque seulement un peu plus d'1 étudiant sur 10 n'a pas répondu de spécialité (Q1). Le tableau suivant les récapitule.

Idéalement, quelle spécialité choisiriez-vous à l'issue des ECN ?	n	%
Médecine générale	171	17,8%
pas de réponse	138	14,3%
Anesthésie-Réanimation	67	7,0%
Pédiatrie	59	6,1%
Chirurgie générale	52	5,4%
Gynécologie - Obstétrique	47	4,9%
Psychiatrie	42	4,4%
Cardiologie	40	4,2%
Chirurgie ophtalmologique	31	3,2%
Neurologie	29	3,0%
Médecine interne	27	2,8%
Oncologie	23	2,4%
Chirurgie ORL	22	2,3%
Radiologie	21	2,2%
Hépto-gastro-entérologie	20	2,1%
Chirurgie orthopédique	19	2,0%
Dermatologie	18	1,9%
Néphrologie	17	1,8%
Rhumatologie	16	1,7%
Chirurgie urologique	15	1,6%
Hématologie	11	1,1%
Anatomopathologie	10	1,0%
Pneumologie	10	1,0%
Urgences	10	1,0%
Chirurgie digestive	7	0,7%
Endocrinologie	7	0,7%
Gynécologie médicale	6	0,6%
Maladies infectieuses	4	0,4%
Biologie médicale	4	0,4%
Médecine physique et réadaptation	3	0,3%
Santé publique	3	0,3%
Chirurgie maxillo-faciale	2	0,2%
Chirurgie neurologique	2	0,2%
Chirurgie plastique et reconstructrice	2	0,2%
Chirurgie cardiaque	1	0,1%
Chirurgie pédiatrique	1	0,1%
Chirurgie thoracique	1	0,1%
Génétique	1	0,1%
Gériatrie	1	0,1%

Médecine du travail	1	0,1%
Médecine nucléaire	1	0,1%
Total	962	100,0%

Tableau 10 : Spécialités envisagées par les étudiants à l'issue de l'ECN

Le groupe « Spécialités médicales » est le premier choisi : 33%, le groupe « Médecine générale » est en troisième position à 22,1%.

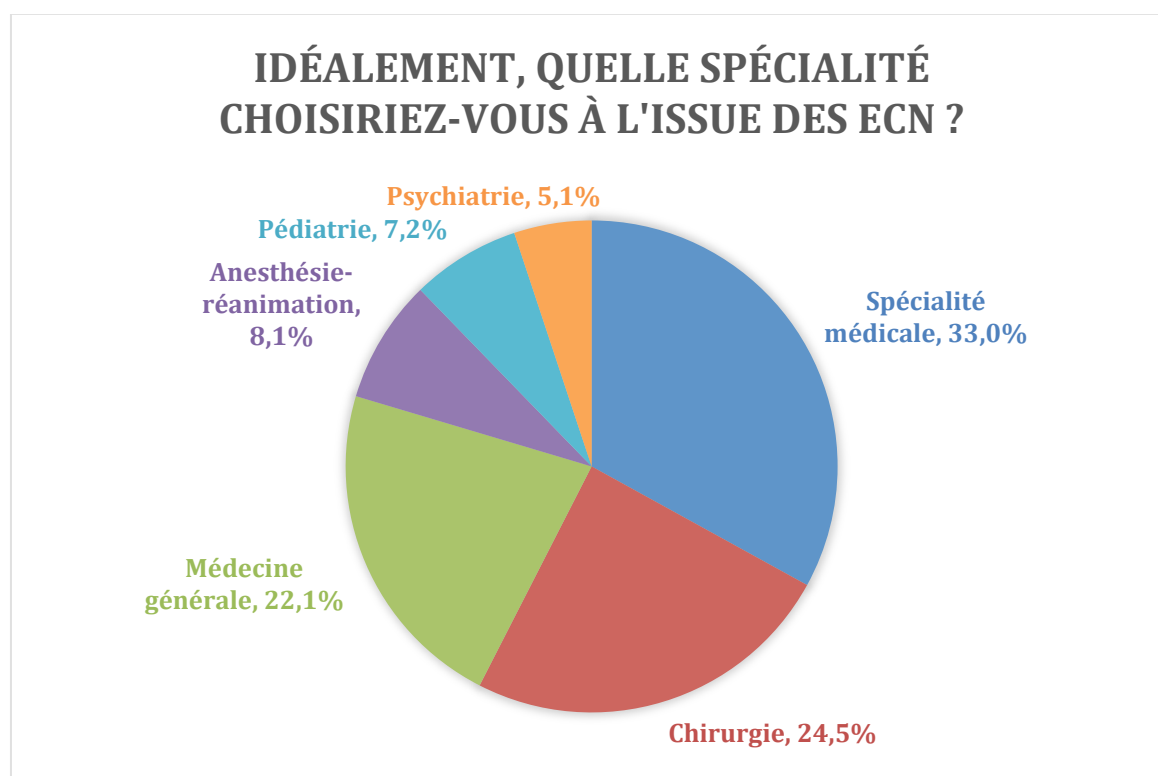


Figure 6 : Répartition des étudiants dans les 6 groupes de spécialités créés

Le choix de la spécialité Médecine générale varie d'une faculté à l'autre, c'est à Paris 7 que le plus d'étudiants souhaite s'y orienter, Paris 6 arrivant juste après, les résultats de P13 sont peu exploitables du fait de l'effectif.

Spécialité médecine générale	P5	P6	P7	P11	PIFO	P12	P13
Oui	13,4%	21,4%	23,2%	17,6%	13,8%	7,7%	60,0%
Non	86,6%	78,6%	76,8%	82,4%	86,2%	92,3%	40,0%

Tableau 11 : Répartition des étudiants en médecine générale en fonction des facultés

65,8% des étudiants souhaitent s'installer en milieu urbain, principalement en milieu urbain favorisé : 49,1%. 16,7% des étudiants s'imaginent s'installer en milieu urbain « défavorisé ». 3 étudiants sur 10 ne se sont pas prononcés sur leur futur lieu d'exercice (Q2)

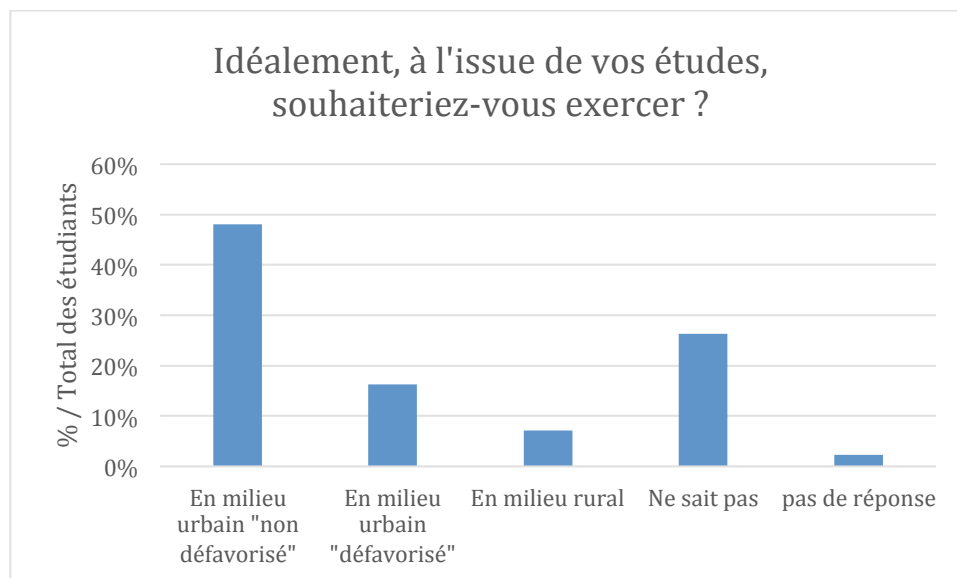


Figure 7 : Répartition des réponses de la question 2

Une très grande majorité d'étudiants a une ou plusieurs idées de structure(s) dans laquelle (lesquelles) il souhaiterait exercer, seul 6% des étudiants ont choisis la modalité de réponse « NSP » (Q3)

L'hôpital est la structure la plus souvent cochée par les étudiants : 60,4%. Le secteur 2 est intégré par 33,4% des étudiants dans leur(s) projet(s) professionnel(s), les cliniques privées dans 26,8%. Le secteur 1 et le salariat en ambulatoire sont les moins plébiscités par les étudiants, ils n'apparaissent que respectivement dans 25,3% et 13,8%.

46% des étudiants répondent par un projet non mixte, l'hôpital arrive toujours en premier (25,4%). 8,1% se projettent en secteur 2 exclusif, contre 7,5% pour le secteur 1. 4% d'entre eux se projette en clinique exclusivement, 1,1% en salariat exclusif.

Dans le groupe « médecine générale », 52,2% souhaitent un exercice exclusif dans un des lieux proposés, le secteur 1 arrive en premier choix (30,2%) contre 11% pour le secteur 2, l'hôpital est choisi par 6,6% de cette sous population. 63,2% de ces étudiants se projettent

en ambulatoire exclusif quel que soit la modalité. 16,5% se projettent dans un exercice mixte hôpital/ambulatoire.

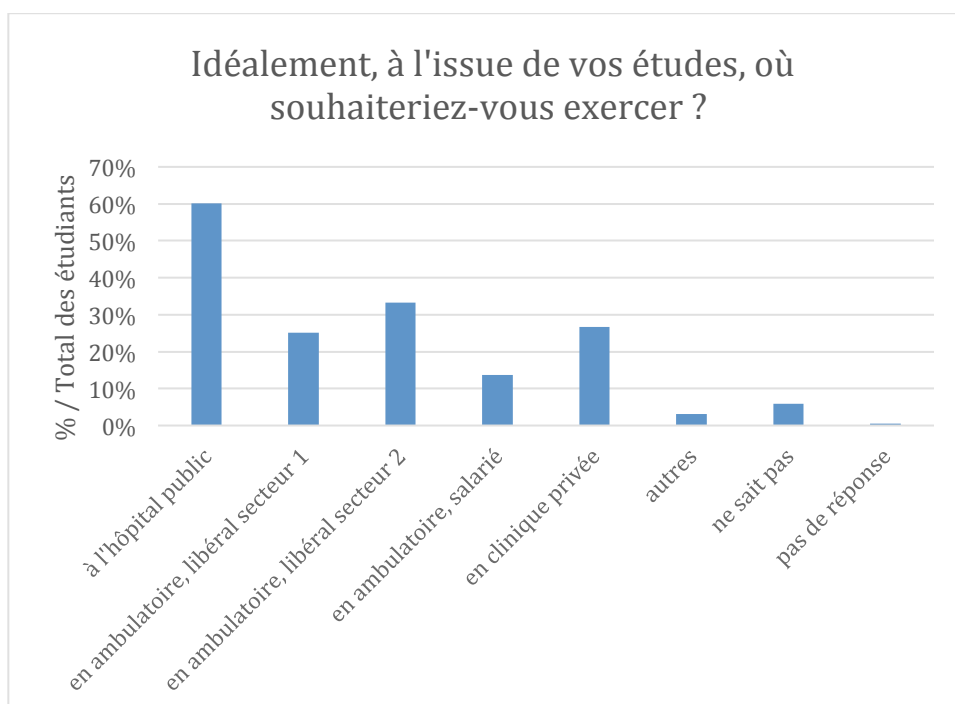


Figure 8 : Répartition des réponses de la question 3

Les externes souhaitent en moyenne un salaire mensuel de 6165,6 €/mois, +/- 4000 € (Q4)

Le salaire souhaité médian s'élève à 5000 €/mois, avec un écart interquartile de 4000 à 7000 €/mois

Le salaire minimum cité est de 1000 €/mois, le salaire maximum cité est de 55.002 €/mois. Seuls 77 étudiants n'ont pas répondu à la question.

3.4.1.2 LIEN ENTRE LE PROJET PROFESSIONNEL ET LES CONNAISSANCES

Le seul facteur appartenant au projet professionnel, retrouvé comme influençant significativement le score C est l'appartenance à l'un des 6 groupes de spécialités créés ($p=0,01$).

Aucun autre item du projet professionnel n'est retrouvé comme influant le score C de manière significative ($p > 0,05$). En particulier, l'appartenance au groupe « médecine

générale » ne modifie pas significativement les résultats au score C par rapport aux étudiants du groupe « non médecine générale » ($p=0,3$).

3.4.1.3 LIEN ENTRE LE PROJET PROFESSIONNEL ET LES REPRESENTATIONS

Le milieu d'installation dans lequel se projettent les DCEM4 influe significativement le score R ($p=0,0009$): alors que les étudiants souhaitant s'installer en milieu urbain défavorisé ont un score R de 0,7, les étudiants souhaitant s'installer en milieu urbain non défavorisé ont un score R de 1,3. Les étudiants souhaitant s'installer en milieu non défavorisée associent significativement plus fortement les bénéficiaires de la CMUc à des patients plus complexes à gérer en consultation.

La structure d'installation peut aussi influencer : les étudiants choisissant comme structure éventuelle d'installation « la clinique » ont un score R à 1,4 versus 0,6 pour ceux ne choisissant pas cette possibilité pour leur futur professionnel ($p= 0.001549$)

Les autres facteurs professionnels n'influent pas le score R, notamment le choix de la médecine générale comme spécialité d'internat, ne modifie pas significativement les résultats au score R.

3.4.2 LA FORMATION THEORIQUE

3.4.2.1 RESULTATS DESCRIPTIFS DES QUESTIONS INTERROGEANT LA FORMATION THEORIQUE

Un peu plus de la moitié des étudiants (57,5%) a reçu un enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé. Ces cours ont eu lieu très majoritairement à la faculté : 85,1% des étudiants ayant reçu un cours, l'ont eu à la faculté, contre 19,3% à l'hôpital. 23 étudiants ont reçu des cours dans les 2 lieux d'enseignement. 42,5% ne se souviennent pas avoir reçu de cours dédiés (Q20).

Ces enseignements, quel que soit leur lieu, sont dispensés le plus fréquemment par des enseignants de santé publique (31,4%), puis par des médecins hospitaliers (21,52%). Les

travailleurs sociaux sont cités par 7,7% des étudiants et les médecins de ville par 3,8% d'entre eux (Q21).

Le travailleur social est cité comme enseignant par 4,9 % des étudiants ayant reçu un cours à la faculté, par contre il est cité par 62,4% des étudiants ayant reçu un cours à l'hôpital.

19 étudiants précisent avoir acquis leurs connaissances dans les livres : 1 étudiant au cours d'un bénévolat chez Médecin du Monde, 1 lors d'un travail en tant que secrétaire médicale, 3 en conférences, 1 par ses parents pharmaciens...

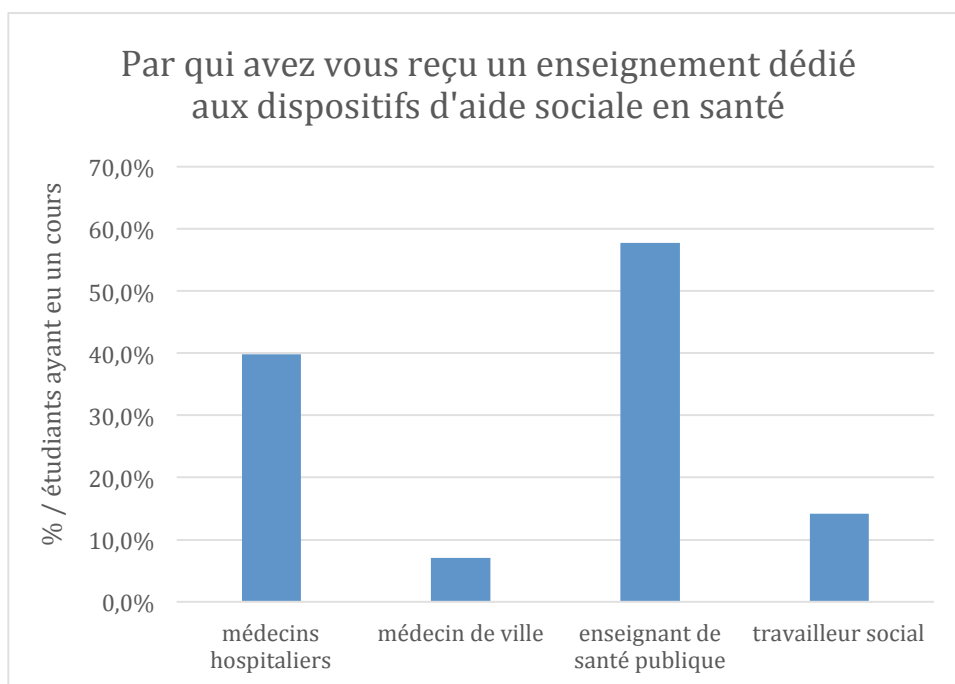


Figure 9 : Répartition des réponses de la question 20

70,4% des étudiants trouvent leur formation sur les aides sociales en santé plutôt satisfaisante (47,2%) ou tout à fait satisfaisante (23,2%). Seuls 6,4% des étudiants ne sont pas du tout satisfaits. La satisfaction est variable d'une faculté à l'autre. Paris 6, Paris 12 et Paris 13 sont les trois facultés où les insatisfaits sont plus nombreux que les satisfaits. Ce sont les étudiants de Paris 7 les plus satisfaits de leur formation (Q22).

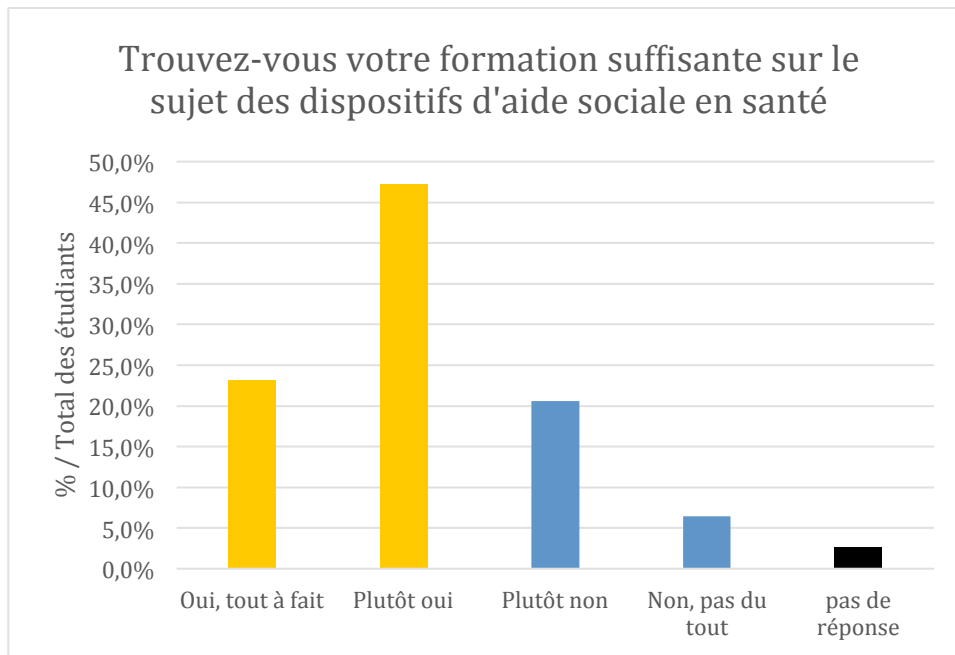


Figure 10 : Répartition des réponses de la question 22

Le taux de satisfaction varie peu entre les étudiants se destinant à la spécialité médecine générale et les étudiants se destinant à une spécialité autre que la médecine générale, respectivement 73,7% de satisfaits versus 69,4%.

La moyenne au score C des satisfaits est de 13,2/20, celle des insatisfaits de 13,9/20.

20,5% des étudiants ciblés par la distribution « papier » ont souhaité connaître les conclusions du travail, soit 17% des étudiants totaux. Aucun étudiant ciblé par la distribution « Internet » n'a souhaité connaître les conclusions du travail.

Q20: Avez vous déjà reçu un enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale de santé			
OUI :	n	% / total des étudiants	% / total des "ouïs"
a reçu un cours, quelque soit le lieu	523	54,4%	100,0%
à l'hôpital	101	10,5%	19,3%
à la faculté	445	46,3%	85,1%
a reçu des cours dans les 2 lieux	23	2,4%	4,4%
NON, jamais:	418	43,5%	

Q21: quel(s) enseignant(s)	n	% / total des étudiants	% / total des "ouïs" à Q20
Médecin hospitalier	208	21,6%	39,8%
Médecin de ville (généralistes...)	37	3,8%	7,1%
Enseignants de santé publique [...]	302	31,4%	57,7%
Travailleur social [...]	74	7,7%	14,1%
Autres	26	2,7%	

Q22: Trouvez-vous votre formation suffisante sur le sujet de ces dispositifs		
	n	% / total des étudiants
Oui, tout à fait	223	23,2%
Plutôt oui	454	47,2%
Les "satisfaits"	677	70,4%
Plutôt non	198	20,6%
Non, pas du tout	62	6,4%
Les "insatisfaits"	260	27,0%
pas de réponse	25	2,6%

Tableau 12 : Résumé des réponses aux questions évaluant la formation théorique

3.4.2.2 LIEN ENTRE LA FORMATION THEORIQUE ET LES CONNAISSANCES

Les étudiants ayant suivi un enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé ont significativement une meilleure connaissance que les étudiants n'en ayant pas suivi ($p=0,008$).

Les cours sur ce thème lorsqu'ils sont suivis à la faculté influent significativement le score C ($p=0,01$) ; par contre, les cours suivis à l'hôpital n'influençant pas significativement le score C ($p=0,13$).

Lorsque l'enseignant est un travailleur social ou un enseignant de santé publique, le score C est significativement meilleur, respectivement $p=0,002$ et $p=0,003$. Pour le médecin de ville, malgré des moyennes entre les deux groupes très différentes 14,5 versus 13,5, la p-value n'est qu'à 0,06. L'enseignant « médecin hospitalier » n'influence pas significativement le score C ($p=0,1$)

3.4.2.3 LIEN ENTRE LA FORMATION THEORIQUE ET LES REPRESENTATIONS

Les étudiants ayant suivi un cours dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé ont un sentiment de complexité de la gestion des bénéficiaires de la CMUc moins prononcé que les autres étudiants ($p=0,02$). Les travailleurs sociaux sont les seuls intervenants à diminuer fortement et significativement le score R ($p=0,009$).

3.4.3 LA FORMATION PRATIQUE

3.4.3.1 RESULTATS DESCRIPTIFS DES QUESTIONS INTERROGEANT LA FORMATION PRATIQUE

20,7% des étudiants se souviennent avoir été confrontés à une situation de soins dans laquelle le statut CMUc a modifié la prise en charge du patient, positivement ou négativement. Ils ont rencontré ces situations préférentiellement à l'hôpital (16,1%). 25 étudiants ont rencontré ce type de situation en ville et à l'hôpital (Q17)

Les étudiants de Paris 7 ont été les plus confrontés à ce type de situation puis se succèdent les étudiants de Paris 5, PIFO, Paris 6, Paris 11.

33,5% des étudiants ont déjà participé à un staff médico-social concernant des patients en situation de vulnérabilité sociale ou de précarité (Q18)

68% des étudiants ne renseignent pas le statut des patients vis à vis des remboursements des soins. Ceux qui le renseignent, le font principalement si le patient leur semble vulnérable (13,9%)(Q19).

36,8% des étudiants ont pu réaliser au cours de leur externat un stage de médecine générale en ambulatoire. Seuls 24 étudiants n'ont pas répondu. Parmi les étudiants n'ayant pas fait ce stage, 34,5% ont choisi de ne pas le faire bien qu'en ayant eu l'opportunité. En regroupant les étudiants ayant fait ce stage et ceux n'ayant pas fait ce dernier par manque d'opportunité à la faculté, on peut approcher le nombre d'étudiant intéressé par un stage ambulatoire au cours de l'externat : 65,5%. En fonction des facultés, le pourcentage d'étudiant ayant réalisé ce stage est variable (Q31).

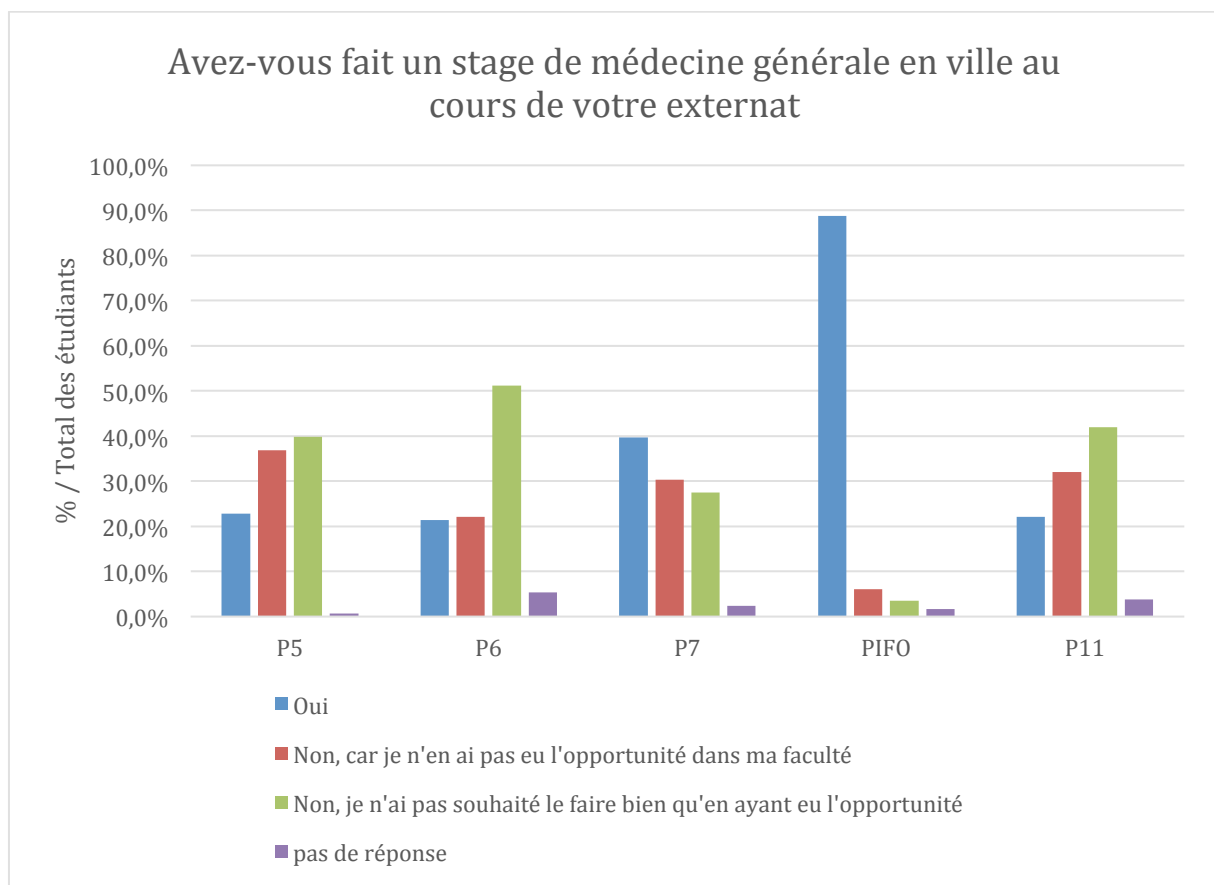


Figure 11 : Répartition des réponses de la question 31 en fonction des facultés

25,6% des étudiants répondeurs sont partis au cours de l'externat faire un stage à l'étranger. La proportion du nombre de stage à l'étranger varie d'une faculté à une autre. Paris 5 a la proportion la plus importante : 35,1%

Nous récapitulons l'ensemble des résultats à ces 3 questions dans le tableau suivant, les pourcentages sont calculés pour chaque item par rapport au nombre de répondants à la question. NA correspond aux données manquantes.

Questions	n	%
Q17: Avez-vous déjà rencontré des situations de soins où le statut CMUc du patient a conduit à modifier la prise en charge médicale :		
Oui, à l'hôpital	130	13,5%
Oui, en stage ambulatoire	44	4,6%
Total des "ouïs"	199	21,2%
non	741	78,8%
Q 18 Au cours de vos stages, avez-vous participé à des staffs médico-sociaux pour des patients en situation de vulnérabilité sociale ou précarité :		
Oui	322	34,2%
Non	619	65,8%
NA	21	
Q 19 Dans vos observations médicales d'externes, inscrivez-vous le statut du patient vis-à-vis du remboursement de ses soins :		
Oui, systématiquement pour tous les patients et tous stages confondus	53	5,7%
Oui, uniquement si le patient me semble vulnérable	134	14,3%
Oui, uniquement à la demande du sénior	94	10,1%
Total des "Ouis"	281	30,1%
Habituellement non	654	69,9%
NA	27	
Q31 Avez-vous fait un stage de médecine générale en ville au cours de votre externat :		
Oui	345	36,8%
Non, car je n'en ai pas eu l'opportunité dans ma faculté	269	28,7%
Non, je n'ai pas souhaité le faire bien qu'en ayant eu l'opportunité	324	34,5%
NA	24	
Q32 Avez-vous fait un stage de médecine à l'étranger :		
Oui	241	25,6%
Non	699	74,4%
NA	22	

Tableau 13 : Résumé des réponses aux questions évaluant la formation pratique

3.4.3.2 LIEN ENTRE LA FORMATION PRATIQUE ET LES CONNAISSANCES

La réalisation d'un stage en ambulatoire ou à l'étranger pendant l'externat n'influence pas la réussite au score C, respectivement $p=0,5$ et $p=0,9$. La participation à des staffs médico-sociaux n'influence pas non plus significativement le score C.

Il n'y a pas d'influence significative des situations favorisant la rencontre avec un bénéficiaire de la CMUc (Q17, Q18, Q29, Q30, Q33) sur le montant donné du plafond CMUc.

3.4.3.3 LIEN ENTRE LA FORMATION PRATIQUE ET LES REPRESENTATIONS

La participation à des staffs médicosociaux augmente significativement le renseignement dans les observations médicales du statut du patient vis à vis de son remboursement de soins par l'étudiant si le patient lui semble vulnérable ($p=0.0008$).

