

Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale

Mady Denantes¹, Marie Chevillard¹, Jean-François Renard¹, Patrick Flores²

exercer 2009;85:22-6.

dr.denantes@wanadoo.fr

1. UFR Paris 6

2. UFR Paris 5

Résumé. L'exercice de premier recours confronte le médecin de plus en plus fréquemment aux inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. La vocation du système de soins est de protéger chaque assuré, y compris les plus fragiles. Cet accueil de tous est en voie de dégradation et les médecins généralistes en sont les premiers témoins. Les études issues d'organismes officiels confirment ce constat avec ses conséquences sur la cohésion sociale et la santé publique. Difficultés d'accès aux assurances complémentaires, forfaits et franchises, dépassements d'honoraires, tracasseries avec le tiers payant sont des obstacles majeurs à l'accès aux soins pour les plus démunis. Les solutions proposées par les pouvoirs publics suivent des logiques contradictoires donc peu lisibles et peu efficaces.

Si nous voulons continuer à exercer ce métier en cohérence avec la déontologie médicale, si nous voulons soutenir un système de santé considéré par l'OMS en 2000 comme « le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé », nous devons réagir et veiller à ce que les décisions politiques préservent l'accessibilité au système de soins. 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 XXI^e siècle.

Summary. As general practitioners, we are more and more confronted to social inequalities in health and uneven access to primary care. Our health care system's mission is to protect each people, including the most vulnerable ones. However, this equal access to all is worsening and we are the principal witnesses of it. The recent publications from French official organisms confirm this statement and underline the impacts on social cohesion and public health. Difficulties for subscribing to complementary insurances, fees and extra fixed amounts or problems with the third party payer system are major obstacles to primary care access for the poorest ones. The public institutions propose contradictory, unclear and thus inefficient solutions.

If we want to continue to practice our job in consistence with its deontology, if we want to continue to defend a health care system considered in 2000 by the WHO as « the most efficient system in term of dispensation and organization of health care », we have to react and make sure that the public politics preserve an universal access to health care. More widely, our academic experiences in primary care should integrate data from studies about inequalities in health and prepare the future generation to this great challenge of the 21st century.

Mots-clés

Accès aux soins

Inégalités

Pauvreté

CMU

Introduction

Les études officielles en France montrent l'importance de la pauvreté avec ses conséquences sur le gradient social des statistiques de santé. Malgré ces données chiffrées, des rumeurs circulent toujours sur les abus dont se rendrait coupable cette catégorie de la population, abus qu'aucune étude n'a démontrés.

Certains patients ne suivent pas les prescriptions : la radiographie pulmonaire n'est pas faite, l'échographie thyroïdienne est en attente, le rendez-vous d'hystérosalpingographie n'a pas été honoré. Problème d'observance bien sûr, mais en fait, il s'agit le plus souvent de problèmes financiers : absence de mutuelle, dépassement d'honoraires, refus de soins à des bénéficiaires de la

couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou de l'aide médical d'État (AME).

Les médecins généralistes sont des observateurs privilégiés, en contact direct avec une population précaire et silencieuse. Cette position oblige à un devoir de réflexion et de témoignage sur ce qui est un sujet essentiel en médecine générale : les inégalités sociales de santé. Il est

important de différencier les inégalités sociales, les inégalités sociales de santé, et les inégalités d'accès aux soins. Les difficultés d'accès aux soins sont loin d'être la première cause des inégalités sociales de santé, mais elles y participent. L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des difficultés d'accès aux soins en France après avoir rappelé les conséquences de la position sociale sur la santé.

Alertes sur les inégalités sociales de santé en France

Le seuil de pauvreté est défini par un revenu inférieur à 60 % du revenu médian, soit moins de 880 euros par mois en 2006. Selon cette définition, la France comptait 7,9 millions de personnes pauvres en 2006, soit 13,2 % de la population¹. Ainsi, un actif sur huit relève actuellement des politiques d'insertion, entendues dans un sens relativement large. Ce pourcentage montre combien le problème est important et ne correspond en rien à un groupe marginal de la population. De plus, la pauvreté ne recule pas dans notre pays. D'après le rapport 2007-2008 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), il y a même une augmentation de son intensité : les personnes pauvres ont une situation financière relative qui se dégrade et leur revenu médian se rapproche du seuil de pauvreté².