La participation à des staffs médicosociaux augmente significativement la perception de complexité de gestion des bénéficiaires de la CMUc sur le plan administratif ($p=0.02$) et sur le sur le plan social ($p=0.02$).

Par contre, la participation à des staffs médicosociaux ne modifie pas le score R, regroupant les 4 plans de la Q15.

La rencontre de situations de soins dans lesquelles le statut CMUc a modifié la prise en charge médicale augmente significativement le score R ($p=0,001$).

La réalisation d'un stage en ambulatoire de médecine générale ou à l'étranger durant l'externat n'influence pas significativement le score R des DCEM4, respectivement $p= 0,4$ et $p= 0,2$.

3.4.4 LES FACTEURS INDIVIDUELS

Les résultats de l'analyse descriptive des facteurs individuels sont disponibles dans le tableau 2 : caractéristiques de la population.

3.4.4.1 LIEN ENTRE FACTEURS INDIVIDUELS ET LES CONNAISSANCES

Les étudiants ayant réalisé leur terminale dans une ville défavorisée ont significativement de meilleures connaissances que les étudiants ayant réalisés leur terminale dans une ville favorisée ($p= 10^{-6}$), ce résultat ne se retrouve pas pour la ville actuelle.

La faculté d'origine influe significativement le niveau au score de connaissances ($p=0,005$).

Les autres facteurs individuels n'influent pas significativement le score C. En particulier, le fait d'être ou d'avoir été bénéficiaire de la CMUc ne modifie pas le score de connaissances.

3.4.4.2 LIEN ENTRE FACTEURS INDIVIDUELS ET REPRESENTATIONS

Les femmes ont un score R significativement moins positif que les hommes, elles pensent que les bénéficiaires de la CMUc posent plus de problème que les autres patients mais elles le pensent moins fortement que les hommes ($p=0,01$).

Etre ou avoir été bénéficiaire de la CMUc et connaître ou avoir connu dans son entourage proche un bénéficiaire de la CMUc diminuent de manière significative l'idée de complexité de la prise en charge d'un bénéficiaire de la CMUc (respectivement $p=0,02$ et $p= 0,05$).

Etre ou avoir été bénéficiaire de la CMUc est même associé à un score R négatif: ces étudiants n'associent pas plus de complexité à la prise en charge d'un bénéficiaire de la CMUc qu'à la prise en charge d'un autre patient.

La faculté d'origine par contre ne module pas significativement le score R contrairement au score C.

Les autres facteurs individuels n'influent pas significativement le score R.

3.4.4.3 TABLEAUX RECAPITULATIFS DES FACTEURS SIGNIFICATIFS

	Facteurs influençant significativement le score C		
		score C	p-value
Projet professionnel	Q1: Spécialité envisagée après l'ECN en fonction des 6 groupes de spécialités créés		p=0.00986
	médecine générale	13	
	anesthésie réanimation	13,1	
	spécialités médicales	13,8	
	spécialités chirurgicales	13,4	
	pédiatrie	13,9	
	psychiatrie	11,8	
	pas de réponse	12,7	
Facteurs biographiques	Q26: Ville de terminale		3.91e-06
	favorisée	13,3	
	défavorisée	13,7	
Formation théorique	Q20: Enseignement dédié au cours des études médicales à la fac: "Oui" / "Non"	13,6 / 13	p= 0.01356
	Cours quelque soit le lieu d'enseignement "Oui" / "Non"	13,6 / 12,9	p = 0.00775
	Q21: Profession des enseignants du(des)cours Enseignant de santé publique : "Oui" / "Non" Travailleurs sociaux: "Oui" / "Non"	13,9 / 13 14,5 / 13,2	p= 0.002677 p= 0.00194
Formation pratique	Q19: Renseignement de la couverture sociale dans l'observation		p =5.02e-05
	habituellement non	13,7	
	oui si le patient me semble vulnérable	12,2	
	oui uniquement à la demande du sénior	13	
	oui systématiquement	13,2	

Tableau 14 : Résumé des facteurs influençant significativement le score de connaissances

	Facteurs influençant significativement le score R		
		score R	p-value
Projet professionnel	Q2: Lieu d'installation souhaité milieu rural milieu urbain défavorisé milieu urbain non défavorisé ne sait pas pas de réponse	0,5 0,7 1,3 0,2 0,2	p=0.000898
	Q3: Différents modes d'installation envisagés clinique: oui/non	1,4 // 0,6	p= 0.001549
Facteurs biographiques	Q24: Sexe homme // femme	1,2 // 0,6	p=0.01363
	Q25: Ville actuelle favorisée // défavorisée	1 // (-0,1)	p=0,000161
	Q29: Avoir été ou être bénéficiaire de la CMUC oui // non	(-0,7) // 0,9	p=0.01654
	Q30: Connaître dans son entourage proche un bénéficiaire de la CMUC oui // non	0,4 // 0,9	p=0.04906
Formation pratique	Q17: Situation CMUc rencontrée modifiant la PEC médicale à l'hôpital: "oui" // "non"	1,5 // 0,7	p = 0.00741
	Situation CMUc rencontrée modifiant la PEC médicale quelque soit le lieu de la rencontre les "ouis" // les "nons"	1,5 // 0,6	p = 0.00144
Formation théorique	Q20: Enseignement dédié sur les dispositifs d'aide sociale de santé à l'hôpital: "Oui"// "Non"	(-0,1) // 0,9	p = 0.004233
	Cours suivis, quelque soit le lieu d'enseignement "Oui" // "Non"	0,6 // 1,1	p = 0.02291
	Q21: Profession des enseignants Travailleurs sociaux: "Oui"// "Non"	(-0,1) // 0,9	p = 0.008952

Tableau 15 : Résumé des facteurs influençant significativement le score de représentations

3.5 LIEN ENTRE CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le score C et le score R ($p=0.661$).

La possession des connaissances élémentaires testées sur les modalités de fonctionnement du dispositif CMUC n'améliore pas ou n'aggrave pas significativement le sentiment de complexité de gestion en consultation des bénéficiaires de la CMUC par rapport à d'autres patients. Autrement dit, pour chacun des 4 plans évalués : la moyenne au score C des étudiants ayant répondu « plutôt non – non pas du tout » et la moyenne au score C des étudiants ayant répondu « plutôt oui- tout à fait d'accord » ne sont pas significativement différentes.

Une bonne maîtrise des connaissances testées ne diminue pas le niveau de préoccupations des étudiants face aux fraudes au dispositif ($p=0,92$).

4 DISCUSSION

4.1 ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SUR LA CMUC ET DES REPRESENTATIONS A L'EGARD DES BENEFICIAIRES DES DCEM4 D'ILE-DE-FRANCE

L'objectif principal de cette étude est de réaliser chez les étudiants en médecine de DCEM4, un état des lieux de leurs connaissances sur la CMUc et de leurs représentations à l'égard des bénéficiaires de ce dispositif.

4.1.1 DES CONNAISSANCES HETEROGENES

Les DCEM4 ont des connaissances hétérogènes sur la CMUc, la grande variation des taux de bonnes réponses d'une question à l'autre en atteste, par exemple : 91,9% des étudiants savent que la CMUc est gratuite, alors que seulement 37,7% d'entre eux estiment correctement le niveau de vie des bénéficiaires de la CMUc. Les variations des pourcentages des modalités « NSP » et « pas de réponse » l'illustrent aussi, il y a moins de 1% de « NSP » à la question interrogeant la condition de résidence régulière contre 17,8% pour la question interrogeant la fréquence du renouvellement.

Leur très bonne maîtrise de la condition de résidence régulière et de la gratuité du dispositif était attendue. Ces deux questions sont les plus faciles du questionnaire et celles qui mobilisent le plus des connaissances non spécialisées en « médico-social », faisant appel plutôt à la culture générale des étudiants.

Les étudiants ont une connaissance plutôt bonne de la fréquence du renouvellement de la CMUc annuelle, cependant nous attendions un meilleur taux de bonnes réponses à cette question simple mais importante. En effet, la méconnaissance du dispositif, en particulier de ses obligations administratives, tel que le renouvellement des droits, par le professionnel de santé peut accélérer entre autres, les ruptures de droit à la CMUc. La rupture de droit a de multiples causes, le non renouvellement dans les temps de la CMUc en est une importante. Ce non renouvellement des droits et la perte de la complémentaire qui s'en suit, peuvent être la cause de renoncement aux soins secondaires. Si le médecin connaît cette notion, il sera alors capable d'informer le patient de la nécessité de renouveler sa CMUc, il pourra ainsi

accompagner les démarches administratives et participer à la continuité du projet de soins de son patient. (38) (39).

Les questions abordant les obligations à suivre pour un médecin en consultation dans le cadre de la CMUc (pratique obligatoire du tiers payant, interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires et de refuser un patient CMUc) sont assez bien maîtrisées et de manière homogène, puisque les taux de bonnes réponses sont autour de 70% pour les trois questions.

Par opposition, les deux questions les moins bien réussies sont celles concernant les effectifs totaux des bénéficiaires de la CMUc et le seuil de ressources à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier de la CMUc.

4.1.2 UNE MECONNAISSANCE DU NIVEAU DE VIE DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

A partir de l'analyse des réponses sur le plafond CMUc, plusieurs remarques s'imposent.

Premièrement, les externes franciliens connaissent mal le plafond CMUc et donc le niveau socio-économique des bénéficiaires de la CMUc par rapport à la réalité. Deuxièmement, ils pensent les bénéficiaires de la CMUc plus riches qu'ils ne le sont en réalité : chez les « mauvais réponders », ils sont plus nombreux à surestimer le plafond CMUc. L'utilisation des montants indicatifs comme montant-réponse le confirme : une très grande majorité de ces étudiants choisissent les 2 montants-indices qui sont supérieurs au seuil CMUc.

L. Petitcollot interroge les internes de médecine générale d'Île-de-France en 5^{ème} et 6^{ème} semestre sur cette même notion. 65,8% répondent correctement. En cas de réponse fautive, on retrouve la même tendance. Ces étudiants en médecine, plus âgés, surestiment plus ce plafond (28,5%) qu'ils ne le sous-estiment (5,7%).

I. Mériaux interroge les internes de médecine générale d'Aix-Marseille. 34,5% des étudiants répondent juste. Plus d'étudiants cette fois-ci sous estiment (25,5%) que surestiment (10%) le plafond, mais les « NSP » représentent 30%.

Cette sous-estimation du seuil est retrouvée dans l'enquête de B. Luaces auprès de médecins généralistes d'Aquitaine. Très peu des généralistes interrogés par B. Luaces connaissent les

conditions d'attributions de la CMUc et aucun n'a pu citer une approximation du plafond de ressources (40), ces derniers rapprochant d'avantage les bénéficiaires de la CMUc de la grande pauvreté ou du marginal.

En fonction des études, ce seuil est sous ou surestimé, dans tous les cas il est mal maîtrisé. Une des conséquences importantes de cette méconnaissance de l'hétérogénéité de la réalité économique des bénéficiaires de la CMUc est résumée par C. Desprès: « la mauvaise connaissance des personnes ciblées par la loi contribuerait également à les considérer comme illégitimes »(41). Si le bénéficiaire ne porte pas les attributs de la grande pauvreté que le médecin associe à ses représentations des bénéficiaires de la CMUc, il ne doit pas avoir cette aide, s'il l'a, c'est qu'il est forcément fraudeur au dispositif. Une phrase d'un des médecins interrogés par B. Luaces le résume très bien « ils arrivent en BMW ou cabriolet devant le cabinet ». Cela peut favoriser l'émergence de préjugés à l'égard de ces patients, en particulier des préjugés de patients fraudeurs et par la suite, une altération de la relation médecin-malade.

De plus, ce décalage peut entraîner une prise en charge médicale non adéquate par rapport à la situation économique du patient (prescription de traitements non remboursés, orientations vers des soins non pris en charge par la CMUc...) Ainsi, il semble donc important que les professionnels de santé, dès leur formation médicale initiale soient sensibilisés à la connaissance des ordres de grandeur du plafond de ressources nécessaire à l'obtention de la CMUc.

Enfin, cette juste évaluation du seuil de la CMUc est aussi fondamentale à maîtriser pour les professionnels de santé car elle a une autre conséquence à laquelle ils doivent faire face régulièrement en consultation : l'effet seuil du plafond CMUc.

Début 2015, le seuil de revenus des douze derniers mois précédant la demande, à ne pas dépasser pour une personne seule vivant en métropole pour bénéficier de la CMUc est fixé à 720€/mois (21). Dans le même temps, le seuil de pauvreté, valable depuis 2011, défini par un niveau de vie inférieur à 60% du revenu médian national, est de 977€/mois. De plus, le montant maximal de l'allocation Adulte Handicapé fixé à 800,45€/mois et celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées fixé pour une personne seule sans ressource à 800€/mois (42,43) excluent de fait ces bénéficiaires de la CMUc. L'ACS a été créée en 2004 afin de limiter les conséquences de cet effet seuil mais le taux de non recours très important en limite les effets bénéfiques attendus. Le plafond de ressources à ne pas dépasser pour une

personne seule vivant en métropole pour pouvoir bénéficier de l'ACS est de 973€/mois, plafond approchant de très près le seuil de pauvreté mais y restant inférieur (25,44,45).

Ces patients, avec des revenus juste au-dessus du plafond CMUc, sont autant concernés voire plus par le renoncement aux soins, en particulier pour raisons financières. Leurs conditions socio-économiques peuvent avoir un impact fort sur leur prise en charge médicale. Les professionnels de santé doivent donc y être attentifs aussi.

4.1.3 LES OBLIGATIONS DE LA CMUC INHERENTES A LA CMUC

4.1.3.1 LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DANS LE CADRE DE LA CMUC

Cette interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires est souvent donnée comme justification par les professionnels de santé responsables de refus de soins imputables à la CMUc (18,19,41,46). Agissent-ils en connaissance de causes ou par méconnaissance du dispositif ? Aucune évaluation quantitative n'existe sur leurs connaissances de cet aspect du dispositif CMUc.

Dans notre étude, nous montrons que les étudiants en médecine maîtrisent pour la majorité d'entre eux l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires dans le cadre de la CMUc, même si un quart des étudiants pensent les dépassements d'honoraires autorisés. La maîtrise de cette notion est importante à souligner. Cette maîtrise est retrouvée lorsque les étudiants interrogés sont plus vieux : dans la thèse d'I. Mériaux, 84% des internes de médecine générale savent que la CMUc ne permet pas la prise en charge des dépassements d'honoraires. Dans la thèse de L. Petitcollet, seulement 13,2 % pensent qu'un médecin, secteur non précisé, peut demander un dépassement d'honoraires.

Une étude intéressante serait de pouvoir réinterroger ces mêmes étudiants une fois leur carrière professionnelle entamée, afin de savoir si les comportements de dépassements d'honoraires ont un lien ou non avec la connaissance du dispositif CMUc, en particulier celle de l'encadrement des dépassements d'honoraires, dès leurs études médicales .

Les dépassements d'honoraires contribuent pour les patients à l'augmentation de la part des soins, non prise en charge par l'assurance maladie. Les patients avec une complémentaire ne

subiront pas cette augmentation du reste à charge, excepté par les éventuelles répercussions sur le prix de leurs complémentaires. Par contre, chez les patients sans complémentaire cela peut favoriser l'apparition d'une barrière financière aux soins (47). L'interdiction des dépassements d'honoraires dans le cadre de la CMUc est donc un maillon fondamental du dispositif CMUc. Malgré cela, les bénéficiaires de la CMUc ne sont pas épargnés. En 2007, l'IGAS conclut qu'1,6% des bénéficiaires de la CMUc se sont vu opposer un dépassement d'honoraires. Ceux-ci varient selon les spécialités. 0,5% des bénéficiaires consultant en médecine générale se sont vu opposer un dépassement contre 8% en dermatologie ou anesthésie ou gynécologie et 13% en consultations de chirurgie générale et urologique. Les praticiens d'Île-de-France sont de grands pourvoyeurs de dépassements d'honoraires chez les bénéficiaires de la CMUc par rapport au reste de la France. Les montants pratiqués de dépassements d'honoraires étaient conséquents puisque sur le tiers des bénéficiaires ayant consulté en chirurgie générale et urologique et ayant subi un dépassement, pour 10% d'entre eux, il était de 67 euros ou plus. Cette pratique dans le cadre de la CMUc entraîne une augmentation du reste à charge des soins chez cette population fragile, pour qui les causes financières sont la première cause de renoncement aux soins.(45). En 2011, 22% des bénéficiaires de la CMUc ont renoncé à des soins car le professionnel de santé a demandé un dépassement d'honoraires (30).

La pratique des dépassements d'honoraires est condamnée par le code de la sécurité sociale par l'article L.162-1-14-1. La lutte contre cette pratique, s'apparentant à un refus de soins s'appuie aussi sur l'article 54 de loi HPST modifiant l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, permettant au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de sanctionner le professionnel de santé qui expose le bénéficiaire de la CMUc à des dépassements d'honoraires non conformes aux tarifs réglementés pour ces assurés (26). Le défenseur des droits propose de « Demander à la CNAMTS de mettre en place un dispositif de recensement des pratiques illégales des professionnels de santé (dépassements d'honoraires et refus de tiers payant) afin qu'ils puissent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie (19).

4.1.3.2 LE TIERS PAYANT OBLIGATOIRE DANS LE CADRE DE LA CMUC

L'avance de frais est un mode de paiement du professionnel de santé « typiquement français ». Le patient s'acquitte auprès du professionnel du total du prix,

puis se tourne vers son assurance pour se faire rembourser la part prise en charge. Dès 1982, les pharmaciens peuvent proposer à leurs clients la dispense d'avance de frais ou pratique du tiers payant.

Dans notre étude, une majorité des étudiants est au fait de cette obligation, seulement un dixième des étudiants pensent que le tiers payant est inapplicable dans le cadre de la CMUc. Ces connaissances ont déjà été évaluées chez des étudiants plus expérimentés et sont assimilées globalement dans de plus grandes proportions. Dans le travail de L. Petitcollot, 90,4% des internes franciliens savent que le tiers payant doit être appliqué par le médecin. 97% d'entre eux savent que le tiers payant est applicable chez les médecins secteur 1, mais seulement 53,8% le savent pour les médecins secteur 2. Cette disparité entre l'obligation de pratiquer le tiers payant par les médecins secteur 1 versus secteur 2 est retrouvée chez I. Mériaux : 93,6% des internes savent que le tiers payant est applicable chez les praticiens secteur 1 mais seulement 34% l'associent aux praticiens secteur 2.

L'obligation de pratiquer le tiers payant dans le cadre de la consultation d'un bénéficiaire de la CMUc est souvent agitée comme un catalyseur de comportements de surconsommations illégitimes par les sceptiques de la CMUc (41,46). Pourtant, Paul Dourgnon et Michel Grignon montrent dès l'année 2000 que « plutôt qu'un effet inflationniste, le tiers payant a donc un réel effet de justice sociale, limitant le renoncement aux soins pour raisons financières » En effet, ils démontrent que « s'il est vrai que le tiers payant augmente la dépense de santé, cette progression ne s'observe que parmi les personnes à bas revenus, leur permettant de rattraper le niveau de dépense des plus aisés » (48).

4.1.3.3 LE REFUS DE SOINS

Cette notion d'illégalité du refus de soins est aussi maîtrisée par une majorité des étudiants

Il est important de constater que sur les 20 % d'étudiants envisageant le refus de soins imputable à la CMUc comme possible, ils sont deux fois plus nombreux à l'envisager comme possible chez les praticiens secteur 2. Les droits et des devoirs varieraient en fonction des secteurs 1 ou 2 dans l'esprit de certains DCEM4. Cette distinction faite par ces étudiants entre les obligations légales des praticiens en fonction de leur secteur est intéressante à

rapprocher des études sur le refus de soins. En effet, plusieurs études sur le refus de soins, (18,19,41,46), montrent que les praticiens secteur 2 sont plus pourvoyeur de refus de soins que leurs collègues secteur 1.

Ces étudiants expriment par cette distinction une image de leurs représentations sur le refus de soins. Ces étudiants se sont-ils construits cette idée que le refus de soins n'est possible que chez les praticiens secteur 2, à travers la réalité effective du refus de soins sectorisé, sans savoir pour autant que celui-ci est illégal ?

70,8% des étudiants en DCEM4 savent que le refus de soins imputable à la CMUc est illégal. Dans le testing de 2009 mené par C.Desprès, le taux de refus de soins est évalué à 19,3%, ce qui est non négligeable (46). Ces refus de soins sont confirmés dans d'autres travaux (18,41,49,50). Mais, il n'existe pas dans ces études d'évaluation quantitative des connaissances sur la légalité de cette pratique auprès des médecins interrogés, simplement des approches indirectes de leurs connaissances du dispositif à travers l'analyse qualitative des entretiens. JF.Chadelat, le Fonds CMU et C. Desprès font le constat similaire du manque de connaissances des professionnels de santé sur la « logique et les fondements de la loi CMUc » et dénoncent une méconnaissance de la loi et de ses objectifs. On ne peut donc pas savoir précisément si les médecins pratiquant le refus de soins le font en toute connaissance de la loi ou non. La connaissance de l'illégalité de ce comportement « protège »-t'il les praticiens de sa réalisation? Il serait pertinent d'évaluer la conduite dans quelques années des étudiants de notre étude, dont on sait qu'ils connaissent pour une large majorité l'illégalité de ce comportement.

Ces trois notions élémentaires, en rapport direct avec la consultation, sont plutôt correctement connues par les DCEM4 et ce de manière homogène. Pourtant, les DCEM4 ont une expérience pratique très peu tournée vers l'ambulatoire, puisque 61,5% n'ont jamais découvert la médecine de ville en fin de 6^{ème} année. Ces notions cardinales du dispositif CMUc sont de fait souvent abordées dans les chapitres des livres ECN sur la CMUc et très probablement quasi systématiquement dans les cours à la fac ou à l'hôpital abordant la CMUc. Les DCEM4, malgré leur manque de pratique en ville, ont acquis vraisemblablement, ces connaissances au cours de leur formation théorique.

4.1.4 RESULTATS AU SCORE DE CONNAISSANCES

Les DCEM4 franciliens, avec une moyenne au score de connaissances de 13,3/20, ont donc un niveau intermédiaire de connaissances sur le dispositif de la CMUc. Seulement 3 étudiants sur 10 obtiennent une note au score de connaissances supérieure à 15/20. Nous aurions pu nous attendre à une moyenne plus élevée au score de connaissances. En effet, il était constitué de questions simples sur la CMUc, au programme du deuxième cycle des études médicales, sans difficulté particulière à l'exception de la Q8.

Dans les travaux chez les étudiants plus âgés, déjà spécialisés, les connaissances sont variables d'une région à l'autre. 27,8% des internes de médecine générale franciliens en 3ème année ont une note CMUc de 9 ou 10/10, 81,2% une note supérieure ou égale à 7/10 (35). Seulement 3,8% des internes de médecine générale marseillais ont obtenu la note maximale au score CMUc, 41,2% ont une note inférieure à la moyenne, 23,6% ont une note supérieure à l'équivalent de 7/10, 58,8% une note supérieure ou égale à la moyenne.

Au total, les étudiants de l'étude, en fin de 6^{ème} année d'études, n'ont qu'une connaissance imparfaite des bases du dispositif CMUc, alors qu'ils vont entrer dans leur troisième cycle, caractérisé par une immersion à temps complet dans le soin. Ces futurs professionnels de santé, quelle que soit leur spécialité, leur lieu d'installation, leur mode d'exercice devront très probablement soigner des bénéficiaires de la CMUc, les soigner efficacement, les orienter au sein du système complexe de santé français, répondre à leurs questions. Nous pouvons donc nous interroger sur leurs capacités à remplir ces missions.

4.1.5 DES REPRESENTATIONS

Nous avons ciblé la documentation des représentations qu'avaient les DCEM4 sur l'état de santé des bénéficiaires de la CMUc, sur leur consommation de soins en ville, sur leur sentiment de difficulté à gérer une consultation avec un bénéficiaire de la CMUc et enfin sur les fraudes au dispositif. Puisque de nombreuses représentations à l'égard des bénéficiaires de la CMUc ont été identifiées chez les médecins séniors (18,40,46) et internes (35,36), il nous a semblé important d'évaluer s'ils en existaient déjà chez ces futurs professionnels de santé, plus jeune et moins expérimentés.

4.1.5.1 LE TAUX DE MORTALITE DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

En 2011, la CNAMTS identifie un taux de mortalité chez les bénéficiaires de la CMUc plus élevé que celui de la population générale : 3,32 pour 1 000 versus 1,36 pour 1000, cet écart étant plus élevé chez les hommes que les femmes (27).

66,8% des DCEM4 a bien conscience que les bénéficiaires de la CMUc ont un taux de mortalité supérieur à celui de la population générale, seulement 5,4% pensent que ces patients meurent moins, leur représentation de l'état de santé des bénéficiaires de la CMUc est plutôt bonne. Dans le travail de L. Petitcollot sur les internes de médecine générale franciliens, une majorité pense que les bénéficiaires de la CMUc ont un état de santé moyen, 7,3% des étudiants interrogés identifient les bénéficiaires de la CMUc comme des patients en mauvaise santé.

Même si cette notion est abordée de manière un peu différente, dans deux populations d'étudiants en médecine variant en termes d'avancée dans la spécialisation et dans le cursus, les représentations de l'état de santé des bénéficiaires de la CMUc semblent être similaires.

4.1.5.2 LA CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

En 2003, Raynaud montre que les bénéficiaires de la CMUc consomment plus que les assurés non bénéficiaires de la CMUc du régime général ; mais que cette surconsommation s'explique par leur moins bon état de santé. A état de santé donné, les bénéficiaires de la CMUc ne consomment pas significativement plus que les autres assurés de l'assurance maladie titulaires d'une couverture complémentaire. De plus, il est démontré que cette forte consommation s'observe essentiellement pour les nouveaux bénéficiaires, après l'obtention de la CMUc et participe à une diminution du taux de renoncement aux soins dans cette population. On parle alors d'« effet de rattrapage » (51,52).

En 2010, l'IGAS mesure la consommation de soins moyenne pour les bénéficiaires de la CMUc à 2606€ contre 1580€ pour les bénéficiaires du régime général (36). Dans son 6^{ème} rapport, le Fonds CMU compare les dépenses en soins de ville des bénéficiaires de la CMUc avec celles des non bénéficiaires, au régime général. L'écart existant entre les 2 populations est stable. Sur les postes « consultation d'omnipraticien », « honoraires dentaires », « actes techniques dont imagerie », « pharmacie », les bénéficiaires de la CMUc dépensent plus que les non bénéficiaires, même si ces écarts de consommation sont assez faibles. Mais les

bénéficiaires de la CMUc consultent moins les spécialistes et ont une dépense inférieure de kinésithérapie. Dans ce rapport, le Fonds CMU compare les variations des écarts de consommation et des écarts de non recours, il montre que ces 2 variables évoluent inversement. « Même si l'écart entre CMUc et non CMUc par consommant reste supérieur au profit de la CMUc, il n'y a aucune dérive de la consommation moyenne des bénéficiaires de la CMUc, voire plutôt une baisse de la dépense de ville par rapport à l'ensemble de la population (...). Ces constats pourraient confirmer que lorsque l'écart de consommation augmente ce n'est pas le signe d'une surconsommation des bénéficiaires de la CMUc mais d'un plus faible renoncement aux soins » (26) .

Il semble ainsi difficile de qualifier cette surconsommation de non justifiée et/ou abusive.

Seulement 26,6% des étudiants de notre étude pensent que les bénéficiaires de la CMUc consultent plus en ville que la population générale, ils sont donc largement majoritaires à ne pas associer les bénéficiaires de la CMUc à des patients surconsommant en fin de 6^{ème} année de médecine. L'interprétation de notre résultat doit être cependant modérée par la limite rédactionnelle de cette question : nous souhaitons interroger l'existence ou non des DCEM4 de la représentation fréquemment retrouvée chez leurs aînés du patient CMUc sur consommateur illégitime de soins. Or, nous avons omis de préciser cette notion de « non justifiée ». Pourtant, cela est bien différent de surconsommer de manière justifiée parce que l'état de santé est moins bon, que de surconsommer par excès de manière injustifiée. Les étudiants pensent majoritairement le bénéficiaire de la CMUc comme un « non sur consommateur », mais de soins légitimes ou de soins illégitimes ?

Chez les étudiants plus âgés, les représentations de surconsommations injustifiées des bénéficiaires de la CMUc existent en plus grande proportion. I. Mériaux retrouve 42% d'étudiants d'accord avec l'association proposée « bénéficiaires de la CMUc et consommation excessive de médicaments ». 54% expliquent la différence dans la consommation de soins de villes entre bénéficiaires de la CMUc et non bénéficiaires de la CMUc, par la surconsommation de soins injustifiée et les abus, la moitié d'entre eux associe la surconsommation à un effet direct du tiers payant. L. Petitcollot retrouve 70,1% des étudiants qui associent « consultation itérative injustifiée » et « abus des patients bénéficiaires de la CMUc ». Les demandes injustifiées de visites à domicile sont citées par

22,2% des internes et le trafic de médicaments par 20,1%.; 36,7% identifient la « consommation excessive de médicaments » comme un des effets pervers de la CMUc.

Les représentations de surconsommations de soins par les bénéficiaires de la CMUc existent chez les étudiants, qu'ils soient en milieu ou fin de cursus, mais l'avancement dans les études semble pouvoir en être un catalyseur, ce qui serait un constat inquiétant, s'il venait à être confirmé par d'autres études.

Le plus souvent ces surconsommations illégitimes de soins sont renvoyées à la responsabilité du bénéficiaire de la CMUc face à sa consommation de soins mais la responsabilité du médecin n'est jamais soulevée. L. Petitcollot complète cette question de la surconsommation illégitime des bénéficiaires de la CMUc par cette approche intéressante : « Si ces pratiques de surconsommation existent, c'est parce que des médecins l'acceptent. Jusqu'à preuve du contraire, ce n'est pas le patient qui rédige son ordonnance de médicaments, se prescrit son scanner ou passe sa carte vitale ».

4.1.5.3 DES FRAUDES AU DISPOSITIF

La délégation nationale de lutte contre la fraude, créée en 2008, la définit comme « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques et entraînant un préjudice ».

La fraude inquiète les DCEM4, 8 étudiants sur 10 la perçoivent comme moyennement à fortement préoccupantes. Nous pouvons supposer que les étudiants, en jugeant les fraudes préoccupantes pour le système, les pensent fréquentes.

Dans les 2 thèses de L. Petitcollot et I. Mériaux, les étudiants sont interrogés sur le lien entre les bénéficiaires de la CMUc et le comportement de fraudeur qui leur est souvent associé. 24,2% des étudiants interrogés par L. Petitcollot associent « fraudes pour obtention de la CMUc » et « abus des patients bénéficiaires de la CMUc ». 44,7% des étudiants interrogés citent comme changement à apporter au dispositif CMUc (plusieurs réponses possibles entre 8 items) une lutte plus active contre les fraudes à l'obtention, ces étudiants sont donc préoccupés par la fraude au dispositif.(35) I. Mériaux demande aux internes de médecine générale de Marseille de se prononcer sur l'éventuel lien qui existerait entre 4 comportements souvent attribués aux patients bénéficiaires de la CMUc dont celui de « fraudes plus importantes». 25,6% sont d'accord ou tout à fait d'accord avec ce lien. (36)

Dans les testing de C. Desprès ou la thèse de B.Luaces, les médecins refusant de soigner les patients CMUc évoquent régulièrement dans les entretiens le comportement de fraudeur des bénéficiaires de la CMUc comme un comportement fréquent.(40,41,46), (annexe « Certains professionnels de santé, catalyseur d'ISS ? »).

Les bénéficiaires de la CMUc et plus largement les bénéficiaires des dispositifs d'aide sociale en santé sont donc souvent associés dans l'imaginaire civil et dans l'imaginaire des professionnels de santé à des personnes profitant du système. La fraude au dispositif est souvent agitée comme une « déviance » importante du dispositif de la CMUc alors même que ce phénomène est largement dépisté, objectivé, combattu et suivi...en particulier par le Fonds CMU. Qu'en est-il objectivement ?

En 2010, le Fonds CMU rapporte 588 fraudes au dispositif CMUc, géré par le régime général, pour un nombre de bénéficiaire de 4 326 579, ce qui représente : 0,03% des effectifs CMUc affiliés au régime général. Le montant du préjudice est évalué à 567 913 euros, alors que le montant des fraudes à la sécurité sociale est évalué lui à 460 millions d'euros...(36) En 2012, 841 fraudes au régime général sont détectées (fraudes aux conditions de ressources, de résidences, d'identité...), pour un montant préjudiciable de 600 000 euros, par rapport aux 2 milliards d'euros de dépenses totales engagées pour la CMUc en 2012 (53) . Les fraudes au dispositif CMUc se font à l'ouverture ou au renouvellement des droits. En 2012, 88% des fraudes pour la CMUc, au régime général concernent la seule condition de ressources (25).

Les fraudes à ce dispositif du fait des professionnels de santé (non pratique du tiers payant, dépassements d'honoraires, refus de soins, facturation de consultation aux ayants droits du bénéficiaires de la CMUc en consultation alors qu'ils ne sont pas présent, facturation de consultation abusive) sont très peu évaluées directement, sauf pour le refus de soins. Les internes interrogés par L. Petitcollot, ont observé pour 44,6% d'entre eux des médecins pratiquant le refus de soins ; pour 15,5% d'entre eux la pratique de facturation abusive, pour 14% la non pratique de dépassements d'honoraires. Ils évaluent la fréquence de ces fraudes pour 60% d'entre eux de « rare » à « parfois ».

La lutte contre la fraude est une des priorités du Fonds CMU, des organismes sociaux et des pouvoirs publics depuis la création du dispositif. Les outils de détection de la fraude et les échanges d'informations entre organismes sociaux sont en permanence en évolution afin d'optimiser la lutte. (25,30)

4.1.6 RESULTAT DU SCORE DE REPRESENTATIONS

Les étudiants de DCEM4, dans leur majorité, ont donc déjà une image de difficultés accolées à la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc. En effet, ils croient les bénéficiaires de la CMUc plus difficiles à gérer en consultation que des non-bénéficiaires (52,6%). Alors que seulement 1,5% des étudiants n'associent pas les bénéficiaires de la CMUc à des patients plus compliqués quel que soit le plan considéré, ils sont 2 fois plus nombreux à les considérer plus compliqués à gérer sur les 4 plans. Ces perceptions de difficultés de gestion d'un bénéficiaire de la CMUc varient en fonction des champs interrogés, elles se concentrent sur les 3 champs « social », « administratif » et « relationnel », seul le plan médical est épargné de cette représentation de difficulté de gestion. Entre les 3 champs précités, les patients CMUc posent plus de problèmes aux étudiants sur le plan social, puis administratif et enfin relationnel (respectivement 83,1%, 63,9%, 54,7%). De plus, ces variations dans les réponses nous assurent du fait que les étudiants aient bien identifié les différents plans et ont adapté leurs réponses en fonction.

Dans les études sur le refus de soins, la complexité de gestions des bénéficiaires de la CMUc liées à leurs conditions sociales (logement, travail, revenus...) n'est pas citée par les professionnels de santé comme un frein et une difficulté à l'accueil de cette population. Par contre, ils citent régulièrement les dimensions économiques et administratives inhérentes à la CMUc puis les difficultés relationnelles et comportementales avec les bénéficiaires de la CMUc. Nous détaillons les justifications données aux refus de soins par ces professionnels de santé dans l'annexe « Certains professionnels de santé, catalyseur d'ISS ? ».

Ce sentiment de complexité associé à la prise en charge de bénéficiaires de la CMUc se retrouve chez les étudiants interrogés par L. Petitcollot mais en plus faible proportion que dans notre étude : 18,4% des étudiants s'attendent à une consultation plus difficile avec un bénéficiaire de la CMUc. Ils sont une grande majorité à avoir des souvenirs de difficultés de prise en charge en rapport direct avec la CMUc : seulement 4,2% répondent ne pas avoir rencontré plus de difficultés dans leur prise en charge par rapport à un non bénéficiaire...Il est intéressant de regarder les causes de ces difficultés ressenties retrouvées dans ce travail: 65% des étudiants les associent « aux conditions de vie plus difficile empêchant un suivi et une observance correcte ». On peut rapprocher ces réponses de notre item « sur le plan social ». 51,9% les associent à des problèmes rencontrés dans « le suivi du fait de la CMUc : refus par certains correspondants, problèmes des médicaments non pris en charge par la sécurité sociale » On peut rapprocher ces réponses de notre « plan administratif ». 48,7%

lient ces difficultés à l'existence d'une barrière de langue, 28,6% à une barrière sociale, 22,2% relient ces difficultés à des comportements spécifiques des bénéficiaires. Ces réponses peuvent être rapprochées de notre item « relationnel ».

Dans ce travail, les internes sont donc plus nombreux à identifier comme causes aux difficultés de prise en charge d'un bénéficiaire de la CMUc des causes d'ordre social, puis d'ordre administratif puis d'ordre relationnel. Cette répétition dans la tendance et la distribution de nos résultats et des résultats de L. Petitcollot est étonnante.

Alors même que dans notre étude, les jeunes étudiants ont à priori eu peu d'expérience de situation de soins dans lesquelles la CMUc a entraîné une difficulté de prise en charge, du fait de leur formation pratique majoritairement hospitalière et de leur faible connaissance de l'ambulatoire. ; alors même qu'ils ne sont que 20,7% à pouvoir se souvenir d'une situation de soins où le statut CMUc du patient a été responsable d'une modification de la prise en charge, ils assimilent déjà majoritairement les patients CMUc comme plus complexes et classent les causes de ces difficultés de prise en charge dans le même ordre que des étudiants plus expérimentés, spécialisés en médecine générale et ayant rencontré plus fréquemment des difficultés liées à la CMUc.

Comment expliquer que les DCEM4 aient déjà construit ces représentations à l'égard des bénéficiaires de la CMUc, alors même que leur expérience pratique en a limité fortement les rencontres ?

Au cours de leur externat, les DCEM4 ont régulièrement côtoyé des internes et des seniors essentiellement en stages hospitaliers. Ces interactions répétées semblent donc pouvoir participer, entre autres choses, à construire leurs préjugés de difficultés liées à la CMUc. Cette hypothèse de la responsabilité des seniors dans la construction des représentations chez les étudiants est reprise dans les études s'intéressant à la dégradation des représentations des étudiants à l'égard des populations défavorisées au cours du cursus médical sous le terme d'« acculturation des études médicales »

Ce terme initialement anthropologique, apparu dans les années 1880, désignait la transformation des modes de vie et de pensées des immigrants au contact de la société américaine. Puis en 1936, Redfield, Linton et Herskovits en donnent la définition suivante : L'acculturation est l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles (patterns) culturels initiaux de l'un ou des deux groupes. (54) Dans leur

Lexique des sciences sociales (1969), A et R. Mucchielli le définissent comme le "processus par lequel un individu apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit". C'est dans ce sens sociologique que le terme d'acculturation est utilisé au cours des études de médecine.

Véronique Godin rapproche ce phénomène d'acculturation au concept de curriculum caché proposé par Hafferty et Francks. Ces deux auteurs définissent 3 dimensions de l'environnement pédagogique, interagissant les unes avec les autres et participant à l'apprentissage des étudiants : le curriculum formel, informel et caché. Le curriculum formel est constitué par les programmes, enseignements mis en place par la faculté. Le curriculum informel « place l'apprentissage au niveau des interactions interpersonnelles », il est une part très importante de l'apprentissage lors de la formation pratique, au contact des pairs. Le curriculum caché est défini par l'ensemble des notions, valeurs « transmises par les « structures organisationnelles et décisionnelles de l'institution » Pour eux, ces deux dernières dimensions de l'environnement pédagogique exercent une influence déterminante dans la formation de l'étudiant à son rôle de professionnel (55) et le maître de stage a une responsabilité forte « Dans une profession qui s'enorgueillit de son mode d'enseignement évoquant le compagnonnage, fondé sur la transmission du geste et l'initiation par les pairs, les mécanismes de reproduction des pratiques et de pérennisation des représentations sont très forts. Une grande part de ce que les étudiants vont intérioriser en termes de valeurs, d'attitudes, de croyances et de comportements jugés adéquates, proviendra non d'un curriculum formel mais d'un curriculum latent trouvant son origine dans la force de l'exemple. Il s'agit de reproduire les attitudes et comportements du corps professoral et non de mettre en pratique les enseignements théoriques. » (53)

Cependant, il serait trop simpliste de réduire, seulement au monde hospitalier, la responsabilité de la construction de ces représentations de complexité chez les étudiants en médecine ; en effet la participation des discours des politiques, des idées relayées régulièrement par les médias et par la société civile sur les bénéficiaires de la CMUc ainsi que l'histoire de l'étudiant y contribuent aussi, pour une part probablement non négligeable.

Enfin, ces difficultés rencontrées en consultation d'ordre administratif, social ou relationnel peuvent entraîner un sentiment d'échec. Selon P.Foucras, les problèmes transversaux plus nombreux dans les milieux défavorisés complexifient la prise en charge des pathologies, même les plus banales. Il se peut même que les difficultés soient telles que l'on n'arrive pas à du tout à soigner le patient » Ce sentiment d'échec dans la gestion d'une consultation est important à nuancer car il est un grand pourvoyeur de construction de représentation négative... En effet, la responsabilité est rapidement renvoyée sur le patient sans que le médecin critique la situation et remettre en cause ses actions « Si on ne réussit pas à soigner tel patient, ce n'est pas par incompetence, c'est parce qu'il ne veut pas...qu'il préfère rester malade... » (56). D'où l'importance pour le médecin, quel que soit sa spécialité, son mode d'exercice d'avoir un « socle de compétences sociales élémentaires »

Nous n'avons évidemment pas pu tester toutes les représentations possibles par souci de longueur du questionnaire. Même si nous l'effleurons à travers la Q8, nous n'avons pas creusé les représentations des DCEM4 sur le profil socio-économique des bénéficiaires de la CMUc, sur le profil socio-culturel (origine, niveau d'étude...), de même que sur d'éventuels comportements spécifiques des bénéficiaires de la CMUc en consultation notés fréquemment chez leurs aînés. Il serait intéressant de documenter plus largement dans une autre étude ces représentations chez des étudiants en milieu de cursus médical mais aussi chez les étudiants franciliens de première année et en début d'externat afin de pouvoir analyser précisément la cinétique de ces représentations et la responsabilité de la formation médicale dans leur construction en fonction de l'avancée dans le cursus médical.

4.2 LA FORMATION AUX DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE EN SANTE

4.2.1 ATTENTE ET SATISFACTION

70,4% des DCEM4 sont satisfaits de leur formation sur la CMUc, essentiellement facultaire. Ceci est assez discordant vis-à-vis de leurs résultats moyens aux questions de connaissances ; ainsi qu'avec le constat plutôt mitigé du bilan de leur formation initiale sur les problématiques d'organisation du système de protection sociale, des ISS. De plus, il est important de remarquer que les facultés où les étudiants sont satisfaits de leur formation ne

sont pas les mêmes facultés où les moyennes au score C sont les meilleures. Ceci confirme que de se baser uniquement sur l'évaluation de la satisfaction des étudiants par une simple question déclarative n'est donc probablement pas suffisant pour contrôler la performance des enseignements sur ce sujet (57).

Il n'y a pas plus d' « insatisfaits » dans le groupe de « médecine générale » (25,1%) que dans le groupe de « non médecine générale » (27,4%). Le fait de se destiner à une spécialité à fort contact humain et en première ligne dans la gestion des problématiques sociales au cours de la prise en charge médicale ne modifie pas les attentes d'enseignement à ce sujet.

27% des DCEM4 ne sont pas satisfaits de leur formation sur les dispositifs d'aide sociale en santé, nous pouvons supposer que ces mêmes étudiants souhaiteraient une formation complémentaire sur notre système de protection sociale. Cette demande de formation existe dans de plus grandes proportions chez les internes de médecine générale plus âgés. Dans la thèse d'I. Mériaux, 92% des internes de médecine générale marseillais sont susceptibles de choisir un enseignement sur une thématique médicosociale, 24,6% d'entre eux choisissant ce thème prioritairement. 58% des étudiants en médecine (de la première à la sixième année) interrogés par J. Faya seraient « certainement » intéressés par un enseignement de médecine humanitaire si leur faculté leur proposait. Dans la thèse de C. Hoffman, 84,7 % des étudiants estiment qu'un enseignement spécifique sur les urgences sociales leur serait bénéfique. Ce même besoin de formation existe aussi chez les médecins en exercice (9).

Les internes de médecine générale marseillais précisent qu'ils attendent de ces formations qu'elles leur apportent des connaissances de base sur la précarité, des connaissances pratiques sur les dispositifs comme la CMUc, les PASS, les réseaux existants, etc. Ils souhaitent majoritairement une formation tardive : pendant l'internat ou en post internat, quand les questions de ce type émergent de la pratique. Ils souhaitent une formation sur un mode plus pratique que théorique et abordent comme possibilités : stages dans des structures qui ont l'habitude de recevoir des publics précarisés, stages courts auprès d'assistantes sociales, formations réalisées par des intervenants spécifiques: assistante sociale ou médecins ayant l'habitude de prendre en charge des patients socialement fragiles ou des réseaux /associations. Certains d'entre eux proposent de promouvoir un compagnonnage dans les stages obligatoires de la maquette traitant des populations défavorisées. Certains internes de l'étude qualitative identifient la formation comme un moyen de remettre en cause l'image préfaite qu'ils ont des bénéficiaires de la CMUc (36). Les internes interrogés par L. Petitcollot attendent

de leur formation qu'elle les sensibilise plus aux problèmes rencontrés par les populations défavorisées (35).

4.2.2 LA FORMATION THEORIQUE : UN LEVIER D'AMELIORATION DES CONNAISSANCES ET DES REPRESENTATIONS

Les étudiants qui ont suivi un cours sur les dispositifs d'aide sociale en santé ont significativement de meilleures connaissances sur la CMUc et un score R moins élevé que les autres étudiants.

La formation théorique semble donc être dans notre étude un levier de progrès des étudiants à la fois dans l'amélioration de leurs connaissances et dans la modération de leur sentiment de complexité associé à la CMUc.

La formation théorique médicale, initiale et continue, est reconnue comme un moyen d'amélioration des connaissances des professionnels de santé sur l'organisation du système de santé ; comme un moyen d'amélioration de leurs préjugés à l'égard de populations ciblées, par exemple les bénéficiaires de la CMUc et par extension comme un moyen de lutte contre les ISS.

Dès 1995, l'OMS note l'importance de sensibiliser les professionnels de santé via la faculté de médecine « La 48^{ème} Assemblée mondiale de la santé (...) consciente qu'il est important de réorienter l'enseignement en faveur de la santé pour tous (...) demande instamment aux Etats membres d'étudier la contribution particulière des écoles de médecine à l'instauration de la santé pour tous (...) ». (58).

La commission des inégalités sociales de santé de l'OMS conclue en 2009 que « la formation est une nécessité absolue pour apporter aux professionnels intervenants les compétences qui vont leur permettre de participer à la réduction de ces inégalités »(59)

JF. Chadelat insiste sur la formation médicale continue des professionnels et propose de « remettre à chaque professionnel de santé une fiche synthétique lui rappelant les principes et les finalités de la CMU. Une remise personnalisée lors d'une rencontre avec un Délégué de l'Assurance Maladie serait la méthode à suivre. » (18). La Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale à travers son groupe de travail « Santé et accès aux soins » vise la formation médicale initiale et recommande des formations prenant en compte la

lutte contre les inégalités et l'accès aux soins dans le cadre des enseignements initiaux des étudiants en médecine (44).

Les professionnels de santé confirment cette solution. Le CNOM regroupe les deux formations dans son rapport de la Commission nationale permanente, daté du 5 juin 1999 « Il paraît indispensable qu'une formation initiale soit introduite dans le cursus des études médicales, ce type de formation ne peut être optionnel, car soigner les plus démunis ne peut être facultatif... Elle devrait également être complétée par une formation médicale continue »(60). M.Denantes, médecin généraliste, écrit « Plus largement, l'enseignement universitaire de médecine générale devrait intégrer les données relatives aux inégalités sociales de santé et préparer les futurs généralistes à appréhender ce qui apparaît actuellement comme un grand défi du XXIe siècle ». La faculté doit transmettre des connaissances aux étudiants dès le début du cursus puis tout au long comme moyen de lutter contre le refus de soins et les préjugés (61,62).

Le défenseur des droits dans son rapport, remis au premier ministre en mars 2014, propose pour promouvoir le dispositif CMUc d'« instaurer des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sur les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins et de lutte contre les refus de soins. » (19). Dans le chapitre « Se former pour agir sur les inégalités sociales de santé », les auteurs élargissent encore le public à former pour lutter contre les ISS « il faut former les professionnels intervenants et les décideurs » (9).

L'ensemble, non exhaustif, de ces préconisations traduit le rôle pilier des facultés de médecine en tant que garante de l'organisation de la formation initiale des étudiants en médecine et d'une partie de la formation médicale continue.

4.2.2.1 ETAT DES LIEUX DE LA FORMATION THEORIQUE AU COURS DU CURSUS INITIAL

La formation des actuels et futurs professionnels de santé comme un des moyens de lutte contre les ISS fait l'unanimité, pourtant, seulement un peu plus de la moitié des étudiants de notre étude (54,4%) a reçu un enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé. Cet enseignement est très majoritairement dispensé par la faculté (85,1%).

4.2.2.1.1 LE PROGRAMME OFFICIEL

Nous avons détaillé dans l'introduction les objectifs et le programme officiel du deuxième cycle des études de médecine. Nous rappelons ici dans un premier temps que l'organisation du système de santé et de protection sociale français, la prise en charge adaptée des sujets précaires et l'éthique médicale font partie des objectifs du programme national des études de médecine. Dans un second temps, nous rappelons qu'au cours du deuxième cycle des études médicales, un des objectifs est qu'« en fin de deuxième cycle, tous les étudiants doivent avoir assimilé l'organisation du système de santé et une démarche de santé publique...Les modalités d'enseignement doivent favoriser le développement ... de l'interdisciplinarité... Les enseignements ne doivent pas chercher à couvrir l'ensemble des champs disciplinaires, mais doivent considérer comme essentiel ce qui est fréquent...ou constitue un problème de santé publique » (33). Les inégalités sociales de santé étant reconnues par les instances sanitaires nationales comme un problème important de santé publique, on peut donc penser l'acquisition d'une démarche de santé publique par les étudiants, peut se traduire par leur sensibilisation au vaste domaine des ISS.

4.2.2.1.2 LES CONNAISSANCES SUR LA CMUC TRANSMISES PAR LES LIVRES DE PREPARATION A L'ECN 2014

Nous avons recensé l'ensemble des notions sur la CMUc abordées dans les livres de santé publique, module 1 ou module 3 disponibles dans les bibliothèques de Paris 7, site Bichat et Villemin, traitant le programme en vigueur en juin 2014. Un résumé de ce travail est proposé en annexe.

Nous pouvons conclure que les connaissances transmises par les livres « références » utilisés par les étudiants, sont majoritairement des connaissances factuelles et restreintes du dispositif CMUc, centrées sur les bases de son fonctionnement. La réalité socioéconomique des bénéficiaires de la CMUc, leur consommation de soins, les obstacles nombreux qu'ils peuvent rencontrer dans leur prise en charge ne sont jamais abordées. Les idées préconçues qui leur sont souvent associées (fraudeurs, sur-consommateurs, comportements spécifiques...) ne sont jamais débattues. L'item 46 est très peu traité dans les ouvrages testés. La réalité des d'ISS, les rôles des médecins dans cette problématique, la compétence sociale des médecins n'ont jamais été retrouvées dans les ouvrages testés.

4.2.2.1.3 LES ENSEIGNEMENTS FACULTAIRES

Chaque faculté de médecine a la responsabilité et la liberté d'organiser ses enseignements théoriques. Grâce aux informations recueillies auprès de certaines scolarités (2/7 ont répondu) et des recherches sur les sites Internet de chacune des facultés, nous avons repéré plusieurs enseignements dans lesquels les DCEM4 de l'étude auraient potentiellement été informés sur l'organisation du système de santé et de protection sociale, la présentation des dispositifs d'aide sociale en santé dont la CMUc et plus largement sur les ISS. Notre recherche Internet a été cependant gênée par le chevauchement entre l'ancien programme du deuxième cycle des études médicales valable pour les DCEM4 de notre étude et la mise en application du nouveau programme entrant graduellement en vigueur depuis la rentrée 2013/2014. Néanmoins, les programmes affichés lors de notre recherche pour le niveau DCEM4 ne sont pas modifiés par rapport à celui des DCEM4 de l'étude, les nouveaux programmes en DCEM4 ne seront mis en place qu'à la rentrée universitaire de sept 2015.

A Paris 5 : en DFASM1 (ex DCEM2), l'enseignement « médecine narrative » est obligatoire. Cet enseignement, en place depuis 2009-2010, a pu être suivi par les DCEM4 de l'étude. Il aborde l'empathie et la relation médecin-malade ; il est défini par « l'humanisme et l'empathie ont toujours été reconnus nécessaires pour établir une relation médecin malade de qualité, et l'écoute attentive du patient est enseignée comme la première étape qui permet l'analyse séméiologique et la compréhension du sujet dans son environnement psycho social.»

A Paris 7, Paris 5 et Paris 13, un certificat optionnel intitulé « De l'étudiant médecin au médecin responsable » est proposé en DFASM2 (ex DCEM3). Créé en 2010-2011, il a pu être suivi par les DCEM4 de l'étude. Ce certificat a pour but de faire réfléchir les étudiants sur l'image qu'ils ont de leur rôle de médecin, en particulier du rôle social du médecin, sur le patient dans sa globalité, ses spécificités culturelles, sociales et sur leurs propres représentations de soignants.

A Paris 6 était proposé en DCEM2, un séminaire « relation de soins ». Une garde au SAMU social de Paris est obligatoire, depuis 2008, en DCEM2, pendant le stage urgences réanimation. En DCEM3, il existe un séminaire du tronc commun « pratique de médecine générale », des enseignements optionnels : « prévention et dépistage en médecine générale » et « relation médecin malade ». Tous ont pu être suivis par les DCEM4 de l'étude.

Nous n'avons pas trouvé d'informations sur cette question, valable pour les étudiants de l'étude sur les sites de Paris 11, Paris 12 et PIFO.

Un enseignement de sciences humaines et sociales est proposé aux étudiants en première année de médecine des facultés franciliennes. Il peut être l'occasion d'aborder la relation médecin-patient, l'éthique, le patient dans sa globalité et donc dans ses spécificités socio-culturelles. Mais que reste t-il de cet enseignement aux étudiants, 6 ans plus tard? D'autant plus, qu'à priori les objectifs des étudiants en première année sont plus centrés sur la réussite du concours que sur le développement de leur réflexion sur la prise en charge médicale.

4.2.2.1.4 VALORISATION DU THEME A L'ECN

Nous avons cherché à savoir comment les notions suivantes : la couverture sociale des patients (sécurité sociale, complémentaires santé (mutuelles, assurances, prévoyances, CMUc), AME.), la spécificité de la prise en charge de la précarité, la position sociale des patients étaient interrogées lors de l'ECN, concours clôturant le deuxième cycle des études médicales. Après des recherches exhaustives dans les annales de l'ECN de 2004 à 2014, nous n'avons retrouvé aucune question faisant référence à ces notions. De même, la question de la couverture sociale n'est jamais précisée dans les énoncés des cas cliniques. Pourtant, il existe fréquemment des précisions sur le contexte socioéconomique des patients à travers leur situation familiale, entourage social, contexte professionnel. La problématique de la prise en charge financière des soins n'est mentionnée qu'à travers des situations particulières telles que la prise en charge au titre d'une ALD, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, d'aides financières liées à une reconnaissance de handicap, jamais à travers la CMUc ou l'AME...

Ces connaissances n'ont donc jamais été valorisées en 10 ans d'existence du concours de l'ECN. Or cette absence de valorisation de ces connaissances aux ECN est sans doute un des freins à l'intérêt porté à ces questions et à l'acquisition de ce savoir par les étudiants. Les étudiants apprendront en priorité les questions qui « tombent » et susceptibles de donner un bon classement. Dans la partie qualitative de la thèse d'Irène Mériaux, plusieurs internes témoignent en ce sens : « le premier objectif des étudiants n'est pas de bien se former, mais de réussir leurs examens et leur qualification »(36).

Après avoir analysé ces différents aspects organisationnels de la formation théorique, nous pouvons conclure que le traitement de l'organisation du système de santé, de l'accès aux soins, de l'approche multidimensionnelle du soin, en particulier son approche psychosociale, sont très peu abordées dans le cursus des étudiants en médecine. Il ne suffit pas qu'un sujet soit au programme pour qu'il soit su, encore faut-il qu'il soit enseigné, valorisé et régulièrement répété. Le système universitaire participe à les relayer à un statut de problématiques non enseignables, non évaluables en ne les investissant pas ou peu. « Ces problématiques appartiendraient à une capacité humaine « innée », qu'on ne pourrait pas acquérir ou parfaire si on ne l'a pas. Ce signal émis par l'instance universitaire éloigne d'autant plus les étudiants de cette approche médico-psycho-sociale. » (63) et alimente le poids du curriculum caché que nous avons déjà présenté.

4.2.3 LA FORMATION PRATIQUE, QUELLES INFLUENCES SUR LES CONNAISSANCES ET SUR LES REPRESENTATIONS ?

La formation pratique intervient de différentes manières dans le cursus. Elle peut être à la fois le lieu d'enseignements théoriques traditionnels et le lieu d'enseignements par accompagnement des maîtres de stage auprès des étudiants lors de leur expérience clinique.

4.2.3.1 LA FORMATION PRATIQUE ET LES CONNAISSANCES THEORIQUES :

Dans notre étude, les situations médicales où le statut CMUc a modifié la prise en charge, la participation à des staffs, la rédaction des observations médicales et le stage à l'étranger ou en ambulatoire n'influence pas la moyenne au score C. La formation pratique ne participe donc pas à l'amélioration des connaissances sur les dispositifs d'aide sociale en santé.

Cependant, dans les thèses de L. Petitcollot et d'I. Mériaux, la formation pratique participe à la formation des internes sur la CMUc, par l'ambulatoire essentiellement puis par l'hôpital. Les internes de médecine générale franciliens en dernière année considèrent avoir acquis le plus de connaissances sur la CMUc majoritairement pendant leur stage en ville (60,4%), puis à la faculté, lors d'un cours dédié (20%), en stage hospitalier (9,6%) ou seul (4,1%). Les internes de médecine générale marseillais (de la 1^{ère} à la 3^{ème} année) considèrent avoir

acquis leurs connaissances pour 34% d'entre eux à la faculté, pour 30,4% en ambulatoire et pour 13,6% d'entre eux à l'hôpital. 6,4% considèrent avoir appris seuls et 3,2% citent les médias comme source d'information sur la CMUc. La réalisation d'un stage en ambulatoire en médecine générale et/ou d'un stage aux urgences est retrouvé chez eux comme un facteur influençant de manière significative le score CMUc. La formation pratique en ambulatoire puis hospitalière joue un rôle dans l'acquisition de connaissances sur la CMUc.

L'absence de lien dans notre étude ne saurait remettre en cause la formation pratique comme vecteur de connaissances, mais il doit amener à réfléchir aux pistes d'amélioration de la qualité pédagogique de la formation pratique pendant l'externat. Une des explications qui peut être avancée est que la formation pratique chez nos étudiants est essentiellement hospitalière alors que chez les internes de médecine générale c'est d'abord la formation pratique ambulatoire qui est mise en avant. Cela doit conduire à réfléchir à la « déshospitalisation » de la formation pratique au cours de l'externat.