Si l'espérance de vie augmente, les inégalités face à la santé ne se réduisent pas. Elles tendent même à s'aggraver. Les suivis de cohorte, effectués au milieu des années 1990 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), montrent que l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépassait de 3 ans celle des ouvrières, et que l'écart était de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Par comparaison avec le début des années 1980, ces écarts ont augmenté chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes³. Ainsi, au cours des années 1990, un homme de 35 ans peut espérer vivre jusqu'à 81 ans s'il est

cadre ou membre d'une profession intellectuelle supérieure. S'il est ouvrier, son espérance de vie va jusqu'à 74 ans.

Une étude portant sur onze pays européens souligne que la France est l'un des pays dans lequel les différences de mortalité prématurée (entre 35 et 64 ans) selon les catégories sociales sont les plus importantes⁴. En moyenne, durant la période 1982-2001, le risque pour un homme de décéder avant 65 ans était de 13 % s'il était cadre et de 24 % s'il était ouvrier⁵.

L'Institut national des études démographiques (INED) parle même d'une « double peine » pour les ouvriers⁶. Non seulement ils vivent moins longtemps, mais ils passent plus de temps de leur vie avec des incapacités et des handicaps. Pourtant, la France est souvent présentée comme un modèle pour son système de couverture maladie, considéré comme une véritable assurance universelle. Cependant, malgré les effets positifs de la CMUc, le dernier rapport de l'ONPES souligne les difficultés persistantes des ménages pauvres en matière d'accès aux soins, le mauvais état de santé des plus pauvres, et leur moindre recours aux soins et aux démarches de prévention⁶.

En France, les catégories les plus défavorisées consultent plus tardivement que les autres et, comme dans les 21 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), consomment moins de soins à égalité d'état de santé, principalement du fait des recours moins fréquents aux spécialistes^{7,8}.

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) dresse tous les deux ans un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population française métropolitaine selon ses caractéristiques sociales. L'enquête 2006 révèle que 14 % des Français déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois et 32 % parmi ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire⁹.

Un tiers des allocataires de l'allocation de parent isolé (API) et du revenu minimum d'insertion (RMI), 45 % des allocataires de l'allocation de solidarité

spécifique (ASS)¹⁰, 25 % des personnes bénéficiant de l'AME¹¹ ont renoncé à des soins pour raisons financières.

L'enquête périnatalité de 2003¹² montre que les taux de prématurité doublent selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère et que, pour une femme enceinte, avoir des ressources provenant d'aides publiques est un facteur de risque pour l'issue de la grossesse. De plus, le tabagisme pendant la grossesse et l'allaitement ont des différences très marquées selon la position sociale de la mère : 50 % des femmes ouvrières allaitent *versus* 80 % chez les femmes cadres, 40 % des ouvrières non qualifiées fument au troisième trimestre de la grossesse *versus* 10 % chez les femmes cadres.

La même enquête montre que les femmes sans profession, les ouvrières, les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques ont aussi beaucoup plus souvent que les autres moins de sept consultations pendant leur grossesse (le suivi d'une grossesse « normale » menée à terme comporte au moins sept visites). Au total, plus de risque et moins de suivi ! Le constat est général, y compris pour les 4,5 millions de bénéficiaires de la CMUc : selon la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)¹³, ils sont en moins bon état de santé que le reste de la population. Une surmortalité s'observe pour toutes les pathologies. Le taux de décès annuel est de 2,5 % parmi les bénéficiaires de la CMUc en ALD 30, alors qu'à âge et sexe identique, il est de 1,8 % dans le reste de la population, toujours en ALD 30¹⁴.

Difficultés d'accès aux soins pour les plus démunis

Malgré tous ces rapports et les objectifs affichés dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins¹⁵, ces derniers se multiplient.

L'absence de mutuelle

L'absence de mutuelle est un véritable obstacle à l'accès aux soins. 7 % des Français déclarent ne pas avoir de

couverture complémentaire santé, mais ce taux est de 15 % pour les ménages gagnant moins de 840 euros par mois, de 13 % pour les ménages d'ouvriers et de 18 % pour les chômeurs, comme le note l'IRDES⁹. La même enquête permet de calculer le taux d'effort des ménages (pourcentage du revenu consacré à la dépense étudiée) pour s'offrir une assurance complémentaire. Il varie de 10 % pour les ménages les plus pauvres à 3 % pour les ménages les plus riches, sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds.

Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire proposé par la CNAM ne fonctionne pas, puisque seul un faible pourcentage de la population cible (population gagnant 20 % au-dessus du seuil donnant droit à la CMUc) en bénéficie. Sur les 2 millions de personnes visées, seules 330 000 en bénéficiaient en novembre 2007 : le reste à charge étant trop important malgré cette aide¹⁶.

Les dépassements d'honoraires

La pratique des dépassements d'honoraires, en forte augmentation depuis dix ans, est devenue un « obstacle à l'accès aux soins et, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'assurance maladie »¹⁷. Les dépassements comptent pour 2 milliards d'euros sur 19 milliards d'honoraires, dont les deux tiers pèsent sur les ménages. Le montant des dépassements dans le secteur à honoraires libres a doublé en moins de quinze ans en valeur réelle. De plus, ils ne devraient jamais être appliqués aux patients bénéficiaires de la CMUc. Pourtant, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) révèle, dans son rapport d'avril 2007, qu'un tiers des bénéficiaires de ce dispositif consultant en chirurgie générale ou urologique à Paris ont payé un dépassement d'honoraires¹⁷.

Le tiers payant et les médecins généralistes

Alors que le tiers payant devrait être l'outil incontournable pour permettre l'accès aux soins des plus fragiles, la

dernière convention médicale de 2004 n'autorise plus les médecins généralistes à l'appliquer (sauf accord local)¹⁸. Malgré cela, de nombreux généralistes le pratiquent hors convention et sont payés au bon vouloir des caisses. Ce droit est pourtant accordé aux pharmaciens, aux opticiens, aux pédicures, aux sages-femmes et aux médecins spécialistes en cas d'ALD¹⁸.

Le médecin traitant « doit assurer la prise en charge médicale de premier recours, orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés, faire de la prévention et participer à la permanence des soins du territoire de santé », a déclaré la ministre de la Santé à l'occasion de la clôture de la première synthèse des états généraux de l'organisation de la santé le 9 avril 2008. Le droit d'appliquer la dispense d'avance des frais n'est-il pas un outil premier et indispensable à ces beaux projets ?

En mars 2000, le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de santé (CREDES) notait que le tiers payant, plutôt qu'un effet inflationniste, avait un réel effet de justice sociale. Il permet aux personnes à bas revenus de rattraper le niveau de dépenses des plus aisés et limite le renoncement aux soins pour raisons financières¹⁹.

Les forfaits et les franchises

Au ticket modérateur s'ajoutent aujourd'hui le forfait de 18 euros sur chaque acte supérieur à 91 euros, le forfait hospitalier de 16 euros par jour, les forfaits de 1 euro sur les consultations et les actes de biologie, et les franchises de 50 centimes sur les boîtes de médicaments, sur les actes paramédicaux, et de 2 euros sur les transports en ambulance²⁰.

Cela alourdit considérablement le reste à charge des plus pauvres et risque de provoquer des renoncements aux soins dont les conséquences économiques, en plus des conséquences éthiques, ne sont pas encore connues : la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral coûte plus cher que la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Le dernier baromètre AGR2-La Mondiale vient confirmer les change-

ments de comportement des Français face à la santé. Près d'une personne sur cinq avoue avoir modifié sa consommation depuis la mise en place des franchises médicales. La part des personnes ayant modifié leur comportement est de 31 % parmi les personnes à bas revenus, alors qu'elle n'est que de 9 % parmi les plus hauts revenus²¹.