4.2.3.2 L'HOPITAL, LIEU DE RENCONTRE DES PROBLEMATIQUES SOCIALES ?

Au cours de leur formation pratique, les externes réalisent des stages de 3 mois dans les services hospitaliers affiliés à leur faculté. Les étudiants, suivant leur faculté d'origine, évoluent dans des services hospitaliers accueillant des publics d'origines multiples en fonction du territoire socioéconomique d'implantation de l'hôpital, de sa spécialité... Chaque étudiant aura donc des expériences hospitalières spécifiques où il sera amené à rencontrer des publics d'origine culturelle, socioéconomique diverse, et en particulier des populations fragiles socialement.

Le faible pourcentage d'étudiants (16,1%) évoquant avoir rencontré au cours de stages cliniques hospitaliers une situation de soins dans laquelle le statut CMUc a modifié la prise en charge du patient atteste le faible accès aux problématiques sociales présentées par l'hôpital. Au moment de rédiger une observation médicale, l'externe est le plus souvent autonome, il réalise sa prise en charge personnelle au cours de laquelle il collectera les données qui lui semblent utiles pour son patient. Leurs habitudes de rédaction des observations médicales illustrées dans ce travail le confirment : la majorité des externes ne renseignent pas le statut du patient au regard du remboursement des soins. Même si 5,5% répondent le faire systématiquement quel que soit le patient et tout stage confondu, ce dernier résultat est biaisé par l'existence d'observations médicales déjà pré-remplies où l'on

peut imaginer que les renseignements vis à vis du statut d'assuré social peuvent être demandées et donc systématiquement remplies par l'étudiant. Nous avons tenté de le limiter en précisant « tous stages confondus » mais nous ne pouvons pas l'exclure.

Au cours des stages cliniques hospitaliers, l'externe est très peu amené à s'interroger sur les conditions de vie socioéconomiques du patient et de sa couverture sociale en particulier. En effet, du fait de la répartition des tâches, ce sont plutôt les internes et les médecins qui sont le plus souvent confrontés dans leur prise en charge à interroger ces conditions de vie des patients au moment par exemple de la préparation d'un transfert dans une unité de post hospitalisation pour laquelle le statut de la couverture sociale a une importance. De plus, dans les services hospitaliers, il y a le plus souvent une assistante sociale qui assure la majorité de la prise en charge des problèmes sociaux, en particulier de la couverture sociale. Les médecins ne sont pas les premiers acteurs. L'externe est le témoin de cette séparation des « tâches » pendant toute sa formation pratique hospitalière où la prise en charge du patient est dichotomisée en une prise en charge médicale (diagnostic, thérapeutique...) par les médecins, et en une prise en charge sociale par les assistantes sociales du service. Il n'a que rarement un exemple de prise en charge globale.

L'hôpital n'apparaît donc pas être le lieu de stage clinique idéal pour que les étudiants puissent s'initier au modèle biopsychosocial. L'organisation hospitalière permet peu à l'étudiant de compléter, mettre en pratique et réactiver ses éventuelles connaissances, acquises au cours de sa formation théorique sur les problématiques sociales. L'enseignement hospitalier, par opposition à l'enseignement facultaire n'améliore pas significativement le score C des étudiants.

Malgré tout, la plupart des services hospitaliers organisent des staffs médico-sociaux auxquels les externes peuvent être conviés. Ces réunions sont des moments privilégiés au cours desquels l'étudiant va pouvoir se confronter un peu plus à la réalité socio-économique des patients et en mesurer plus précisément ses conséquences. Il va pouvoir entre-apercevoir ce que signifie une prise en charge globale du patient, dans ces dimensions socio-médicales et approcher le travail pluri professionnel. Cette participation aux staffs est très importante car elle sensibilise l'étudiant à la problématique sociale. En effet, les étudiants ayant participé à ces staffs renseignent significativement plus dans leurs observations médicales, le statut du patient vis à vis de sa prise en charge sociale des soins, si ce dernier leur semble vulnérable. L'étudiant, indépendamment de son sénior, va relier sa prise en

charge médicale au contexte social. Par contre, la participation aux staffs n'améliore pas dans notre étude les connaissances élémentaires sur le dispositif CMUc.

Il paraît donc indispensable que le stage clinique à l'hôpital favorise la participation des externes à des réunions de service. D'autant plus que ces futurs professionnels travailleront de plus en plus au sein d'organisation pluri professionnelles regroupant tous les acteurs du sanitaire et du social, médicaux paramédicaux, autres professions. Les étudiants ont donc un réel intérêt à découvrir ces professions sociales le plus tôt dans leur cursus.

4.2.3.3 ET EN STAGE AMBULATOIRE ?

De notre point de vue, au cours du stage ambulatoire, l'externe, à travers l'observation de la consultation de soins primaires, peut plus facilement qu'à l'hôpital approcher l'intrication de la question sociale dans la prise en charge médicale. Il est témoin des problématiques sociales que le généraliste doit savoir mesurer et découvre l'organisation sociale de l'ambulatoire dans laquelle le médecin, généraliste en particulier, est un des interlocuteurs privilégiés, et dans laquelle le généraliste partage de manière plus équilibrée avec l'assistante sociale la gestion des problèmes sociaux des patients.

Ce stage en ambulatoire de médecine générale est l'occasion de découvrir les spécificités de la prise en charge globale d'un patient en médecine générale, et plus largement en ambulatoire. D'une durée de six à huit semaines à temps plein, de six à douze à mi-temps, ses objectifs sont fixés par arrêté ministériel; ils comprennent entre autres (34) :

- Appréhender les conditions de l'exercice de la médecine générale en structure ambulatoire
- Appréhender la prise en charge globale du patient en liaison avec l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une structure ambulatoire de premier recours
- Appréhender la relation médecin-patient en médecine générale ambulatoire et la place du médecin généraliste au sein du système de santé
- Se familiariser avec la démarche de prévention et les enjeux de santé publique
- Appréhender les notions d'éthique, de droit et de responsabilité médicale en médecine générale ambulatoire

Malgré l'intérêt évident de ce stage en ambulatoire, le constat dans notre étude est clair. Seulement une minorité d'étudiants (35,9%) a pu découvrir la médecine de ville à travers le stage en ambulatoire, pourtant obligatoire pour tous les étudiants dans leur première ou deuxième année d'externat et 269 étudiants déclarent ne pas avoir pu réaliser ce stage par manque d'opportunités dans leur faculté.

Il ne concerne au final que très peu d'étudiants, alors que cette occasion est unique au cours du cursus de l'externat (un seul stage en ambulatoire est proposé contre 11 à 12 stages en services hospitaliers) et fondamentale car elle permet de découvrir la médecine non hospitalière. Pour les étudiants qui ne choisiront pas la spécialité « médecine générale » à l'internat, ce stage représente la seule expérience de médecine ambulatoire au cours de leur formation initiale, alors même que la majorité d'entre eux exerceront en ambulatoire. Ils doivent donc obtenir pendant leurs études initiales les compétences génériques nécessaires à intégrer et gérer le versant social inhérent au médical dans leur futur proche de professionnel de santé. Tout aussi préoccupant, les étudiants se destinant à un exercice hospitalier strict et n'ayant pas réalisé ce stage ambulatoire ne se seront jamais confrontés à ses spécificités, pourtant l'interaction ville-hôpital est un problème récurrent dans les parcours de soins des patients.

Cette faible proportion d'étudiants ayant réalisé un stage en ambulatoire et le nombre d'étudiant n'ayant pas pu le réaliser par manque d'opportunité pose le problème du nombre de maîtres de stage en ambulatoire mais aussi celui des modalités du stage : seuls les étudiants volontaires le découvriront, les autres resteront étrangers à la médecine de ville et ses spécificités. Si ce stage n'est pas obligatoire, les non intéressés ne découvriront jamais spontanément l'ambulatoire.

Dans notre étude, la réalisation d'un stage chez un médecin généraliste n'améliore pas le score C de manière significative. Ce manque de significativité est surprenant, effet, les connaissances testées par notre score C sont des connaissances concrètes abordant les obligations des médecins en ambulatoire liées à la CMUc, facilement accessibles en consultation plus qu'à l'hôpital. Le stage en ambulatoire n'influe pas le score R.

Ce manque de significativité du stage ambulatoire à la fois sur le score C et le score R peut être une conséquence de ses modalités pendant l'externat : il ne dure que 3 mois à temps partiel, alors qu'il dure 6 mois renouvelable 1 à 2 fois pendant l'internat de médecine

générale. Son impact sur les connaissances de la CMUc et sur les représentations à l'égard de ces bénéficiaires dépend fortement du terrain de stage. En fonction de la localisation géographique du cabinet, en fonction des pratiques du maître de stage à recevoir ou non les bénéficiaires de la CMUc, l'étudiant aura plus ou moins d'occasion d'être confronté aux bénéficiaires de la CMUc et ainsi de compléter ses connaissances sur la CMUc et de s'ouvrir à cette population. D'ailleurs, dans notre étude, les externes qui ont validé le stage ambulatoire répondent dans les mêmes proportions à la question 17 « hôpital » ou « ville ». Une des façons de moduler cette limite serait de multiplier le nombre de terrain d'accueil au cours du stage en ambulatoire, mais il n'y a déjà pas suffisamment de terrain de stage pour tous les externes. Pour l'instant, la majorité des étudiants a réalisé son stage sur un seul terrain de stage (55,6%) ; 25,5% l'ont réalisé sur deux endroits, 15,9% sur 3. Enfin, seulement 35,9% des étudiants ont réalisé ce stage ce qui rend plus difficile la mesure de son efficacité sur le score C et le score R.

Malgré ce résultat, le stage ambulatoire doit rester une priorité à développer au sein de la formation médicale initiale. Dans sa thèse, I. Mériaux identifie entre autre la réalisation d'un stage en ambulatoire en médecine générale comme un facteur influençant de manière significative le score CMUc chez les internes Marseillais. Dans sa thèse, L. Petitcollot retrouve deux facteurs influençant positivement les représentations des internes franciliens à l'égard des bénéficiaires de la CMUc directement en lien avec l'ambulatoire. Tout d'abord, l'image de leur premier souvenir avec un bénéficiaire de la CMUc ($p=0,03$). Un premier souvenir positif diminue la probabilité d'avoir une représentation négative des bénéficiaires de la CMUc, $OR=0,16$; et inversement, $OR=0,28$. Ce premier souvenir arrive tardivement dans le cursus, seulement 15% des étudiants le situent lorsqu'ils étaient externes, mais ils se forment majoritairement en ambulatoire (77,4%) contre 25,2% à l'hôpital. Puis, la fréquence des rencontres de patient CMUc ($p=0,18$), les internes ayant rencontrés souvent des bénéficiaires de la CMUc ont globalement plus de représentations positives. Même si la localisation de ces rencontres n'était pas demandée, on peut facilement penser que l'ambulatoire y est joué un rôle non négligeable, en particulier au vu de la localisation du premier souvenir....

L'impact de la formation pratique sur les représentations des étudiants à l'égard de population socialement vulnérable a été montré aussi par J Salle. Dans sa thèse, plus les étudiants en médecine sont avancés dans leur cursus, plus ils sont nombreux à accuser

« d'abus voire de fraude les bénéficiaires de l'AME » et ces représentations sont aggravées lors du passage en stage ambulatoire de niveau 1.

Chez les étudiants plus âgés, le stage ambulatoire influe donc en fonction des études les connaissances et les représentations des internes à l'égard des bénéficiaires de la CMUc. Au vu de ces impacts identifiés chez les internes, l'absence d'action du stage ambulatoire dans notre étude ne peut qu'inciter à augmenter le nombre d'étudiants concernés par ce stage et poursuivre la réflexion sur le déroulement du stage clinique pendant l'externat.

Dans la littérature s'intéressant aux facteurs influençant les représentations des étudiants en médecine sur les inégalités sociales de santé et leurs attitudes à l'égard des populations précaires, le terrain du stage pratique est pointé comme déterminant.

4.2.3.4 INFLUENCE DU LIEU DE STAGE AMBULATOIRE

4.2.3.4.1 EN MILIEU FAVORISE ET MILIEU DEFAVORISE.

La fréquence des rencontres avec les bénéficiaires de la CMUc influence positivement dans l'étude de L. Petitcollot les représentations des internes. Elle rapporte une étude américaine analysant les répercussions de la participation de certains étudiants à un programme d'enseignement, avec des stages pratiques en milieu défavorisé: 8 ans plus tard, ces étudiants travaillent plus en milieu défavorisé que les étudiants ayant suivi un cursus normal. Les stages les ont donc sensibilisés à la prise en charge des populations précaires, puisqu'ils ont même choisi d'y travailler.

Dans notre travail, les étudiants déjà témoins de situations de soins dans lesquelles le statut CMUc a modifié la prise en charge médicale ont un score R significativement plus positif que les autres étudiants, le score C n'étant pas modifié significativement. La participation aux staffs majore aussi significativement la perception de complexité de traitements des bénéficiaires de la CMUc sur les plans socio-administratifs.

En fonction des travaux, la rencontre avec la population bénéficiaire de la CMUc agit, positivement parfois négativement, sur les représentations des étudiants vis à vis des bénéficiaires de la CMUc. Cette rencontre n'est donc pas sans effet. Or, il n'est plus à démontrer que la répartition des bénéficiaires de la CMUc est très hétérogène en France et à l'échelon francilien : le taux de bénéficiaires de la CMUc au sein de la patientèle d'un médecin est directement corrélé positivement à celui de la commune d'exercice. Au delà de la proportion de bénéficiaires de la CMUc dans la commune du médecin généraliste, l'environnement socioéconomique de la commune d'exercice et des communes avoisinantes du cabinet impacte la proportion de bénéficiaires de la CMUc dans la patientèle d'un généraliste. (64)

Cette disparité se retrouve aussi en fonction des médecins. En 2008, l'IRDES montre une grande variabilité dans la proportion des bénéficiaires de la CMUc dans la patientèle des médecins, généralistes en particulier. « La part de clientèle CMUc chez les praticiens libéraux est en moyenne de 8,2 % en 2006, elle est supérieure à 10 % pour un quart d'entre eux, inférieure à 5,6 % pour la moitié d'entre eux et inférieure à 3,1 % pour un quart d'entre eux. Il est exceptionnel que des médecins ne reçoivent pas de bénéficiaires de la CMUc. Cette étude met en avant un fait important de « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées dans la clientèle CMUC, qui se déplace en provenance des communes avoisinantes plus riches. ». (64)

Cette étude montre aussi que les bénéficiaires de la CMUc sont proportionnellement moins nombreux dans la patientèle des médecins à honoraires libres : Les praticiens secteur 2 ont en moyenne des taux de bénéficiaires de la CMUC 1,4 fois moins élevés que les praticiens à honoraires conventionnés

Enfin, les différents comportements discriminants imputables à la CMUc sont plus souvent signalés (18,19,41,46), chez les généralistes en secteur 2.

Il paraît donc fondamental de réfléchir à mixer dans les maquettes de stages ambulatoires des terrains de stages dans des territoires défavorisés et des territoires favorisés, dans des structures secteur 1 et secteur 2, dans des structures libérales et salariées... afin de promouvoir les rencontres entre les étudiants en médecine et les populations précaires.

Les étudiants sont demandeurs cette diversité de terrains de stages : J. Faya dans son travail de thèse indique que 82% des étudiants sont motivés pour réaliser un stage dans une

structure recevant des populations en grande difficulté (65). I. Mériaux retrouve cette demande.

Dans notre étude, les stages à l'étranger n'influent pas significativement ni les connaissances sur la CMUc ni le sentiment de complexité de la gestion de bénéficiaires de la CMUc en consultation, mais, les effectifs partis à l'étranger sont faibles. Cependant, G. Deschamps, dans une enquête rétrospective menée auprès de 62 jeunes médecins, spécialistes en médecine générale ou dans une autre spécialité, ayant vécu une expérience humanitaire au sein d'organismes français pendant leur formation médicale initiale ou en tout début de carrière, révèle entre autres choses que « les attitudes des praticiens à l'égard des différentes cultures et des populations vulnérables vivant dans des conditions de précarité, changent foncièrement ; 72% reconnaissent que cet échange socioculturel a modifié leur approche clinique » Il conclue que « les capacités interculturelles sont réellement enrichies, que le savoir-faire en terme de communication verbale et non verbale, ainsi que les attitudes d'écoute et de respect à l'égard de l'étranger représentent les acquis fondamentaux d'une mission humanitaire ». « Le stage clinique à l'étranger offre à l'étudiant de s'immerger et d'être acteur dans un autre système de soins. Cette confrontation à une autre organisation des soins lui permet de prendre du recul à l'égard de son propre système de santé et de mieux en comprendre les avantages et inconvénients » (66).

Cela devrait amener à réfléchir à la possibilité de développer les stages à l'étranger au cours du cursus médical et ce dès l'externat.

4.2.3.4.2 LES TERRAINS DE STAGES NON MEDICAUX

L'université Paris 6 a mis en place depuis 2008, à destination des DCEM2, un stage obligatoire au sein du Samu social de Paris. Il se constitue d'une nuit d'observation : double-écoute des appels au 115 et intégration d'une équipe mobile d'aide pour participer à une maraude. L'objectif principal annoncé de ce stage « n'est pas tant un apprentissage médical et technique, mais plutôt un apprentissage humain, d'empathie et d'écoute. Le but ultime de cette nuit d'observation est que les étudiants se rendent compte à nouveau que ces sans-abri, croisés dans nos rues, quartiers et stations de métro quotidiennement, sont avant tout des êtres humains, le plus souvent en mauvais état physique et psychologique, méritant tous nos soins et toute notre attention. » (67)

Les étudiants ayant réalisé cette nuit au Samu social de Paris ont une meilleure connaissance de l'institution et de la prise en charge sociale du patient. Ils sont majoritairement satisfaits de leur expérience et traduisent un réel enrichissement personnel et humain. C. Hoffmann conclue sur l'importance de formaliser cette formation pratique extra médicale : qu'elle soit incluse de façon systématique au cours du DCEM, sous forme de stages pratiques en priorité avec un enseignement succinct et adapté, réalisé par des spécialistes du secteur social (assistants sociaux, sociologue), et que cette formation soit faite par des structures professionnalisées, ayant une réelle capacité de formation et d'apprentissage pour des étudiants en médecine (67).

Nous n'avons retrouvé en Ile-de France aucune autre expérience de stage en milieu « socio-humanitaire », non médical, non hospitalier.

Des stages courts d'observations avec des travailleurs sociaux à l'hôpital, en ville (assistantes sociales des CCAS, des conseils généraux, des réseaux, de la sécurité sociale, de la caisse d'allocation familiale...), avec des éducateurs au sein d'associations à vocation sociale seraient des pistes à explorer.

Quel que soit le lieu des stages pratiques, au vu de la littérature et de nos résultats, il semble important de favoriser la diversité des terrains d'accueil des étudiants au cours de leur cursus. Ces stages doivent être des moments privilégiés pour faire découvrir aux étudiants en médecine les réalités socioéconomiques des populations précaires, qu'ils méconnaissent voire ignorent très souvent ; pour les stimuler à remettre en cause leurs représentations sociales souvent décalées de leur milieu social d'origine, favorisé pour la plupart d'entre eux ; pour les former à une réflexion globale du patient et à l'empathie.

La formation pratique à travers ces rencontres avec les populations précaires, dans des milieux diversifiés fait varier les représentations des étudiants à l'égard de ces populations et peut faire varier leurs connaissances. Elle doit donc être prise en compte au même titre que la formation théorique universitaire et ses modalités et son accompagnement doivent être réfléchis .

4.2.4 LA RESPONSABILITE DES FACULTES DE MEDECINE DANS LES APPRENTISSAGES DES ETUDIANTS AUTOUR DES ISS.

4.2.4.1 TRANSMISSION DE CONNAISSANCES ELARGIES

Les DCEM4 ont des connaissances intermédiaires du fonctionnement élémentaire de la CMUc. Le peu d'étudiants donnant une bonne approximation du plafond CMUc, le peu d'étudiants sachant que les bénéficiaires de la CMUc ont une consommation globale de soins de ville supérieure, le pourcentage écrasant d'étudiants répondant que les fraudes sont préoccupantes viennent confirmer qu'ils n'ont qu'une très faible connaissance de la réalité socioéconomiques des bénéficiaires de la CMUc, de leurs consommations réelles de soins, de l'importance des fraudes.

Pourtant, simultanément, ils sont déjà majoritaires à penser les bénéficiaires de la CMUc plus difficiles à traiter en consultation qu'un autre patient, tout particulièrement sur les plans « social » et « administratif ». 8 étudiants sur 10 jugent préoccupantes les fraudes au dispositif. Enfin, aucun lien n'est établi entre le niveau de leurs connaissances sur le fonctionnement de la CMUc et leurs préjugés.

Chez L.Petitcollot, le niveau de connaissances théoriques sur la CMUc n'a pas été retrouvé comme un facteur influençant les représentations des internes vis à vis des patients bénéficiaires de la CMUc, $p=0,81$. Parallèlement, 23,8% d'entre eux pensent que les difficultés ressenties dans la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc viennent de leur méconnaissance de la CMUc. Chez I.Mériaux, les connaissances sur la CMUc n'influent pas les représentations négatives des internes de médecine générale marseillais à l'égard des bénéficiaires de la CMUc, $p= 0,69$. Alors que chez les internes de médecine générale franciliens ou marseillais, les connaissances du dispositif CMUc sont moyennes à bonnes en fonction des internes, les représentations à l'égard des bénéficiaires de la CMUc sont loin d'être absentes.

Ces 3 constats identiques chez les plus jeunes et moins jeunes étudiants en médecine nous font conclure que les connaissances sur la CMUc, interrogées dans les questionnaires n'influent pas sur le fait d'avoir des représentations négatives à l'égard des bénéficiaires de la CMUc. Or, ces 3 travaux n'interrogent que des connaissances élémentaires et organisationnelles du fonctionnement du dispositif : conditions d'obtention, conditions de

consultations pour le médecin... Peut-être que l'absence de lien résulte du fait que les connaissances testées et transmises lors de la formation initiale très techniques sont décalées par rapport à celles qui aideraient les étudiants à moduler leurs préjugés souvent négatifs à l'égard des bénéficiaires de la CMUc et développer leur compétence sociale?

L'amélioration significative des connaissances et des représentations chez les étudiants qui ont suivi un cours sur les dispositifs d'aide sociale en santé conforte l'idée que le contenu des cours a un ascendant non négligeable sur les connaissances ; ce qui était attendu, mais aussi sur les représentations, ce qui l'est moins. Les contenus doivent donc faire l'objet d'une attention forte.

Les connaissances « fonctionnelles pratiques » sont importantes ; le médecin doit maîtriser un socle de connaissances sur les dispositifs d'aide sociale en santé, leurs objectifs et leur fonctionnement de base afin de pouvoir orienter correctement ses patients dans le système de santé, les aider à gérer ces dispositifs de santé. Mais le contenu des cours devrait probablement aussi être élargi à la transmission aux étudiants, des connaissances acquises et objectives sur les caractéristiques des bénéficiaires de la CMUc, leur état de santé, leurs environnements socio-économiques, culturels, leurs comportements de soins. La faculté doit donner aux étudiants les moyens de mieux identifier, comprendre et prendre en charge les problèmes rencontrés par ces populations. « Nous devons améliorer les connaissances de nos étudiants sur le système de santé, sur la CMUc et l'AME et sur les études quantitatives s'y référant » (60)

4.2.4.2 PREPARER LE FUTUR PROFESSIONNEL DE SANTE A APPREHENDER LA REALITE COMPLEXE DES PATIENTS

Les attentes des patients et plus largement celles de la société à l'égard de la relation médecins-patients se diversifient du fait en particulier des évolutions du contexte socio-économique et ses retentissements sur la population. Le médecin n'est plus seulement attendu comme un technicien de la santé mais aussi comme un professionnel de la prise en charge de l'individu dans sa totalité, dans sa complexité. Les patients, la société, les instances décisionnaires et politiques demandent de plus en plus au médecin d'incarner le nouveau paradigme de la santé le modèle médico-psycho-social versus le modèle biomédical. (3,53,68)

La formation des étudiants devrait pouvoir répercuter et promouvoir explicitement ces nouvelles attentes sociétales dans ses programmes d'enseignement afin que les étudiants, nouvellement formés par la faculté de médecine, puissent être au niveau de ces nouvelles exigences et de ces qualités diversifiées que l'on attendra d'eux. « Dès lors que la communication et l'éthique, tout comme le raisonnement clinique et les gestes techniques, ne sont plus perçus comme des habiletés innées mais plutôt comme des compétences professionnelles à acquérir et à évaluer lors de la formation, il devient obligatoire d'envisager un enseignement, un apprentissage et une évaluation davantage structurés. Le défi actuel de l'enseignement clinique est celui d'intégrer de façon explicite l'ensemble des dimensions de la compétence professionnelle » (53),(68)

La formation initiale a pour but d'éviter aux professionnels des « anticipations négatives » vis-à-vis de certains groupes de patients, conduisant parfois à des soins de moindre qualité. (11) H. Falcoff rapporte une étude américaine de 2006 concluant que sous certaines conditions, les individus peuvent consciemment écarter les a priori associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale. Un professionnel de santé est moins influencé par ses a priori s'il a pris conscience de leur existence, s'il est fortement motivé pour les remplacer par des informations objectives et s'il dispose du temps et des ressources cognitives suffisantes pour accomplir ce travail.(9)

Former les professionnels de santé à repérer et intégrer les conditions sociales dans leur démarche médicale, à identifier leurs a priori et à les critiquer semble donc être un des éléments clé de l'acquisition d'une « compétence sociale » par le corps médical. Cela semble être un des axes pour développer un système de santé universel et équitable pour tous : « l'équité des soins vise à les délivrer de manière proportionnelle aux besoins, qui sont plus importants chez des groupes sociaux défavorisés : le médecin a donc un rôle une fois l'accès aux soins réaliser de donner le soin le plus adapter au patient. Il doit de plus connaître son système de soins pour pouvoir correctement orienter les patients en fonction de leurs besoins sociaux le tout dans l'objectif d'une meilleure prise en charge de sa santé » (9). Le défenseur des droits conclue dans son rapport de 2014 « La mise en place de modules de formations et de sensibilisation des professionnels de santé au cours de la formation initiale et lors de la formation continue permettrait de déconstruire les stéréotypes et de mieux les préparer pour l'accueil des publics précaires »(19)

Une étude menée à Chicago entre juillet 2008 et avril 2010 chez des étudiants en quatrième année de médecine a évalué l'efficacité d'une formation théorique de 4 heures sensibilisant

les étudiants à l'impact de l'environnement singulier d'un patient (environnement social, culturel, politique, religieux...) sur sa prise en charge et aux conséquences sur la prise en charge thérapeutique de sa non prise en compte. Au terme de cette étude, les étudiants qui ont suivi la formation contextualisent plus le patient dans son environnement singulier, 90% versus 62% et adaptent plus leur prise en charge thérapeutique à l'environnement dépisté, 69% versus 22%. (69)

La formation médicale doit donner « des outils aux étudiants pour gérer des situations médico-sociales difficiles » dans un objectif d'« éviter les situations d'échec, sources de souffrance pour le soigné, bien sûr, mais aussi pour le soignant qui risque de réagir par le rejet du patient » (60) Elle doit permettre à l'étudiant de développer une compétence professionnelle multidimensionnelle regroupant des compétences théoriques, de communication, d'éthique et de travail collaboratif.

4.2.4.3 L'ORGANISATION DE LA FORMATION PAR LES FACULTES

Nous l'avons vu précédemment, l'enseignement théorique sur les dispositifs d'aide sociale en santé au cours du cursus initial est un vecteur solide de savoir. 85,1% des étudiants ont reçu ce cours à la faculté. Le cadre d'enseignement apparaît être important puisque les cours à la faculté améliorent significativement le score C alors que les cours à l'hôpital ne l'influencent pas significativement. Cependant, l'effectif 4 fois moins important des cours reçus à l'hôpital peut limiter l'interprétation de ce résultat.

La formulation de la Q20 ne nous permettait pas malheureusement de savoir si le stage ambulatoire de médecine générale est aussi un vecteur de transmission de connaissances sur ce thème. En effet, 36% des DCEM4 ont fait un stage ambulatoire ; il aurait été intéressant d'ajouter une modalité de réponse « Oui, en ville » et ainsi de vérifier si ces étudiants ont plus appris sur cette problématique en ville qu'à l'hôpital ou à la faculté.

Chez les étudiants en médecine plus âgés, la faculté est aussi mentionnée comme lieu d'apprentissage : par 20% des internes interrogés par L.Petitcollot et 34% des internes interrogés par I.Mériaux. La formation théorique universitaire joue donc un rôle fondamental, chez les plus jeunes et les plus âgés, cela est concordant avec leur formation théorique majoritairement universitaire. Mais la formation pratique, par l'ambulatoire, puis

par l'hôpital est aussi notée comme lieu de leur formation. Cela implique de réfléchir aussi à l'enseignement pendant celle-ci.

Les facultés de médecine semblent porter une responsabilité importante dans les apprentissages des étudiants en médecine autour des ISS. Elles sont autonomes pour organiser les enseignements à la faculté et en lien avec l'hôpital afin de permettre aux étudiants d'atteindre les objectifs nationaux du deuxième cycle. Chaque faculté choisit les contenus des enseignements, le type, les modalités optionnelles ou obligatoires, les intervenants, l'évaluation, le moment du cursus... autant de paramètres qui influent fortement le résultat final : la sensibilisation des étudiants en médecine à l'organisation du système de santé, dont les dispositifs d'aide sociale en santé, aux ISS et in fine à leur compétence sociale.

Ces choix organisationnels ne sont pas anodins. Nous l'illustrons par un résultat d'I. Mériaux : les étudiants se déclarant intéressés par un cours sur ce thème ont tendance à avoir de meilleures connaissances sur les inégalités sociales de santé que les autres ($p=0,22$). Dans notre étude, seulement 57,5% des étudiants ont suivi un cours abordant les dispositifs d'aide sociale en santé. On peut supposer que si le cours avait été obligatoire dans le cursus 100% des DCEM4 auraient abordé ce thème en fin d'externat. Cette question du pourcentage d'étudiant touché par un cours dédié est d'autant plus importante que notre étude démontre que le suivi de cet enseignement améliore à la fois les connaissances et aussi les représentations des difficultés renvoyées par les bénéficiaires de la CMUc.

Le choix de la faculté de positionner les cours en tronc commun ou facultatifs, en particulier sur la problématique sociale est donc fondamental. Affectés de l'option « facultative », les cours ne seront évidemment suivis que par une partie des étudiants, les connaissances associées ne seront donc pas transmises à l'ensemble de la population étudiante. De plus, ils seront choisis par des étudiants intéressés par le thème et donc déjà sensibilisé par le sujet. Positionner des cours abordant ces sujets en obligatoire permettrait d'annuler ce biais.

Cette question d'obligation au cours du cursus concerne aussi le stage en ambulatoire, comme nous l'avons abordé précédemment.

Dans notre étude, il existe une différence significative au score C en fonction des facultés. Il faut remarquer que Paris 6 qui obtient la meilleure moyenne au score C, propose plus souvent des enseignements abordant la prise en charge globale du patient par rapport aux autres facultés : en DCEM2, en DCEM3 ; en modalité « tronc commun » ou « optionnel » ;

cette observation comporte des limites tenant d'une part à la mise à jour ou non des sites Internet des facultés consultés et d'autre part au nombre de services de scolarités répondeurs, 2 sur 7, dont celui de Paris 6.

Paris 6 est aussi la faculté parisienne la plus référencée comme encadrante de thèses sur les problématiques sociales dans la médecine, dans nos recherches bibliographiques. Enfin, nous notons aussi que seule Paris 6 a mis en place une nuit obligatoire au Samu sociale.

Cela mériterait un travail de fond complémentaire examinant précisément les programmes, les thèmes, les modalités d'enseignement (type, enseignant, obligatoire, moment dans le cursus...) afin d'identifier si un profil d'enseignement est plus efficace qu'un autre et ainsi d'évaluer comment les facultés peuvent participer au mieux à la lutte contre les méconnaissances et les représentations des étudiants sur les problématiques sociales, dont la CMUc.

A l'issue d'une étude menée à l'université catholique de Louvain sur la mise en place d'une formation au cours des 3 années du second cycle des études médicales belges avec pour thème : « la formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine », V. Godin constate la difficulté « d'intéresser les étudiants du deuxième cycle à cette problématique et à la rencontre de l'interdisciplinarité, par opposition à leur engouement pour les matières traditionnelles scientifiques ». Elle se demande si organiser un enseignement formel sur ce sujet suffirait « à faire intégrer ces champs dans leur prise en charge ». La formation a comme objectif de d'«outiller» les futurs médecins pour un travail clinique qui intègre aussi les réflexions éthiques, déontologiques, etc. Mais cet apprentissage formel est-il à lui seul capable de faire évoluer l'identité même du futur médecin ? » Est-il capable de transformer un médecin qui applique les principes éthiques en un médecin qui a «viscéralement intégré l'éthique à son identité » (55).

4.2.4.4 QUELS TYPES D'ENSEIGNANTS

Les cours reçus par les DCEM4 ont été transmis principalement par des enseignants universitaires (97,7%) tandis que les travailleurs sociaux ne sont cités que par 14,1% des étudiants et les médecins de ville par 7,1%. Cela illustre bien la faible diversité des

enseignants intervenant en faculté de médecine sur des sujets pourtant non strictement médicaux et sur lesquels nous pourrions attendre des professionnels du social, expert en la matière pour la présenter aux étudiants. Même si ces réponses peuvent être limitées par un biais de mémorisation, illustré par les 7, 1% des étudiants ayant déclaré avoir reçu un cours sur les dispositifs d'aide sociale et qui n'ont pas précisé par qui.

Pourtant, le statut de l'enseignant apparaît déterminant à la vue de nos résultats. En effet, seuls les travailleurs sociaux et universitaires de santé publique font modifier significativement le score C. Seuls les cours donnés par les travailleurs sociaux diminuent significativement le score R. Le lieu d'intervention privilégié des travailleurs sociaux pour l'enseignement sur les dispositifs d'aide sociale en santé n'est pas la faculté de médecine, mais l'hôpital.

Tout au long de ces études, la formation universitaire demande en réalité à l'étudiant un travail d'abstraction du patient. « L'apprentissage des enjeux humains et sociaux de la médecine est actuellement secondaire dans les études médicales... » Comment faire « apercevoir aux étudiants en médecine le « changement de registre » entre le traitement de la maladie et la prise en charge du malade qui est nécessaire à l'art médical ? » (63)

C. Lefèvre, maître de conférences en philosophie, promeut l'augmentation de la part des sciences humaines et sociales dans la formation initiale des médecins en tant que discipline introduisant un travail de liaison et de décloisonnement disciplinaire, une pluralité de regards historique, anthropologique, sociologique, philosophique, éthique, psychologique » sur la prise en charge médicale. (63)

Cette idée d'ouvrir la formation médicale initiale à d'autres champs pour améliorer les apprentissages des étudiants est aussi reprise par J. Faya, interne de médecine générale. « Les professionnels des sciences sociales (sociologues, ethnologues, anthropologues, psycho- logues) ont ici une place privilégiée à tenir aux côtés des professionnels de santé. De même l'économie de la santé, le droit de la santé, l'éthique et la déontologie, l'épidémiologie, la santé publique méritent effectivement au moins autant que la biophysique, l'anatomie ou la physiologie, de faire partie des connaissances communes aux professionnels de santé. Les dangers du médico-centrisme seront ainsi atténués. »

Une autre approche des formations des professionnels de santé sur la Santé et la lutte contre l'exclusion est le « croisement » des savoirs des médecins et des patients. Le patient devient formateur du médecin. Déjà en 2002, D. Fayard propose la co-formation comme moyen de

lutter contre la pauvreté et de « reconstruire une réciprocité citoyenne » Il part du constat que de « nombreux professionnels confrontés à des situations de grande pauvreté sont souvent mis en échec dans leur approche de ces réalités. » et qu' « une des causes du handicap des professionnels pour œuvrer efficacement dans la lutte contre la grande pauvreté et l'exclusion sociale, c'est qu'ils l'abordent tels qu'ils ont été façonnés eux-mêmes par leur histoire personnelle (le plus souvent étrangère au monde de la misère) et par le cursus de leur formation scolaire et universitaire... universités qui transmettent rarement un savoir éprouvé sur la grande pauvreté et encore moins le savoir acquis par les très pauvres eux-mêmes »(55)

Citons l'exemple du réseau santé précarité de Chambéry. Entre 2005 et 2006, il s'est appuyé sur les démarches initiées par ATD Quart Monde et a participé à l'élaboration de 3 formations entre des professionnels exerçant dans le champ de la santé et des personnes avec l'expérience de très grandes difficultés sociales. Dans ces formations, chaque acteur apporte ses savoirs, qui sont classés en savoir universitaire, savoir d'actions issues de pratiques professionnelles et le savoir issu de l'expérience vécue. La clé de voûte de ses formations est l'apprentissage à travers les débats, les échanges, les confrontations des connaissances de chacun. L'évaluation de cette formation a été particulièrement positive. « Des professionnels expriment un changement de leurs représentations. Ils notent mieux comprendre les réactions des personnes en difficultés, mais aussi de patients « tout venant » » et « Les personnes qui ont une expérience de vie difficile en retirent aussi de nouvelles connaissances, une fierté certaine, et une meilleure confiance en elles face aux professionnels dont elles comprennent aussi mieux les limites de leurs champs d'action. »(69)

L'intérêt de ces formations semble résider dans la création de liens entre patients vulnérables et professionnels de santé et dans la valorisation d'une compréhension mutuelle nécessaire. Les personnes les premières concernées par une problématique sociale peuvent donc être enseignantes pour les professionnels de santé et inversement.

Il paraît fondamental à la lecture de ces travaux d'amener l'étudiant à développer des façons diverses de penser, penser entre autres « la médecine de manière plus complète, plus complexe et plus concrète », à comprendre « que la médecine n'est pas abstraite de la vie et de la société » Cela passera obligatoirement par l'ouverture des amphithéâtres de médecine à des disciplines telle que les sciences humaines et sociales, l'économie de la santé, la psychologie...(63)

Parallèlement, à cette question de l'ouverture de la formation médicale initiale à des disciplines non médicales, se pose celle du modèle de soignant renvoyé par les enseignants et encadrants des stages, en particulier par les médecins hospitaliers, principaux formateurs au cours de la formation clinique et théorique des étudiants et celle de leur formation en tant qu'enseignant. Actuellement, les médecins hospitaliers, issus eux même de la faculté et donc du modèle biomédical sont-ils suffisamment formés dans le domaine social pour transmettre ce sujet ? Les médecins hospitalo-universitaires, enseignants majoritaires de l'enseignement universitaire transmettent surtout un savoir scientifique biomédical et participent moins à l'enseignement des problématiques sociales à la faculté que les universitaires de santé publique. Pourtant, tout au long de son cursus, l'étudiant, essentiellement en relation avec des médecins hospitaliers, s'identifie au « rôle modèle » que ces derniers lui renvoient et s'imprègne majoritairement de leur vision de la santé hospitalière. Ce qui nous rappelle le curriculum informel abordé précédemment. En se positionnant en priorité dans un modèle de soignant, porteur privilégié du modèle biomédical et en n'investissant moins les problématiques sociales, les médecins hospitaliers pourraient contribuer à véhiculer l'idée qu'il y aurait des « spécialistes de la prise en charge sociale des patients ». Il serait important que les médecins hospitalo-universitaires, et plus largement l'ensemble des enseignants et maîtres de stages hospitaliers ou ambulatoire puissent aussi transmettre une compétence médicale pluridimensionnelle (57) et qu'ils soient mieux sensibilisés à cet aspect de leur rôle de formateur.

La faculté, garante de la formation médicale initiale délivrée, semble donc pouvoir jouer un rôle important mais complexe dans la participation à la lutte contre les ISS.

4.3 LIEN ENTRE PROJET PROFESSIONNEL, CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS

Les différentes études sur le refus de soins imputable à la CMUC concluent que les médecins de secteur 2 refusent plus par rapport à ceux de secteur 1 et que les spécialistes refusent plus que les généralistes (18,31,41,46). La spécialisation et le mode d'installation professionnelle semblent donc être des facteurs influençant la prise en charge des bénéficiaires de la CMUC. Il est donc intéressant de s'interroger sur l'existence éventuelle d'un lien entre le score R et le projet professionnel des DCEM4.

Nous avons fait l'hypothèse qu'un lien existerait entre le sentiment marqué de complexité de gestion des bénéficiaires de la CMUc et le type de spécialité projetée : une spécialité à « faible » contact humain tels que les spécialités chirurgicales ou anesthésie-réanimation serait associée à un sentiment plus marqué de difficultés et inversement pour les spécialités à « fort » contact humain comme la médecine générale, la psychiatrie. Nous avons construit cette hypothèse à partir de la littérature et de nos propres représentations de la variation de l'empathie des médecins en fonction de leurs spécialités (35,36)(70). Dans notre étude, les représentations de complexité liée à la gestion de bénéficiaires de la CMUc existent bien, mais ne changent pas significativement d'un groupe de spécialités à l'autre ; cependant on peut remarquer que les groupes « anesthésie réanimation » et « spécialités chirurgicales » ont les scores R les plus positifs. Alors que chez leurs aînés, ces deux concepts se retrouvent. Probablement que l'empathie et les représentations de complexité des bénéficiaires de la CMUc sont moins liées chez les jeunes étudiants. Peut-être aurions nous trouvé des résultats différents si nous avions interrogé les étudiants sur leur empathie, concept plus large et évoqué régulièrement comme variable dans la littérature en fonction des spécialités (35,36)(70)

Le mode d'installation future (milieu urbain favorisé, défavorisé, rural...) influe significativement le score R mais pas le score C. Les étudiants se projetant dans un « milieu urbain non défavorisé » ont un score R significativement beaucoup plus positif que les autres groupes. Est-ce parce qu'ils ont déjà un sentiment de complexité associé à la prise en charge de patients bénéficiaires de la CMUc et plus largement de patients socialement vulnérables, qu'ils se projettent dans un milieu propice à minimiser ce type de relation médecin-patient ? Ce même raisonnement est très probablement transposable pour expliquer la forte disparité au score R entre les étudiants se projetant dans leur exercice futur en clinique privé et les autres.

Leurs propres représentations, forgées entre autres au cours de leur formation médicale initiale, participent peut-être à la détermination de leur installation. Appréhender ces représentations au cours de la formation pourrait peut-être être favoriser l'installation en milieu urbain défavorisé ou rural, milieux dans lesquels la problématique de désertification médicale est préoccupante et dans lesquels les étudiants, dans notre étude, se projettent peu.

Le score de connaissances est significativement influencé par le groupe de spécialité envisagée : les groupes « spécialités médicales », « pédiatrie » et « spécialités chirurgicales » ont les moyennes au score C les plus élevées. Or, pour les étudiants se destinant à ces 3 groupes, le rang limite est de 4892, pour un rang maximal à 8304, ils leur faut donc être dans une « large » première moitié du classement à l'ECN (les premiers 57%). Alors que, pour les étudiants souhaitant faire de la médecine générale, le rang limite est à 8304 et pour la psychiatrie à 8301 (71)

Notons que nous n'avons pas pris en compte ci dessus dans le groupe « spécialité médicale » la biologie médicale, la santé publique, la génétique médicale et la médecine physique et réadaptation dont les rangs de classement limite sont beaucoup plus élevé, de 5888 à 8265 (71) Cependant, ces 4 spécialités ne représentant dans notre groupe « spécialités médicales » que 11 étudiants, elles ne modifient pas nos conclusions.

La maximisation du meilleur rang de classement possible semble donc corrélée à une meilleure connaissance par les étudiants se destinant aux spécialités médicales, chirurgicales ou à la pédiatrie de l'ensemble du programme de l'ECN, y compris les items liés à la CMUc. En revanche, cette pression de classement, visant pour l'étudiant à engranger un maximum de connaissances théoriques, ne modifie pas significativement le score R. Les deux concours d'entrée et de fin des études de médecine « soumettent l'étudiant de sa première année de médecine à la fin de son externat à cette pression du concours et du classement qui décidera de leur avenir professionnel en grande partie. « Le bachotage permanent qui s'en suit leur interdit de se concevoir comme des sujets de pensée, de se préoccuper des malades et de se projeter dans le soin. Cette mise à distance du malade et du soin est présente tout au long du cursus » (63)

4.4 INFLUENCE DES FACTEURS INDIVIDUELS SUR LES CONNAISSANCES ET LES REPRESENTATIONS

4.4.1.1 SUR LES CONNAISSANCES

Avoir été bénéficiaire de la CMUc ou connaître un bénéficiaire dans son entourage proche n'influencent pas le score de connaissances, ce qui nous surprend car la confrontation directe à cette réalité aurait pu nous laisser penser être un facteur

d'amélioration des connaissances. Pourtant leurs moyennes au score C sont meilleures dans les deux cas, le faible effectif des étudiants dans ces deux groupes doit participer à l'absence de signification du résultat. Dans sa thèse, I. Mériaux cite le fait de connaître dans son entourage des bénéficiaires de la CMUc comme un facteur qui pourrait très probablement influencer les connaissances sur les inégalités sociales de santé (p=0,11).

4.4.1.2 SUR LES REPRESENTATIONS

4.4.1.2.1 LE GENRE

Le genre est un facteur influençant significativement les notes au score R. Les femmes pensent que les bénéficiaires de la CMUc posent plus de problèmes que les autres patients mais elles ont une image moins forte de complexité que ne l'ont les hommes.

Le genre féminin est retrouvé comme l'un des facteurs influençant les représentations des internes de médecine générale franciliens à l'égard des bénéficiaires de la CMUc. Par contre, il ne l'est pas dans la thèse de I. Mériaux. Le genre féminin est aussi retrouvé comme influençant très souvent les représentations des médecins dans des études françaises, dont la thèse de B. Luaces (40) et des études outre atlantique. Les femmes sont plus sensibles aux inégalités sociales de santé, plus volontaires pour travailler avec un public défavorisé et montrent plus d'empathie à son égard. Pourquoi la femme est-elle plus empathique et attentive aux difficultés des patients ?

Le genre est « un concept issu des sciences humaines et sociales pour affirmer l'importance de l'environnement social et culturel dans la construction de l'identité sexuelle de chacun » Depuis la plus petite enfance, chacun d'entre nous est influencé, de manière implicite dans la construction de son identité sexuelle par « les valeurs et les rôles sociétaux associés par les adultes à cette appartenance à l'un des deux sexes » « les rôles de genre contrairement au sexe biologique sont socialement et culturellement construit ». Les travaux concernant les « constructions genrées » sont inspirés des « gender studies » qui existent depuis une soixantaine d'année, nées aux Etats-Unis et portées en particulier par la philosophe Judith Butler(72) « On ne naît pas femme, on le devient » a écrit Simone de Beauvoir. Il sera très intéressant de débattre plus longuement de cette question de manière pluri professionnelle entre psychologues, sociologues, anthropologues, ethnologue, politologues et médecins.

La féminisation de la médecine semble donc être une bonne nouvelle pour la lutte contre les ISS et le développement d'une prise en charge biopsychosociale des patients.

4.4.1.2.2 LA PROXIMITE AVEC LE DISPOSITIF CMUC

Etre ou avoir été bénéficiaire de la CMUc et connaître ou avoir connu dans son entourage proche un bénéficiaire de la CMUc diminue significativement le score R. Etre ou avoir été bénéficiaire de la CMUc est même associé à un score R négatif. Ces résultats étaient attendus : éprouver la CMUc par soi-même ou par quelqu'un de proche signifie nécessairement une meilleure connaissance des réalités et entraîne donc une vision moins chargée de représentations négatives.

Enfin, on peut discuter de la difficulté de répondre à la Q15 pour les étudiants bénéficiaires de la CMUc, en effet cela leur demandait une certaine capacité de prise de recul et d'auto-évaluation.

4.5 LIMITES DE L'ETUDE

4.5.1 DES DCEM4 FRANCILIENS

Notre population est circonscrite à la région francilienne, les résultats obtenus ne sont pas extrapolables à l'ensemble des externes français. Cependant, notre région d'étude est aussi une force puisqu'elle est l'une des cinq régions qui concentrent à elles seules 46,8% des effectifs de la CMUc (26). Néanmoins, il serait intéressant de réaliser ce travail au sein de facultés de médecine appartenant à des territoires à faible densité de patients CMUc pour identifier les éventuelles différences entre les externes selon leur région d'étude.

4.5.2 L'EXCLUSIVITE DU THEME DE LA CMUC

Nous avons délibérément posé cette limite d'exclusivité de la CMUc à notre sujet par souci de clarté et de rapidité de remplissage du questionnaire, ainsi que pour les raisons précédemment exposées.

Pourtant, J. Sallé concluait dans sa thèse qu'il existe « un manque notable de connaissances chez les internes interrogés » sur les questions relatives à l'AME (score moyen de connaissance de 6,5/10), ce manque de connaissance est encore plus flagrant pour les dispositifs d'accès aux soins type PASS et fonds « soins urgents et vitaux », CLAT pour lesquels le score moyen était de 2,2/10.

Si nous n'avions pas eu la limite de longueur du questionnaire, il aurait été intéressant d'interroger également les étudiants en médecine sur les autres dispositifs d'accès aux soins (AME, ACS...), pour lesquels nous aurions eu probablement des taux de bonne réponse plus faibles mais qui auraient pu permettre de mettre éventuellement en avant des différences plus marquées entre les différents groupes d'étudiants.

4.5.3 LES LIMITES DU QUESTIONNAIRE

4.5.3.1 CONCERNANT CERTAINES QUESTIONS

La question portant sur le revenu mensuel désiré par les étudiants dans leur exercice futur manquait de précisions : plusieurs étudiants nous ont reproché de ne pas avoir spécifié « net » ou « brut ». De plus, nous craignons que les étudiants soient gênés d'y répondre. A priori, ni la sensibilité du sujet, ni le manque de précisions n'ont impactés significativement la participation des étudiants, seuls 77 étudiants n'y ont pas répondu. Ce même manque de précision existe aussi à la question 8 pour autant aucune remarque ne nous a été faite...

Par souci de limitation du temps de remplissage du questionnaire, nous avons choisi d'axer nos questions de connaissances seulement aux aspects de la CMUc important selon nous à maîtriser en fin de DCEM4 et auxquels les externes auraient pu être confrontés. Nous avons délibérément choisi de ne pas les interroger sur leurs connaissances du contenu du panier de soins, de la prise en charge par la CMUc de certains forfaits et participation forfaitaire. Cependant interroger plus largement leurs connaissances nous aurait permis de proposer un état des lieux des connaissances plus complet.

Nous n'avons pas analysé pour deux raisons les parties de textes libres des Q15 et Q17, visant à préciser les réponses. Premièrement, le nombre de textes libres a été moyennement

important, cela étant dû probablement au fait que le questionnaire était déjà relativement long à remplir. De plus, nous avons eu un manque de temps regrettable pour analyser ces données qualitatives. C'est une perte d'informations dommageable, elles mériteraient fortement d'être analysées dans un travail ultérieur.

4.5.3.2 LA CONSTRUCTION DU SCORE DE CONNAISSANCES

Notre score de connaissances est construit à partir des 8 questions de connaissances, il n'est donc qu'un aperçu des connaissances interrogées et ne peut pas être considéré comme un score exhaustif des connaissances sur la CMUc d'un étudiant en DCEM4.

Il n'existe pas dans la littérature de score validé évaluant les connaissances sur la CMUc des étudiants en médecine. Nous nous sommes inspirés des scores construits par L Petitcollot et I. Mériaux, chacun constitué de 3 questions abordant le plafond CMUc, les obligations des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMUc à travers les dépassements d'honoraires, la pratique du tiers payant et le refus de soins et enfin le panier de soins ouvert par la CMUc. Nous avons repris en partie ces notions déjà incluses dans ces 2 scores et les avons complétées.

4.5.3.2.1 INTEGRATION DE LA QUESTION 8 DANS LE SCORE DE CONNAISSANCES.

Les livres ECN abordent en majorité l'existence d'un plafond CMUc comme critère d'obtention mais rares sont ceux qui en donnent une approximation chiffrée, voire le montant réel. La réponse à cette question peut donc découler de la représentation qu'ont les étudiants du niveau économique des bénéficiaires de la CMUc, plutôt que de leur connaissance réelle de ce plafond.

Nous avons maintenu cette question dans le score de connaissances pour trois raisons. Premièrement, nous avons supposé que les étudiants, même s'ils ne connaissaient pas le montant exact du plafond, pouvaient en connaître une approximation ; le plafond variant tous les ans, cette notion est discutée à travers les multiples médias. Deuxièmement, nous considérons ce paramètre du dispositif CMUc, au même titre que les autres aspects interrogés, très important à maîtriser pour les étudiants en médecine, à quelques mois de leur entrée dans la vie professionnelle. En effet, la connaissance du plafond, ou tout du moins

de son approximation est nécessaire pour repérer les patients qui ont potentiellement droit à la CMUc et les orienter au mieux dans le système de soins. Enfin, dans les 2 scores de L. Petitcollot et d'I. Mériaux, le plafond était intégré au score de connaissances, ce qui nous a renforcé dans notre position.

Cependant la limite entre savoir objectif et subjectif reste ténue et cette question pourrait aussi être utilisée comme une approche de la représentation du niveau économique des bénéficiaires de la CMUc par les DCEM4. En effet, seulement 37,7% des étudiants ont présenté un montant entrant dans la bonne fourchette, seul 1 seul étudiant a donné la bonne réponse. Cette question est la moins bien réussie. Une majorité des étudiants ne sait pas cette information et les étudiants dans la bonne fourchette peuvent être soit des étudiants qui connaissent réellement le plafond, soit des étudiants qui ont été guidés par les montants indices. Cette valeur est à comparer à 33% : pourcentage qui correspondrait à une réponse aléatoire des étudiants dans une des 3 fourchettes, la question n'est donc pas connue.

Cette notion fait varier le score de +/- 2 points sur 15 points totaux, soit 2,6 point sur le score de connaissances sur 20. De plus, nous avons choisi d'aider l'étudiant par 3 indices et nous avons retenu comme bonne réponse une fourchette de montant (entre 573 euros et 859 euros mensuel) plutôt qu'un montant exact, ce qui est nettement moins sélectif. De même si notre choix de maintenir cette question dans le score de connaissances est discutable, cela n'impacte qu'un dixième de la note au score de connaissances et ne remet pas en cause notre score comme approche des connaissances testées.

4.5.3.2.2 NON INTEGRATION DES QUESTIONS 13 ET QUESTIONS 14 DANS LE SCORE DE CONNAISSANCES.

Le taux de mortalité globale des bénéficiaires de la CMUc et la fréquence de leurs consultations de ville en comparaison avec la population générale sont des données objectives, pourtant, nous n'avons pas choisi d'intégrer ces éléments au score de connaissances pour deux raisons. Premièrement, ces 2 notions n'ont jamais été évoquées, même succinctement dans les livres ECN, nous avons fait l'hypothèse que seule une minorité d'étudiants posséderait ces connaissances après avoir réaliser une recherche de ces données objectives et donc que les réponses refléteraient majoritairement une idée subjective qu'un savoir objectif. Deuxièmement, par opposition à la question 8, nous pensons que ces notions sont peu reprises par les médias ou la société civile et qu'aux vues des connaissances du

corps médical sur la CMUc et ses bénéficiaires identifiées dans les études, lorsqu'elles sont échangées, elles reposent plutôt sur des considérations subjectives. Nous avons donc analysé les réponses à ces deux questions comme des reflets des représentations des étudiants.

4.5.3.3 LA CONSTRUCTION DU SCORE DE REPRESENTATIONS

Nous n'avons pas intégrées les questions 13, 14 et 16 dans le score de représentations car nous avons été gênés pour déterminer leurs cotations. En effet, penser que les bénéficiaires de la CMUc surconsomment les soins en ville ou trouver que les fraudes au dispositif CMUc sont fortement préoccupantes n'est pas systématiquement synonyme de représentations négatives, on peut être un fervent défenseur du dispositif et des bénéficiaires de la CMUc et pourtant penser que les fraudes sont préoccupantes.

Ce score de représentations, finalement construit à partir des 4 sous questions de la question 15, nous permet de tester globalement si les étudiants se représentent ou non les bénéficiaires comme des patients plus compliqués à traiter en consultation qu'un autre patient.

Il ne peut pas être strictement extrapolé à un score évaluant les représentations des DCEM4 au sens large à l'égard des bénéficiaires de la CMUc. En effet, il est impossible de rapprocher avec certitude le fait de se représenter les bénéficiaires de la CMUc comme des patients plus complexes à prendre en charge et le fait d'avoir des préjugés négatifs (surconsommation illégitime, fraudeurs, inobservants ...) sur cette même population. Le fait d'avoir un score positif ne certifie pas le fait d'avoir des préjugés négatifs et inversement, même si cela pourrait sembler logique.

Cependant, un des résultats vient renforcer l'hypothèse qu'un score R positif est très probablement souvent associé aussi à des représentations négatives. En effet, Le score de représentations est d'autant plus faible que les fraudes sont perçues comme peu préoccupantes, $p < 10^{-4}$. Or cette question sur les fraudes, interroge un des champs le plus fourni des représentations négatives à l'égard des bénéficiaires de la CMUc régulièrement cité.

4.5.4 HETEROGENEITE DES TAUX DE REPONSES ENTRE LES FACULTES

La limite principale de notre étude tient au très faible taux de réponse des étudiants DCEM4 de P12 et encore plus P13. Ce sont pourtant les 2 facultés situées dans les territoires les moins favorisés économiquement d'Île-de-France. La faculté P13, notamment, est située à Bobigny, préfecture de la Seine-Saint-Denis, département qui concentre la plus forte proportion de migrants (1ère et 2ème générations notamment), de toute l'Île-de-France. Les résultats de cette faculté auraient probablement eu tendance à souligner, voire à rendre significatifs, les liens entre représentations et facteurs individuels / stage ambulatoire.

Doit-on y voir, dans ces 2 facultés, un désintérêt des étudiants pour les ISS ? Cela paraît peu probable, d'autant plus que notre étude montre des changements de comportement significatifs des étudiants une fois qu'ils ont été confrontés à des situations socialement difficiles pour leurs patients. Or, les étudiants de ces 2 facultés, du fait de la géographie, ont toutes les chances d'avoir été encore plus confrontés à ces situations que ceux des 5 autres facultés franciliennes. Pour P13, une explication plus plausible est la pression de compétition pour l'ECN et l'esprit d'autodiscipline qui en résulte y est moindre que dans les 6 autres facultés, comme en témoigne régulièrement le classement des facultés aux ECN, où P13 arrive systématiquement en dernière position par exemple. Des raisons ayant également trait aux relations entre scolarités (en charge de la diffusion Internet du questionnaire) et étudiants peuvent également avoir joué leur rôle.

Rappelons que la coexistence de ces 2 modes de collecte n'était pas prévue dans notre protocole initial mais a fait suite aux particularités organisationnelles du choix de stage hospitaliers dans 3 des 7 facultés de médecine.

Cette coexistence de deux modes de collecte limite notre travail, par deux aspects. Premièrement, tous les étudiants de l'étude n'ont pas rempli le questionnaire dans les mêmes conditions. Deuxièmement, ces deux modes de collecte entraînent une forte disparité dans la représentativité des facultés entre elles, celles ciblées par la distribution papier et celles ciblées par la distribution « Internet ».

4.5.4.1 COLLECTE PAPIER VERSUS INTERNET

4.5.4.1.1 TAUX DE REPONSE

Il existe une grande disparité dans les taux de participation selon le mode de distribution du questionnaire, le taux de participation de la distribution « papier » est très nettement supérieur au taux de participation de la distribution « Internet ». Relativement homogène pour les facultés ciblées par la distribution « papier », le taux de participation est très hétérogène dans les facultés ciblées par la distribution « Internet ».

Dans les facultés « papiers », ma présentation des objectifs de la thèse préalablement au remplissage du questionnaire a très probablement contribué à améliorer le taux de participation dans ces facultés en stimulant l'intérêt des étudiants. Nos sollicitations directes des étudiants afin qu'ils remplissent le questionnaire et un refus de le remplir plus difficile à assumer en présence de l'enquêteur ont aussi probablement augmenté cette participation. A Paris 11, le petit effectif à cibler pendant la distribution et la configuration des lieux nous a permis de mieux inciter les étudiants, ce qui peut expliquer en partie ce taux de participation très élevé.