Selon un sondage IPSOS réalisé pour le Secours populaire, en août 2008, les personnes en difficulté ont de plus en plus tendance à sacrifier certains soins pour des raisons économiques. Ainsi, près de quatre Français sur dix ont déjà renoncé à un soin ou l'ont retardé, pour raisons financières, cette proportion montant à 52 % dans les foyers les plus pauvres gagnant moins de 1 200 euros net par mois²².

Les solutions existantes et leurs limites

La CMU complémentaire

Destinée aux foyers à très bas revenus (moins de 621 euros mensuels au 1^{er} octobre 2008 pour une personne seule), la CMUc, qui concerne plus de 4,5 millions de bénéficiaires, devrait assurer une couverture à l'ensemble de la population concernée. Cependant, ce dispositif souffre d'un non-recours important et il y a environ 1 million de bénéficiaires potentiels qui n'ont pas fait les démarches pour l'obtenir²³. N'est-ce pas là un vrai dérapage quand une protection maladie n'est pas sollicitée par ceux qui y ont droit ? Pourtant, la suspicion pèse sur les bénéficiaires de la CMUc. Au lieu de rechercher activement ce million de personnes, le risque est de les soupçonner de fraude, alors même qu'aucune étude n'a jamais confirmé ce soupçon. Dans cette logique de suspicion, le ministre du Budget envisageait, en janvier 2008, de limiter l'ouverture initiale des droits à trois mois : « le temps d'un contrôle plus poussé »²⁴. Puis une circulaire datée du 7 mai 2008 limite à 3 mois l'attribution de la CMUc en cas de délivrance en urgence²⁵.

Enfin, le revenu de solidarité active (RSA) doit se substituer au RMI, mais il n'est pas prévu dans le projet de loi d'automatisme d'accord de la CMUc comme elle existait pour le RMI²⁶. Les allocataires du RMI étaient éligibles de droit à la CMUc. Il est probable que la perte de cette automatisme provoque un non-recours à la prestation pour une partie importante des bénéficiaires.

Au contraire, dans un rapport de juillet 2008, un groupe de travail du Sénat recommande de favoriser l'accès des bénéficiaires de la solidarité nationale à la CMUc par le développement de l'affiliation automatique et l'étude systématique des droits lors de toute prise en charge²⁷.

Enfin, tous les bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé ou du minimum vieillesse sont écartés de la CMUc, puisque le montant de leur allocation dépasse de quelques euros le seuil pour l'ouverture d'un tel droit.

L'aide médicale d'État

L'aide médicale d'État (AME) est fragilisée. C'est un dispositif mis en place en 2000 qui permet, sous conditions de ressources, un accès aux soins à des étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de 3 mois. En mai 2007, un rapport de l'IGAS²⁸ défendait le maintien et l'amélioration de cette aide médicale pour des raisons humanitaires, de santé publique et de bonne gestion des ressources publiques. D'après les auteurs de ce même rapport, le nombre de bénéficiaires est inférieur à celui des personnes qui pourraient y prétendre, ce dispositif n'incite pas à la fraude et couvre des dépenses justifiées. Les problèmes relevés sont, d'une part, la dette de l'État envers l'assurance maladie pour financer ce dispositif et, d'autre part, l'accès difficile des bénéficiaires de l'AME à la médecine ambulatoire. Pourtant, le projet de compliquer l'accès à l'AME est avancé pour « lutter contre les abus », abus qu'aucune étude n'a révélés à ce jour. Les mesures proposées sont notamment de créer un ticket modérateur et de mettre en place un forfait au moment de l'inscription à l'AME²⁹.

Le refus de soins des médecins vis-à-vis des bénéficiaires de la CMUc et de l'AME

La loi oblige tous les professionnels de santé, quel que soit leur secteur conventionnel, à recevoir les patients et à pratiquer le tiers payant intégral aux bénéficiaires de la CMUc ou de l'AME. Le refus de soins, loin d'être l'exception, semble un usage courant comme le montrent les deux enquêtes suivantes.

Celle du Fonds CMU en mai 2006 dans six villes du Val-de-Marne auprès de 215 médecins et dentistes estimait à 4,8 % le taux de refus de soins imputable à la CMUc chez les médecins généralistes et à 41 % chez les médecins spécialistes³⁰. Le *testing* téléphonique de Médecins du monde de novembre 2006 auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France a observé 37 % de refus de soins pour les bénéficiaires de l'AME et 10 % de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUc³¹. Une étude toute récente de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) révèle qu'un bénéficiaire de l'AME sur trois a été confronté à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé¹¹.

Réagissant à ce constat, l'avant-projet de loi du 8 septembre 2008 : « hôpital, patients, santé et territoires » prévoit, dans son article 18, des sanctions claires contre les soignants qui refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMUc. Dans le même temps, une circulaire récente de la CNAMTS prévoit qu'un médiateur pourra être saisi par les patients victimes d'un refus de soins. Ce même médiateur pourra aussi être saisi par les médecins « victimes » de retards injustifiés aux rendez-vous, de rendez-vous manqués, de traitements non suivis ou interrompus, ou d'exigences exorbitantes de la part de leur patient bénéficiaire de la CMUc³². La mauvaise observance, les retards, les exigences des patients sont des problèmes habituels de médecine générale et aucune étude n'a jamais montré leur fréquence particulière chez les patients bénéficiaires de la CMUc. Porter plainte est une étonnante manière de traiter la non-observance ! Comment peut-on mettre sur le

même plan un problème éthique (le refus de soins) et les problèmes de non-observance et de retard aux rendez-vous ?

Les permanences d'accès aux soins de santé

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été instituées par la loi contre les exclusions en 1998. Ce sont des cellules de prise en charge médicosociale qui doivent faciliter l'accès au système de santé des personnes démunies et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. De nombreuses PASS ne fonctionnent pas correctement. Dix ans après, qui connaît les PASS ? Peu de personnes. Trop souvent, le personnel d'accueil et du standard des hôpitaux possédant une PASS n'en connaît même pas l'existence en leur sein.

Les consultations sans rendez-vous

Si le rendez-vous constitue indéniablement un confort pour le médecin et pour de nombreux patients, il n'en représente pas moins un frein pour certains³³. Prendre un rendez-vous est un acte complexe qui nécessite un moyen de communication téléphonique ou un déplacement préalable chez le médecin. Certains patients vivent au jour le jour, attachés à survivre. Le lendemain est une autre lutte à fournir. Il leur est difficile de se projeter suffisamment dans l'avenir pour prendre rendez-vous. Dans des histoires de vie compliquées, la prise de rendez-vous peut être difficile, voire impossible et devenir un obstacle à l'accès aux soins. Au contraire, la consultation sans rendez-vous est une porte ouverte à tous, elle peut faciliter l'accès aux soins pour certains patients et être éventuellement une porte d'entrée vers une consultation sur rendez-vous.

Conclusion

Le fondement du système de soins français est de protéger chaque assuré, y compris (et surtout) les plus fragiles. C'est pour cela que les médecins généralistes ont le devoir d'accueillir et de

soigner tous ceux qui se présentent à leur consultation. Cet accueil de tous est en voie de dégradation et nous en sommes les premiers témoins. Les études que nous avons passées en revue et notre expérience clinique confirment ce constat. Nous devons réagir afin de continuer à exercer ce métier en cohérence avec la déontologie médicale³⁴ et pour soutenir un système de santé considéré par l'OMS en 2000 comme « *le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé* »³⁵.

L'ensemble de la profession doit prendre conscience de la dégradation de l'accès aux soins et de ses conséquences pour la cohésion sociale et la santé publique : le défi est lancé à tous les professionnels de santé.