Dans les facultés « Internet », notre travail a été présenté dans le mail reçu par les étudiants et contenant le lien du questionnaire. Un rappel à 15 jours a été fait pour tenter d'améliorer la participation. Les mails étaient envoyés par les services de scolarité des facultés, de ce fait, nous pouvons penser qu'ils n'ont pas été considérés comme des spam et un minimum ouvert par les étudiants. Le protocole de diffusion a été identique dans les 3 facultés, nous n'avons pas d'explication méthodologique aux 2 faibles participations de Paris 12 et Paris 13.

Notre taux de participation globale est légèrement inférieur à celui des thèses de L. Petitcollot (57,1%) et d' I. Mériaux (60,8%), dont les distributions de questionnaires se sont organisées sur un mode papier exclusivement. Notre taux de participation global légèrement inférieur est très certainement lié au très faible taux de participation de la distribution par Internet. Si nous nous concentrons sur notre taux de participation à la distribution papier, il est par contre légèrement supérieur (74,3%)

4.5.4.1.2 QUALITE DES REPONSES

L'ensemble de la population étudiée n'a pas eu les mêmes conditions de remplissage.

Le remplissage en amphithéâtre nous faisait craindre plusieurs difficultés, dont notamment, le manque de concentration, l'entraide entre étudiants ou l'usage des smartphones pour les questions de connaissances et la gêne à remplir, devant « témoins », des questions du projet professionnel, des représentations et de certains facteurs biographiques pouvant être sensibles

Les étudiants ciblés par la distribution « papier » en amphithéâtre devaient se concentrer sur 2 objectifs concomitants : le déroulement du choix de stage et le remplissage de notre questionnaire, le tout dans une atmosphère modérément propice à la concentration. Cependant, le taux élevé de participation à la distribution « papier » et le très faible nombre de questionnaires papier non utilisables car trop peu ou mal remplis (3/803) attestent que les étudiants ont peu été gênés.

A l'inverse, les étudiants ayant répondu par voie « informatique » étaient dans des conditions de remplissage à priori plus calmes, temporellement non imposées. Pourtant, le taux de participation au questionnaire est très faible 22,2% et le nombre de questionnaires non utilisables car trop peu ou mal remplis est plus important : 32 sur 162 questionnaires « informatique ».

Au cours des présentations orales du questionnaire, l'importance de répondre le plus sincèrement possible aux questions pour la fiabilité de nos recherches a été explicitement abordée. Même si nous ne pouvons évidemment pas certifier qu'ils n'ont pas triché en particulier pour les questions de connaissances, nous pensons que ce biais a été très limité pour le remplissage « papier ». Pour l'illustrer, 1 seul étudiant sur 962 connaît le plafond seuil de ressource pour bénéficier de la CMU, la moyenne au score de connaissances n'est que de 13,1/20 pour ces facultés « papier ». Sur Internet, il n'existait aucune possibilité de maîtriser ce biais, potentiellement plus important du fait de la possibilité de consulter Internet facilement en même temps que de répondre au questionnaire. Cependant, les moyennes au score de connaissances étaient peu différentes entre les facultés « Internet » 14,1 versus 13,1 pour les facultés « papiers »

Les taux de non réponses aux questions abordant les facteurs biographiques potentiellement sensibles (être ou avoir été boursier, bénéficiaire de la CMUc, le niveau d'études des parents...) et aux questions sur les représentations sont faibles et similaires. De plus, les taux de non réponse à ces questions sont moins élevés dans les facultés « papiers » que les facultés « Internet ». Cela semble illustrer que la gêne que nous craignons pour ces

questions a peu existé. Par contre, les taux de non réponse aux questions sur la « spécialité future » et le « salaire souhaité » sont beaucoup plus important et très nettement supérieur dans les facultés « papier » que les facultés « Internet. On peut donc se demander si le fait d'avoir des potentiels témoins n'a pas interféré avec la participation à ces questions du projet professionnel.

Au final, le mode de distribution « papier » est beaucoup plus contraignant pour les investigateurs mais ce mode de distribution direct, de la main à la main permet une participation très nettement supérieure que le mode de distribution « Internet », mode de distribution indirecte, dématérialisé, déshumanisé.

Il aurait été intéressant de pouvoir trouver un autre moment de distribution, commun à toutes les facultés, par exemple avant les examens de DCEM4, afin d'avoir un mode de remplissage et de collecte uniformisé pour l'ensemble de la population et d'annuler cette limite.

4.6 LES FORCES DE L'ETUDE

4.6.1 LA POPULATION DE L'ETUDE

A notre connaissance, notre travail est le premier, en France, à s'intéresser aux connaissances de la CMUc et aux représentations à l'égard des bénéficiaires du dispositif chez des externes. Jusqu'alors, ces deux notions étaient interrogées chez des médecins en exercice ou des internes de médecine générale. (18,35,36,40,41,46). Notre travail élargit donc ce sujet à une population d'étudiants en médecine moins expérimentés.

En fin d'externat, les DCEM4 sont à priori au plus haut niveau de leurs connaissances « généralistes » et devraient maîtriser les items 13, 14 et 46 du programme national du deuxième cycle. Les externes ne se sont pas encore spécialisés, cela nous permet de nous affranchir du biais possible induit par le choix d'une spécialité, par exemple celui de la médecine générale. Ils évoluent depuis 6 ans en moyenne dans l'univers médical, dans lequel ils ont pu déjà être confrontés à des bénéficiaires de la CMUc ainsi qu'aux représentations de leurs aînés sur ce dispositif et ses bénéficiaires. Il semble donc intéressant de questionner

leurs propres connaissances et préjugés à l'égard des bénéficiaires de la CMUc, à ce niveau d'avancement de leur cursus.

Choisir l'ensemble des DCEM4 d'Île-de-France, nous permet d'avoir un échantillon d'étudiants conséquent, 997 externes interrogés et potentiellement varié tant dans leurs connaissances ou représentations sur notre sujet que dans leur origines socio-économiques et culturelles. Cela nous ouvre aussi un large éventail d'enseignements abordant les problématiques sociales ainsi que des modalités de stages pratiques proposés par les facultés de médecine francilienne, cela en limitant le biais.

Enfin, en 2012, l'Île-de-France fait partie des 5 régions comptant le plus de bénéficiaires de la CMUc ce qui assure une cohérence entre le thème et le territoire de notre étude et donne ainsi une vraie légitimité notre recherche.

Notre population est majoritairement féminine (57%) et représentative de la population médicale en exercice ou étudiante, ce qui correspond tout à fait à la féminisation de la profession médicale de ces vingt dernières années. En 1960, les femmes représentaient 10% des médecins en exercice, en 2013, elles sont 43%. Même si la part des femmes reste actuellement minoritaire chez les spécialistes et omnipraticiens libéraux, elles ne cessent d'augmenter : la DRESS prévoit en 2030, une majorité de médecins femmes, elles représenteront 56,4% des médecins généralistes (73,74).

Les travaux de thèse de L. Petitcollot et I. Mériaux confirme cette majorité féminine chez les étudiants, internes en médecine générale, respectivement 77,5% et 69,6%. Leur pourcentage est légèrement plus élevé que dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par la féminisation tout particulièrement de la médecine générale, les femmes s'y orientent proportionnellement plus depuis ces dix dernières années : en 1979, elles ne représentaient que 10% des généralistes installées, en 2006, elles étaient 39%, et elles seront à priori majoritaire dès 2017(75). Depuis 2007, 2 internes sur 3 de médecine générale sont des femmes (73).

En 2013, 66,2% de la population de plus de 15 ans en France métropolitaine avait un niveau de diplôme inférieur ou égal au bac ou brevet professionnel (77). Dans notre étude, 15,6 % des étudiants interrogés ont des parents à ce niveau d'étude, 73,3% d'entre eux ont au moins

un de leur 2 parents qui a suivi des études supérieures Bac +2. Ces chiffres se retrouvent chez les étudiants en médecine plus âgés, 71% de ceux interrogés par I. Mériaux avait un des 2 parents au moins ayant fait des études supérieures et 22,8% des internes avaient au moins un de leurs 2 parents médecins (36).

Nous avons choisi d'approcher le niveau socioéconomique de notre panel d'étudiants, entre autres, par le niveau de diplôme le plus élevé entre les 2 parents, plutôt que par le renseignement de la catégorie socio-professionnelle du chef de famille, plus habituellement utilisée. Le niveau de diplôme le plus élevé nous a semblé plus facilement maîtrisable par les étudiants que la CSP du chef de famille et donc source de moins d'erreurs. De plus, nous ne nous sommes pas limités au niveau d'études du chef de famille pour ne pas exclure les mères de famille ayant un niveau d'études plus élevé que le père de famille, en particulier celles étant médecin.

Les étudiants en médecine sont issus de famille avec des niveaux de formation élevés et donc par extrapolation d'un milieu socio-économique favorisé. Cette origine sociale favorisée des étudiants en médecine était attendue.

En effet, ces étudiants ont accédé à l'université, or cette entrée est biaisée par un autre type d'inégalités sociales : les inégalités sociales scolaires. Cette corrélation entre origine sociale et accès aux études supérieures est connue depuis longtemps. Dès 1960, Pierre Bourdieu et Jean Claude Passerons mettent en évidence dans leur ouvrage « les Héritiers » l'inégale représentation des classes sociales dans les études supérieures. En 1962, un fils de cadre supérieur a 42 fois plus de chance d'accéder à l'enseignement supérieur qu'un fils d'ouvrier (78).

En 2003, la DRESS montre qu'entre 1992 et 2002, la part des enfants d'ouvriers en deuxième année de médecine a diminué (79).

Ces inégalités sociales d'accès aux études supérieures tend à se combler mais continue d'exister. En 2005, l'INSEE rapporte qu'un fils de cadre supérieur a encore 4 fois plus de chance, qu'un fils d'ouvrier d'accéder à l'enseignement supérieur. Les étudiants dont le père appartient à la catégorie socio-professionnelle « cadres et professions intellectuelles supérieures » représentent 30% des étudiants inscrits en 2005-2006, ils sont surreprésentés en médecine : 44% des inscrits. De même, les étudiants dont le père est ouvrier représentent 11 % des inscrits en 2005-2006, ils sont sous représentés en médecine : 5,4% des inscrits en médecine.

4.6.2 UN THEME D'ACTUALITE POUR LES ETUDIANTS EN MEDECINE

Contrairement à la génération précédente de professionnels de santé qui a assisté à sa mise en place au cours de leur carrière, les étudiants de l'étude évoluent avec la CMUc depuis leur entrée dans le cursus médical. La CMUc est présente dans le programme national du deuxième cycle des études de médecine, son enseignement est renforcé et étoffé dans le nouveau programme du deuxième cycle des études médicales.

L'existence de la CMUc depuis plus de 15 ans permet d'avoir un premier recul sur ses atouts et limites. Parmi les dispositifs d'aide sociale en santé, la CMUc est probablement celui dont la bibliographie est la plus fournie. Par extrapolation des données de la sécurité sociale, l'étude des parcours de soins des bénéficiaires, de leurs dépenses en soins est réalisable et réalisée. Les bénéficiaires de la CMUc représentent une partie importante de la population, de 2013 à 2014, l'évolution des effectifs des bénéficiaires de la CMUc tous régimes confondus sur la France entière a été de +9,1% (53) . En plus mauvaise santé que la population générale (27), les bénéficiaires de la CMUc ont des besoins de soins augmentés, de plus, leur parcours peut être freiné, entre autres par certains professionnels de santé (18,19,41,46,61).

Pour ces raisons, il nous a semblé important de nous intéresser aux connaissances sur la CMUc des DCEM4, étudiants et aussi futurs professionnels de santé, ce qui n'avait pas été encore entrepris.

La CMUc est reconnue unanimement comme un des nombreux marqueurs de vulnérabilité sociale. Par l'étude ciblée des connaissances de ce dispositif et des représentations à l'égard des bénéficiaires qu'ont les DCEM4 franciliens, nous pouvons approcher indirectement leur sensibilisation pendant leur formation médicale initiale sur les inégalités sociales de santé. Mais, nous sommes conscients que la problématique des inégalités sociales de santé est très vaste et que le rôle du système de soins, au travers en particulier des professionnels de santé et futurs professionnels de santé dans l'application de la CMUc ne représente qu'une infime partie du problème plus général des inégalités sociales de santé.

4.6.3 UN TAUX DE PARTICIPATION ELEVE

Pour potentialiser la participation à l'étude, nous avons volontairement créé un questionnaire rapide à remplir et une fiche « mémo ». A 3 mois des ECN, elle a été un

catalyseur de participation certain : les étudiants étaient très attentifs à la récupérer. Plus d'1 DCEM4 sur 2 inscrits pour l'année scolaire 2013/2014 dans une des 7 facultés d'Île-de-France a participé à cette recherche. **Le taux de participation est de 55,1%**. Ce taux de participation élevé nous permet de nous assurer d'une bonne représentativité des résultats au sein de la population des externes franciliens

Seulement 3,5% des questionnaires récoltés n'ont pu être utilisés dans l'étude par absence de remplissage. Les taux de non réponse varient entre 0,9% et 3,3%, sauf aux Q1, Q4 et Q8 (respectivement de 14,3% ; 8% et 6,6%). Ces faibles taux de non réponse nous permettent de limiter le biais résultant des « non réponders » et de conclure que les étudiants ont bien adhéré aux questions posées.

Pour les questions de connaissances (excepté la Q8), nous avons proposé la modalité de réponse « Ne sait pas (NSP) » car nous souhaitons éviter le biais des réponses données au hasard, plus important en l'absence de cette modalité. Elle a été utilisée différemment en fonction des questions de moins de 1% à 17,8%. Parallèlement, pour ces questions ayant la modalité de réponse « NSP », le taux de non réponses est faible oscillant entre 0,8 et 1,7%. A la Q8, inversement, nous n'avons pas proposé la modalité « NSP », car nous souhaitons obliger l'étudiant à donner une réponse même s'il n'avait pas d'idée sur le sujet. L'absence de cette modalité « NSP » est une des explications probables du fort taux de non réponse (6,6%). Le choix d'insérer ou pas la modalité « NSP » semble donc avoir été important.

4.7 PERSPECTIVES

Nous venons de le détailler, l'organisation de la formation médicale initiale à travers la mise en place des enseignements facultaires et de la formation pratique sont autant de défis à saisir pour les responsables des facultés de médecine afin qu'elles participent à la lutte contre les inégalités sociales de santé et non pas à leur progression.

Cette formation médicale initiale évolue ; de nouveaux objectifs généraux et un nouveau programme sont entrés en vigueur à la rentrée universitaire 2013-2014. Ces nouveaux objectifs, en comparaison avec les anciens objectifs, introduisent le milieu ambulatoire comme terrain de stage au même titre que le milieu hospitalier, consacrent une place plus importante au travail pluri-professionnel et valorisent la compétence éthique, déontologique et la réflexivité de l'étudiant. Même s'il reste aussi clinicien, communicateur et acteur de

santé publique, l'étudiant doit s'inscrire dans une dynamique élargie (33),(80). Dans le nouveau programme du deuxième cycle des études médicales, les items 14, 15 et 57 remplacent respectivement les items 13, 14 et 46, abordant les problématiques sociales. Certes, il n'y a pas d'augmentation en nombre mais les nouveaux items sont beaucoup plus détaillés et enrichis de nouvelles notions, la CMUc en est une nouvellement individualisée (80) Le nouveau programme des enseignements facultaires reflète cette évolution. Nous avons pu référencer dans les 7 facultés de médecine franciliennes un nombre plus conséquent de cours abordant l'organisation du système de santé et l'impact de l'environnement psycho-social sur la prise en charge médicale.

Il sera très intéressant de renouveler ce travail avec de prochains DCEM4 soumis à ce nouveau programme, puis de le réitérer lorsque ces derniers seront en exercice depuis quelques années. Cela permettrait de documenter si l'inflexion des objectifs du deuxième cycle s'accompagne d'une meilleure valorisation de ces problématiques au cours des enseignements théoriques et pratiques. Cela permettrait également de rechercher s'il existe une augmentation secondaire des connaissances « sociales » des étudiants puis des professionnels de santé et une évolution de leurs attitudes, en particulier à l'égard de patients vulnérables. Est-ce qu'une évolution des programmes peut à elle seule impulser une plus grande prise en compte par les futurs professionnels de santé du contexte socio-économique du patient dans leur prise en charge ?

Notre étude est la première à s'intéresser aux connaissances sur la CMUc et aux représentations à l'égard des bénéficiaires de ce dispositif chez des étudiants en médecine encore non spécialisés. Toutes les études produites sur ce sujet ont été réalisées chez des internes de médecine générale, or, ils ne représentent qu'environ 50% de la population des internes. (71) Aucune thèse évaluant ces connaissances et ces représentations chez des internes d'une autre spécialité n'a été trouvée, alors même qu'une majorité de ces spécialistes exerceront en ambulatoire et seront face à ces patients. Une étude interrogeant l'ensemble des internes franciliens, toutes spécialités confondues, serait intéressante afin d'évaluer leurs connaissances de la CMUc, leurs représentations à l'égard des bénéficiaires et la cinétique du sentiment de complexité au cours de leur vie professionnelle. Cela serait d'autant plus pertinent que les attitudes discriminantes envers les bénéficiaires de la CMUc sont très majoritairement le fait des spécialistes autres que généralistes.

Aucune étude quantitative évaluant les connaissances des médecins généralistes et autres spécialistes n'a été recensée. Il serait intéressant de mesurer simultanément les

connaissances des médecins en exercice sur le dispositif CMUc et ses bénéficiaires par une analyse quantitative parallèlement à l'exercice de leurs pratiques à travers un testing. Cela permettrait d'évaluer chez des professionnels plus expérimentés si des connaissances détaillées du dispositif et de ses bénéficiaires modulent leurs pratiques et représentations. Il pourrait, dès lors, être pertinent d'évaluer les retombées d'un enseignement théorique et/ou pratique destiné à faire connaître le dispositif et ses bénéficiaires sur la pratique des médecins. Comme chez les jeunes étudiants en médecine, un enseignement peut-il être le levier d'une amélioration des connaissances et des représentations chez ces médecins ?

Les DCEM4 de notre étude ont des connaissances sur la CMUc évaluées à un niveau intermédiaire, chez les internes de médecine générale franciliens ces connaissances sont plutôt bonnes. Par contre, dans sa thèse, J. Salle conclue qu'il existe « un manque notable de connaissances chez les internes interrogés » sur le dispositif de l'AME et autres dispositifs facilitant l'accès aux soins (37). Les connaissances sur les dispositifs de l'AME ou de l'ACS et les représentations à l'égard des bénéficiaires de ces dispositifs mériteraient d'être approfondies chez les externes et les internes. En effet, ces dispositifs probablement moins bien maîtrisés, sont tout aussi primordiaux à promouvoir dans la lutte contre les ISS.

Nous nous sommes concentrés sur l'étude des connaissances de la CMUC et des représentations à l'égard des bénéficiaires des étudiants en médecine en DCEM4, des internes de médecine générale et des professionnels en exercice. Réaliser ce travail chez des étudiants suivant d'autres filières universitaires serait aussi formateur afin de comparer les connaissances de la CMUc et les représentations à l'égard des bénéficiaires de la CMUc entre étudiants d'horizons divers. Enfin, il permettrait de mesurer l'impact de la formation médicale initiale et celui de la formation générale à travers la culture forgée sur l'écoute des médias, des échanges amicaux, familiaux, avec la société civile. En effet, les idées préconçues attachées aux populations défavorisées, aux bénéficiaires de la CMUc dépassent largement le monde médical.

En France, années après années, les inégalités sociales de santé perdurent et reste un défi pour le système de santé et de protection sociale. Plusieurs dispositifs facilitant l'accès aux soins des personnes à faibles revenus, ont été instaurés depuis les années 2000 dont la CMUc, qui fournit une couverture médicale complémentaire gratuite pour les ménages les plus défavorisés. Fin 2014, 5,17 millions de patients en sont bénéficiaires. Malgré son existence depuis 15 ans, les bénéficiaires de la CMUc continuent à rencontrer des obstacles à leur prise en charge par certains médecins, dont des refus de soins.

Nous avons fait l'hypothèse que ces comportements de médecins pouvaient trouver une partie de leur origine dès la formation initiale, bien que la connaissance des dispositifs de type CMUc fasse partie des objectifs du programme national des études médicales en France. Par notre étude, analysant 962 auto-questionnaires, nous avons montré que les connaissances des étudiants en médecine sur le sujet sont d'un niveau intermédiaire et hétérogène selon les aspects du dispositif CMUc abordés. Une majorité des étudiants associent, avant leur cycle de professionnalisation, les bénéficiaires de la CMUc à des patients plus difficiles à gérer en consultation et estiment les fraudes au dispositif CMUc fortement préoccupantes alors même que leurs expériences avec des bénéficiaires de la CMUc sont peu nombreuses. Ceci aurait donc tendance à confirmer notre hypothèse initiale.

Nous avons trouvé également qu'un enseignement théorique à la faculté abordant la CMUc, dispensé notamment par des travailleurs sociaux ou des universitaires en santé publique permettait d'améliorer significativement les connaissances des étudiants et de les rassurer quant à la complexité de la prise en charge des bénéficiaires de la CMUc. Diversifier les qualifications des enseignants en médecine, développer les disciplines non strictement biomédicales comme l'éthique, l'économie de la santé, la psychologie paraissent être des voies intéressantes d'évolution des enseignements sur les problématiques sociales. Il existe donc probablement un rôle à saisir pour les facultés de médecine dans la lutte contre les ISS en agissant sur la formation médicale initiale. Ceci est d'autant plus vrai que la confrontation des étudiants en médecine aux situations socioéconomiques réelles des patients peut être vécue comme violente et entraîner un phénomène de rejet des patients les plus précaires. Le problème de l'accompagnement des étudiants lors de ces rencontres est ainsi posé. Des études américaines et françaises montrent que la diversification des lieux de stages en

milieu ambulatoire et/ou médico-sociaux, favorisant les rencontres avec des populations vulnérables, peut améliorer les préjugés des étudiants en médecine vis-à-vis de ces populations. Le rôle des facultés de médecine pourraient donc être d'inscrire dans leurs programmes pédagogiques cet objectif d'accompagnement, de développer les stages ambulatoires et/ou pluri-professionnels, de faciliter la diversité des intervenants dans les études de médecine afin de donner à leurs étudiants les moyens de lutter contre les ISS dans leur pratique future

La faculté en tant que garante de la formation médicale initiale a la responsabilité de donner aux étudiants des connaissances afin de les aider à moduler leurs représentations à l'égard des singularités des patients rencontrés.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Préambule à la constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé [Internet]. 1946 [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
2. Micoulaud-Franchi J-A. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». *Pédagogie Médicale*. août 2010;11(3):187-96.
3. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Médecine Sport*. 2010;258(28):1511-3.
4. Vannotti. Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social [Internet]. 2009 [cité 16 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.dmg-nantes.fr/phocadownload/fichiers/DES/modles%20bio-mdical%20et%20bps.pdf>
5. De la Santé OM. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ott OMS Santé Bien-Être Soc Can CPHA. 1986;
6. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
7. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? [Internet]. 2014 mars [cité 9 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf>
8. OMS | L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde [Internet]. WHO. [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/
9. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis [Seine-Saint-Denis]: Inpes; 2010.
10. INSEE. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *INSEE Prem* [Internet]. oct 2011 [cité 9 juin 2015]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/6266/1/ip1372.pdf>
11. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité [Internet]. 2009 déc [cité 29 mai 2015]. Disponible sur: http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_inegalites.pdf

12. InVS. BEH: Inégalités sociales de santé. Bull Épidémiologique Hébdomadaire [Internet]. mars 2011 [cité 10 juin 2015]; Disponible sur: http://www.researchgate.net/profile/Damien_Bricard/publication/260115630_Linfluence_long_terme_du_milieu_social_dorigine_et_du_tabagisme_des_parents_sur_le_tabagisme_en_France_les_rsultats_de_lenquete_ESPS_2006/links/02e7e52f9e6ff8eaa9000000.pdf
13. Denantes M, Lazimi G. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE [Internet]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.smg-pratiques.info/IMG/pdf/LES_INEGALITES_SOCIALES_DE_SANTE.pdf
14. Coufinahl A. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen. Quest Déconomie Santé [Internet]. févr 2005 [cité 25 avr 2015];92. Disponible sur: https://www.google.fr/?gws_rd=ssl
15. Le portail du service public de la sécurité sociale. Les grandes dates de l'histoire de la sécurité sociale. [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.securite-sociale.fr%2FLes-grandes-dates-de-l-histoire-de-la-Securite-sociale](http://www.securite-sociale.fr/les-grandes-dates-de-l-histoire-de-la-Securite-sociale)
16. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
17. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès - Qes161.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>
18. Chadelat JF. Rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU [Internet]. Paris, La Documentation CMU; 2006 [cité 11 avr 2015]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2007.pdf
19. Le défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME [Internet]. 2014 mars [cité 11 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport-ddd-les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-cmu-ac-ame-201403.pdf>
20. Les plafonds d'attributions [Internet]. 2014 [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>
21. Plafonds.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>
22. Fonds CMU. References CMU, La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle. avr 2015 [cité 10 juin 2015];(59). Disponible sur: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU59.pdf>

23. INSEE. Insee - Population - Évolution de la population jusqu'en 2015 [Internet]. [cité 14 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02145
24. ReferencesCMU58.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU58.pdf>
25. Fonds CMU. Sixième rapport d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle [Internet]. 2013 [cité 27 mars 2015]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf
26. Rapport_Evaluation_VI.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2015]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Evaluation_VI.pdf
27. Allonier (Irdes), C, Boisguérin (Drees) B, Le Fur (Irdes) P. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. *Quest Déconomie Santé*. février 2012;(173).
28. Tuppin P, Blotière P-O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009. *Presse Médicale*. juin 2011;40(6):e304-14.
29. Célant N, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Guillaume S, Rochereau T. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*. pParis: IRDES; 2014.
30. Fonds CMU. Evaluation de la loi CMU, rapport V. 2011 nov.
31. Conférence nationale de santé. Résoudre les refus de soins [Internet]. Ministère de la santé et des sports; 2010 [cité 4 mars 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf
32. Définitions - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sant%C3%A9/70904>
33. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007 [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>
34. Modalités du stage chez le médecin généraliste. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006054784>
35. PETITCOLLOT L. LES PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE : REPRESENTATIONS DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE D'ÎLE-DE-FRANCE ET FACTEURS INFLUENCANT CES REPRESENTATIONS. Paris 6; 2011.

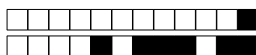
36. MERIAUX I, ERNST S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissances et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités sociales de santé, les dispositifs d'accès aux soins et les personnes bénéficiaires. Etude quantitative et qualitative. Aix-Marseille; 2013.
37. Sallé J. VULNERABILITES, ACCES AUX SOINS ET SANTE DES MIGRANTS EN SEJOUR PRECAIRE: CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE D'ÎLE-DE-FRANCE. Faculté de médecine, Pierre et Marie Curie, Paris 6; 2010.
38. Despres DC. Le renoncement aux soins: des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation? Renoncement Aux Soins [Internet]. 2011 [cité 13 avr 2015]; Disponible sur:
<http://blogsante.blogs.apf.asso.fr/media/01/01/3482929080.pdf#page=69>
39. école nationale supérieure de sécurité sociale. Le turn over au sein de la CMU-C [Internet]. [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Le%20turn%20over%20au%20sein%20de%20la%20CMU-C_2012.pdf
40. Luaces B. Représentation et pratiques concernant les patients bénéficiaires de la CMUc chez les médecins généralistes. Bordeaux; 2011.
41. Despres C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. [Internet]. 2006 [cité 11 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000521/0000.pdf>
42. Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) [Internet]. [cité 15 juin 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16871.xhtml>
43. Allocations pour adulte handicapé : AAH et compléments [Internet]. [cité 15 juin 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N12230.xhtml>
44. Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. Santé et accès aux soins, pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins [Internet]. 2012 [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_couv.pdf
45. Desprès C. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé [Internet]. nov 2011 [cité 31 mars 2015]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

46. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Fonds Financ Prot Complément Couv Univers Risque Mal Doc Fr Paris [Internet]. 2009 [cité 13 mars 2015]; Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf
47. Perronnin M. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. Questions d'économie de la santé [Internet]. janv 2011 [cité 6 juin 2015]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>
48. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste ? Questions d'économie de la santé [Internet]. mars 2000 [cité 6 juin 2015]; Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes27.pdf>
49. UFC Que Choisir. CMU, Serment d'Hippocrate ou d'hypocrite. 2004.
50. Desprès C. Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre [Internet]. 2012 mai [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf
51. Raynaud D. L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. DRESS [Internet]. mars 2003 [cité 7 juin 2015]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13132>
52. Grignon M, Perronnin M. Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins. Quest Déconomie Santé. 2003;(74):1-6.
53. Fonds CMU. References CMU, La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle. oct 2014 [cité 14 févr 2015];(57). Disponible sur: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU57.pdf>
54. Gakuba T-O, Graber M. Effets de l'acculturation sur l'apprentissage des étudiants africains dans la Haute École Spécialisée de Suisse occidentale. Rev Sci Léducation. 2012;38(2):351.
55. Godin V, Moulin D, Van Pee D. La formation aux enjeux sociaux et éthiques de la santé et de la médecine : un défi ? L'expérience de la faculté de médecine de l'université catholique de Louvain. Pédagogie Médicale. févr 2004;5(1):35-42.
56. Foucras P. Un enseignement sur l'exclusion pendant les études médicales? 2002;(184).
57. Cartier T. Les dispositifs d'aide sociale en santé : évaluation des apprentissages des étudiants franciliens en DCEM 4. DIU de pédagogie médicale [Internet]. 2014 [cité 3 juin 2015]. Disponible sur: https://www.google.fr/?gws_rd=ssl

58. OMS. Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous. 1996.
59. Commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération [Internet]. OMS; 2009 [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1
60. Ducloux M, Delga ME, Montané F. Rôle du médecin face à la précarité. Rapp Comm Natl Perm Adopté Lors Assises Cons Natl L'ordre Médecins. 1999;5(6):99.
61. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;85:22-6.
62. Mady Denantes, Chevillard M. Lutter à la faculté contre les refus de soins [Internet]. [cité 19 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/DenantesChevillard.pdf>
63. Lefèvre C. Le « gâchis humain » doit cesser. oct 2011;55.
64. Cases C, Perronnin M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? mars 2008 [cité 29 mai 2015];(130). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>
65. Faya J. La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées. Lyon Grange-Blanche; 2001.
66. Deschamps G. Intérêt pédagogique d'un stage clinique en mission humanitaire au cours des études médicales [Internet]. 2009 [cité 20 mai 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00828317/>
67. Hoffmann C. Urgences sociales et études médicales: l'expérience d'une nuit d'observation au Samu social de Paris. Paris 6; 2011.
68. Fayard D. «Professions et pauvreté : le défi de la formation». 2002 [cité 19 mai 2015];(182). Disponible sur: https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=Daniel+Fayard.+%C2%ABProfessions+et+pauvre+et%C3%A9+:+le+d%C3%A9fi+de+la+formation%C2%BB.+Revue+Quart+Monde%2C+N%C2%B0182+-+Profession+et+pauvre%C3%A9+:+le+d%C3%A9fi+de+la+formationAnn%C3%A9+2002Revue+Quart+Monde
69. De Goer B, Ferrand Claude. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions - Recherche Google [Internet]. [cité 19 mai 2015]. Disponible sur: https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=Croisement+des+savoirs+:+une+nouvelle+approche+pour+les+formations+sur+la+sant%C3%A9+et+la+lutte+contre+les+exclusions

70. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale [Internet]. 2014 [cité 27 mai 2015]. Disponible sur: <https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01132135/document>
71. ANEMF. Rangs limites-ECN 2014.
72. Huguet P. La « théorie du genre » pour les nuls. Le Huffington Post [Internet]. 2014 [cité 16 mai 2015]; Disponible sur: http://www.huffingtonpost.fr/pascal-huguet/explications-theorie-du-genre_b_4759264.html
73. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France [Internet]. 2014 [cité 17 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf
74. IRDES. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins [Internet]. [cité 17 juin 2015]. Disponible sur: [about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.irdes.fr%2FEspaceEnseignement%2FChiffresGraphiques%2FCadrage%2FDemographieProfSante%2FDemoMedecins.htm](http://about.reader?url=http%3A%2F%2Fwww.irdes.fr%2FEspaceEnseignement%2FChiffresGraphiques%2FCadrage%2FDemographieProfSante%2FDemoMedecins.htm)
75. Boyoud-Ghidossi C. La féminisation de la médecine générale en pratique: du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité [Internet]. Grenoble; 2011 [cité 8 mai 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00653562/>
76. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales. 2014 [cité 8 mai 2015]; Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/24799>
77. INSEE. Niveau de diplôme selon l'âge en 2013 [Internet]. [cité 17 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef07232
78. Benquet M. BOURDIEU et PASSERON (1964) : Les Héritiers, [Internet]. 2005 [cité 17 juin 2015]. Disponible sur: http://socio.ens-lyon.fr/cours/methodes/methodes_fiches_bourdieu_passeron_1964_benquet.pdf
79. DRESS. Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002. 2002 [cité 17 juin 2015];(244). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er244.pdf>
80. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20 du 16 mai 2013 [Internet]. 2013 [cité 4 juin 2015]. Disponible sur: http://ae2bm.org/wp-content/uploads/2013/05/BO_ESR_16_5_2013_251882.pdf
81. Médecins du monde. rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du monde.

82. Boisguérin B. Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003). mai 2004 [cité 11 avr 2015]; Disponible sur:
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieStatistiques/2004/63/seriestat63.pdf>
83. La Halde. Discriminations des patients bénéficiaires de la CMU [Internet]. 2006 [cité 16 mai 2015]. Disponible sur:
http://www.halde.fr/IMG/pdf/Communique_de_presse_patients_CMU_1.pdf
84. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique - Qes170.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2015]. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>



+1/2/59+

B : Connaissances sur la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) :

Q5 : Pour bénéficier de la CMUc, il faut être français ou être en situation régulière en France :

- Vrai Faux Ne sait pas

Q6 : Pour les patients éligibles à ce dispositif, la CMUc est :

- Gratuite Payante Ne sait pas

Q7 : Combien y'a-t-il de bénéficiaires de la CMUc en France ?

- Moins de 2 millions de personnes
 Entre 2 millions et 6 millions de personnes
 Entre 6 millions et 12 millions de personnes
 Plus de 12 millions de personnes
 Ne sait pas

Q8 : Quel est le revenu mensuel pour une personne vivant seule à ne pas dépasser pour pouvoir bénéficier de la CMUc ?

_____ euros

À titre indicatif : RSA socle : 499 euros/mois Seuil de pauvreté : 977 euros/mois SMIC brut : 1445 euros/mois

Q9 : Le renouvellement des droits à la CMUc se fait :

- Tous les 06 mois Tous les ans Tous les 5 ans
 Pas de renouvellement, c'est une prestation à vie Ne sait pas

Q10 : Les professionnels de santé peuvent-ils facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMUc ?

- Oui et les dépassements sont remboursés par la CMUc
 Oui et les dépassements ne sont pas remboursés par la CMUc : ils restent à la charge du patient
 Non, les dépassements d'honoraires sont interdits dans le cadre de la CMUc
 Ne sait pas

Q11 : Le système du tiers-payant permet au patient de ne pas avancer les frais médicaux : c'est le professionnel de santé qui est directement payé par l'assurance-maladie et/ou l'assurance-complémentaire. Pour les bénéficiaires de la CMUc, le tiers-payant est :

- Systématique et obligatoire
 À la demande du patient au professionnel de santé
 Inapplicable
 Ne sait pas



Q12 : Légalement, un médecin libéral peut refuser de prendre en charge un patient sur le seul critère qu'il est bénéficiaire de la CMUc :

- Vrai si le médecin est en secteur 2
- Vrai dans tous les cas (secteur 1 et secteur 2)
- Faux
- Ne sait pas

Q13 : Le taux de mortalité globale des patients bénéficiaires de la CMUc est :

- Inférieur à celui de la population générale
- Identique à celui de la population générale
- Supérieur à celui de la population générale

Q14 : Les patients bénéficiaires de la CMUc consultent en médecine générale et spécialisée:

- Moins souvent que la population générale
- Autant que la population générale
- Plus souvent que la population générale

Q15 : Les patients bénéficiaires de la CMUc posent aux soignants plus de problèmes que les autres patients :

a) Sur le plan administratif (sécurité sociale, certificats...) :

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

b) Sur le plan médical (diagnostique, thérapeutique...) :

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

c) Sur le plan social (précarité du logement, de l'emploi...) :

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

d) Sur le plan de la relation médecin/patient (compréhension, observance, prise des rendez-vous ...) :

- Pas d'accord du tout
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Expliquez vos choix :

Q16 : Pour la pérennité du système de santé, les fraudes au dispositif de la CMUc sont :

- Non préoccupantes
- Faiblement préoccupantes
- Moyennement préoccupantes
- Fortement préoccupantes



C : Vos expériences de prise en charge de patients bénéficiaires de la CMUc dans vos stages :

Q17 : Avez-vous déjà rencontré des situations de soins où le statut CMUc du patient a conduit à modifier la prise en charge médicale ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Oui, en stage hospitalier
- Oui, en stage ambulatoire (médecine générale)
- Non

De quelle(s) façon(s) ? Racontez :

Q18 : Au cours de vos stages, avez-vous participé à des staffs médico-sociaux pour des patients en situation de vulnérabilité sociale ou précarité ?

- Oui
- Non

Q19 : Dans vos observations médicales d'externes, inscrivez-vous le statut du patient vis-à-vis du remboursement de ses soins (assurance-maladie obligatoire, CMUc, mutuelle...) ? *(1 seule réponse possible)*

- Oui, systématiquement pour tous les patients et tous stages confondus
- Oui, uniquement si le patient me semble vulnérable
- Oui, uniquement à la demande du senior
- Habituellement non

Q20 : Avez-vous déjà reçu un enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé (CMUc, AME, ACS...) ? *(plusieurs réponses possibles)* AME : Aide Médicale d'Etat ; ACS : Aide à une Complémentaire Santé

- Oui, à la faculté de médecine
- Oui, à l'hôpital
- Non, jamais

Q21 : Si vous avez déjà reçu un enseignement dédié aux dispositifs d'aide sociale en santé (CMUc, AME, ACS...), par qui ? *(plusieurs réponses possibles)*

- Médecin hospitalier
- Médecin de ville (généralistes, spécialistes...)
- Enseignant de santé publique (médecin de santé publique, économiste de la santé, sociologue...)
- Travailleur social (assistante sociale, délégué de l'Assurance-Maladie, associatif...)
- Autre : _____

Q22 : Trouvez-vous votre formation suffisante sur le sujet des dispositifs d'aide sociale en santé (CMUc, AME, ACS...) ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout



D : Quelques questions pour mieux vous connaître :

Q23 : Quel est votre âge ? _ _ ans

Q24 : Etes-vous ? Un homme Une femme

Q25 : Code postale de votre domicile actuel : _____

Q26 : Ville (arrondissement si Paris) du lycée où vous étiez en terminale : _____

Q27 : Avez-vous un emploi rémunéré en parallèle de vos études médicales ?

Oui Non

Q28 : Etes-vous boursier ?

Oui Non

Q29 : Etes-vous ou avez-vous été bénéficiaire de la CMUc ?

Oui Non

Q30 : Dans votre entourage proche, avez-vous connu ou connaissez-vous un(des) bénéficiaire(s) de la CMUc ?

Oui Non

Q31 : Avez-vous fait un stage de médecine générale en ville au cours de votre externat ?

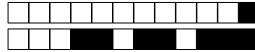
- Oui. Ville (arrondissement si Paris) du lieu de stage : _____
- Non, car je n'en ai pas eu l'opportunité dans ma faculté
- Non, je n'ai pas souhaité le faire bien qu'en ayant eu l'opportunité

Q32 : Avez-vous fait un stage de médecine à l'étranger ?

- Oui ; Où ? _____
- Non

Q33 : Quel est le niveau d'études de vos parents ? *Considérez celui qui a le niveau d'études le plus élevé.*

- Sans diplôme
- CAP / BEP / Brevet des collèges
- Baccalauréat / Brevet technique ou professionnel
- Etudes supérieures jusqu'à Bac +2
- Etudes supérieures au-delà de Bac +2



Q34 : Si votre père est médecin :

Quelle est sa spécialité ? _____

Quel est son mode d'exercice ?

- Hospitalier
- Libéral secteur 1
- Libéral secteur 2 (avec dépassements d'honoraires)
- Autres (dont activités mixtes)

Q35 : Si votre mère est médecin :

Quelle est sa spécialité ? _____

Quel est son mode d'exercice ?

- Hospitalier
- Libéral secteur 1
- Libéral secteur 2 (avec dépassements d'honoraires)
- Autres (dont activités mixtes)

Si vous désirez connaître les conclusions de ma thèse, merci de m'écrire votre courriel et/ou si vous souhaitez faire des remarques sur ce questionnaire :

Encore Merci de votre participation et Bonne Chance pour la suite.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire : CMUc

- Instaurée par la loi du 27/07/1999, l'objectif est de **faciliter l'accès aux soins des personnes à faibles revenus** et ne pouvant accéder à une assurance complémentaire santé payante (mutuelles...). C'est une **complémentaire santé gratuite**, financée par l'Etat.
- Les **conditions d'obtention** de la CMUc :
 - 1) être **affilié** à un régime obligatoire d'assurance maladie
 - 2) être en France de manière **stable** depuis plus de 3 mois et **régulière** (avoir la nationalité française ou un titre de séjour sur le territoire français valide ou un récépissé attestant des démarches de régularisation en cours)
 - 3) respecter les **conditions de ressources** : le revenu annuel sur les 12 derniers mois du foyer doit être inférieur au seuil fixé par l'Etat annuellement
 En 2014, le plafond est de **716,08 €** par mois pour une personne seule en métropole (plafond variable en fonction du lieu de résidence et de la composition du foyer)
 En 2014, le seuil de pauvreté mensuel fixé à 60 % du niveau de vie médian français est de **977 €**. Le SMIC mensuel brut (35 heures/semaine) est à **1445,38 €**
- **Renouvelable** tous les ans sur demande du bénéficiaire
- Peuvent bénéficier de la CMUc : conjoint(e) ou concubin(e) ou pacsé(e) ou personnes à la charge du bénéficiaire de moins de 25 ans
- La CMUc permet **Si le parcours de soins coordonné** est respecté (médecin traitant déclaré, carte vitale à jour , présentation de l'attestation de CMUc...) :
 - 1) la **dispense d'avance de frais** (=obligation de pratiquer le **tiers payant**) pour le bénéficiaire chez tous les professionnels de santé quels qu'ils soient
 - 2) **l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires** pour tous les médecins sauf exigences particulières du patient
 - 3) **l'exonération** :
 - **du ticket modérateur pour tous les actes**
 - **du forfait hospitalier journalier**
 - **de la participation forfaitaire de 1 €**
 - **des franchises médicales**
 - **du forfait de 18 €** (pour les actes de plus de 120 €)
 - 4) des soins dentaires (dans la limite des tarifs fixés pour la CMUc) ; une paire de lunettes/an (verres+monture, dans la limite des tarifs fixés pour la CMUc) ; des soins d'IDE , kinésithérapie, orthophonie; un appareil auditif /2ans
- En octobre 2013, il y a **4 819 716** bénéficiaires de la CMUc (en augmentation par rapport à 2012)
- Le **refus de soins** d'un patient sur le seul motif qu'il est bénéficiaire de la CMUc est **illégal, sanctionné** par le code de déontologie médicale (sanctions disciplinaires)
- La CMUc ne doit pas être confondue avec la **CMU de base** qui est une affiliation au régime général de la sécurité sociale pour des patients non couverts par un régime d'assurance maladie

sources : le Fonds CMU, Ameli, Insee

Fiche recapitulative CMUc; Thèse de Julie Etcheberry 2013-2014

Nous présentons dans cette annexe, les autres dispositifs d'aide sociale de santé français.

1/ La CMU de base :

La CMU de base est créée par la loi du 27 juillet 1999.

Les conditions d'attributions de la CMU de base sont les mêmes que celles décrites pour la CMUc pour les conditions de résidence : être sur le territoire français de manière stable depuis plus de 3 mois et régulière (avoir la nationalité française, ou un titre de séjour sur le territoire français valide, ou un récépissé attestant des démarches de régularisation en cours), par contre il n'y a pas de condition de ressources.

Elle est gratuite, sauf si les revenus du bénéficiaire dépassent un certain plafond. Dans ce cas, le bénéficiaire paie une cotisation égale à 8% du montant du revenu fiscal de référence mentionné dans son dernier avis d'imposition, déduction faite du plafond d'exonération de 9610 euros depuis octobre 2014.

La CMU de base permet à toute personne éligible, et ne relevant à aucun autre titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale. Elles sont affiliées au régime général de l'assurance maladie. La demande de CMU de base se fait auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend le demandeur.

Les bénéficiaires sont, au même titre que n'importe quel autre assuré, remboursés par l'assurance maladie de la part obligatoire de leurs dépenses de santé. Les remboursements se font sur la base des tarifs opposables. Il leur reste à charge la part complémentaire, la participation forfaitaire, les franchises médicales et le forfait hospitalier, s'ils ne prennent pas de complémentaire santé en plus.

La CMU de base n'entraîne pas obligatoirement de dispense d'avance des frais sur la part de la sécurité sociale, et n'entraîne pas d'exonération du ticket modérateur systématique, sauf pour les situations identiques pour tout assuré comme par exemple l'ALD ou les accidents de travail.

La CMU de base est également attribuée aux personnes du foyer (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants...) qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie.

Fin juillet 2014, il y a en France 2,22 millions de bénéficiaires de la CMU de base.

Toutes les informations sont disponibles sur les sites du Fonds CMU : www.cmu.fr et sur le site Améli : www.ameli.fr

2/ L'AME :

L'AME ou aide médicale d'état est créée en 2000, par la loi du 27 juillet 1999 créant simultanément la CMU

L'AME offre une protection sociale aux personnes étrangères qui ne peuvent pas être affiliées à un régime de sécurité sociale du fait de leur situation irrégulière sur le territoire français. Les personnes doivent être depuis plus de 3 mois en France (condition de stabilité) et avoir des ressources, calculées sur les douze derniers mois, inférieures à un plafond qui varie selon le lieu de résidence (métropole ou Dom Tom) et la composition du foyer (conditions de ressources). Ce plafond valable pour une personne seule vivant en métropole est à 720,42 euros par mois (au 1^{er} juillet 2014), identique au plafond de la CMUc.

L'AME doit être demandée par l'intéressé à la CPAM et est renouvelable tous les ans. Elle est aussi valable pour les personnes à la charge du bénéficiaire vivant en France

Elle est gratuite et ouvre les droits suivants :

- la prise en charge des soins de santé à 100%, du forfait journalier hospitalier, de la participation forfaitaire
- la pratique du tiers payant obligatoire par les praticiens consultés

Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas besoin de déclarer de médecin traitant, ils ne possèdent ni carte vitale ni numéro d'immatriculation mais une carte AME

Toutes les informations sont disponibles sur les sites du Fonds CMU : www.cmu.fr et sur le site Améli : www.ameli.fr

3/ l'ACS :

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou ACS est créée en Août 2004. En juin 2014, on décompte 98.672 bénéficiaires de l'ACS, soit +5,1% par rapport à juin 2013.

Pour être éligible au dispositif ACS, le patient doit résider en France de manière régulière, depuis plus de 3 mois et avoir des ressources, calculées sur les douze derniers mois, supérieures au seuil de la CMUc et inférieures à ce même seuil majoré de 35%.

Le plafond de ressources varie en fonction du lieu de résidence (métropole/Dom Tom) et de la composition du foyer. En 2015, le seuil est en moyenne pour une personne seule vivant en métropole de 972,50 euros par mois (juillet 2014 ?)

L'ACS doit être demandée par l'assuré à la caisse primaire d'assurance maladie, elle est valable 12 mois.

L'assurance maladie, si le patient est éligible, remet à l'assuré une attestation-chèque « ACS » :

- l'attestation permet à l'assuré, même s'il n'a pas souscrit à un organisme complémentaire, de bénéficier, sur présentation de l'attestation, du tiers payant et de tarifs opposables par la sécurité sociale (pas de dépassement d'honoraires) pour lui et ses ayants droits, tant que le parcours de soins coordonnés est respecté.

- un chèque que l'assuré donnera à l'organisme complémentaire de son choix (mutuelle, assurance complémentaire ou institut de prévoyance). Le montant qui restera à la charge de l'assuré sera donc la cotisation annuelle du contrat de complémentaire choisi réduite du montant du chèque de l'ACS. Le montant du chèque annuel varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : pour une personne de moins de 16 ans, le montant de l'aide est de 100 euros, pour une personne entre 16 et 49 ans, de 200 euros, pour une personne de 50 à 59 ans, de 350 euros et pour les plus de 60 ans de 550 euros.

Son principal objectif est de limiter l'effet seuil créé par les conditions d'éligibilité à la CMUc et de le déplacer vers des populations plus favorisées

Toutes les informations sont disponibles sur les sites du Fonds CMU : www.cmu.fr et sur le site Améli : www.ameli.fr

4/ Les permanences d'accès aux soins de santé :

Depuis 1998, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont mises en place au sein d'établissements publics de santé et d'établissements privés de santé à but non lucratif, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), art L6112-6 du CSP

Les PASS sont définies comme « des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. » (Site <http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html>).

Les PASS sont des structures de prise en charge de soins en aigu : elles n'ont pas vocation à prendre en charge les patients au long cours, mais de les accompagner dans l'acquisition de leurs droits sociaux et de les mettre en lien avec la médecine de ville qui prendra le relai.

En Île-de-France en 2009, la DRASS compte 45 PASS.

Les soins sont délivrés gratuitement aux consultants qu'ils aient ou non une couverture sociale.

5/ Fonds pour les soins urgents et vitaux :

Le fonds pour les soins urgents et vitaux est créé en 2003.

Le patient doit pour pouvoir en bénéficier : être de nationalité étrangère, ne pas pouvoir accéder à un régime d'assurance maladie (CMU de base) et ne pas bénéficier de l'AME.

Ce fonds permet le financement des soins urgents et vitaux : « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de la santé de la personne ou d'un enfant à naître », ainsi que de la grossesse, de l'IVG, de l'IMG, des soins prodigués afin d'éviter la propagation d'une maladie infectieuse ».

Les soins doivent être fournis par des établissements de santé publics ou privés, les soins de ville en sont donc exclus. La prise en charge des soins se fait à 100%. C'est l'établissement de soins qui décide de saisir le fond ou non.

Il n'est pas un système de protection sociale.

Les professionnels de santé, protagonistes essentiels de l'accès à la santé universel et équitable se comportent-ils différemment avec les patients en fonction de leur position sociale, et en particulier à l'égard des bénéficiaires de la CMUc ? Si ces comportements spécifiques existent, comment les responsables les justifient ? Quels impacts peuvent-ils avoir sur la santé des bénéficiaires de la CMUc ? Quelles sont les connaissances des professionnels de santé de leur système de soins ? Quelles sont leurs représentations vis à vis des bénéficiaires de la CMUc ?

Les études sur l'accès aux droits sociaux, sur l'accès aux soins, sur les renoncements aux soins et sur les consommations des assurés précaires, en particulier des bénéficiaires de la CMUc permettent d'évaluer en partie l'efficience du système de santé et d'objectiver les étapes de soins où ce dernier peut être un frein à la santé. L'étude du comportement des professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMUc, marqueur social, connu des médecins via la carte vitale permet d'initier une réponse à ses questions.

1 Y a t'il des comportements spécifiques à l'égard des bénéficiaires de la CMUc ? Si oui, de quels types ?

Dès le début de l'application du dispositif CMUc en 2000 et jusqu'à maintenant, de nombreuses études identifient, décryptent et analysent des pratiques spécifiques et discriminantes de la part de certains professionnels de santé vis à vis des patients bénéficiant de la CMUc. Le premier comportement discriminant objectivé est **Le refus de soins imputable à la CMUc.**

1.1 Les refus de soins directement imputables à la CMUc :

Le rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde dénonce dès 2002, soit seulement 2 ans après la mise en route de la CMUc, l'existence de refus de soins à l'égard de bénéficiaires de la CMUc par des dentistes libéraux dans 11 villes de France. Ce refus de soins est évalué à 35,3% des cas (81).

Puis, 1 an plus tard, la DRESS met en évidence que sur 3000 bénéficiaires de la CMUc, 15% d'entre eux ont été victime d'un refus de soins imputable à leur CMUc de la part de professionnels de santé, le plus souvent de la part de spécialistes, puis de dentistes et enfin plus rarement de la part de généralistes (82).

En 2004, l'association UFC-Que Choisir réalise un testing téléphonique auprès de spécialistes sur l'ensemble du territoire : en région parisienne entre 30 et 40% de refus de soins liés à la CMUc sont identifiés (49).

En 2005, le Fonds CMU finance un testing téléphonique (méthode d'enquête permettant de mesurer une discrimination) effectué dans 6 villes du Val de Marne. Un taux moyen de refus de soins imputable à la CMUc est mesuré à 14%. Les médecins spécialistes (tout secteur confondu) représentent 41% de ces refus de soins. Les généralistes ont un taux de refus moyen de 4,8% ; les omnipraticiens secteur 2 refusent plus que leurs confrères secteur 1 : 16,7% versus 1,6% (41).

Toute spécialité confondue, les médecins secteur 2 refusent plus que les médecins secteur 1.

Le rapport de Jean François Chadelat, en 2006, reprenant ces études confirme l'existence de ces refus de soins ciblés (18). En 2009, le Fonds CMU commande à l'IRDES un testing dont l'objectif est d'évaluer le refus de soins à Paris. Le taux de refus imputable à la CMUc est mesuré à 19,3%. Les généralistes secteur 1 refuse dans 9,2% des cas versus 32,6% pour les généralistes secteur 2. Les ophtalmologues secteur 1 refusent dans 9,1% versus 31,3% pour les ophtalmologues secteur 2. Les gynécologues secteur 1 dans 17,4% versus 40,2% pour les gynécologues secteur 2. Les radiologues secteur 1 refusent dans 4,1% versus 6,3% pour les radiologues secteur 2. Les médecins généralistes secteur 2 refusant autant que les ophtalmologues secteur 2 et beaucoup plus souvent que leurs confrères spécialistes secteur 1 toute spécialité confondue.

Un omnipraticien équipé d'un lecteur de carte vitale à 5 fois moins de chance de refuser un bénéficiaire de la CMUc qu'un omnipraticien sans lecteur (46).

En 2012, l'IRDES étudie le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUc dans 2 départements ruraux (la Nièvre et l'Orne) Même si le refus de soins apparaît y être plus faible, il n'en ai pas moins présent aussi en milieu rural (50).

Ces différentes études s'accordent sur l'existence du refus de soins à des taux non négligeables et variables en fonction des territoires. Le secteur 2 est toujours retrouvé

comme plus pourvoyeur de refus de soins que le secteur 1. Les médecins spécialistes ont plutôt plus tendance à refuser que les médecins généralistes mais cependant cela est impacté par le type de spécialité et le secteur du médecin. Les refus de soins, imputables à la CMUc sont souvent, contre toute attente, explicites.

Parfois émis avec violence et mépris, parfois « adouci » d'une proposition alternative comme un ré-adressage vers des structures type centres municipaux de santé, hôpital public ou structure humanitaire, les refus de soins opposés de manière explicites aux bénéficiaires de la CMUc sont facilement repérables par les méthodes de testing, mais ils ne sont malheureusement pas les seules attitudes discriminatoires auxquelles doivent faire face les bénéficiaires de la CMUc.

1.2 Les autres visages du refus de soins

Il existe aussi des refus de soins implicites, déguisés, beaucoup plus difficilement identifiables. Ils prennent la forme de comportements spécifiques à destination des patients bénéficiaires de la CMUc s'apparentant à un refus de soins même si parfois la consultation a lieu. Il est intéressant de lister ces attitudes discriminantes objectivées, en particulier au cours de 2 testing de 2006 et 2009 (41,46) et abordées par la circulaire 33/2008 du 30 juin 2008 de la CNAMTS (19) afin de pouvoir les repérer de mieux en mieux :

- Manque de place opposée à un bénéficiaire de la CMUc n'existant pas pour un patient « neutre » ou Rdv avec un délai important...

- Rdv donné au bénéficiaire de la CMUc mais avec un non respect annoncé du tiers payant ou de l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires malgré la CMUc...

- Consultations à des horaires dédiés aux patients ayant la CMUc, en pleine journée ou seulement sur des plages de sans rdv...

- Rdv donnés sous conditions : rappeler pour confirmer, carte vitale obligatoirement à jour, déclaration du médecin traitant faite.

- Consultation possible mais avec une limite dans la proposition de soins : par exemple non pratique de la spécificité acupuncture ou ostéopathie par des omnipraticiens...

- Orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ; Consultation au sein de l'hôpital et non du cabinet libéral pour les praticiens ayant un exercice mixte...

- Rdv donné au bénéficiaire CMUc mais avec un accueil différent : retenu, froid, parfois violent « la CMU, je ne cours pas après » ou « on n'a pas le choix » Rdv donné au cas par cas après analyse de la demande par le médecin. et acceptation particulière notifiée...

- Rdv donné seulement s'il existe un caractère d'urgence en précisant que cette prise en charge ne pourra pas s'inscrire au long cours

- Facturations abusives d'actes, facturation d'actes à des patients non présents...

Ces comportements divers, non rares, sont tout aussi limitant dans l'accès aux droits et à la santé, que le refus de soins imputable à la CMUc.

Ces études permettent de conclure que même si la majorité des professionnels de santé soignent et se comportent à l'identique envers les bénéficiaires de la CMUc par rapport aux autres patients, il existe une minorité de professionnels de santé traitant différemment les patients en fonction de leur origine sociale, en particulier en fonction de leur possession de la CMUc et en leurs opposant une série d'attitudes discriminantes violentes. Ces attitudes, décrites dès la mise en place du dispositif, perdurent aujourd'hui, comme en témoignent les études récentes sur le refus de soins.

1.3 Légalité de ces comportements discriminatoires

Ces discriminations, réelles, sont illégales. Condamnées à la fois par la législation nationale, le code de santé publique, le code de déontologie et le code de la consommation.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé condamne toute discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention et rappelle la responsabilité en particulier des professionnels de santé pour le promouvoir : article L. 1110-1. « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à

développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible » article. L. 1110-3. « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. » (6).

Dès 2006, La HALDE affirme « qu'en vertu des dispositions du code de la santé publique, aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins. Dès lors, tous refus d'accès à la prévention ou aux soins opposés par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur émis dans le cadre des textes précités, et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux »(83).

Le code de déontologie confirme (art R.4127-7 du CSP) que « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » Il précise le cadre dans lequel le refus de soins peut être opposé (art R.4127-47 du CSP) « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Le comportement du médecin ou du dentiste qui refuse de délivrer des soins à un bénéficiaire de la CMU est assimilable à un refus de vente prohibé par l'article L.122-1 du code de la consommation. Les sanctions applicables, qui sont prévues à l'article R.121-13 de ce même code, sont des contraventions de cinquième classe, prescrites dans un délai d'un an.(18)

Le refus de soins imputable à la CMUc va donc à l'encontre de ces différents textes de loi. De même, les comportements discriminants en consultation à l'égard d'un bénéficiaire de la CMUc sans refus de soins explicite est répréhensible selon l'article R. 4127-32 du Code de la santé publique: « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents »

2 Quelles Justifications opposées par les professionnels de santé responsables de refus de soins pour expliquer Leurs comportements discriminants imputables à la CMUc ?