Bien que les problèmes d'accès aux soins soient loin d'être la première cause des inégalités sociales de santé, il n'est pas tolérable qu'ils les aggravent. Les médecins doivent veiller à ce que les décisions politiques n'accroissent pas les obstacles financiers mais, au contraire, les fassent disparaître.

Au final, il faut savoir repérer les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus à risque afin d'améliorer leur prise en charge et de diminuer la part des inégalités qui dépend des soins. Dans cet objectif, l'enseignement universitaire devrait intégrer les données sociales à l'enseignement de façon plus systématique. Des travaux de recherche en médecine générale sur ce thème doivent être encouragés et publiés.

Références

- Goutard L, Pujol J. Les niveaux de vie en 2006. INSEE Première 2008;1203.
- Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008. Paris : La Documentation française, 2008.
- Monteil C, Robert-Bobee I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. INSEE Première 2005;1025.
- Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP et al. Working group on socioeconomic inequalities in health. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In : Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte/INSERM 2000;53-68.
- Mejer L. Differential mortality in France. Document de travail N° F0401. INSEE 2004.
- Cambois E, Laborde C, Robine JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. INED. Populations & Sociétés 2008;441.
- van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X for the OECD health equity research group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CAMJ 2006;174:177-83.
- Thibault de Saint Pol. La santé des plus pauvres. INSEE Première 2007;1161.
- IRDES. Premiers résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 2006. Dossier de presse 2008:4-13.
- DREES. Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. Études et résultats 2007;603.
- DREES. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins. Études et résultats 2008;645.
- Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris : Publications INSERM U149, 2005.
- CNAMTS. Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Points de repère 2007;8:1-12.
- Vilain A, de Peretti C, Herbet J-B. Enquête nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources. Rapport DREES-INSERM 2005.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Précarité et inégalités. Objectif 33 : « Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU ».
- Rapport d'activité 2007 du Fonds CMU.
- IGAS. Les dépassements d'honoraires médicaux. Paris : La Documentation française, 2007.
- Article 4.1.3 de la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel n° 35, 11 février 2005.
- Dourgnon P, Grignon M. Le tiers payant est-il inflationniste ? IRDES. Questions d'économie de la santé 2000;27.
- Portail CNAM (<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements>), rubrique : Ce qui est à votre charge (consulté le 24/11/08).
- Papazian C. Santé : les ménages ne dépensent plus comme avant. Le Figaro, 25 septembre 2008.
- IPSOS. Les Français et la pauvreté (<http://www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/2635.asp>) (consulté le 24/11/08).
- Dufour-Kippelen S, Legal A, Wittwer J. Comprendre les causes du non-recours à la CMUc. L'égo pour le Fonds CMU, septembre 2006.
- Auguste O. Sécu : l'État déclare la guerre aux fraudeurs. Le Figaro, 22 janvier 2008.
- Circulaire interministérielle n° DSS/2A/2008/155 du 7 mai 2008 relative aux modalités d'attribution immédiate de la protection complémentaire en matière de santé.
- Projet de loi généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. Enregistré à l'assemblée nationale le 3 juillet 2008 (www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl1100.asp).
- Seillier B au nom de la Mission commune d'information pauvreté et exclusion. La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager (rapport). Rapport d'information 2007-2008;445.
- IGAS. Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État. Mai 2007.
- Tabet MC. Polémique sur la couverture médicale des sans-papiers. Le Figaro, 17 janvier 2008.
- Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle. DIES. Rapport final, mai 2006.
- Médecins du Monde. « Je ne m'occupe pas de ces patients ». Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État dans 10 villes de France. Octobre 2006.
- Circulaire CIR-33/2008 de la CNAMTS (sur le site [amelii.fr](http://www.ameli.fr)) (consulté le 25/09/2008).
- Foucras P. Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. Rev Prescr 2008;295:392-3.
- Le Serment d'Hippocrate réactualisé. Le Bulletin de l'Ordre des médecins 1996;4.
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant. Juin 2000.