Dans les différentes études précitées et plus spécifiquement dans les travaux de C. Desprès, de B. Luaces et du défenseur des droits, les arguments avancés par les acteurs de refus de soins imputables à la CMUc peuvent être classés en 2 catégories.

Les justifications renvoyant aux contraintes imposées lors des consultations secondairement au fonctionnement même du dispositif CMUc et les justifications renvoyant aux représentations des professionnels de santé à l'égard de la population bénéficiant de cette aide sociale. Ces justifications pouvant être associées.

2.1 Justifications par le fonctionnement de la CMUc :

Elles sont le plus souvent opposées mais ne sont pas obligatoirement associées à un rejet des bénéficiaires et/ou à des représentations négatives à leur égard.

Les contraintes économiques imputables au fonctionnement de la CMUc :

Les plus citées, de manière plus ou moins explicites, sont les conséquences économiques pour les praticiens des obligations financières liées à la CMUc qui leurs incombent :

- l'impossibilité de réaliser des dépassement d'honoraires pour les praticiens de secteur 2 et leur manque à gagner secondaire de voir beaucoup de « CMUc », d'autant plus qu'ils exercent dans des territoires où les loyers sont chers. Cet argument est corroboré par les résultats des études sur le refus de soins dans lesquelles les praticiens en secteur 2 sont responsables de plus de refus de soins

- l'obligation de réaliser le tiers payant et le retard de remboursements secondaire ; les retards ou l'absence de remboursement de la consultation par l'assurance maladie au praticien si le patient n'a pas de médecin traitant, le non remboursement par la CMUc de certains soins (ostéopathie, acupuncture...)

Les contraintes administratives imputables au fonctionnement de la CMUc :

- la majoration des formalités administratives : la surcharge de travail liée au tiers payant, la rédaction de feuilles de soins et envois pour les praticiens non équipés de lecteur de carte

vitale. Un omnipraticien équipé d'un lecteur de carte vital à 5 fois moins de chance de refuser un bénéficiaire de la CMUc qu'un omnipraticien sans lecteur.(46)

- le délai des remboursements du praticien par l'organisme gestionnaire de la CMUc du patient ou les rejets de remboursements.

Certaines justifications données par les médecins pour expliquer leurs refus de soins ciblés renvoient à des comportements qui seraient spécifiques à cette population d'assurés alors qu'aucune étude ne les a actuellement démontrés. Leur analyse permet d'évaluer leurs représentations à l'égard de ces bénéficiaires.

2.2 Justifications par un comportement spécifique des bénéficiaires de la CMUc : approche de leurs représentations ?

B. Luaces interroge 19 médecins généralistes exerçant dans la région Aquitaine sur leurs pratiques à l'égard des bénéficiaires de la CMUc. Majoritairement, les médecins interrogés, associent les bénéficiaires de la CMUc aux thèmes « du marginal, de l'exclu, sans activité professionnelle, ayant du temps, fainéant, patient qui se complaît dans sa situation d'assisté, fraudeurs » ; « Ils arrivent en BMW ou cabriolet devant le cabinet » ; « Quand vous leur donnez rendez vous et qu'ils ne peuvent pas parce qu'ils sont au ski... » . Certains médecins de l'étude relient des comportements ou exigences particulières comme typiques des bénéficiaires de la CMUc : « Surconsommation de consultations et de médicaments, inobservance des rendez vous, irresponsabilité, exigences particulières, de traitements, horaires non respectées, impatience,... ». Le caractère inflationniste, la perte de la symbolique du paiement et le caractère d'assistance sont plus souvent cités par les médecins plus âgés. Les médecins femmes interrogées ont une vision plus nuancée. 3 médecins de l'étude, plus jeunes, ayant une patientèle CMUc en proportion importante (70%) et donc connaissant mieux cette population ont une vision beaucoup plus proche de la réalité et moins de faux préjugés.

D'autres justifications découlent de la représentation qu'ont les médecins de leur propre rôle, spécifiquement dans l'accompagnement social des patients.

B. Luaces montre que le dispositif CMUc est souvent explicité par les médecins interrogés comme un dispositif « inflationniste, ne prenant pas en compte les aspects thérapeutiques et valorisant du paiement, et encourageant l'assistantat ». « Le dispositif CMUc s'éloigne de la

représentation libérale de la médecine de premiers recours historiquement majoritaire dans notre pays, mais plus largement encore parmi les praticiens les plus âgés de notre échantillon, ce qui pourrait refléter une éventuelle évolution de ce dogme libéral... »

C. Desprès isole en 2009 une représentation particulière qu'ont certains médecins sur une dichotomisation des missions du secteur public et du secteur privé: un secteur public ayant « pour mission de s'occuper des populations démunies, vulnérables et d'un secteur qui serait libéral et dévolu aux personnes solvables ». Certains médecins libéraux ne se sentent pas « responsable » de la prise en charge de cette population, ils ne se reconnaissent pas dans ce rôle de soutien social (46). Elle décrit aussi « le coût social » secondaire à l'accueil de bénéficiaires de la CMUc opposés par quelques praticiens qui ne souhaitent pas de mixité sociale dans leur salle d'attente, en particulier pour les praticiens des quartiers chics. Son étude montre des justifications beaucoup plus minoritaire comme un médecin qui justifie son refus de soins par sa position universitaire... d'autres médecins qui valident leur refus par le fait que les précaires n'ont pas de légitimité à bénéficier de certains soins comme l'acupuncture, la psychanalyse...

Enfin dans ces différents travaux, une notion d'assistance est souvent associée au dispositif par les médecins. « Certains praticiens sortent de leur périmètre en s'érigeant juges de la pertinence du bénéfice de ces dispositifs pour les publics qui en jouissent : ils considèrent que les bénéficiaires de ces dispositifs le sont souvent au moyen de contournements de la loi (leur train de vie serait incompatible avec leur droit à la CMU-C ou à l'AME), qu'ils profitent indûment et de façon abusive du système de soins et surconsomment » (18)(19) Alors même que le socle de la CMUc repose sur un principe de solidarité et d'universalité des droits à la santé caractérisé par l'extension d'un droit à une complémentaire pour une population qui seule ne pourrait pas y prétendre.(18), (19)

Ces études montrent qu'il existe souvent un vrai décalage entre les représentations que se construisent certains professionnels de santé vis à vis des bénéficiaires de la CMUc et la réalité socio économique de ces derniers. Beaucoup de médecins semblent ignorer l'hétérogénéité de la population des bénéficiaires de la CMUc et restreignent plutôt ces bénéficiaires à une population en grande pauvreté Cette distorsion fait considérer certains bénéficiaires de la CMUc comme non légitimes car « pas suffisamment pauvres » et donc probablement fraudeurs... « Dès lors que le patient ne revêt pas les attributs de la pauvreté, c'est qu'il s'agit d'un fraudeur » (19)

Comme le suggère B.Luaces dans son travail, « ces comportements qui seraient spécifiques aux bénéficiaires de la CMUc » même s'ils n'ont jamais été démontrés dans des travaux de recherches...sont entérinés par certains positionnements du CNOM et de la CPAM. En effet, ces instantes ont rédigé à destination spécifique de ces patients des documents leur rappelant certes leurs droits ouverts par le dispositif, la conduite à tenir s'il était victime d'un refus de soins...mais aussi leurs devoirs entre autre « Respecter les horaires de rendez-vous avec le professionnel de santé... En cas d'empêchement, vous devez le prévenir au plus tôt » ! Est-ce que seuls les bénéficiaires de la CMUc doivent avoir un médecin traitant, arriver à l'heure, ... est-ce que tous les usagers du système de soins n'ont pas par définition les mêmes droits et devoirs...Aucune fiche de ce type n'a été trouvée pour un patient assuré non CMUc. Ces attitudes des instances garantes de l'éthique et du professionnalisme des médecins, ciblant précisément dans leurs rappels à l'ordre des bénéficiaires de la CMUc des préjugés existant, par ailleurs jamais prouvés ni quantifiés, ne participent t'elles pas à les entériner ? Ces représentations négatives à l'égard des bénéficiaires de la CMUc existent même au plus haut niveau

« Que des patients CMUc puissent poser des problèmes à certains praticiens est une évidence. Mais que ce phénomène existe aussi avec le reste de la patientèle n'en n'est pas moins une » B.Luaces

3 Quelles sont les connaissances des praticiens sur le dispositif CMUc?

Aucune étude quantitative ne les évalue mais des informations sur le niveau de connaissances de la CMUc par les professionnels de santé sont collectées indirectement à partir des entretiens ou testing.

Très peu des généralistes interrogés par B. Luaces connaissent les conditions d'attributions de la CMUc et aucun n'a pu citer une approximation du plafond de ressources (40). JF. Chadelat, le Fonds CMU et C. Desprès (18,41,46), font le constat similaire du manque de connaissances des professionnels de santé sur la « logique et les fondements de la loi CMUc » et dénoncent une méconnaissance de la loi et de ses objectifs qu'ils associent « à une perception fautive et décalée de la population bénéficiaire elle même lit de nombreuses représentations... »

Les études précédemment citées montrent qu'une des conséquences du manque de maîtrise par certains professionnels de santé des conditions d'attributions de la CMUc, de ses

objectifs fondamentaux, des réalités socioéconomiques des bénéficiaires, de leur état de santé, de leurs dépenses de soins... peut aboutir « à une perception erronée du profil des bénéficiaires. Ainsi, pour de nombreux médecins, la CMUc vise les plus démunis dont le « clochard » constituerait la figure emblématique ». Cette distorsion peut devenir rapidement délétère dans la relation médecin patient.

Déconstruire les stéréotypes enracinés dans l'esprit du corps médical est un réel défi. Cela paraît passer entre autres par une meilleure formation multidimensionnelle de tous les acteurs du système de santé sur ces dispositifs mais aussi par un travail d'échanges et d'accompagnements entre professionnels de santé et personnes de terrain maîtrisant cette thématique.

4 Quelles conséquences peuvent avoir ces comportements discriminants sur la santé des populations fragiles ?

L'organisation du système de santé et de protection sociale et les attitudes de ses membres actifs sont des déterminants fondamentaux de l'efficacité du soin, à toutes ses étapes. Les refus de soins imputables à la CMUc, explicites ou implicites complexifient largement voire ferment totalement à une frange de la population non négligeable l'accès à des soins effectifs primaires puis secondaires. Ils sont identifiés comme une des causes de renoncement aux soins chez les bénéficiaires de la CMUc et plus largement chez les personnes fragiles.

4.1 Le renoncement aux soins

Le renoncement aux soins est défini C. Desprès lorsque des individus « ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit» (38)

Elle différencie deux types de renoncements aux soins : le « renoncement-barrière » et le « renoncement-refus », les deux étant souvent associés. Dans le premier type de renoncement, le patient choisit de ne pas accéder aux soins secondairement à des contraintes externes qu'il rencontre. Ces contraintes externes sont diverses et reflètent entre autre l'organisation du système de santé au sens large (offre soins, type, accessibilité géographique...) et l'organisation du système de protection sociale (organisation des remboursements de la part obligatoire, complémentaire, lien entre protection sociale et

niveau de vie...). Dans le renoncement-refus, le renoncement aux soins se base sur des « contraintes internes », le patient choisit de ne pas accéder au système de santé car ce dernier ne correspond pas à sa vision, à ses attentes : le système de santé, ses acteurs l'on déçu antérieurement (38)

L'exploration des déterminants des renoncement aux soins, plus fréquent chez les populations fragiles, permet d'approcher les moments où le système de santé, et en particuliers ses acteurs peuvent être catalyseur d'inégalités sociales en santé à travers l'expérience des utilisateurs de ce système. Les contraintes externes financières sont les plus souvent incriminées dans les causes de renoncement aux soins (45).

4.2 Comportements de certains professionnels de santé et renoncements aux soins pour causes économiques

L'étude du taux de renoncement aux soins pour causes économiques est un des indicateurs indirects de l'efficacité de la couverture maladie obligatoire et complémentaire d'une personne. La fréquence des renoncements aux soins pour raisons financières, le type de soins délaissés et les conséquences sur l'état de santé varient en fonction de la position sociale du sujet (45).

En 2008, 15,4% de la population âgée de plus de 18 ans, déclarait avoir dans les douze derniers mois renoncé à des soins pour des raisons financières (45). Dans l'enquête ESPS 2012, les personnes sans complémentaire santé, renoncent le plus souvent aux soins. Dans les douze derniers mois, précédant l'étude, **25,7%** des personnes interrogées déclaraient avoir renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin, autres soins, ou examens) pour raisons financières. Le renoncement aux soins est de 54,6% pour les patients ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, de 32,6% pour les bénéficiaires de la CMUc et de 23,7% pour les patients ayant une complémentaire santé privée(29)

Comme le montre C. Desprès : les moins précaires « vont restreindre leurs visites chez l'ostéopathe non remboursées par leur complémentaire santé, alors que les seconds vont cesser de consulter le gynécologue. » (45). La nature des soins délaissés sera d'autant plus primaire et non interchangeable que le patient sera précaire. Cela majorant inexorablement les inégalités sociales de santé.

Alors que les revenus du patient, le prix des transports....sont des facteurs budgétaires pouvant moduler l'accès aux soins sans être imputable au système sanitaire. (61,84), plusieurs facteurs budgétaires directement liés au système de santé sont identifiés.

Dans les premières enquêtes ESPS, le renoncement aux soins pour causes financières étaient associé à un niveau insuffisant de remboursement des soins ou reste à charge trop haut. Le reste à charge pour un patient dépend entre autres, du coût des soins qui lui seront facturés lui même dépendant:

- des tarifs des consultations de médecine générale et de spécialistes, des tarifs d'une hospitalisation, des tarifs des actes médicaux... eux même régit soit par les tarifs opposables de la sécurité sociale ou par les dépassements d'honoraires.
- des modalités de paiement demandé au patient : avance des frais médicaux ou non avance des frais si pratique du tiers payant
- du taux de remboursement par l'assurance maladie et de son évolution
- du taux de remboursement par les complémentaires, lui même dépendant du taux de couverture de la complémentaire lui même variant en fonction du prix payé
- des dispositifs d'aide sociale et plus précisément de leurs conditions d'attributions, de leur panier de soins...
- des franchises médicales...

Si les derniers points sont directement imputables à l'organisation économique du système de protection sociale et du système de soins, les deux premiers points peuvent être influencés par les attitudes des professionnels de santé, qui participent donc aussi au coût du soin. En effet, le professionnel de santé qui ne respecte pas l'obligation de pratiquer le tiers payant ou qui ne respecte pas l'obligation de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires pour un bénéficiaire de la CMUc augmente le reste à charge des patients ayant la CMUc et devient ainsi potentiellement responsable de renoncements aux soins pour raisons financières.

L'erreur d'orientation d'un patient vers un confrère ne respectant pas les contraintes liées aux dispositifs ou vers une thérapeutique non prise en charge par ces dispositifs d'aide sociale en santé peut être une autre attitude des professionnels de santé pouvant aussi aboutir à un renoncement aux soins pour raisons financières.

4.3 Comportements de certains professionnels de santé et renoncement-refus

Le renoncement-refus se base sur des « contraintes internes ».

Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMUc, de l'AME, le non respect des règles affiliées aux dispositifs de santé : non respect du tiers payant, non respect de l'interdiction des honoraires, peuvent être à l'origine d'une méfiance à l'encontre du système de soins et ce d'autant plus que le patient sera précaire et potentiellement victime de ces comportements. La qualité de la relation humaine entre les professionnels de santé et les patients, le type de médecine défendu par les professionnels de santé, sont autant de facteurs imputables au système de santé et à ses acteurs pouvant majorer les renoncement-refus et contribuer aux inégalités sociales de santé (38).

4.4 Comportements de certains professionnels de santé et barrières administratives

Une autre cause de renoncement aux soins identifiés de manière récurrente dans les études et impliquant le système de soins est sa complexité administrative.

La complexité administrative, en particulier celle des démarches administratives d'ouverture et de maintien des droits aux dispositifs d'aide sociale en santé participe à leurs moindres utilisations par le public qui pourtant y seraient éligibles. Le phénomène de renoncement aux droits sociaux ou non recours aux droit en est la conséquence directe, et est un réel obstacle à l'accès aux droits et aux soins.

Le non recours à l'affiliation à un de ces dispositif n'est pas un épiphénomène : fin 2012, le Fonds CMU évalue à 1,7 millions le nombre de personnes éligibles à la CMUc mais n'en ayant pas fait la demande soit plus de 20% des effectifs potentiels (19). Ce non recours existe aussi pour l'AME et l'ACS à des taux encore plus important. Plus de 2 millions de personnes répondant favorablement aux critères d'attribution de la CMUc n'en bénéficient pourtant pas (53). Le taux de recours au dispositif en 2012 est estimé entre 69 et 72% par la DRESS (26)

Les conséquences du non recours à la CMUc rejoignent les causes de renoncement aux soins pour raisons financières.

Les conséquences de cette complexité administrative inhérente à l'assurance maladie peuvent être aggravées par le comportement des professionnels de santé. La méconnaissance des dispositifs d'aide sociale en santé par les praticiens décrite plus haut entraîne un mauvais repérage des situations où un patient pourrait bénéficier de dispositifs d'aide sociale de santé, un mauvais accompagnement de ces bénéficiaires dans leur parcours de soins. Ils majorent ainsi par leurs attitudes l'impact des barrières administratives chez les patients vulnérables socialement.

Les soignants doivent pouvoir jouer le rôle de guide dans un système de santé complexe et doivent pour cela en maîtriser d'abord les tenants et aboutissants...

4.5 Comportements de certains professionnels de santé et disponibilité des soins

Les politiques et instances sanitaires influent par leurs décisions sur l'accessibilité des soins en influençant le paysage sanitaire français : ils décident du nombre d'étudiants de médecine via le numérus clausus, le nombre de spécialiste français via les postes ouverts à l'internat....ils participent à la géographie médicale par la liberté d'installation, par des politiques d'incitations...par des politiques de regroupements...par la promotion de la filière secteur 1 ou secteur 2...

La disponibilité du soin est liée en particulier à son accessibilité géographique, elle même liée à la densité médicale, aux infrastructures. Il existe un lien entre consommation médicale, densité médicale et distance aux soins : une faible densité médicale diminue la consommation de soins ainsi qu'une distance importante. La distance parcourue pour un soin augmente avec le niveau d'études, une faible densité médicale aura donc plus de conséquences pour les populations positionnées en bas de l'échelle sociale. Le professionnel de santé, individuellement, participera aussi à l'accessibilité des soins, en fonction de ses choix sur son lieux d'installation (urbaine favorisée, urbaine défavorisée, rural, zone déficitaire en médecin...), sa sectorisation (secteur 1, secteur2, déconventionné...)

En effet, cela peut être compliqué pour le bénéficiaire de la CMUc de trouver un spécialiste équivalent facilement accessible : le secteur 2 est moins facilement accessible, les spécialistes de secteur 1 sont moins nombreux, sont souvent loin, nécessitant un éventuel déplacement et coût de transport majorant les dépenses et donc pas forcément possible...De nouveau, C.Desprès montre que les conséquences sont variables en fonction de la position

sociale, en effet les plus précaires auront moins d'offres de soins de remplacement, moins de secteur 1, secteur 2 non accessible, pas de voiture transports en commun chers...(38)

Une autre cause imputable au professionnel de santé est les modalités qu'il choisit pour rendre disponible son accès. L'organisation de la consultation plutôt sur rendez-vous qu'en sans rendez-vous favorise une organisation d'autant plus délétère pour l'accès aux soins que le patient est précaire.

Les professionnels de santé, par leurs attitudes discriminatoires à l'égard des bénéficiaires de la CMUc peuvent participer à plusieurs niveaux de la démarche de soins à la pérennisation des ISS. Ils ont donc un rôle important dans les ISS.

ANNEXE 5 : LIVRES AUTOUR DE LA CMUC

	Cahier des ECN, 2 ^{ème} Ed	Santé publique	GLOBAL ECN	Santé publique, médecine légale	Santé publique médecine du travail...	l'ECN en fiches	Santé publique, 1 ^{er} Tour ECN
Editeur	Elsevier Masson	VG-KB	Med-line Editions	VG édition	Mediciline	ellipses	Maloine
Auteur	médecin de santé publique	?	interne de santé publique	interne	médecin	médecin	médecin
année d'édition	2009	2014	2013	2012	2012	2011	2011
item 13 au sommaire	1	1	1	1	1	1	1
item 14 au sommaire	1	1	1	1	1	1	1
item 46 au sommaire		1	1	1		1	
dans autre chapitre non spé (index "CMUc")							
définition anagramme	1	1	1	1	1	1	1
nombre de bénéficiaires		1					
année de création	1	1					1
assurance complémentaire	1	1	1	1	1	1	1
être affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale		1		1			
avoir déclaré un médecin traitant		1					1
gratuite	1	1	1		1		1
conditions de résidence régulière	1	1	1		1		1
conditions de stabilité +/- > 3 mois	1	1	1		1		1
conditions de ressources	1	1	1	1	1		1
seuil donné		1	1	1			
ressources prise en compte							
seuil variable en fct du foyer		1					
renouvelable / an		1	1				
à la demande du bénéficiaire							
dispositif de l'Etat			1		1		
différence CMU de base/ CMUc	1	1	1	1	1		1
exonération du TM	1	1	1	1	1		1
exonération du forfait hospitalier	1	1	1	1	1		1
exonération de la franchise médicale		1	1	1			
exonération du 1 euros /consultation		1	1	1	1		
forfait de 18 euros pour les soins >120		1	1	1			
pratique du tiers payant obligatoire	1	1	1	1			1
dépassements d'honoraires interdits		1					1
obligation de recevoir un patient CMUc							
sanctions prévues en cas de refus de soins							
forfait lunettes, prothèse...		1					
environnement social, précarité, sensibilisation		1	1	1			

Nous avons pu au cours de cette étude comparer les avantages et les contraintes spécifiques de chacun de ces 2 modes de collecte.

1 Le mode de collecte « papier »

1.1 Avantages

Le principal avantage de ce mode de collecte direct des questionnaires est qu'il permet une interaction entre l'enquêteur et les enquêtés. Cette interaction donne la possibilité de leur présenter et promouvoir le projet. De plus, elle permet de pouvoir motiver les enquêtés à répondre et rend plus compliqué le refus de participer à l'étude lorsque l'enquêté est sollicité directement.

1.2 Contraintes

Le mode de collecte « papier » entraîne différentes contraintes :

- Des compétences informatiques élevées.

Elles sont nécessaires pour pouvoir utiliser les logiciels permettant la mise en forme des questionnaires, la reconnaissance automatique des réponses, indispensable lors de la collecte d'un grand nombre de données (installation, gestion du logiciel, création du questionnaire dans un langage particulier adapté...)

- Du temps.

La distribution directe des questionnaires de l'enquêteur à l'enquêté nécessite une organisation préalable de ce temps : autorisation préalable de présence sur le lieu de distribution des questionnaires, autorisation de cibler les enquêtés si besoin, planification des modalités de l'intervention...

Le délai d'impression de l'ensemble des documents remis lors de l'enquête peut prendre un certain temps.

La distribution directe implique pour l'enquêteur de se rendre sur les lieux de distributions, plus ou moins éloignés, de rester un temps donné, plus ou moins long.

Le logiciel de reconnaissance des réponses impose une préparation des documents : dégrafer chaque questionnaire, scanner chaque feuille, vérifier la conversion des réponses par le logiciel... Les limites de reconnaissance du logiciel obligent de compléter manuellement les réponses complétées à la main.

- De l'argent.

Le coût de l'impression des documents peut être important.

- Des ressources humaines.

Les distributions directes peuvent nécessiter de mobiliser plusieurs enquêteurs à des endroits particuliers et pour des temps donnés.

- Des conditions de remplissages pas toujours propices au remplissage des enquêtes

L'influence de l'environnement sur le remplissage des questions est à prendre en compte, en particulier son impact sur la concentration des enquêtés. Une autre conséquence doit être envisagée, celle de l'environnement social. En effet, celui-ci peut être l'occasion d'entraides entre les enquêtés ou de gênes pour répondre en particulier si les questions posées sont identifiées comme sensibles, dans ces deux cas, cela peut diminuer la sincérité des réponses et biaisées les informations récoltées.

- Une moindre précision possible sur les taux de participations.

Le nombre de questionnaires distribués ne correspond pas obligatoirement aux nombres de personnes ciblées. L'obligation de distribuer dans un temps parfois limité, peut nécessiter de distribuer des questionnaires sans contrôler avec précision qu'il n'y a qu'un questionnaire par enquêtés ciblés et que chacun d'entre eux est récupéré.

2 Le mode de collecte « Internet »

2.1 Avantages

Le logiciel Limesurvey nécessite de coder le questionnaire dans un langage informatique plus simple d'utilisation. Il n'y a pas de temps de distribution. Cet hébergeur est gratuit, aucune dépense n'est engagée. Les conditions de remplissage sont plus calmes. Chaque enquêté ne peut remplir qu'une fois le questionnaire, ce qui permet d'avoir des taux de participation précis. Les collectes des données ne nécessitent aucun complément manuel et sont rapidement traitées. Il n'y a pas de temps de vérification des données.

2.2 Contraintes

Cependant, il est associé à une moindre participation. Il nécessite que tous les enquêtes ciblés soient informatisés et connectés. Le travail ne peut être présenté que par voie informatique, les relances informatiques ont moins d'impact que des relances humaines, la distribution par voie informatique est exposée à ce que le questionnaire soit redirigé dans les spams des enquêtés, le délai de lecture entre la distribution et le remplissage est plus long, ce qui ne favorise pas le remplissage : il faut télécharger le questionnaire avant de pouvoir le découvrir.

Au final, le mode de collecte des auto-questionnaires, directement par l'enquêteur ou indirectement par voie informatique est une partie fondamentale de la méthodologie dans ce type d'étude. Le mode de distribution « papier » est beaucoup plus contraignant pour les investigateurs mais ce mode de distribution direct, de la main à la main permet une participation nettement meilleure que le mode de distribution « Internet », mode de distribution indirecte, dématérialisé, déshumanisé.

SUMMARY

« Knowledge and representations of the DCEM4 of Île-de-France on the Universal complementary Medical Coverage (CMUc) and the beneficiaries of this system »

In order to fight against the social inequalities in French health sector, various facilities of social helps have been developed, such as the Universal complementary Medical Coverage. The national program of medicine studies plans a limited core knowledge concerning the social problems of the patients. Trainings courses - mostly spent in hospital - are mainly dedicated to the biomedical learning.

The main objective of this work is to assess the knowledge of the DCEM4 (sixth year medicine student) of Île-de-France on the CMUc and their representations towards the beneficiaries of this system. The secondary objectives are to distinguish potential individual-linked factors while looking for a possible connection between knowledge and representations.

An auto-questionnaire (paper or online poll) was distributed to the DCEM4 from seven Universities of Medicine located in Île-de-France. 962 questionnaires were thus analyzed. The average score of knowledge of the questioned students is 13,3 (+/-3,95) on 20. There seems to be disparity according to the tested type of knowledge. 52,6 % of the DCEM4 in Île-de-France associate the beneficiaries of the CMUc to patients more difficult to manage in consultation and 52,4 % consider frauds at the device CMUc to be severely worrisome. The follow-up of a theoretical class on CMUc at university and the qualification of the teachers (social or university worker in public health) improve significantly the knowledge of the DCEM4 on the CMUc and their representations towards the beneficiaries of the device.

Facing situations where the CMUc status brings to change the medical care or to participate in medical and social staffs strengthens in a negative way their representations on the beneficiaries of the device. There is no link between knowledge and representations.

In conclusion, the initial medical training has to tend to develop with the medical student's, from early on, skills allowing them to take into account the social inequalities of health in their future practice.

Keywords: social inequalities of health, CMUc, initial medical training, medical students.

Pour lutter contre les inégalités sociales de santé, différents dispositifs d'aide sociale en santé ont été développés en France, tels que la Couverture Maladie Universelle-complémentaire (CMUc). Le programme national des études de médecine prévoit un socle de connaissances limité concernant les problématiques sociales des patients. Les stages essentiellement hospitaliers sont surtout consacrés à l'apprentissage biomédical.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les connaissances des DCEM4 franciliens sur la CMUc et leurs représentations à l'égard des bénéficiaires de ce dispositif. Les objectifs secondaires sont d'identifier de potentiels facteurs individuels associés et de rechercher un éventuel lien entre connaissances et représentations.

Un auto-questionnaire (papier ou sondage en ligne) a été distribué aux DCEM4 des 7 facultés de médecine franciliennes.

962 questionnaires ont pu être analysés. Le score moyen de connaissances des étudiants interrogés est de 13,3 (+/- 3,95) sur 20. Il existe une certaine hétérogénéité selon le type de connaissances testées. 52,6% des DCEM4 franciliens associent les bénéficiaires de la CMUc à des patients plus difficiles à gérer en consultation et 52,4% estiment les fraudes au dispositif CMUc fortement préoccupantes. Le suivi d'un enseignement théorique à la faculté abordant la CMUc et la qualification des enseignants (travailleur social ou universitaire en santé publique) améliorent significativement les connaissances des DCEM4 sur la CMUc et leurs représentations à l'égard des bénéficiaires du dispositif. Rencontrer des situations où le statut CMUc amène à changer la prise en charge médicale ou participer à des staffs médico-sociaux renforcent de manière négative leurs représentations sur les bénéficiaires du dispositif. Il n'existe aucun lien entre connaissances et représentations.

En conclusion, la formation médicale initiale doit tendre à développer chez les étudiants en médecine, dès le début du cursus, des compétences leur permettant de prendre en compte dans leur pratique future les inégalités sociales de santé.

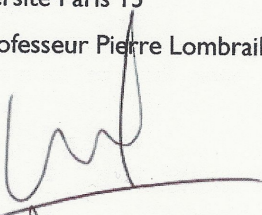
Mots clés : Inégalités sociales de santé, CMUc, formation médicale initiale, étudiants en médecine.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

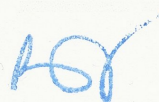
Le Président de thèse
Université Paris 13
Le Professeur Pierre Lombrail

Date :


31 juin 2015
P. Lombrail

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER