



Rapport au Premier ministre
septembre 2013

L'accès aux soins des plus démunis

40 propositions pour un choc de solidarité

Rapport établi par M^{me} Aline ARCHIMBAUD

Sénatrice de Seine-Saint-Denis

Parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé

LETTRE DE MISSION

Le Premier Ministre

Paris, le 20 MARS 2013

504 / 13 / SG

Madame la Sénatrice,

Lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 21 janvier 2013, le Gouvernement a adopté un plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Le phénomène du non-recours aux droits sociaux et de santé est devenu un enjeu de société important. En effet, le renoncement des personnes à l'aide théoriquement organisée pour elles est un frein puissant à l'efficacité des politiques de solidarité. En rendant publics les chiffres du non-recours à ces droits dans son rapport au Parlement, le Gouvernement a pris la mesure des efforts à faire pour en améliorer l'accès.

A cet égard, il est nécessaire d'établir les raisons pour lesquelles les personnes malades se détournent des prestations auxquelles elles peuvent prétendre.

Parmi les prestations majeures dont le taux de non-recours reste élevé, ou trop élevé, figurent les aides en faveur de l'accès aux soins, telles que la complémentaire santé (ACS), dont le taux de non-recours est estimé entre 53% et 67% en 2011, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) dont le taux se situe entre 10% et 24%, et l'aide médicale de l'Etat (AME).

Afin de favoriser l'accès aux soins des plus démunis et de lutter efficacement contre le non-recours aux droits sociaux et de santé, je souhaite vous confier une mission sur ces sujets à propos desquels vous avez déjà exprimé votre intérêt. Cette mission portera sur l'amélioration de l'accès aux soins des ménages en situation de précarité, et tout particulièrement l'accès à l'aide à la complémentaire santé, la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide médicale de l'Etat.

Pour chacune de ces aides, je vous demande d'identifier précisément les freins existants (complexité des aides, déficit d'image de l'aide, manque d'information) et de proposer des solutions opérationnelles. L'objectif de simplification vise également à réduire la charge de travail des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture ou de la gestion de ces droits.

Madame Aline ARCHIMBAUD
Sénatrice
SÉNAT
Palais du Luxembourg
75291 PARIS CEDEX 06

Votre mission devra s'inscrire en complémentarité des travaux déjà engagés en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne sur l'accès aux droits, ainsi que du projet de convention partenariale avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) pour permettre la pré-instruction des droits à l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS) dans les centres communaux d'action sociale volontaires.

Plus largement, votre analyse devra s'articuler avec les actions prévues dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et tenir compte de l'objectif fixé par le Président de la République d'une généralisation des complémentaires de santé.

Pour accomplir votre mission, vous pourrez bénéficier de l'appui technique de la Direction de la sécurité sociale, de la Direction générale de la cohésion sociale et de la Direction générale de la santé. Pour élaborer votre rapport, vous pourrez disposer de l'appui d'un membre de l'inspection générale des affaires sociales. Vous veillerez à recueillir des contributions venant d'associations de solidarité et des personnes qu'elles accueillent et accompagnent dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins.

Un décret vous nommera, en application de l'article L.O. 297 du code électoral, parlementaire en mission auprès de Mme Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé.

Je souhaite que vos conclusions me soient remises le 1^{er} septembre 2013.

Je vous prie d'agréer, Madame la Sénatrice, l'expression de mes respectueux hommages.



Jean-Marc AYRAULT

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement les nombreuses personnes auditionnées qui ont largement enrichi ma propre connaissance et mon analyse de la situation

Mes remerciements vont aussi à Monsieur Hubert de BEAUCHAMP, conseiller général des établissements de santé (Inspection générale des affaires sociales) qui m'a assistée au cours de cette mission, sans lequel ce travail d'approfondissement n'aurait pas été possible, ainsi qu'à Madame Marine TONDELIER, collaboratrice parlementaire, à mon équipe et à mes collègues.

PRÉFACE

L'accès à la santé, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, paraissait un droit gravé dans le marbre du pacte républicain. La réalité d'aujourd'hui est qu'il s'étirole : des centaines de milliers de nos concitoyens se voient refuser l'accès aux soins ou remettent à plus tard le moment de se soigner. De plus en plus nombreux sont ceux qui finissent par y renoncer.

Il y a le mur de l'argent...

Il y a les portes que claquent au nez des pauvres une minorité de professionnels oublieux du serment qu'ils ont fait de soigner sans distinction d'origine ni de fortune.

Il y a l'impossibilité, même après de nombreuses tentatives, d'avoir un interlocuteur, de faire aboutir un dossier : le maquis des procédures sème l'incompréhension, la souffrance, la rupture.

Quand à tout cela s'ajoutent depuis plusieurs années la stigmatisation des « chômeurs fraudeurs » et la mobilisation unilatérale des énergies des administrations contre « la triche sociale » plutôt que pour l'application des mesures de solidarité, l'amertume devient colère.

D'autant qu'aux populations très précaires qui étaient déjà exclues de l'accès aux soins, la crise a rajouté des salariés pauvres, en intérim, en contrats courts, en temps partiels subis, et des retraités modestes. Particulièrement frappés par les effets de seuils, ils ont basculé dans la difficulté et se sentent désormais douloureusement oubliés de la solidarité nationale.

Cette offense à la cohésion nationale et cette déchirure profonde du lien social ont bien sûr des conséquences sur l'état sanitaire d'une partie de la population. Elles aggravent considérablement les déficits des comptes de l'assurance maladie : des soins dispensés trop tardivement sont plus lourds et beaucoup plus coûteux.

En multipliant les obstacles placés devant les dynamiques d'insertion sociale, elles contrecarrent les politiques publiques de retour à l'emploi.

D'une façon générale, les inégalités d'accès à la santé, cumulées à d'autres en matière de logement, de transports et de réussite scolaire renforcent les ghettos, entretiennent les divisions et minent notre société.

Au total, elles affectent la représentation qu'a le pays tout entier de son avenir. L'échec apparent des politiques publiques pousse au chacun pour soi, c'est à dire à la logique purement assurantielle qui entretient en retour les spirales d'exclusion.

La Création de la Couverture Maladie Universelle, avancée sociale majeure, s'était pourtant déployée il y a 14 ans, dans un esprit d'aide, de bienveillance et de solidarité avec les plus fragiles de nos concitoyens. Mais au cours des années, une multitude de petites régressions ont grignoté la loi. Des circulaires l'ont défigurée, en complexifiant et surtout en limitant fortement l'accès aux droits. Nous devons donc en revenir à l'esprit de cette avancée majeure, qui est un élément fondamental de notre « bouclier social ». Tout en produisant, sur la base des retours d'expérience, les ajustements qui sont opportuns.

Le gouvernement actuel a déjà pris conscience de cette nécessité : l'adoption en janvier 2013, d'un « plan pluriannuel contre la pauvreté et l'exclusion sociale » fixe avec force des objectifs ambitieux pour les politiques de solidarités. Le Comité Interministériel a pris la mesure des efforts à accomplir.

Le présent rapport en appelle à une confirmation et à une extension de ces efforts. Les 40 propositions qu'il présente demandent a minima une application des textes existants et préconise des sanctions pour ceux qui ne les respectent pas.

Elles appellent à une extension du « choc de simplification » aux procédures administratives qui concernent nos concitoyens les plus en difficulté, à des changements dans les cultures et les pratiques professionnelles, à la limitation des effets de seuil par l'élargissement de certains droits.

Elles demandent que soient levés les obstacles financiers les plus lourds à l'accès aux soins et que soient renforcées les structures accueillant des précaires.

Pour faire des économies, elles suggèrent de mettre en place des dispositifs de prévention facilement accessibles, et enfin d'aider à l'essaiage des innovations.

Pour aller dans ces directions, point n'est besoin (encore) de « grand soir » !

Les pouvoirs publics ont des points d'appui précieux : les compétences, l'engagement guidé par des valeurs fortes et le sens de l'intérêt général des professionnels de la santé.

Les solutions sont présentes au cœur d'une multitude de pratiques innovantes menées par des acteurs variés, professionnels, élus locaux, associatifs, ou institutionnels : ils redonnent du sens aux pratiques, ils impliquent les populations, ils luttent contre les cloisonnements administratifs et bousculent les rigidités et les conservatismes.

Les changements proposés ici sont urgents mais ils sont à notre portée.

Comme bien d'autres avant moi, et avant qu'il ne soit vraiment trop tard, j'en appelle à la responsabilité des parties prenantes, à l'humanité des dirigeants de notre pays et à la solidarité de tous.

SYNTHÈSE

Par lettre du 20 mars 2013, Monsieur le Premier ministre a confié à Madame Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis, parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, une mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux.

Cette mission répond au constat de taux de non-recours élevés en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide médicale d'État (AME).

L'objectif assigné à la mission était d'identifier les freins existants et de proposer des solutions opérationnelles tout en portant une attention particulière à la réduction de la charge de travail des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture et de la gestion de ces droits.

Une complémentarité devait être recherchée avec d'une part les expérimentations en cours en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne et d'autre part le projet de convention partenariale avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) visant à la pré-instruction des droits à l'ACS.

Enfin, la mission devait s'articuler avec les actions prévues dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et tenir compte de l'objectif fixé par le Président de la République de généralisation des complémentaires de santé.

La mission a procédé en l'espace de deux mois, soit entre la fin avril et la fin juin 2013, à l'audition de quelque 230 personnes représentant les administrations et institutions intervenant dans le champ de la précarité et de l'exclusion mais aussi de nombreux acteurs de terrain issus d'associations, de maisons de santé, de réseaux et d'équipes hospitalières notamment. Elle est allée à plusieurs reprises à la rencontre de ces acteurs : à Nantes tout d'abord autour de l'équipe participant à la recherche action en matière de non recours, à Lille, à Arras, à Nevers et en Seine-Saint-Denis.

La mission s'est aussi enrichie des analyses et propositions du rapport consacré par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à la généralisation des complémentaires santé mais aussi de deux rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) publiés dans le courant de l'été 2013 et portant l'un sur la situation économique des centres de santé et leur place dans l'offre de soins, l'autre sur l'extension du tiers payant aux consultations de médecine de ville.

Après avoir insisté sur le caractère **multidimensionnel** et **cumulatif** des facteurs d'exclusion, la mission fait le constat d'un **décalage** croissant entre d'un côté, le discours des pouvoirs publics sur la lutte contre la précarité et les objectifs de qualité de service et d'accessibilité affichés par l'assurance maladie, et de l'autre la réalité vécue par les personnes en situation d'exclusion.

Cette réalité est celle d'un « **parcours du combattant** » pour l'accès aux droits, dans un système qui semble ne pas avoir été conçu pour ces personnes et où la lutte contre la fraude a pris ces dernières années une importance démesurée au regard des enjeux financiers.

Plus que tout autre usager du système de santé, les personnes fragiles souffrent des difficultés d'accès aux soins, difficultés démographiques en particulier, et sont exposées aux refus de soins. Les difficultés matérielles d'ordre existentiel (logement, emploi, alimentation) contribuent à reléguer la santé au second plan : les restes à charge élevés et l'application variable de la dispense d'avance de frais (tiers payant) favorisent le **renoncement** financier aux soins. Les personnes précaires sont ainsi victimes d'une « **triple peine** » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins.

Certaines catégories de la population cumulent les facteurs de précarité : c'est le cas des personnes placées sous main de justice, des jeunes issus des milieux populaires, des étudiants, des petits agriculteurs, les personnes âgées modestes ou encore les personnes en situation de handicap physique et psychique notamment. La situation est encore plus dégradée pour certains territoires comme les zones urbaines sensibles et à certains égards, les départements d'outre-mer.

Les insuffisances du système de soins aggravent les conséquences de la pauvreté et de l'exclusion : cloisonnement entre les champs sanitaire et social, fragilité de la gouvernance territoriale en dépit des espoirs placés dans la création des agences régionales de santé, insuffisante structuration du premier recours et affaiblissement des acteurs de première ligne que sont les services de PMI, la médecine du travail et la médecine scolaire.

La mission fait état de plusieurs actions innovantes en faveur des plus démunis, mais elles sont en général le fait de structures ou d'individus isolés et se caractérisent par une grande fragilité financière et une faible répliquabilité.

Face au constat alarmant d'une situation qui tend à s'aggraver, comme en témoigne la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, la mission propose d'agir non seulement sur les déterminants profonds de non recours aux droits et aux prestations, mais aussi sur l'organisation et les orientations générales du système de protection sociale.

La mission est convaincue de ce que le non recours peut reculer sous l'effet de stratégies visant tout à la fois à **simplifier les démarches et les procédures** d'obtention des aides et à « **aller chercher les bénéficiaires** » en utilisant les nombreuses possibilités d'exploitation des bases de données, en renforçant la présence des services de l'assurance maladie sur le terrain et en faisant intervenir des équipes spécialisées au plus près des zones en difficulté. De façon plus globale, c'est l'ensemble du système qui doit s'adapter aux personnes en situation de précarité, et non l'inverse.

La mission propose de franchir une nouvelle étape, majeure, dans l'ouverture de nouveaux droits et la levée des obstacles financiers à l'accès aux soins, en étendant le bénéfice de la CMU complémentaire aux bénéficiaires actuels de l'ASPA et de l'AAH et en remaniant profondément le système de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, soit en le fusionnant avec la CMU-c, soit en améliorant de façon substantielle le niveau des garanties associées aux contrats correspondants. En outre, la poursuite de la généralisation du tiers payant d'une part, la lutte contre les dépassements d'honoraires d'autre part sont de nature à faire reculer les obstacles financiers à l'accès aux soins.

Au-delà de ces mesures de simplification et de justice et la mise en place de nouvelles solidarités pour contrecarrer les effets de seuil, la mission appelle de ses vœux une action volontariste des pouvoirs publics sur l'organisation et les orientations générales du système de protection sociale. Sur le premier volet, l'objectif est de soutenir les structures engagées dans la prise en charge des populations fragiles, et en particulier les centres de santé, les maisons de santé, les urgences hospitalières et leurs PASS, les lits halte soins santé et les réseaux.

Le second volet renvoie quant à lui à une évolution de la philosophie et de l'organisation de notre système de protection sociale: faire disparaître les **refus de soins** en les définissant plus précisément pour mieux les sanctionner, développer une **culture de la prévention**, **décloisonner** les champs sanitaire et social, améliorer la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social, renforcer la dimension **transversale** dans les politiques publiques et favoriser **l'innovation et la créativité sociale**.

Derrière des mesures conçues avant tout pour les personnes en situation de précarité, c'est l'ensemble des usagers qui est susceptible de bénéficier de ces évolutions vers un système de protection sociale proche des personnes, protecteur, bienveillant, accueillant et finalement plus conforme à la philosophie qui avait inspiré la création de la sécurité sociale.

LISTE DES PROPOSITIONS

I- RENDRE EFFECTIF L'ACCÈS AUX DROITS

SIMPLIFIER

Proposition n°1

Rendre automatique l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle.

Proposition n°2

Fonder l'attribution de la CMU-c et de l'ACS sur le dernier revenu fiscal de référence.

Proposition n°3

Fusionner l'aide médicale d'Etat (AME) et la couverture maladie universelle (CMU).

Proposition n°4

Repréciser les modalités de traitement des dossiers de demande de CMU-c, d'ACS et d'AME, et les rendre opposables aux services instructeurs.

Proposition n°5

Espacer les renouvellements de droits et si possible automatiser les renouvellements pour les personnes dont les situations évoluent peu.

Proposition n°6

Rendre les organismes d'assurance maladie responsables des opérations de changement d'organisme ou de statut et supprimer les pénalités éventuelles pour les assurés lorsqu'ils ne sont pas responsables des retards.

Proposition n°7

Simplifier, en les adaptant aux publics visés, les formulaires de demande d'aide ainsi que les courriers de notification et de refus.

« ALLER CHERCHER LES BÉNÉFICIAIRES UN PAR UN »

Proposition n°8

Désigner, pour les personnes précaires, des interlocuteurs physiques et bien identifiés.

Proposition n°9

Installer des permanences de la caisse primaire d'assurance maladie dans les établissements publics de santé et les prisons.

Proposition n°10

Soutenir les coopérations entre caisses primaires d'assurance maladie et centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

Proposition n°11

Redéployer des agents des caisses primaires d'assurance maladie vers l'accompagnement personnalisé des personnes les plus fragiles.

Proposition n°12

Créer cent services mobiles/itinérants pour se rapprocher des populations les plus fragiles.

Proposition n°13

Généraliser l'automatisation de la détection des situations de non recours.

II- OUVRIR DE NOUVEAUX DROITS

Proposition n°14

Étendre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Proposition n°15

Transformer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) contributive.

Proposition n°15bis

Si la proposition n°15 n'était pas retenue, créer le « label » prévu par l'article 55 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Proposition n°16

Abaisser le seuil de déclenchement des indemnités journalières.

III- LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS

Proposition n°17

Faire appliquer la loi en matière de dispense d'avance de frais et d'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et pour les détenteurs d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Proposition n°18

Généraliser le tiers payant intégral (dispense d'avance de frais) pour l'ensemble de la médecine de ville (régime obligatoire et régime complémentaire hors dépassements d'honoraires).

Proposition n°19

Donner dès à présent au médecin traitant la possibilité de demander le tiers payant et l'application des tarifs sans dépassements d'honoraires pour toute la suite du parcours de soins coordonné.

IV- SOUTENIR LES STRUCTURES TOURNEES VERS LES POPULATIONS FRAGILES

Proposition n°20

Soutenir les services d'urgences qui accueillent une proportion importante de patients en situation de précarité en majorant leur forfait annuel et en les faisant bénéficier d'une dotation complémentaire sur l'enveloppe des MIGAC.

Proposition n°21

Protéger et développer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dédiées. Garantir avant la clôture de l'exercice budgétaire 2013 le fléchage le plus strict des crédits MIG attribués à ces structures.

Proposition n°22

Lancer un appel à projets pour créer 10 PASS de ville ou mobiles.

Proposition n°23

Conforter les lits halte soins santé sur tout le territoire.

Proposition n°24

Soutenir les centres de santé et favoriser une meilleure couverture du territoire.

Proposition n°25

Pérenniser, dans les réseaux de santé, les dispositifs d'accompagnement des populations en situation de précarité.

Proposition n°26

Modifier le cahier des charges national des maisons de santé pour que le socle minimal obligatoire comporte des dispositions précises sur l'accueil et la prise en charge des plus démunis.

Proposition n°27

Renforcer les centres hospitaliers universitaires implantés dans des zones sensibles.

V- COMBATTRE ET SANCTIONNER LE REFUS DE SOINS

Proposition n°28

Élargir la définition législative du refus de soins.

Proposition n°29

Autoriser les personnes qui estiment être victimes d'un refus de soins à se faire accompagner et/ou représenter par une association dans les procédures de conciliation ou de recours en justice.

Proposition n°30

Reconnaître le « testing » comme élément d'étude et d'évaluation, notamment sur un territoire donné.

Proposition n°31

Aménager la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins.

VI- DÉVELOPPER LA CULTURE DE LA PRÉVENTION

Proposition n°32

Autoriser la prise en charge par l'assurance maladie des actes de soins prescrits par les médecins scolaires et les médecins exerçant dans les services de protection maternelle et infantile (PMI)

Proposition n°33

Instaurer un bilan de santé gratuit pour tous les nouveaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et leurs ayants-droits.

Proposition n°34

Substituer au paiement à l'acte des modes de rémunération forfaitaires pour les professionnels de santé et structures prenant en charge des personnes en situation de précarité.

Proposition n°35

Mieux former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de précarité.

VII- AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME ET FAVORISER L'INNOVATION

Proposition n°36

Faciliter les démarches des porteurs de projets mobilisant plusieurs sources de financement ou contribuant à la mise en œuvre de politiques relevant de plusieurs ministères (logement, action sociale, transports, culture, éducation, santé...).

Proposition n°37

Élire ou désigner des représentants des personnes en situation de précarité à tous les niveaux dans les instances de concertation.

Proposition n°38

Créer au sein des conférences de territoire placées auprès des agences régionales de santé une commission départementale de l'accès aux soins.

Proposition n°39

Dégager, sur le fonds d'intervention régional (FIR), une ligne dédiée à la « santé communautaire » afin de favoriser l'implication directe de la population et d'en assurer un financement plus pérenne.

Proposition n°40

Créer, par extension du fonds d'intervention régional (FIR) ; un fonds de soutien à l'innovation pour encourager la créativité sociale et favoriser l'émergence de nouveaux métiers.

SOMMAIRE

<u>LETTRE DE MISSION</u>	3
<u>PREFACE</u>	7
<u>SYNTHESE</u>	9
<u>LISTE DES PROPOSITIONS</u>	11
<u>SOMMAIRE</u>	15
<u>RAPPORT</u>	17
AVANT-PROPOS : PRESENTATION DES DISPOSITIFS D'AIDE	17
La couverture maladie universelle (CMU)	
La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)	
L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)	
L'aide médicale d'État (AME)	
Contexte récent - évolution des dispositifs en 2013	
1 <u>LE CONSTAT : DE MULTIPLES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS DES PRECAIRES</u>	26
1.1 <u>L'ACCÈS AUX SOINS : UN « PARCOURS DU COMBATTANT »</u>	26
1.1.1 L'accès aux droits	26
Connaître ses droits	26
Identifier le bon interlocuteur	28
Établir un contact	29
Remplir le dossier	30
Obtenir l'aide	30
Obtenir le renouvellement de l'aide	32
1.1.2 L'accès aux soins	34
L'accès physique aux soins, un défi pour les personnes précaires	34
Le renoncement aux soins et la question du reste à charge	35
Le refus de soins : un phénomène massif	38
1.1.3 L'accès à la santé	43
D'importantes inégalités sociales de santé persistent	43
La « triple peine » pour les populations précaires	44
1.2 <u>DES DIFFICULTÉS PLUS MARQUÉES POUR CERTAINES POPULATIONS</u>	46
1.2.1 Des territoires et zones géographiques plus exposés	46
Les zones urbaines sensibles	46
Les départements d'outre mer (DOM)	47
1.2.2 Des populations qui concentrent les facteurs de précarité	48
Les personnes sous main de justice	48
Les étudiants	51
Les agriculteurs	52
1.3 <u>LE SYSTÈME A TARDÉ À S'ADAPTER AUX PERSONNES PRÉCAIRES</u>	53
1.3.1 Le système de soins était peu préparé	54

1.3.2	Le modèle d'accueil est pour partie dépassé.....	55
1.3.3	La chasse à la fraude.....	56
1.3.4	Le fossé s'est creusé entre le sanitaire et le social.....	57
1.3.5	La gouvernance territoriale reste fragile.....	58
1.3.6	Le premier recours peine à se structurer.....	60
	Les centres de santé sont économiquement fragiles.....	61
	Les structures de coordination s'essoufflent.....	62
	Les permanences d'accès aux soins de santé sont à conforter.....	63
	Les équipes mobiles précarité psychiatrie sont en nombre très insuffisant.....	64
1.3.7	Les acteurs de première ligne sont affaiblis.....	64
	La médecine scolaire.....	64
	Les services de protection maternelle et infantile.....	65
1.4	DES INITIATIVES ENCOURAGEANTES MAIS ENCORE TRES ISOLÉES.....	65
2	LES PROPOSITIONS.....	72
2.1	RENDRE EFFECTIF L'ACCÈS AUX DROITS.....	72
2.1.1	Simplifier (propositions 1 à 7).....	73
2.1.2	« Aller chercher les bénéficiaires un par un » (propositions 8 à 13).....	78
2.2	OUVRIR DE NOUVEAUX DROITS (PROPOSITIONS 14 A 16).....	85
2.3	LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS (PROPOSITIONS 17 A 19).....	91
2.4	SOUTENIR LES STRUCTURES Tournées vers les populations fragiles (PROPOSITIONS 20 A 27).....	95
2.5	COMBATTRE ET SANCTIONNER LES REFUS DE SOINS (PROPOSITIONS 28 A 31).....	102
2.6	DÉVELOPPER LA CULTURE DE LA PREVENTION (PROPOSITIONS 32 A 35).....	105
2.7	AMÉLIORER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME ET FAVORISER L'INNOVATION (PROPOSITIONS 36 A 40).....	110
	<u>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES.....</u>	117
	ANNEXE 1 : PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LA CNAMTS ET L'UNCCAS (30 AVRIL 2013)	
	ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE DEMANDE DE CMU ET D'ACS.....	
	ANNEXE 3 : EXEMPLE DE FORMULAIRE ABUSIF.....	
	ANNEXE 4 : PRATIQUES DES SERVICES INSTRUCTEURS EN ILE-DE-FRANCE.....	
	ANNEXE 5 : LES « TRAPPES A NON RECOURS » (SGMAP).....	
	ANNEXE 6 : FICHE DE POSTE DE « DELEGUE SOCIAL » (CPAM DE L'ARTOIS).....	
	ANNEXE 7 : EVALUATION DU GISEMENT « MOINS DE MALADIES » (SGMAP).....	
	ANNEXE 8 : MOTION DES PRESIDENTS DE CPAM DU NORD.....	
	BIBLIOGRAPHIE.....	
	SIGLES UTILISES.....	

RAPPORT

AVANT-PROPOS : PRÉSENTATION DES DISPOSITIFS D'AIDE

Dans la lignée du rapport de Joseph Wrezinski¹, trois lois majeures ont ponctué l'action des pouvoirs publics en matière de lutte contre la pauvreté : la loi du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

La couverture maladie universelle (CMU)

Les bouleversements induits par la crise économique ont ébranlé les fondements historiques du modèle français de sécurité sociale, laissant de côté des personnes, de plus en plus nombreuses, qui étaient d'une manière ou d'une autre exclues du champ du travail. Pour combler les vides qui étaient peu à peu apparus, la loi du 27 juillet 1999 a posé un principe général : « *Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité* ». Cette affiliation au régime de base, à vocation universelle, est gratuite sous conditions de ressources : la part du revenu fiscal de référence de l'année civile précédente dépassant un plafond² est assujettie à une contribution de 8%.

En pratique, les principaux bénéficiaires en sont les titulaires du revenu de solidarité active (RSA) dit « socle », héritier du revenu minimum d'insertion (RMI), et seuls 5 % des bénéficiaires de la CMU sont soumis à cette contribution de 8%.

Au 31 décembre 2012, la CMU comptait 2,26 millions de bénéficiaires dont 75 % sont des allocataires du RSA. La CMU est également attribuée aux autres membres du foyer (conjoint, concubin, partenaire de Pacs, enfants...) qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie : 45 % des bénéficiaires de la CMU sont ainsi des ayants-droit.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)

La loi du 27 juillet 1999 a également créé un droit, pour les personnes résidant en France de manière stable et régulière, à une couverture complémentaire gratuite sous conditions de ressources (revenus inférieurs à 8 593 euros par an pour une personne seule, soit 716 euros par mois³, plafond majoré de 11,3% dans les départements d'outre-mer).

L'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non, perçues au cours des douze mois précédant la demande est pris en compte, y compris certaines prestations familiales, revenus de capitaux placés et allocations diverses, à l'exception de certaines ressources telles que le RSA (revenu de solidarité active), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou l'allocation de rentrée scolaire. Les avantages procurés par un logement (aide au logement, propriété, logement à titre gratuit) sont intégrés de façon forfaitaire.

¹ Rapport *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* présenté au Conseil économique et social les 10 et 11 février 1987.

² 9356 € par an soit 780 € mensuels pour une personne seule (période du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013).

³ Chiffres intégrant la revalorisation de 8,3% intervenue au 1^{er} juillet 2013.

A fin décembre 2012, le nombre de bénéficiaires de la CMU-c s'élevait à 4,5 millions, dont près de 500 000 dans les départements d'outre mer. En métropole, les bénéficiaires de la CMU-c pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI et CCMSA) représentaient 6,1 % de la population et 29,8 % dans les DOM. En métropole, près de 25% des bénéficiaires sont concentrés dans cinq départements qui ne représentent que 15,4% de la population générale : le Nord, les Bouches-du-Rhône, la Seine-Saint-Denis, le Pas-de-Calais et Paris. Avec 11,9% de bénéficiaires, la Seine-Saint-Denis se classe en tête.

Sur une population potentiellement éligible de 4,7 millions de personnes en métropole à fin 2012, seuls 4 millions ont fait valoir leurs droits à la CMU-c, soit un taux de non recours de 15%.

Les statistiques par tranche d'âge révèlent que 44,4% des bénéficiaires de la CMU-c ont moins de 20 ans. Les jeunes bénéficiaires sont principalement des ayants-droit. Ils sont rattachés à des personnes des classes d'âges situées entre 20 et 59 ans, tranche d'âge où les femmes sont les plus nombreuses en tant que bénéficiaires assurées. Ainsi, la CMU-C est essentiellement une protection complémentaire maladie familiale, ces familles ayant plus souvent que d'autres la particularité d'être monoparentales avec une femme comme chef de famille (source : Fonds CMU).

La CMU-c donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé de façon à atteindre 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Le forfait hospitalier est pris en charge sans limitation de durée. Les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ne sont pas demandées aux bénéficiaires de la CMU-c et les professionnels de santé ont l'obligation, hors exigence particulière du patient, de respecter les tarifs opposables. De plus, la CMU-c inclut pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique et les prothèses auditives, des forfaits de prise en charge allant au-delà des tarifs opposables (base de remboursement de la sécurité sociale) et qui s'imposent aux professionnels de santé. Enfin, les bénéficiaires ont droit au tiers-payant (dispense d'avance de frais) sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

Alors qu'un assuré est nécessairement affilié au régime général pour la CMU, le bénéficiaire de la CMU-c a le choix de son organisme gestionnaire : 84,7 % choisissent toutefois la gestion par leur caisse d'assurance maladie (principalement le régime général mais aussi le RSI et la MSA), les autres optant pour un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-c.

Les bénéficiaires de la CMU-c se déclarent, dans toutes les études disponibles⁴, en plus mauvaise santé que le reste de la population. Au-delà de ce ressenti, les enquêtes biennales de l'IRDES sur la santé et protection sociale confirment un état de santé moins bon en moyenne que les autres assurés avec une surreprésentation, à âge et sexe équivalents, de presque tous les grands groupes de pathologies. En outre, selon le projet annuel de performance de la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2013, un écart persiste dans la note de santé perçue pour les bénéficiaires et les non-bénéficiaires de la CMU-c : alors qu'on estime qu'une personne a une bonne perception de santé à partir du moment où la note atteint au moins 7 (échelle sur 10), cette note s'élève à 7,23 pour un non-bénéficiaire et à 6,74 pour un bénéficiaire, soit un écart de 0,49.

Pour le régime général, la CMU-c a représenté une dépense globale de 1,5 milliard d'euros en 2011⁵ soit une dépense moyenne de 445 euros par bénéficiaire.

Le coût moyen d'un bénéficiaire de métropole géré par la CNAMTS s'établit en 2012 (prévisionnel) à 451 euros. Ce coût n'est que de 386 euros pour un bénéficiaire géré par un organisme complémentaire.

Enfin, la dépense moyenne totale se ventile entre soins de ville à 72 % (dont 22% pour les honoraires de généralistes et spécialistes) et soins hospitaliers à 28 %

⁴ Le Fonds CMU se réfère aux résultats des questionnaires distribués aux consultants des centres d'examens de santé de l'assurance maladie via le CETAF, centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé.

⁵ Les données définitives 2012 ne sont pas disponibles à la date de rédaction du présent rapport mais devraient être stables par rapport à 2011

Le Fonds CMU a bénéficié entre 2000 et 2008 d'une dotation de l'État, complétée à partir de 2005 par un produit tiré des taxes sur la consommation d'alcool et de tabac. Depuis 2013, ses recettes sont constituées, d'une part du produit de la « contribution CMU » devenue en 2011 « taxe de solidarité additionnelle » à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé⁶ ; d'autre part, par une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (3,15 % représentant 42 millions d'euros en prévisions 2012). La CMU-c repose donc ainsi principalement sur un mécanisme de solidarité entre les cotisants à un contrat de complémentaire santé et ceux qui disposent de ressources inférieures au plafond.

Depuis l'année de sa création en 2000, le plafond de ressources de la CMU-c a été revalorisé selon l'évolution de l'indice des prix hors tabac, ce qui a progressivement entraîné un « décrochage » par rapport au seuil de pauvreté fixé à 60% du revenu médian⁷. : alors qu'il représentait à l'origine environ 73% de ce seuil, le plafond de ressources pour une personne seule vivant en métropole a baissé à 68,6% avant de remonter, à la faveur de la revalorisation du 1^{er} juillet 2013, à près de 74%. La question se posera immanquablement à l'avenir si le mode d'indexation reste en l'état.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

La question de l'effet de seuil provoqué par le plafond de ressources de la CMU-c a constitué une difficulté dès l'origine, difficulté en partie palliée, en référence à un texte préexistant⁸, par un « contrat de sortie » offrant, pour une durée de douze mois et à un tarif encadré (un maximum de 370 euros hors taxes pour une personne seule) des garanties d'un niveau quasi équivalent ; ce contrat laisse toutefois les franchises à la charge de l'assuré et restreint la dispense d'avance de frais à la part obligatoire. Mais c'est surtout la création, par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS) qui a permis de lisser l'effet de seuil ou à tout le moins de le reporter vers des personnes aux revenus plus élevés.

L'ACS consiste en une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation annuelle à payer à un organisme complémentaire de santé. En pratique, la caisse primaire d'assurance maladie remet à l'assuré qui le demande et qui remplit les conditions d'éligibilité une attestation, un « chèque », qu'il fournit à l'organisme complémentaire de son choix (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance). Cet organisme déduit alors l'aide obtenue du montant de la cotisation.

Le bénéficiaire doit résider en France de manière stable et régulière et ses ressources doivent être comprises entre le plafond de la CMU-c et ce même plafond majoré de 35 %, soit actuellement 11 600 euros par an pour une personne seule en métropole (967 euros par mois).

L'aide croît avec l'âge des bénéficiaires pour représenter en moyenne 40 à 50% du coût du contrat :

Montant de l'aide pour une complémentaire santé	
Âge du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 €

⁶ Cette contribution égale à 6,27 % des primes ou cotisations des complémentaires santé a représenté près de 1,9 milliards d'euros en 2011.

⁷ Le dernier seuil de pauvreté connu est de 964 euros mensuels (INSEE 2010).

⁸ Article 6-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et arrêté du 27 avril 2001 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé.

De 16 ans à 49 ans	200 €
De 50 à 59 ans	350 €
Plus de 60 ans	500 €

Source : Assurance maladie

Par exemple, pour une famille avec deux enfants à charge, le montant de l'aide sera de 850 euros sur une complémentaire santé familiale pour un an, soit :

- 200 € pour la mère, âgée de 45 ans ;
- 350 € pour le père, 52 ans ;
- 200 € pour le premier enfant de 20 ans ;
- 100 € pour le deuxième enfant de 10 ans.

Le contrat d'assurance complémentaire ne peut couvrir ni la participation forfaitaire d'un euro, ni les franchises sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires. Les contrats collectifs ne sont pas éligibles à l'ACS. Toutefois, depuis le mois de février 2013, en vertu de l'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, **les médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent sont tenus de pratiquer leurs actes aux tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.**

Les bénéficiaires de l'ACS forment un ensemble très hétérogène, ce qui complique l'information dans leur direction ; plutôt plus âgés que les bénéficiaires de la CMU-c (moyenne à 55 ans) et souvent seuls (71% des contrats), ils sont pour la plupart salariés pauvres sans couverture collective, chômeurs de longue durée bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), bénéficiaires isolés de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou « petits » pensionnés (notamment titulaires de l'ASPA).

Le dispositif est monté en charge de manière irrégulière mais connaît depuis 2011 une progression importante, à la faveur de revalorisations successives du plafond d'attribution de l'ACS, de 20% à 26% au-dessus du plafond de la CMU-c, puis 35% en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 : la barre du million d'attestations délivrées a ainsi été franchie en 2012 (mesure en glissement sur 12 mois) , soit une progression de 30,8% par rapport à 2011 faisant suite à une progression de 21,7% par rapport à 2010.

La population cible étant estimée, en France métropolitaine, entre 2,6 et 3,7 millions de personnes⁹, **le taux de non recours est compris, selon la dernière estimation de la DREES, entre 62% et 73% en référence au nombre d'attestations délivrées.**

Pour l'ACS comme pour la CMU-c, les chiffres du non recours sont appelés à évoluer suite à la revalorisation, intervenue au 1^{er} juillet 2013, de 7% du plafond de la CMU-c, s'ajoutant à la revalorisation légale de 1,3% pour tenir compte de l'inflation et impactant de façon mécanique le plafond de l'ACS (CMU-c + 35%)¹⁰. Cette mesure annoncée dans le cadre de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale devrait avoir pour effet de faire entrer environ 750 000 personnes de plus dans le dispositif.

⁹ Utilisation du modèle de micro simulation INES développé conjointement par l'INSEE et la DREES. Il est fondé sur l'enquête Revenus fiscaux de l'INSEE. Il s'agit d'une opération annuelle d'appariement statistique entre les données de l'enquête Emploi, décrivant la situation familiale et professionnelle des ménages, et les fichiers fiscaux de la Direction générale des impôts, qui constituent une source très détaillée (source : Fonds CMU).

¹⁰ Décret n°2013-507 du 17 juin 2013 relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

Une des particularités du dispositif ACS tient à l'octroi d'avantages du seul fait de détenir l'attestation de droit, que l'intéressé soit ou non allé jusqu'à la souscription d'une complémentaire santé. C'est vrai de la dispense d'avance de frais¹¹ et de l'obligation de pratiquer les tarifs opposables découlant de l'avenant n°8 mentionné ci-dessus. De fait, le nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation ne représente qu'environ 77% du nombre d'attestations délivrées.

Le coût global de l'ACS s'est élevé en 2012 à 195 millions d'euros, en progression de 24% par rapport à 2011, correspondant à la couverture en moyenne de 710 000 personnes et à une dépense moyenne de 275 euros.

Pour l'organisme complémentaire, l'ACS constitue un crédit d'impôt sur la taxe de solidarité additionnelle qu'il acquitte pour financer la CMU-c ; le coût de l'ACS s'impute donc indirectement sur l'ensemble des contrats complémentaires.

L'aide médicale d'État (AME)

Héritière de l'aide médicale gratuite (AMG) créée en 1953, devenue aide médicale départementale (AMD) en 1984 dans le cadre de la décentralisation, l'aide médicale d'État prend en charge, depuis la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, les soins des étrangers en situation irrégulière.

La loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France a en effet conditionné le bénéfice de l'assurance maladie de base à la régularité du séjour.

Le dispositif de l'AME se décline en trois volets :

- l'AME de « droit commun » qui prend en charge, sous certaines conditions, les dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière sur le territoire français (92 % des dépenses de l'AME) ;
- le dispositif dit des « soins urgents », définis comme ceux « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître » ;
- d'autres dispositifs financent les évacuations sanitaires de Mayotte, les frais correspondant aux soins infirmiers apportés aux personnes gardées à vue ou encore l'AME « humanitaire ».

Les conditions permettant de bénéficier de l'AME de droit commun sont, outre le caractère irrégulier du séjour, la résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et le respect d'un plafond de ressources fixé au même niveau que celui de la CMU-c.

Ces conditions ont été durcies à plusieurs reprises : après la condition de résidence introduite par la loi de finances rectificative pour 2003¹², c'est la loi de finances pour 2011 qui a instauré, à l'encontre des préconisations d'un rapport IGAS-IGF d'octobre 2010¹³, une restriction du panier de soins, un droit de timbre de 30 euros par an et par bénéficiaire de l'AME de droit commun et un agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux. Ces deux dernières mesures ont été supprimées par la loi de finances rectificative pour 2012.

¹¹ Accord du 1^{er} janvier 2006 entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux, valable pendant 18 mois pour le titulaire de l'attestation ACS et ses ayants-droit, sous réserve de respecter le parcours de soins coordonnés.

¹² Article 97 de la loi n°2003-1312

¹³ CORDIER Alain et SALAS Frédéric, « Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'AME » - IGF IGAS – décembre 2010

La mesure d'un taux de non-recours en matière d'AME est peu aisée en l'absence de connaissance précise de la population éligible mais les associations considèrent que le phénomène est massif. Médecins du monde indique par exemple que moins de 10% des étrangers en situation irrégulière accueillis dans ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) en 2011 et remplissant les conditions d'obtention de l'AME bénéficiaient de droits effectivement ouverts lors du premier contact¹⁴.

Les bénéficiaires ont droit à la prise en charge de la totalité de leurs dépenses, dans la limite des tarifs de responsabilité, avec dispense d'avance de frais ; les textes de niveau réglementaire prévoyant la participation du bénéficiaire aux frais engagés (ticket modérateur et forfait hospitalier notamment) n'ont jamais été pris. En termes de panier de soins, des restrictions ont été apportées pour la prise en charge des indemnités journalières, des cures thermales et des actes et examens spécifiques à l'assistance médicale à la procréation.

Le nombre de bénéficiaires et ayants-droit de l'AME est actuellement d'un peu plus de 220 000. Le profil type est celui d'un homme jeune (la tranche des 30-40 ans est majoritaire, suivie de la tranche 25-30 ans) d'un niveau d'études relativement élevé. Le profil de consommation de médicaments est celui d'une population souffrant, à âge égal, de maladies un peu plus sévères que le reste de la population (davantage de médicaments antinéoplasiques, d'antiviraux et de médicaments de toxicomanies).

En 2012, les crédits de paiement de l'AME se sont élevés, selon la loi de règlement, à 586 millions d'euros. Les dépenses sont doublement concentrées, sur les établissements de santé d'une part (70%) et sur l'Île-de-France d'autre part (66%), l'assistance publique – hôpitaux de Paris (APHP) occupant une place particulière avec 21% de la dépense totale et 30% de la dépense des établissements de santé.

Contexte récent – évolution des dispositifs en 2013

Plusieurs initiatives ont été prises au dernier trimestre 2012 en matière de lutte contre la précarité (suppression du droit de timbre sur l'AME, annonce de la généralisation d'une complémentaire santé, encadrement des loyers, etc.) avant que le comité interministériel de lutte contre les exclusions du 21 janvier 2013 ne vienne affirmer la stratégie du gouvernement en la matière au travers de l'adoption d'un plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

Fruit d'un important travail préparatoire et de concertation lancé le 20 septembre 2012 pour finalement donner lieu les 10 et 11 décembre à une conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, ce plan déploie une stratégie visant, dans sept grands domaines dont la santé et l'accès aux droits, à réduire les inégalités et prévenir les ruptures, à venir en aide et accompagner vers l'insertion, enfin à coordonner l'action sociale et valoriser ses acteurs.

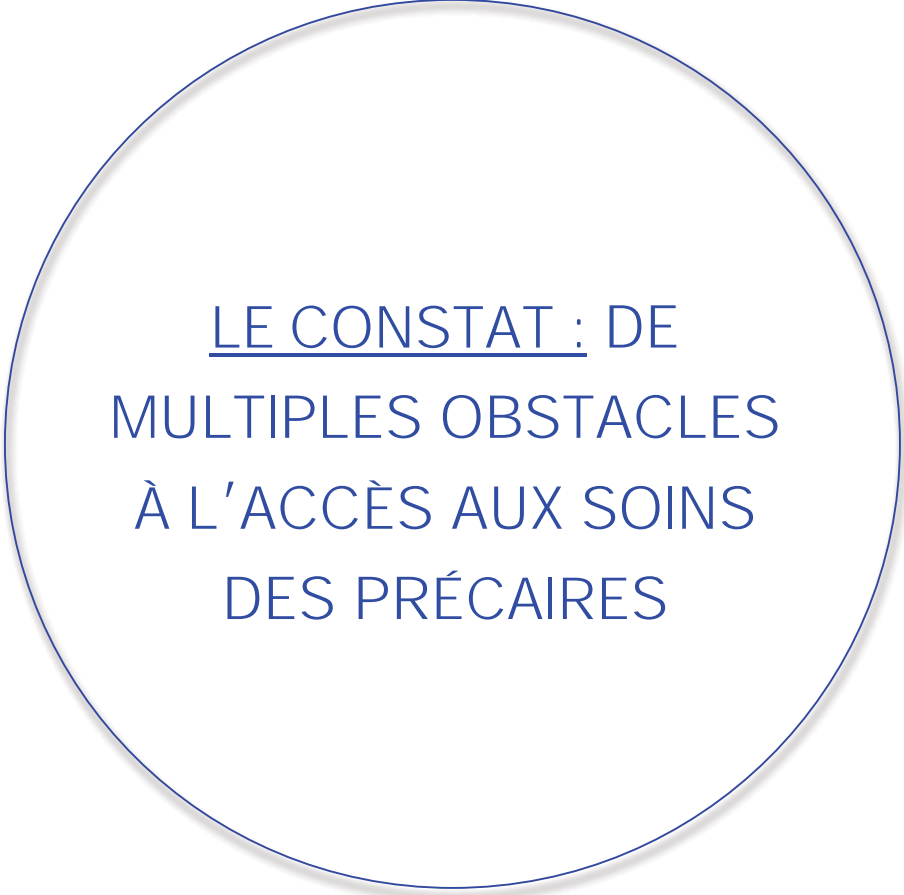
Le plan fait de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé une priorité. Plusieurs mesures ont d'ores et déjà été annoncées dans cette perspective :

- relèvement des plafonds de la CMU-c et de l'ACS au 1er juillet 2013, parallèlement à un rattrapage du niveau du revenu de solidarité active dit « socle » (RSA) ;
- limitation des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires des dispositifs ACS et CMU-c ;
- révision du panier de soins de la CMU-c de façon à mieux prendre en charge les dépenses d'optique et dentaire ;
- généralisation à l'horizon 2017 de l'accès de tous à une complémentaire santé de qualité, sujet sur lequel une mission a été confiée le 18 mars à la présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ;
- renforcement des dispositifs spécifiques d'accès aux soins, avec notamment un objectif d'homogénéisation des prestations assurées par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

¹⁴ Rapport 2011 de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du monde – octobre 2012

Le plan pluriannuel annonce un vaste programme d'accès aux droits comportant notamment l'élaboration et le suivi d'indicateurs de non recours aux droits existants (avec un suivi particulier en 2013 du taux de recours à l'ACS), des actions d'information et de recherche active des droits des usagers. Des expérimentations ont été lancées dans deux départements (Loire-Atlantique et Seine-et-Marne) sous l'égide du secrétariat général pour la modernisation de l'administration publique (« recherche-action pour réduire le non recours aux prestations sociales ») et un premier bilan en a été dressé au début de l'été 2013.

Tel est le contexte dans lequel s'inscrit cette mission.



LE CONSTAT : DE
MULTIPLES OBSTACLES
À L'ACCÈS AUX SOINS
DES PRÉCAIRES

1 LE CONSTAT : DE MULTIPLES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS DES PRÉCAIRES

1.1 **L'accès aux soins : un « parcours du combattant »**

L'idée du « parcours du combattant » est dans tous les esprits pour décrire les contacts avec l'administration ou les organismes d'assurance maladie en vue d'obtenir une prestation. Elle renvoie une image sévère, qui n'en est pas moins fidèle à **la réalité vécue** par les populations fragiles et précaires, mais aussi par leurs accompagnants et aidants, confrontés à des organisations qui à l'évidence n'ont pas été conçues pour elles et tardent à s'adapter.

Au-delà de **l'accès aux droits**, c'est souvent **l'accès aux soins** eux-mêmes qui pose problème pour un ensemble de facteurs touchant aux comportements individuels : du refus de soins opposé directement ou insidieusement par certains professionnels de santé au renoncement aux soins des intéressés eux-mêmes pour des raisons très variées, financières mais pas uniquement et parfois très en amont de la démarche d'accès aux droits.

Plus généralement, force est de constater qu'accès aux droits, accès aux soins et **accès à la santé** sont étroitement imbriqués.

1.1.1 L'accès aux droits

La mission s'est interrogée, au fil de ses contacts avec les acteurs de terrain, sur ce qui pouvait différencier, en termes de parcours, un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME), de personnes en situation de non recours ou a fortiori de renoncement aux soins.

Il s'avère que le bénéficiaire a emprunté avec succès un parcours long et compliqué qui l'a tout d'abord conduit à s'interroger sur ses droits potentiels, à identifier le bon interlocuteur, à établir un contact avec ce-dernier, à remplir un dossier, à obtenir l'aide ou les aides correspondantes, enfin à en demander et obtenir le renouvellement. Autant d'étapes, autant de difficultés et de risques de venir gonfler les chiffres du non recours ou du renoncement en cours de procédure.

Connaitre ses droits

L'accès aux droits se heurte en premier lieu à **un énorme problème d'information** et de compréhension. Information des bénéficiaires potentiels avant tout, information des professionnels de santé et travailleurs sociaux également : au-delà du déficit de notoriété dont souffrent certaines aides et en particulier l'ACS depuis sa création en 2004, la complexité des règles d'ouverture des droits est un obstacle à l'évaluation par les intéressés eux-mêmes de leurs droits potentiels. Et le souci manifesté par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de proposer sur son site internet www.ameli.fr des simulateurs de droits ne règle qu'une petite partie du problème, surtout à l'égard de publics fragiles, coupés des administrations, peu au fait de leurs droits et qui ont peu accès aux outils numériques.

De façon encore plus élémentaire, la liste des interlocuteurs et lieux d'information n'est pas suffisamment diffusée auprès des bénéficiaires potentiels, dans les lieux publics notamment (panneaux publics, bureaux de Poste, halls de mairie, Pôle emploi, etc.).

Les conditions de ressources en matière de CMU-c en offrent une bonne illustration. En effet, elles ne se limitent pas aux revenus, imposables ou non, du foyer fiscal au cours des douze derniers mois mais font intervenir, entre autres, une évaluation forfaitaire de l'avantage procuré par un logement, un traitement au cas par cas des autres allocations perçues et la prise en compte des revenus des capitaux placés.

L'intrication de différentes aides avec des plafonds de ressources proches mais distincts génère beaucoup d'incompréhension de la part des bénéficiaires potentiels, quand ce n'est pas un sentiment d'injustice si le plafond vient à être dépassé de quelques dizaines d'euros. **On peut ainsi avoir droit à l'allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA) mais pas à la CMU-c, l'écart entre les plafonds de ressources étant inférieur à 100 euros par mois** pour une personne seule depuis la dernière revalorisation du plafond de la CMU-c. De même, si le dépassement du plafond de la CMU-c permet de faire une demande d'ACS, il n'en est rien pour les demandeurs d'AME qui se retrouvent ainsi sans aucune aide en cas de dépassement même modéré du plafond de ressources. **Ces effets de seuil frappent une partie significative de la population et ont parfois des conséquences dramatiques.**

La plupart des démarches font intervenir à un moment ou à un autre d'autres documents individuels (identité, filiation, naissance par exemple) qui constituent autant de sources de difficultés et de blocages parfois insurmontables. Il en va de même de ces événements a priori assez anodins que constituent un déménagement ou un changement professionnel entraînant un changement de caisse ou de régime mais qui peuvent, pour des publics en situation de précarité, se transformer en situations inextricables.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont eu la possibilité d'organiser, en lien avec des associations, des permanences juridiques pour leurs bénéficiaires n'ont eu qu'à s'en féliciter et l'on ne peut que regretter que cela ne figure pas dans le cahier des charges de ces structures.

Les usagers ne sont d'ailleurs pas les seuls à solliciter une aide juridique. Nombreux sont les travailleurs sociaux qui se plaignent fortement de la **terrible complexité** des règles en matière d'AME et des connaissances qu'elles supposent en matière de droit des étrangers : l'instruction d'une demande d'aide émanant d'un étranger dont les ressources se situent en dessous du plafond commun à l'AME et à la CMU-c implique en effet de s'interroger sur la condition de régularité de son séjour et, de façon plus générale, d'appréhender au mieux des situations individuelles complexes et évolutives (demandeurs d'asile, ressortissants communautaires, etc.). Les personnes concernées peuvent alterner, en quelques mois, des périodes de régularité et d'irrégularité, au gré des demandes de régularisation, des non-renouvellements de titre de séjour, des rejets de demande d'asile et d'éventuels recours. Les énormes problèmes liés à la domiciliation (retour de courriers non distribués) viennent s'y ajouter.

En matière d'AME, précisément, les travailleurs sociaux et associations du secteur dénoncent un durcissement des conditions d'instruction des dossiers d'aide parallèlement à l'évolution de la réglementation sur le droit de séjour. Ce durcissement se traduit par une information très parcellaire des bénéficiaires potentiels confinant parfois à de la désinformation, sur fond de suspicion de fraude et de stigmatisation de l'étranger, voire d'entretiens piégeants.

Exemple de refus opposé en raison du motif du séjour

Madame B réside sur le territoire français depuis le 27 février 2007. Ses cinq enfants sont également présents sur le territoire français.

L'état de santé de Madame B nécessitait une prise en charge très urgente en raison d'un risque d'hémorragie cérébrale.

Elle a bénéficié de l'AME jusqu'au 16 juin 2011, date à laquelle elle en a sollicité le renouvellement. En septembre 2011, la CPAM lui a adressé un courrier lui demandant de remplir un dossier de couverture médicale universelle. Madame B a retourné ce dossier à la CPAM.

Parallèlement, Madame B a déposé une demande de titre de séjour pour soins. Un récépissé valable du 05 janvier au 04 avril 2012 lui a été délivré. Elle remplissait donc les conditions de résidence et de régularité du séjour nécessaires à l'obtention de la CMU. Pourtant, par courrier en date du 20 janvier 2012, la CPAM

a rejeté sa demande de CMU au motif que : « les personnes séjournant sur le territoire national pour suivre un traitement médical ou une cure sont exclus du dispositif CMU ».

Un courrier a été adressé à la CPAM le 20 février 2012 afin d'exposer la situation de Madame B et de demander l'enregistrement de sa demande de CMU.

L'hospitalisation de Madame B prévue a dû être reportée faute de prise en charge.

Les services de conciliation de la CPAM ont été saisis, ont compris l'erreur de droit et l'urgence de la situation de Madame B. Elle a été admise au bénéfice de la CMU.

Source : Association « Droit d'urgence »

Au total, **la juxtaposition de dispositifs distincts pour répondre à des problématiques proches est une vraie difficulté**, qu'elle renvoie à une tradition bien établie de « millefeuille » administratif ou qu'elle soit la conséquence d'interventions concurrentes peu ou mal coordonnées. Loin de se limiter à l'ACS, l'aide au financement des complémentaires santé mobilise aussi, et de plus en plus fréquemment, des ressources du fonds d'action sociale des CPAM (dispositifs de type « coup de pouce santé » ou « ACS + ») ou d'autres aides extra-légales versées par certains centres communaux d'action sociale. Le fonds CMU indique ainsi dans son rapport d'activité pour 2012 que 67 CPAM ont proposé en 2010 des aides de type « complément ACS » et/ou des aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS, pour un budget total d'environ 25 millions d'euros.

Finalement, nul ne dispose de la vision d'ensemble permettant d'évaluer a priori l'aide totale proposée, ce qui pose problème par exemple pour effectuer un choix entre plusieurs niveaux de garanties d'une complémentaire.

Identifier le bon interlocuteur

La coexistence de multiples aides a pour corollaire une difficulté à identifier le bon interlocuteur et plus encore un interlocuteur qui soit en capacité d'assurer le traitement de l'ensemble du dossier.

Par principe et en vertu de la loi¹⁵, les demandes d'aide, qu'il s'agisse de l'AME ou de la CMU-c, peuvent être déposées non seulement auprès d'un organisme d'assurance maladie mais aussi d'un des quelque 3 800 CCAS ou CIAS du lieu de résidence, des services sanitaires et sociaux du département de résidence et des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du préfet. La loi confère également aux CCAS et aux hôpitaux un rôle de pré-instruction des demandes de CMU-c.

La notion de résidence pose la question de la domiciliation, opération décrite par les acteurs de terrain comme une difficulté redoutable s'agissant des demandeurs d'AME. Tenus à l'écart du mouvement de simplification initié par la loi DALO du 5 mars 2007, ils continuent de relever d'un régime distinct¹⁶ matérialisé par un formulaire Cerfa spécifique, tout comme les demandeurs d'asile d'ailleurs. La réglementation précise pourtant que les CCAS et CIAS sont tenus de recevoir et de traiter les déclarations d'élection de domicile des personnes sans domicile fixe qui demandent à bénéficier de l'AME¹⁷. Aux réticences de certains CCAS, généralement motivées par la crainte d'un afflux massif de candidats à la domiciliation et le manque de moyens pour y faire face, s'ajoute une couverture très inégale du territoire en CCAS et associations agréées (exemple de l'isolement de la « boutique solidarité » de Gagny, en Seine-Saint-Denis). En tout état de cause, un effort devrait être fait pour mettre à la disposition du public et des travailleurs sociaux des listes à jour et complètes, de type annuaire, des organismes agréés pour la domiciliation.

¹⁵ Article L 252-1 du code de l'action sociale et des familles pour l'AME

Article L 861-5 du code de la sécurité sociale pour la CMU-c

¹⁶ Article L 252-2 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁷ Circulaire DSS-2A/DAS/DIRMI n°2000-382 du 5 juillet 2000.

Indépendamment des difficultés de domiciliation, les CCAS et CIAS demeurent un point de contact privilégié avec les populations précaires compte tenu à la fois de leur implantation locale et de la nature des aides distribuées, l'aide alimentaire notamment. L'union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) estime ainsi qu'un usager domicilié en CCAS y passe en moyenne 6 heures par semaine pour mener à bien l'ensemble de ses démarches. La présence quasi quotidienne qu'induit le bénéfice de l'aide alimentaire facilite aussi l'accès au courrier, ce qui est un facteur facilitant pour mener à bien les démarches d'obtention des aides puis leur renouvellement.

L'efficacité de l'action des CCAS repose largement sur la qualité des relations établies avec les CPAM. La mission ne peut que saluer à cet égard l'initiative prise par la CNAMTS et l'UNCCAS visant à donner un cadre à la coopération entre les CPAM et les CCAS ou CIAS, initiative qui s'est concrétisée par la signature d'un protocole d'accord le 30 avril 2013 (annexe n°1). Il s'agit d'organiser la formation continue des agents des CCAS à l'accompagnement des publics précaires et de mieux organiser la gestion et la transmission des dossiers de demande d'aides.

En pratique, hormis les situations relativement rares de coopérations préexistantes établies à la faveur de relations interpersonnelles, cette convention pourrait ne pas rencontrer le succès escompté : nombre de communes y voient une tentative de l'assurance maladie pour externaliser une partie des tâches qui lui incombent, sans transfert des moyens correspondants, la CNAM étant suspectée de régler ainsi une partie des difficultés suscitées par la réduction tendancielle de ses effectifs dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013.

Doit aussi être pris en considération le savoir-faire que les CCAS estiment à juste titre détenir en matière d'accès aux soins et leur souci légitime de se positionner sur des aides inédites et spécifiques ; leur réticence également à jouer, à moyens constants, un rôle d'assistance de la CPAM.¹⁸

La mission observe toutefois que les CCAS ou CIAS et CPAM qui avaient anticipé sur ce type de rapprochements en ont tiré, tout comme leurs usagers, **des bénéfices en termes de réduction des délais d'instruction, de repérage des publics fragiles, de partage des contraintes et, finalement, d'émergence d'une culture commune de lutte contre la précarité.** Les auditions menées à Nantes auprès des partenaires de l'expérimentation sur la lutte contre le non-recours ont été très encourageantes à cet égard.

En tout état de cause, les conventions locales signées en référence au protocole du 30 avril 2013 le seront à titre expérimental et sur la base du volontariat ; il est à souhaiter que leur diffusion progressive et non coordonnée sur le territoire ne conduise pas à des situations d'inégalités de traitement entre usagers suivant la caisse ou le CCAS auxquels ils s'adressent.

Établir un contact

La première difficulté pour établir un contact tient au nombre et à la localisation des services chargés d'instruire les demandes, dans un contexte marqué par la fermeture de nombreux guichets de proximité, caisses, antennes ou permanences de l'assurance maladie. La disparition des guichets de proximité majeure les difficultés d'accès des populations précaires. De la même façon, nombre d'établissements hospitaliers dotés de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) regrettent aussi la fermeture de l'antenne ou de la permanence traditionnellement assurée dans leurs locaux. Outre l'intérêt que cette présence présentait en termes de vérification de la conformité du dossier déposé, et donc de délai de traitement de la demande, ces antennes et permanences étaient une forme de réponse à la faible mobilité des populations précaires tout comme à leur éloignement du monde administratif et leur méconnaissance des procédures.

Dans un environnement dominé par la culture de l'écrit, une maîtrise insuffisante de la langue demeure un obstacle majeur pour l'accès aux droits, le recours à de l'interprétariat professionnel par les administrations ou les travailleurs sociaux étant encore insuffisamment répandu.

¹⁸ Sur le positionnement des CCAS, se reporter à l'étude menée par le Fonds CMU dans son rapport d'activité 2011.

L'accompagnement ou toute autre forme de médiation est donc **le plus souvent indispensable** pour l'accès aux droits. Des dispositifs de médiation existent, fruits le plus souvent d'expérimentations ou d'initiatives isolées, portés à bout de bras par leurs promoteurs, avec des financements très fragiles et la plupart du temps non pérennes. Ils ne suffisent absolument pas à faire face à toutes les demandes.

Remplir le dossier

Il n'est qu'à consulter les formulaires originaux reproduits en annexe n°2 au présent rapport pour mesurer **l'incroyable degré de complexité** de cette étape du processus d'accès aux droits. Si cette complexité s'exprime d'abord de façon visuelle (formulaires trop longs et assez illisibles), elle porte aussi et surtout sur les pièces justificatives requises. À titre d'illustration, la base ressources de la CMU-c et de l'ACS prend actuellement en compte les ressources du foyer au cours des douze derniers mois. Compte tenu des transformations du monde du travail provoquées par la crise, les situations de changements répétés d'employeurs (intérim, contrats courts) ou d'employeurs multiples à temps partiel ne sont pas rares, conduisant à multiplier les pièces à produire. **Les cas de dossiers comportant plus de 100 pièces ne sont pas rares !**

De surcroît, la tendance est à la demande de pièces justificatives complémentaires par le biais de formulaires spécifiques, **à la conformité réglementaire discutable**, et dont quelques exemples sont annexés au présent rapport (à titre d'illustration, il est parfois exigé des demandeurs qu'ils décomposent leurs dépenses en miroir de leurs ressources – voir annexe n°3). Ces demandes se traduisent par de multiples allers-retours entre la caisse et le demandeur, provoquant un allongement du délai d'instruction et des renoncements en cours de procédure. Sur certains territoires, le délai de deux mois est largement dépassé pour la plupart des dossiers. Des situations ont été signalées à la mission de délais d'instruction portés à 6 mois alors même que le dossier était complet selon les termes de la loi.

Le dossier de demande d'AME était quant à lui relativement simple à l'origine et adapté à un public précaire et en situation irrégulière. **En l'absence de preuves, c'est le principe déclaratif qui prévalait. En recul à partir dès 2002 eu égard à la rapide augmentation du nombre de bénéficiaires, il a pour ainsi dire disparu en 2005¹⁹ et constitue aujourd'hui une exception.**

Pour le personnel en charge de l'instruction des dossiers, la vérification (manuelle) des pièces représente une charge de travail importante et peu productive compte tenu des enjeux finalement assez limités attachés à la vérification des conditions de ressources.

Enfin, le sentiment domine que plus la personne est précaire, plus le dossier est difficile à constituer : compréhension du dossier, pièces justificatives égarées, nécessité de faire réaliser des documents d'identité ou d'état-civil, etc.

Obtenir l'aide

La mission a également été alertée à plusieurs reprises sur la très grande variabilité des pratiques des caisses en matière d'octroi des prestations, ce qui a notamment pour effet de déstabiliser des travailleurs sociaux déjà en peine pour suivre les évolutions réglementaires. Un groupe de travailleurs sociaux d'Île-de-France y a d'ailleurs consacré un tableau comparatif qui figure en annexe n°4. Il semble que les pratiques puissent également varier, au sein d'une même caisse, suivant l'agent chargé d'instruire le dossier.

¹⁹ Décrets n°2005-859 et 2005-860 du 28 juillet 2005 relatifs à l'AME et aux modalités d'admission de la demande.

Le délai d'instruction des demandes constitue une difficulté très largement répandue, avec là encore des variations importantes et assez inexplicables entre caisses. Des difficultés persistantes sont notées sur certains territoires, **des délais compris entre 4 et 6 mois n'étant pas rares**. Paradoxalement, un indicateur de performance du programme 183 visant « la délivrance de l'AME dans des conditions appropriées de délais et de contrôles » fait état de délais moyens d'instruction des dossiers de 25 jours en 2011, avec une cible à 20 jours pour 2013²⁰. De même, la convention d'objectifs et de gestion Etat CNAMTS 2010-2013 visait un délai de traitement de 30 jours pour 90% des dossiers AME et pour 90% des dossiers CMU-c²¹ ; **ce décalage entre les objectifs et la réalité vécue sur le terrain est assez stupéfiant**.

La délivrance d'un récépissé au dépôt du dossier, pourtant prévue par la loi, est à l'heure actuelle loin d'être généralisée et l'envoi de la demande par voie postale est souvent imposé. **Cette absence de récépissé empêche tout suivi et tout recours**. Si le dossier est perdu (ce qui a été signalé à la mission compte tenu de la surcharge des services), le demandeur n'a aucun moyen de faire la preuve de sa bonne foi ; or, la date de dépôt du dossier complet fait courir, pour la CMU-c le délai de deux mois au terme duquel la prestation est réputée accordée. En pratique, compte tenu de la possibilité de demander des précisions ou de nouvelles pièces justificatives, y compris quelques jours avant l'expiration du délai de deux mois, l'obtention de l'aide est loin d'être garantie une fois effectué le remplissage initial du dossier ; **c'est un facteur important de découragement et d'abandon en cours de procédure**.

La loi prévoit pourtant s'agissant de la CMU-c que le bénéficiaire de la couverture complémentaire puisse être attribué, lorsque la situation du demandeur l'exige, **au premier jour du mois du dépôt de la demande**²², le cas général étant une prise d'effet au premier jour du mois suivant l'accord.

De façon tout à fait incompréhensible pour le grand public, les règles en matière de rétroactivité de la couverture ne sont pas les mêmes pour l'AME (un mois pour les soins en hospitalisation et en consultation) et la CMU-c (deux mois mais seulement pour l'hospitalisation).

L'ACS quant à elle présente une particularité puisque la notification d'admission prend la forme de courriers dont la pratique a révélé le caractère déroutant : quand l'admission à l'ACS fait suite à un refus de CMU-c, le courrier correspondant met d'abord en évidence ce refus au risque de brouiller le message d'admission à l'ACS. Par ailleurs, les courriers d'admission à l'ACS sont accompagnés d'un coupon, baptisé de manière trompeuse « chèque », à remettre à l'organisme complémentaire choisi. Enfin, certaines des aides extra-légales accordées par les CPAM ou les CCAS sont versées directement au bénéficiaire, ce qui ajoute à la confusion de l'ensemble.

Enfin, **le refus est souvent compris comme un refus définitif**, alors qu'il ne l'est pas et l'est d'autant moins pour la CMU-c, dans le système actuel d'appréciation des ressources sur douze mois glissants. Cette incompréhension a un effet décourageant et constitue l'une des causes d'abandon en cours de procédure. Des expériences ont d'ailleurs été menées avec succès par plusieurs CPAM pour recontacter à distance des personnes ayant subi un refus.

²⁰ Le délai d'instruction correspond au délai qui s'écoule entre la date de réception du dossier **complet** par l'organisme instructeur et la date de délivrance d'une attestation de droits. Cette information est recueillie mensuellement par le système d'information de la CNAMTS auprès de la totalité des CPAM et CGSS. C'est probablement cette notion de dossier « complet » qui explique l'écart entre l'indicateur de performance et la réalité vécue par les demandeurs et les travailleurs sociaux.

La CNAMTS pondère le délai moyen par le volume d'attestations de droits délivrées par chaque organisme gestionnaire de l'AME.

²¹ Indicateurs de résultat du Programme n°6 : *Faciliter l'accompagnement social de l'accès aux soins et à la santé pour tous*.

²² Article L 861-5 du code de la sécurité sociale.

Obtenir le renouvellement de l'aide

Les aides sont en règle générale attribuées pour une année, obligation étant faite au bénéficiaire d'en solliciter le renouvellement deux mois avant l'échéance. Cette règle s'applique indifféremment quel que soit le profil du demandeur : du retraité dont les ressources n'évoluent plus guère au salarié connaissant une grande variabilité de ses ressources au gré de l'alternance des contrats à durée déterminée et des périodes de chômage.

La tendance à la multiplication des contrôles a priori qui prévaut en matière d'instruction des dossiers se traduit par un allongement des délais d'instruction et ne peut qu'inciter les bénéficiaires à anticiper leur demande de renouvellement, autrement dit, à se replonger dans le parcours d'accès aux droits **quelques mois seulement après avoir obtenu le bénéfice de l'aide**. Il y a là une vraie difficulté pour ces publics dont on sait qu'ils éprouvent des difficultés à se projeter au-delà de la résolution de leurs difficultés quotidiennes immédiates. Ces comportements contribuent d'ailleurs à expliquer le faible succès de l'ACS, dont la demande repose sur une anticipation de besoins futurs et non certains, quand la demande de CMU-c répond plutôt au moins en première intention à la couverture immédiate d'un épisode de soins.

Si l'envoi d'un courrier de renouvellement au bénéficiaire de la CMU-c est quasi systématique, c'est au contraire plus rare pour les bénéficiaires de l'AME, avec une difficulté supplémentaire tenant à la mobilité des publics concernés. Il n'est pas rare que des courriers stagnent plusieurs mois au point de domiciliation.

Illustration : situation de Mme W.

Mme W. est confrontée à une situation qui paraît inextricable pour le renouvellement de la CMU-c. Cela fait 10 mois que plusieurs dossiers de demande ont été déposés et il nous paraît important de souligner que les derniers dossiers ont été « validés complets » par un agent du Centre de Sécurité Sociale, avant d'être déposés dans la boîte aux lettres.

Alors que ses droits se terminaient en juin 2012, Mme W. a envoyé le dossier de renouvellement en mai et suite à cela, elle a reçu une demande de compléments d'informations qu'elle a retournés par courrier.

Dès lors, cette situation s'est reproduite à quatre reprises. Différentes demandes de documents lui ont été adressées et ce parfois en totale incohérence avec la situation de la personne.

Par exemple, on lui a demandé une attestation au régime étudiant ainsi qu'un certificat de scolarité pour l'année 2011/2012 alors que Mme W. n'est plus étudiante depuis 15 ans. Il lui a aussi été demandé de fournir des attestations de versement des allocations chômage pour l'année 2011/2012 alors que Mme W. est sans ressources depuis 2009.

Un courrier envoyé début septembre demandait à son concubin d'adresser le dossier à l'AGESSA alors que Monsieur n'est pas rattaché à ce régime (Nous avons vérifié auprès de l'organisme).

Bien que tout cela ait été signalé, et malgré les documents envoyés le service CMU/CPAM de XXX a continué de réclamer ces mêmes documents, ainsi que de nouveaux justificatifs à joindre.

Fin octobre 2012, afin de trouver une solution, Mme W. a rencontré une assistante sociale de la Sécurité Sociale, mais malheureusement, elle lui a fait savoir qu'elle ne pouvait rien faire. L'assistante sociale lui a confié qu'elle était fréquemment confrontée à ce type de situation où les personnes n'arrivaient pas à avoir accès à leurs droits malgré toutes les démarches effectuées.

Comme Mme W. était sans ressources, l'assistante sociale a fait une demande de RSA, ce qui en principe devait lui permettre d'avoir la CMU-c automatiquement. Mais comme son compagnon, lui-même bénéficiaire du RSA, perçoit parfois des droits d'auteur et que cela fait apparaître une petite somme « RSA activité » à partir de janvier 2013, la CPAM a donc demandé de refaire à nouveau le dossier complet CMU/CMU-c.

Nous avons rencontré Mme W. au début du mois de février 2013 et lorsque nous avons contacté la sécurité sociale, les opérateurs nous ont fait savoir qu'il n'y avait aucune trace des documents envoyés, étant donné que seuls les dossiers traités sont visibles.

Nous devons donc envoyer un courrier au service CMU de la CPAM de XXX afin d'avoir des informations précises sur l'historique du traitement du dossier.

Quand nous avons questionné au sujet des documents inappropriés demandés, l'opérateur a répondu que les courriers envoyés étaient des « lettres types » et qu'il ne fallait pas en tenir compte (!). Comment est-il donc possible de savoir quels sont les documents réellement demandés ?

Ces courriers sont tout de même censés permettre le rassemblement des documents nécessaires au traitement du dossier et lorsque nous avons insisté, il a réitéré cette même réponse déconcertante.

À ce jour, Mme W. ne bénéficie toujours pas de la CMU-c et cela concerne aussi son concubin et leur enfant. Cet état de fait n'est pas sans conséquence sur leur accès aux soins étant donné que leurs ressources ne leur permettent pas de régler ce qui reste à leur charge. Mme W. est démoralisée par le dossier qu'il faut à nouveau refaire, lassée par toutes ces démarches, elle désespère de ne pas avoir accès à ses droits.

Source : Centre de ressources pour mini réseaux de proximité de Seine-Saint-Denis

En synthèse, le parcours de l'accès aux droits est parsemé de ce que l'équipe du SGMAP en charge du suivi de l'expérimentation en Loire-Atlantique et Seine-et-Marne qualifie de « **trappes à non recours** » : mauvaise image de l'aide, manque d'information, absence de proactivité, déficit de médiation et d'orientation, complexité et lourdeur du dossier, rupture du processus d'instruction et délais trop importants, intérêt faible ou concurrence avec d'autres aides. Le SGMAP souligne que l'ACS cumule la quasi-totalité des trappes quand la CMU-c est principalement victime d'une mauvaise image, de complexité et de lourdeur du processus d'instruction (se reporter à l'annexe n°4). Par analogie, on pourrait dire que l'AME pâtit d'une absence de proactivité, d'un déficit de médiation et d'orientation et de la complexité du dossier.

Cette analyse rejoint celle de l'équipe de l'Observatoire du non recours aux droit (ODENORE), qui estime que le non recours s'explique rarement par un manque d'intérêt pour la prestation – même si l'intérêt financier est parfois faible au regard des conditions d'accès – mais plutôt et même massivement par « *un manque d'information sur les droits et la complexité de procédures parfois jugées non acceptables car trop contraignantes ou intrusives* »²³.

1.1.2 L'accès aux soins

L'accès physique aux soins, un défi pour les personnes précaires

Plus encore que pour la population générale, l'accès aux soins des populations fragiles et précaires pose en premier lieu la question de l'**accès « physique »** à une offre de soins inégalement répartie sur le territoire. C'est la conséquence à la fois des choix d'installation des professionnels de santé que les pouvoirs publics peinent à réguler, de vagues successives de restructurations d'établissements de santé publics et privés obéissant à des logiques de rentabilité mais aussi de qualité et de sécurité des soins, enfin de difficultés démographiques réelles quoique concentrées sur certaines spécialités.

Alors que la France n'a jamais compté autant de médecins (218 296 au 1^{er} janvier 2013, dont 101 803 généralistes, soit 333 médecins pour 100 000 habitants dont 155 généralistes²⁴), on estime que depuis 5 ans, deux millions de français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale et les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs.

L'utilisation d'indicateurs plus élaborés que la densité géographique, comme l'accessibilité potentielle localisée²⁵, révèle, s'agissant des généralistes libéraux en 2010, une accessibilité moyenne de 71 équivalents temps plein pour 100 000 habitants en France. Elle est cependant inférieure à 31 pour 100 000 pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible et supérieure à 111 pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus élevée.

Les difficultés géographiques et les difficultés d'accès financier se cumulent : à titre d'illustration²⁶, plus de 2,3 millions d'habitants sont à plus d'une heure aller/retour de l'ophtalmologiste le plus proche. Plus de 55% des ophtalmologistes exercent en secteur 2 ou secteur 1 avec droit à dépassement permanent²⁷. La proportion d'ophtalmologistes varie de moins de 20% dans 11 départements ruraux à plus de 85% dans l'Oise et à Paris (données 2011).

²³ *L'envers de la fraude sociale – le scandale du non recours aux droits sociaux* – ODENORE – La Découverte 2012.

²⁴ *Les médecins au 1^{er} janvier 2013* - DREES, Document de travail, Série statistiques, n°179, avril 2013.

²⁵ *L'accessibilité potentielle localisée, une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux* – DREES, Études et résultats, n°795, mars 2012.

²⁶ HAAS Sandrine et VIGNERON Emmanuel - *Les clefs de l'accès aux soins – Inégalités sociales et territoriales* - FEHAP - mars 2012.

²⁷ Il est rappelé que les tarifs pratiqués par les médecins et la base de remboursement de l'assurance maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur (secteur 1 ou secteur 2). Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel. Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à pratiquer des dépassements avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

Loin de se limiter aux médecins ou même aux médecins spécialistes, ces difficultés affectent aussi des professionnels paramédicaux de premier recours comme les kinésithérapeutes et les orthophonistes. En outre, l'attention de la mission a été attirée sur l'allongement préoccupant des délais de rendez-vous dans les centres médico-psychologiques (CMP), lequel se traduit par une forme d'errance de nombreuses personnes soignées pour maladies mentales et se trouvant en situation de grande précarité à l'issue d'un épisode de soins en centre hospitalier spécialisé.

Les pouvoirs publics ont pris depuis plusieurs années la mesure de ces difficultés en menant une politique de lutte active contre les déserts médicaux : dans la lignée du volet de la loi HPST du 21 juillet 2009 relatif à l'accès de tous à des soins de qualité, cette politique repose actuellement sur la mise en œuvre du « **pacte territoire santé** ». Il s'agit à la fois de faciliter l'installation de jeunes médecins, de transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé en favorisant notamment l'exercice regroupé, enfin d'investir dans les territoires isolés.

Doit notamment être souligné l'objectif de signature en 2013 de 200 contrats apportant une garantie financière de revenus pendant 2 ans à de jeunes « praticiens territoriaux de médecine générale » en contrepartie d'une installation dans une zone caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Le praticien concerné prend des engagements qui peuvent notamment porter sur le respect des tarifs opposables ou la mise en œuvre d'actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé²⁸.

Le « pacte territoire santé » prévoit également d'autoriser les ARS à signer des conventions avec les établissements hospitaliers, les centres de santé ou des organismes mutualistes, permettant la mise à disposition de médecins salariés qui iront exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles

Il convient aussi de mentionner l'objectif de consolidation et de développement des centres de santé sur la base des conclusions du rapport IGAS de juillet 2013 (voir 2.4, proposition 4).

Peu mobiles par nature car moins bien informées et souvent affectées par un manque de confiance, les personnes en situation de précarité sont de surcroît confrontées à des difficultés matérielles importantes (absence de véhicule personnel, difficulté à s'absenter du travail ou à faire garder ses enfants, etc.). **Elles sont ainsi les victimes « privilégiées » de la raréfaction de l'offre qui se traduit notamment par des difficultés à trouver des praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires ou à se déplacer pour bénéficier d'un soin spécialisé** ; l'impossibilité à trouver une solution alternative face à un refus de soins ou un délai de rendez-vous trop important constitue une forme de « double peine ».

Les difficultés d'accès aux transports sont une réalité, les différentes aides existant en la matière (de la part de certaines régions par exemple) ne prenant effet que comme sous-produit d'une prestation dont il faut au préalable obtenir le bénéfice. S'y ajoute parfois une réticence à se déplacer, y compris dans les zones à forte densité urbaine. Selon les chiffres communiqués par Médecins du monde, plus de la moitié des étrangers en situation irrégulière accueillis dans leurs « Caso » hésite à se déplacer par peur d'être arrêté. De fait, si l'on considère le nombre de déplacements à effectuer à l'occasion d'une demande d'aide (domiciliation, entretiens à la CPAM, contact avec les travailleurs sociaux, rendez-vous divers), c'est à l'évidence un facteur supplémentaire de non accès aux droits et de renoncement aux soins.

La mission a eu connaissance d'un certain nombre d'initiatives prises par des collectivités territoriales pour mettre en place des services mobiles et de proximité de type « bus santé », en milieu rural mais aussi dans des zones urbaines défavorisées. Ces expériences innovantes ont pour la plupart tourné court, en dépit de résultats particulièrement probants, par manque de financements pérennes sur les lignes budgétaires classiques, ce qui est regrettable.

Le renoncement aux soins et la question du reste à charge

²⁸ Article 46 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le renoncement aux soins vise des situations où des personnes ne peuvent entreprendre ou poursuivre des soins, notamment pour des raisons financières.

On parle ici pour l'essentiel du renoncement dit « barrière », qui correspond à l'abandon du but poursuivi, but jugé inaccessible à tort ou à raison. Il conduit à des arbitrages entre la santé et d'autres registres de l'existence, dans un contexte de contrainte : réduction des dépenses d'alimentation, coût du logement, surendettement, renoncement pur et simple à des soins... Cette forme de renoncement rend compte des difficultés à accéder aux soins, des obstacles rencontrés, des contraintes budgétaires mais aussi de la position du sujet à l'égard de cette situation et de ses capacités à y réagir, ses ressources (psychiques, sociales, culturelles) lui permettant d'affronter la situation.

La dimension cumulative et multifactorielle des phénomènes d'exclusion implique parfois, pour régler un problème de santé, de régler d'abord un problème de logement, d'échec scolaire, de surendettement, d'emploi ou autre.

Cette notion de renoncement barrière doit être distinguée du renoncement dit « refus », qui témoigne de l'expression d'une préférence, préférer se traiter par soi-même ou solliciter d'autres types de soins que ceux qui sont légitimes dans notre système de santé.

Les travaux de recherche disponibles²⁹ soulignent la complexité de ces phénomènes, notamment chez les publics précaires pour qui les deux catégories de renoncement sont fréquemment associées et s'alimentent réciproquement : des insatisfactions, une non adhésion au discours médical contribuent à des formes d'opposition ou de résistance à la médecine relevant du renoncement « refus », qui viennent peser, dans un contexte de restrictions budgétaires, sur les choix réalisés.

Le renoncement pour raisons financières obéit à plusieurs facteurs souvent cumulatifs :

- le coût du soin, son niveau de remboursement et le reste à charge : les situations de renoncement pour raisons financières varient en fonction du type de protection sociale et de la qualité de la couverture mais aussi du niveau de revenus et de la qualité du réseau social qui peuvent compenser les effets d'une prise en charge uniquement partielle des soins. Dans toutes les études disponibles, l'absence de complémentaire santé est un facteur majeur de renoncement aux soins.
- la disponibilité financière du moment, en lien avec les ressources disponibles : pour les personnes ne bénéficiant pas du tiers payant, le coût des soins peut être insupportable, et spécialement quand il s'agit de soins coûteux comme les soins dentaires. Ces situations peuvent se traduire par le report plus ou moins lointain des soins en question et/ou un « faux tiers payant » prenant la forme d'une négociation avec le praticien concerné sur l'encaissement différé d'un chèque ou le fractionnement de la somme demandée en plusieurs chèques³⁰.
- les autres dépenses du moment et notamment les dépenses incompressibles : les soins que ni l'assurance maladie ni la complémentaire ne prennent en charge (médicaments déremboursés, franchises médicales, factures de l'hôpital correspondant au reste à charge) constituent un reste à charge d'autant plus lourd que les personnes souffrent d'une maladie grave ou chronique. Le régime des affections de longue durée (ALD) ne joue pas le rôle protecteur escompté du fait du mode de recouvrement des franchises³¹ et de l'isolement des dépenses hors ALD.

²⁹ Voir tout particulièrement : DESPRES Carline *Le renoncement aux soins pour raisons financières, approche socio-anthropologique* - Études et recherches n°119 - DREES - mai 2012.

³⁰ La mission a également eu connaissance de situations où, en l'absence de droits ouverts au moment des soins, les feuilles de soins sont temporairement stockées avant d'être ant-datées suivant la date d'ouverture des droits à la CMU-c.

³¹ On rappelle que les franchises médicales peuvent, comme les participations forfaitaires, être récupérées sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, qu'il s'agisse des remboursements de soins ou des prestations en espèces (indemnités journalières, pension d'invalidité, rente AT/MP, capital décès, frais funéraires, etc.).

De plus, il est particulièrement pénalisant pour les personnes en situation de précarité **de ne pas connaître précisément à l'avance la somme à acquitter** : d'une part, les règles de prise en charge ou le contenu précis du panier de soins sont difficiles à appréhender pour ces populations souvent tenues à l'écart d'une partie de la vie sociale et professionnelle ; d'autre part, les dispositions réglementaires rendant obligatoire l'affichage des tarifs, quand elles sont respectées, laissant subsister des incertitudes quant au niveau de dépassement éventuel, à la pratique effective du tiers payant, ou autres. Enfin, le « pouvoir médical » garde un caractère intimidant qui contribue vraisemblablement à dissuader de poser des questions sur les pratiques tarifaires ou le niveau de prise en charge.

Le renoncement aux soins pour raisons financières fait l'objet depuis 1992 d'une approche statistique au travers de l'enquête biennale sur la santé et la protection sociale (ESPS) coordonnée par l'IRDES³² au travers de la question suivante : « *au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé pour vous-même à des soins pour raisons financières ?* ».

Il ressort de ces enquêtes que les renoncements aux soins concernent 20,4% des bénéficiaires de la CMU-c et 33% des personnes sans protection complémentaire en santé. Ces renoncements sont concentrés sur le secteur dentaire (pour 56%), celui de l'optique (pour 12%) et sur les consultations de spécialistes (pour 9%), secteurs pour lesquels d'importants dépassements sont pratiqués.

S'agissant plus spécifiquement du renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-c, une étude menée par le Fonds CMU et le CETAF³³ montre que près de la moitié d'entre eux ont renoncé à au moins un soin au cours des douze mois précédant l'enquête. En revanche, le bénéfice de la CMU-c fait significativement régresser le non recours aux soins. On note une différence de plus de 13 points entre le taux de non recours pour raisons financières pour les personnes bénéficiant de la CMU-c depuis moins d'un an par rapport à celles qui en bénéficient depuis plus d'un an.

Cette même étude montre que les deux premiers postes concernés par le renoncement sont les soins dentaires et les prothèses dentaires, même si le renoncement est concentré sur les nouveaux bénéficiaires, probablement moins au fait des filières de soins. La question de la qualité de la couverture complémentaire des bénéficiaires de la CMU-c est bien entendu déterminante, de même que l'appréciation qui peut être portée sur le panier de soins, panier à la fois envié dans ses composantes optique et dentaire dont sont privés par exemple les bénéficiaires de l'AME, et critiqué pour le décalage qui s'est progressivement créé avec les conditions tarifaires réelles.

Des évolutions du panier de soins en matière d'optique et d'audioprothèses ont été unanimement demandées puis relayées par le Fonds CMU ; elles devraient aboutir courant 2013 (meilleure prise en charge des très fortes corrections optiques et prise en charge de la seconde audioprothèse). La réflexion sur une refonte du panier de soins dentaires suppose quant à elle un travail d'analyse statistique qui n'est pas achevé.

Toujours d'après l'enquête ESPS 2010, **les personnes situées au dessus des seuils de la CMU-c ou de l'ACS sont celles qui renoncent le plus aux soins et pour des soins les plus essentiels. Sont notamment concernés les retraités à faible pension, les « travailleurs pauvres » et les pères ou mères de famille monoparentale.**

Pour les bénéficiaires de l'ACS, la complémentaire santé ne joue un rôle que faiblement protecteur, compte tenu d'un double reste à charge, sur le prix des contrats tout d'abord, sur les prestations elles-mêmes ensuite suivant la qualité du contrat.

³² La dernière enquête a été publiée en juillet 2012 (données 2010). Elle porte sur 8 000 ménages et 23 000 personnes.

³³ Enquête menée fin 2010 au sein de 20 centres d'examen de santé, auprès de 4 500 bénéficiaires de la CMU-c, par auto-questionnaire. On rappelle que les centres d'examen de santé accueillent en moyenne 13% de bénéficiaires de la CMU-c alors que ces derniers représentent 5,8% de la population générale.

Sur le premier point, les données retraitées par le Fonds CMU³⁴ montrent que le prix moyen des contrats ACS s'est établi en 2011 à 841 euros, ou 510 euros par personne (les contrats couvent en moyenne 1,65 bénéficiaire), pour une aide moyenne de 448 euros par contrat et 273 euros par personne, soit un taux de reste à charge moyen de 44%.

Ce premier niveau de reste à charge est susceptible d'être traité en partie par les aides complémentaires extra légales distribuées par les CPAM sur leur fonds d'action sociale et/ou par les CCAS. Le Fonds CMU souligne que 67 des 102 CPAM versent des compléments ACS et/ou des aides « effet de seuil » pour des montants moyens respectifs de 110 euros et 205 euros en 2011.

Des expériences de microcrédit ont par ailleurs été relevées dans certains CCAS pour financer des soins coûteux ponctuels.

Il en va autrement du reste à charge sur prestations, traduction directe et immédiate d'une part du niveau et de la qualité des garanties souscrites, d'autre part des pratiques tarifaires de certains professionnels de santé qui, sciemment ou non, ne se conforment pas à l'obligation de pratiquer des tarifs opposables pour les bénéficiaires de la CMU-c et, dorénavant, de l'ACS.

S'agissant de la qualité des contrats, les données collectées par le Fonds CMU montrent que les niveaux de garantie des contrats ACS sont nettement moins élevés que les autres contrats individuels dans leur ensemble (majorité de contrats de classe C et D suivant la classification de la DREES) et que cette tendance va s'amplifiant.

En ce qui concerne les prestations, le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS est comparativement moins élevé que celui des bénéficiaires des autres contrats individuels, encore que des différences existent suivant les postes de dépenses. Le Fonds CMU émet l'hypothèse que les bénéficiaires de l'ACS fréquentent davantage les professionnels de santé exerçant en secteur 1 ou les centres de santé. Il se peut également que les bénéficiaires de l'ACS renoncent davantage à certains soins dont les restes à charge pourraient être jugés trop importants.

Pour déterminantes qu'elles apparaissent dans les mécanismes de renoncement, les raisons financières ne peuvent à elles seules rendre compte de la complexité d'un phénomène qui survient d'ailleurs dans deux tiers des cas avant même d'avoir consulté le professionnel de santé. Les raisons non financières renvoient prioritairement à des questions pratiques telles que les délais de rendez-vous trop importants ou le manque de temps, mais aussi des mécanismes plus diffus tels que la peur du diagnostic. On pourrait y ajouter la perte d'estime de soi, la honte de devoir emprunter un parcours de soins dédié aux précaires et probablement aussi l'isolement, facteur mis en évidence par les travaux de l'ODENORE notamment.

Enfin, le refus de soins de la part des professionnels de santé est cité dans un nombre important d'enquêtes et d'études.

Le refus de soins : un phénomène massif

Un refus de soins peut se définir comme le comportement d'un professionnel de santé qui empêche, directement ou indirectement, un patient de bénéficier d'actes de soins ou de prévention.

Les refus de soins sont une réalité établie depuis une dizaine d'années par de nombreuses enquêtes utilisant notamment le procédé du « testing ». Ils frappent plus particulièrement les populations fragiles et précaires bénéficiaires de la CMU-c ou de l'AME ; or, les dispositifs prévus pour les limiter et les sanctionner n'ont jamais véritablement atteint leur objectif.

En 2003, une enquête téléphonique réalisée par Médecins du monde auprès de 230 dentistes libéraux a constaté que les profils de bénéficiaires de la CMU s'étaient vu opposer un refus de soins dans 35,3 % des cas.

³⁴ Rapport d'activité 2012 : enquête auprès de 55 organismes complémentaires couvrant 66% des bénéficiaires de l'ACS.

Un test de situation effectué en 2004 par l'association « UFC Que choisir » auprès de 287 médecins spécialistes a mis en avant une forte variation selon les régions dans le traitement réservé aux bénéficiaires de la CMU. À Paris et dans la région parisienne, le taux de refus oscillait entre 30 % et 40 %.

Un testing réalisé en 2006 par Médecins du monde a porté sur les refus de soins opposés par des médecins généralistes aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans dix villes françaises. Pour une proportion globale de refus de 37 % pour les bénéficiaires de l'AME et de 10 % pour les bénéficiaires de la CMU, l'étude a fait apparaître des situations contrastées selon la localisation géographique et le secteur d'exercice des praticiens.

Une autre enquête, réalisée en 2006 dans six villes du Val-de-Marne à la demande du fonds CMU, a mis en avant un taux moyen de refus de 14 %. Ce taux atteignait 39 % dans le cas des demandes adressées aux dentistes et 41 % pour les spécialistes, tandis que les rendez-vous ont été accordés dans 99,4 % des cas chez les médecins généralistes de secteur 1.

À son tour, l'IRDES a procédé à une enquête en 2009 : portant sur les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU à Paris, elle a révélé un taux global de refus discriminatoire de 25,5 %. Ce taux s'élevait à 5,2 % pour les radiologues contre 38,1 % pour les gynécologues. Il atteignait 32,6 % pour les généralistes exerçant en secteur 2 contre 9,2 % pour ceux exerçant en secteur 1.

La même année, le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) a mené à bien une étude concernant les spécialistes exerçant en secteur 2 dans onze villes de l'hexagone et de Corse, qui a montré que le taux de refus atteignait 50 % à Paris contre 22 % en moyenne dans les autres villes testées. Les refus de soins étaient particulièrement importants chez les psychiatres.

La fiabilité de ces études utilisant la méthode du « testing » a été confirmée par le témoignage direct des bénéficiaires de la CMU-c et de l'AME, dont une proportion significative déclare avoir déjà subi un refus de soins. Une étude de la DREES de juillet 2008 a ainsi rapporté que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois déclare avoir été confronté à un refus de soins de la part d'un professionnel de santé. Tandis que la majorité des déclarations des bénéficiaires de l'AME concernent des médecins généralistes ou des pharmaciens, les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU sont davantage le fait de médecins spécialistes et de dentistes. Dans le cadre d'une étude réalisée par ATD Quart-Monde en octobre 2009, 16 % d'un échantillon de bénéficiaires de la CMU a déclaré avoir déjà été confronté à un refus de rendez-vous.

Le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU de juillet 2009 constatait ainsi que « le refus de soins existe et [que] son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique ».

Un « testing » récemment conduit dans l'Orne et la Nièvre³⁵ a, pour la première fois, évalué l'incidence des refus de soins dans les zones rurales. Dans ces deux départements, les refus de soins observés concernaient l'ensemble des assurés, sans discrimination fondée sur la nature de leur couverture sociale, et résultaient principalement de l'insuffisance de l'offre de soins sur le territoire. 9,8 % des médecins refusait ainsi de prendre en charge de nouveaux patients, quelle que soit leur situation sociale, en raison d'une surcharge de travail. Aucun refus de soins imputable à la CMU-c n'a été observé de la part des médecins spécialistes en ophtalmologie, gynécologie, gastro-entérologie, cardiologie ou psychiatrie.

³⁵ *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 – Rapport de recherche – IRDES – mai 2012.*

D'autres études ont établi l'existence de refus de soins fondés sur l'état de santé des patients et qui concernent majoritairement les patients atteints du VIH. Selon une étude publiée en 2009 par l'Observatoire Sida Info Service, près de la moitié des personnes ayant appelé les lignes téléphoniques Sida info droit et Sida info service entre novembre 2008 et février 2009 ont rapporté une discrimination dans le domaine de la santé. Le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes estime pour sa part que les cas de tels refus de soins sont très rares. De nombreux témoignages permettent d'en douter. Or, de tels phénomènes ont des conséquences potentielles graves car les patients peuvent être ainsi amenés à cacher leur maladie (sida ou hépatite par exemple) pour réussir à se faire soigner, ce qui peut présenter un risque de contamination ou conduire le professionnel de santé à opter pour un traitement inadapté.

En définitive, si le phénomène varie sensiblement selon la spécialité, la localisation géographique et le secteur d'exercice des praticiens, il ne peut être nié. La Conférence nationale de santé y a d'ailleurs consacré son rapport annuel 2010.

Ces différentes études ont également permis de mettre en évidence les diverses formes du refus de soins.

Le refus de soins peut d'abord être explicite. Le cas le plus évident est celui dans lequel un professionnel de santé, en n'accordant pas de rendez-vous à un malade, refuse de le recevoir. Le refus de soins peut également prendre la forme d'un refus de poursuivre une prise en charge sans assurer la continuité des soins. S'agissant des pharmaciens, il peut s'agir du refus de délivrer un traitement nécessaire, adapté et ayant fait l'objet d'une prescription médicale régulière.

Le refus de soins implicite recouvre les cas dans lesquels, même si le professionnel de santé accepte de faire bénéficier le malade de ses services, la prévention ou les soins sont rendus quasiment impossibles en raison des obstacles que le malade se voit opposer par le professionnel. Le refus de soins peut alors être masqué par un renoncement aux soins.

Le refus peut ainsi s'apparenter à une dissuasion, notamment financière, par exemple lorsqu'un professionnel de santé refuse d'accorder à un malade les avantages auxquels sa couverture par la CMU-c, l'ACS ou l'AME lui donnent droit. C'est ainsi le cas lorsque la dispense d'avance des frais est refusée ou lorsque la prise en charge du malade est subordonnée à l'acceptation par lui d'un dépassement d'honoraires alors même que le code de la sécurité sociale prévoit l'application du tiers-payant et des tarifs opposables aux patients bénéficiaires de la CMU-c et de l'AME. La mission a eu connaissance d'un cas très récent d'orthodontiste faisant attester sur l'honneur à ses patients qu'ils ne seraient pas à la CMU pendant toute la durée des soins. Cette initiative aussi absurde qu'illégale témoigne d'un sentiment d'impunité particulièrement choquant.

Les études rapportent également des cas de comportement méprisant ou humiliant de la part du professionnel ou des exigences administratives décourageantes ou complexes, comme l'insistance à connaître la caisse d'affiliation d'un malade.

La prise en charge d'un malade par un professionnel de santé dans des conditions différentes du reste de sa clientèle peut également constituer également une forme de refus de soins. Cette hypothèse, mentionnée dans une étude de l'IRDES sous le terme de « oui réduit », recouvre par exemple les situations dans lesquelles un patient se voit accorder un rendez-vous dans un délai manifestement plus long que celui constaté pour les autres patients du cabinet ou est reçu uniquement à des horaires tardifs ou en consultation libre.

Le refus de soins peut enfin être caractérisé dans les cas où un professionnel de santé néglige volontairement de dispenser des soins consciencieux à un patient, par exemple lorsqu'il ne prodigue que des soins superficiels à un patient atteint du VIH de peur d'une éventuelle contamination, ou lorsqu'un patient bénéficiaire de la CMU-c ne reçoit que des soins de base en raison de sa couverture sociale.

En 2008, la CNAMTS a souhaité organiser un dispositif méthodique de recueil et de traitement des plaintes des usagers. Pour cela, elle a publié une circulaire qui recense les différentes situations de refus de soins : elle met notamment en avant « la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous », « le refus d'élaborer un devis », « le non-respect des tarifs opposables », « l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé » ou encore « le refus de dispense d'avance des frais ». En 2011, la CNAMTS a ainsi reçu 1 272 saisines ayant pour motif un refus de soins présumé, étant entendu que l'augmentation du volume des saisines par rapport à 2010 s'explique par un meilleur recueil au niveau des conciliateurs (cf. le tableau en page suivante). Enfin la CNAMTS souligne à juste titre que nombre de plaignants n'osent pas s'engager par écrit.

Or, les textes et procédures de sanction prévus pour lutter contre les refus de soins ne fonctionnent pas.

Ainsi que le rappelait la HALDE dans une délibération de 2006, les refus de soins discriminatoires sont interdits par différents textes.

Le principe prévu par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, selon lequel la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...) » a été consacré en 1975 comme principe à valeur constitutionnelle par le Conseil constitutionnel.

En application de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les États doivent reconnaître « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

De son côté, l'article L. 225-1 du code pénal prohibe toute discrimination fondée, dans quelque domaine que ce soit, sur l'un des critères qu'il vise. Un refus de soins illicite peut donc être sanctionné sur le fondement de cet article, lorsque le motif de la discrimination réside dans l'origine du patient, son sexe, sa situation de famille, sa grossesse, son apparence physique, son patronyme, son état de santé, son handicap, ses caractéristiques génétiques, ses mœurs, son orientation sexuelle, son âge, ses opinions politiques, ses activités syndicales, son appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

	Évolution 2011/2010		
Refus de tiers payant	258	20,30%	+ 52%
Refus de prise en charge CMU-c	333	26,20%	+ 108%
Dépassement d'honoraires	316	24,80%	+ 16%
Refus de soins non motivé	188	14,80%	+ 121%
Rendez-vous abusivement tardif	10	0,80%	+ 900%
Refus de carte	17	1,30%	+ 467 %

vitale			
Refus de devis	31	2,40%	+ 15 %
TOTAL	1 272	100%	+ 101 %

Source : *Rapport d'activité du Fonds CMU pour 2012*

Ces critères, certes larges, restent limitatifs ; ils ne comprennent pas la situation ou la couverture sociale. Un refus de soins opéré en considération de l'affiliation du malade à l'AME ou à la CMU-c ne peut donc être sanctionné pénalement.

C'est pourquoi le Gouvernement avait prévu, en préparant le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite « HPST »), de compléter l'article L. 1110-3 du code de la santé publique. Celui-ci indiquait, sans dispositif de sanction, qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la santé ou aux soins ». Après d'intenses débats à l'Assemblée nationale et au Sénat, une procédure de conciliation et de sanction a été adoptée. En outre, cet article précise les motifs de discrimination dans l'accès aux soins : il peut s'agir soit de ceux visés par les articles du code pénal précédemment cités soit sur le fait que la personne est bénéficiaire de la CMU-c ou de l'AME. L'objectif de la loi de 1999 instituant la CMU était en effet d'assurer l'égalité de traitement dans l'accès aux soins entre la partie la plus pauvre de la population, qui ne disposait pas de complémentaire santé, et les autres assurés sociaux.

L'article L. 1110-3 prévoit également une procédure spécifique permettant d'assurer la sanction des professionnels de santé qui pratiqueraient un refus de soins illégitime. Les personnes qui s'estiment victimes de ce type de discriminations peuvent saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné. Dans les trois mois suivant la réception de la plainte, une conciliation doit être menée par une commission mixte composée à parts égales de représentants de l'ordre professionnel et de l'organisme local d'assurance maladie. En cas d'échec de cette conciliation ou de récurrence, le président du conseil transmet la plainte à la juridiction ordinaire. En cas de carence du conseil, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut, dans un délai de trois mois, prononcer des sanctions à l'encontre du professionnel de santé.

Les personnes qui s'estiment victimes d'un refus de soins illégitime peuvent également saisir le juge civil, à condition de pouvoir justifier d'un préjudice et d'un lien de causalité entre ce préjudice et le refus opposé par le professionnel de santé.

Un signalement peut enfin être adressé au Défenseur des droits, qui a compétence en matière de lutte contre les discriminations. Celui-ci dispose de pouvoirs d'enquête qui lui permettent notamment d'auditionner les personnes concernées. Il peut ainsi aider la victime à rassembler des indices en vue d'une procédure de sanction. Il peut également présenter des observations en soutien d'une victime de refus de soins discriminatoire dans le cadre d'une action en justice.

Ces dispositifs demeurent inefficaces en pratique.

Le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU constatait en juillet 2009 que, malgré le risque important de discriminations dans l'accès aux soins démontré par les enquêtes, un très faible nombre de signalements de refus de soins illégaux remontait vers les ordres professionnels et les organismes d'assurance maladie. La CPAM de Seine-Saint-Denis a ainsi été saisie de huit cas de refus de soins seulement en 2011 et de six cas en 2012.

La plupart de ces signalements sont soit abandonnés au cours de la procédure, soit réglés au stade de la conciliation ; ils ne font donc pas l'objet d'un examen par la juridiction ordinaire. En outre, seule une faible part des plaintes transmises à la juridiction ordinaire aboutissent à une sanction du professionnel de santé. Sur les dix-sept plaintes relatives à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-c examinées entre décembre 2011 et novembre 2012 par les chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, trois seulement ont donné lieu à une décision de sanction (un blâme et deux avertissements), six décisions de rejet ont été prononcées, cinq recours ont été jugés irrecevables et trois ont été retirés.

Le nombre de signalements adressés au Défenseur des droits est également très faible et concerne principalement les refus de soins opposés aux personnes porteuses du VIH.

Plusieurs éléments peuvent expliquer la faible efficacité des dispositifs de lutte contre les refus de soins. :

- La faiblesse du nombre de saisines résulte d'abord de ce que les victimes de refus de soins sont avant tout animées par la volonté d'être soignées. Elles se préoccupent donc davantage de trouver un professionnel de santé disposé à les accueillir que d'engager une procédure. Les personnes concernées peuvent également se montrer réticentes à engager une procédure contre un professionnel auquel elles devront éventuellement avoir recours ultérieurement. Enfin, le refus est vécu comme une humiliation supplémentaire.
- En outre, **l'article L. 1110-3 du code de la santé publique n'a jamais reçu de mesure réglementaire d'application**, ce qui le rend en pratique inutilisable pour les victimes présumées. De ce fait, la procédure est largement méconnue de la population.
- Enfin, pour une population en situation fragile et souvent très éloignée de l'accès au droit, la complexité apparente des procédures à accomplir, ainsi que leurs coûts éventuels, peuvent sembler décourageants.

1.1.3 L'accès à la santé

Les efforts accomplis pour développer et mieux structurer l'offre de soins ne sauraient conduire à perdre de vue l'objectif ultime qu'est l'accès à la santé dans son acception la plus large, faisant intervenir en particulier les comportements et style de vie ainsi que les facteurs environnementaux.

Or, ni le bénéfice des droits, ni l'accès aux soins ne garantissent une amélioration de l'état de santé des populations précaires, même s'ils en constituent un préalable. À cela, au moins deux types d'explications : d'une part, la persistance en France d'importantes inégalités sociales de santé, et d'autre part un système inadapté aux difficultés propres aux personnes en situation de précarité en termes de rapport à la santé et de recours au système de soins.

D'importantes inégalités sociales de santé persistent

La France se caractérise par la coexistence d'une espérance de vie à la naissance élevée par rapport à la moyenne des pays comparables - et qui ne cesse de croître - et d'inégalités sociales de santé particulièrement importantes.

Ces 25 dernières années, selon l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance a progressé de 5 ans pour les hommes et de 4 ans et demi pour les femmes. Et, si toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès, les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. On sait ainsi qu'à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 7 ans de plus que les ouvriers. Le même cadre supérieur a une espérance de vie sans incapacité de 10 ans supérieure à celle de l'ouvrier.

De façon plus générale, la corrélation est forte entre les indicateurs de santé et la catégorie socioprofessionnelle, en particulier le niveau de revenu et d'éducation ainsi que les conditions environnementales. Dès l'enfance, ces déterminants agissent étroitement dans la constitution de l'état de santé (état dentaire, obésité, asthme et maladies liées aux conditions de logement, développement psychomoteur) et des capacités matérielles et sociales pour le préserver. Ils peuvent ainsi contribuer négativement sur l'état de santé et la trajectoire de vie en limitant l'accès aux études supérieures, à un emploi qualifié et des revenus permettant de satisfaire les besoins essentiels et des liens sociaux de qualité.

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a retenu, sur la foi de travaux scientifiques internationaux sur les inégalités de santé, une stratégie fondée sur la réduction globale des inégalités de santé, ciblant l'ensemble de la population et non plus seulement les plus précaires. Cette stratégie, réputée plus efficace, stigmatise moins les populations concernées qui entretiennent des rapports particuliers avec la santé et le système de soins.

La « triple peine » pour les populations précaires

Il a déjà été indiqué, à propos des démarches à entreprendre en vue d'obtenir une aide ou une prestation, combien les difficultés matérielles existentielles – alimentation, logement, emploi notamment – pouvaient occulter les préoccupations liées à l'état de santé, rendre les messages de prévention inaudibles et finalement reléguer les soins au second plan.

Ce raisonnement applicable pour des besoins de santé immédiats l'est a fortiori pour les actes de prévention. Ces derniers supposent un rapport au temps et une projection sur un risque futur et/ou hypothétique et très probablement une forme de confiance et d'estime de soi : ils impliquent aussi d'avoir eu l'opportunité de bénéficier d'une forme d'éducation à la santé.

Différents travaux de recherche³⁶ accèdent cette idée d'une culture des soins spécifique aux populations en situation de précarité et dont les traits caractéristiques sont :

- des problèmes de santé, comportements et « mauvaises habitudes » hérités du milieu familial (suivis de grossesse défailtants, transmission de maladies in utero, carences diverses, comportements à risque, habitudes alimentaires inadaptées, rapport particulier à la consommation d'alcool et de tabac, etc.) ;
- une conscience parfois faible de la maladie et du besoin de se faire soigner, associée à une moindre perception de la douleur, conséquences plus ou moins directes du niveau de capital culturel ;
- un moindre recours aux actes de prévention, non seulement pour les raisons de priorités, de préférence pour le présent et d'estime de soi déjà mentionnées, mais aussi du fait de la nature des messages véhiculés par des campagnes majoritairement conçues pour la population générale et les médias utilisés impliquant pour la plupart de savoir lire, et lire le français ;
- un recours privilégié aux médecins généralistes, associé à un moindre recours aux spécialistes ;
- une moindre fréquence de recours aux dentistes que d'autres catégories sociales et un taux plus faible d'appareillage ;

³⁶Voir en particulier Caroline DESPRES, étude déjà mentionnée - DREES – Études et recherches n°119 – mai 2012.

- une demande auprès des services de soins qui survient tardivement dans l'histoire de la maladie, engendrant des surcoûts importants pour le système de soins dans son ensemble et en particulier pour la composante hospitalière via l'allongement de la durée de séjour ; une fragilité physique plus importante qui conduit le corps médical à prolonger le séjour au-delà des durées moyennes cibles, fragilité à laquelle s'ajoutent la lourdeur de la prise en charge et des difficultés à trouver une solution d'aval satisfaisante ;
- un recours privilégié à certains lieux de soins, notamment l'hôpital versus la médecine de ville. Le taux d'hospitalisation est plus important chez les ouvriers salariés que chez les cadres salariés.

Ces difficultés dans l'accès à la santé sont encore plus vives pour les personnes frappées de grande exclusion au point de ne pas même recourir au système de soins et qui se trouvent frappées, d'une certaine façon, d'une « **triple peine** » : plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins. Et s'il n'existe pas de maladie spécifique à la précarité, il y a bien en revanche une accentuation des pathologies, y compris parfois de pathologies en régression dans le reste de la population telle la tuberculose, et une fragilité plus importante. Cette fragilité porte notamment sur l'état psychologique de ces personnes qui manquent d'estime de soi et sont plus sujettes que la population générale à des angoisses et troubles psychosomatiques.

Illustration : l'expérience de Monsieur Bernard M.

« Percuté par un automobiliste, et après des mois d'insistance auprès du département, j'ai fini par avoir un contact avec une assistante sociale qui ne m'a aidé ni dans mes soins, ni dans mes démarches. J'ai parallèlement été envahi à mon domicile par des dealers, qui ont squatté mon appartement. Ce drame et la vente de drogue (liée à mes anciens squatteurs) ont provoqué une obstruction à mon rencontre de la part de la mairie, qui m'a empêché de remplacer ma carte d'identité.

Toujours du fait du squattage dont j'étais victime, j'ai dû fuir mon domicile. Réinventant la loi à sa façon, l'assistante sociale a alors décidé il y a environ deux ans que, puisqu'accueilli ailleurs en hébergement d'urgence, et bien qu'encore rattaché administrativement à la commune, je ne dépendais plus de ses services. Ma protestation écrite a été sans effet.

L'hospitalisation psychiatrique est utilisée de manière inadaptée et très coûteuse pour répondre à certains problèmes rencontrés par les personnes en précarité.

Comme beaucoup de malades en Île-de-France, j'ai été hospitalisé très loin de ma ville d'origine du 94, au fin fond de l'Oise. A la sortie, mon SMPR (Service Médico Psychiatrique Régional) a refusé de suivre mon dossier, prétextant que je n'étais plus rattaché à lui. Et a donc refusé de m'aider à chercher une solution d'hébergement à la sortie. C'est ainsi que certains malades finissent par habiter des parkings souterrains à Roissy.

Je n'ai toujours aucun endroit où je puisse conserver et classer les documents j'aurais encore dispersés ici et là. Il m'est donc impossible, comme à beaucoup de gens dans mon cas, de faire un recours.

Sans logement et sans endroit où garder mes papiers, les démarches sont extrêmement compliquées pour moi. »

Source : Association Advocacy France (association d'usagers en santé mentale)

Au total, c'est une sorte de cercle vicieux qui est à l'œuvre, la santé se dégradant avec l'accentuation de la précarité, tandis que la maladie accroît la précarité.

La situation des travailleurs précaires est tout à fait illustrative du point précédent : les faibles revenus, l’alternance de périodes d’emploi précaire et de chômage, le risque de licenciement et plus globalement les incertitudes quant à sa propre capacité à faire face pèsent lourdement sur la santé physique et mentale des personnes concernées. En témoignent par exemple les résultats de l’enquête santé protection sociale 2010 (IRDES) qui montrent le retentissement de ces situations sur trois indicateurs : l’état de santé perçu, la limitation d’activité et la présence d’une maladie chronique.

1.2 Des difficultés plus marquées pour certaines populations

La mission a pris le parti d’une acception large de la notion de précarité, non seulement pour tenter de rendre compte du caractère multidimensionnel du phénomène mais aussi pour montrer que chez les populations fragilisées les facteurs de précarité se cumulent et interagissent et ce tout particulièrement dans certains environnements ou zones géographiques plus exposés.

1.2.1 Des territoires et zones géographiques plus exposés

La situation des zones urbaines sensibles (ZUS) d’une part, des départements d’outre-mer (DOM) d’autre part, méritent une analyse particulière compte tenu de la nature des difficultés qui s’y présentent.

Les zones urbaines sensibles

Il convient de rappeler que les ZUS sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville. La loi du 14 novembre 1996 a défini 751 zones, représentant 6,5 % de la population.

Les études menées dans le cadre de l’observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) montrent que la population habitant les ZUS présente des caractéristiques sanitaires spécifiques³⁷ et accèdent l’idée d’un « effet ZUS » sur la santé³⁸ :

- des indicateurs de santé globalement plus défavorables que pour le reste de la population ;
- un mauvais état de santé ressenti par la population ;
- un recours des habitants à l’hospitalisation et aux urgences hospitalières plus fréquent ;
- un recours moins fréquent à un spécialiste ;
- une plus faible présence médicale et paramédicale (même si les habitants des ZUS sont rarement domiciliés à de grandes distances des équipements médicaux existants hors du quartier) ;

De façon plus générale, le contexte économique difficile retentit sur les comportements et la santé physique et psychique.

³⁷ Source : annexe 6 du Guide méthodologique d’élaboration du schéma régional d’organisation sanitaire (SROS), diffusé par circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011.

³⁸ L’expression est tirée du document *Travaux préparatoires à la conférence nationale contre la pauvreté et pour l’inclusion sociale* - Groupe « santé et accès aux soins » - Pilote : Michel LEGROS – 29 novembre 2012.

Les départements d'outre mer (DOM)

Les populations ultra-marines sont confrontées quant à elles à des enjeux sanitaires spécifiques et concentrent des difficultés socio-économiques de tous ordres, lesquelles contribuent à expliquer le niveau élevé des taux de recours à la CMU-c et, dans une moindre mesure, à l'ACS.

En dépit des progrès enregistrés ces vingt dernières années en terme notamment d'espérance de vie, la situation des DOM au plan sanitaire demeure à de nombreux égards moins favorable que celle de la métropole. Le taux de mortalité infantile connaît ainsi une progression continue depuis les années 2000 et se situe actuellement à 8,8‰ en moyenne (et jusqu'à 9,5‰ en Guadeloupe et Guyane), contre 3,6‰ en métropole.

Chez les enfants, on relève une forte prévalence du surpoids, de l'obésité ; les pathologies associées (diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires...) sont également surreprésentées dans la population adulte des DOM.

Par ailleurs, l'offre de soins repose presque exclusivement sur des établissements publics de santé désorganisés, en grande difficulté financière et incapables de jouer pleinement leur rôle dans l'accueil et la prise en charge de la population précarisée. Le taux de médecins libéraux est quant à lui très inférieur à la métropole et le secteur 2 proportionnellement plus développé. Des difficultés spécifiques d'accès aux soins existent dans certains territoires isolés, en Guyane par exemple.

Cette situation sanitaire dégradée va de pair avec un contexte économique préoccupant, avec un taux de chômage deux fois plus élevé qu'en métropole en moyenne et un taux de chômage des jeunes compris entre 50 et 60%. Enfin, le revenu médian dans les DOM ne représentant en 2006 que 60% du niveau de la métropole³⁹.

De ce fait, la relative stabilité du nombre de bénéficiaires de la CMU-c dans les DOM (567 000 environ, tous régimes confondus, au 31 décembre 2012, en progression annuelle de 0,2% contre 2,6% en France entière) ne saurait masquer la forte proportion qu'ils représentent dans la population générale soit 29,8% en moyenne dans les DOM contre 6,1% en France métropolitaine. La Réunion connaît la plus forte proportion soit 35,5%.

Il n'est donc guère étonnant que les DOM regroupent 12,5% des bénéficiaires de la CMU-c alors qu'ils ne représentent que 2,8% de la population.

Les données disponibles⁴⁰ mettent aussi en évidence dans les DOM un effet d'écrasement de l'ACS par la CMU-c : le rapport ACS / CMU-c y est en moyenne de 2,4%, contre 8,1% en métropole, ce qui constitue un marqueur supplémentaire de la pauvreté de la population. Les demandes d'ACS ne sont d'ailleurs probablement pas étrangères aux bénéfices annexes qui y sont attachés, à savoir l'accès aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité.

En termes d'accès aux droits, l'engorgement des caisses générales de sécurité sociale (CGSS)⁴¹ se traduit par des délais particulièrement longs d'instruction des dossiers. Parmi les pistes étudiées pour y remédier figure une modification des modalités de vérification de la condition de ressources, en lien avec la direction générale des impôts. Un souci de simplification des démarches pour les usagers conduit à suggérer également l'attribution automatique aux bénéficiaires de la CMU-c de la mutuelle d'État.

³⁹ Données INSEE.

⁴⁰ Evaluation de la loi CMU – Rapport n°V – novembre 2011.

⁴¹ Les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) assurent, dans les DOM, l'ensemble des rôles de sécurité sociale (notamment « Maladie », « Vieillesse et veuvage » et « Recouvrement »), dévolus en métropole aux URSSAF, CARSAT et CPAM.

Si le recours initial à la CMU-c se déroule de façon globalement satisfaisante grâce aux travailleurs sociaux des communes, des CGSS et des conseils généraux, les renouvellements s'avèrent problématiques, pour les mêmes raisons qu'en métropole mais aussi du fait de l'isolement des demandeurs (forte proportion de femmes seules avec enfant) et d'un taux d'analphabétisme particulièrement élevé.

Le département de Mayotte connaît des difficultés particulières en raison de l'absence de CMU-c comme d'AME. Les mineurs étrangers sont dans une situation particulièrement critique à cet égard. La malnutrition des familles démunies est également préoccupante. Parmi les enfants de moins de 5 ans reçus par Médecins du Monde, le retard de croissance staturo-pondérale concerne 17% des enfants et la malnutrition aiguë 14% dont 2,2% avec des formes sévères (rapport 2010).

Le territoire de Saint-Martin est lui aussi confronté à des difficultés liées à l'afflux d'étrangers notamment haïtiens entrés pour la plupart sur l'île par sa partie hollandaise. Le nombre de demandes d'AME est très élevé et les hôpitaux confrontés à un volume important d'admissions en non-valeur.

1.2.2 Des populations qui concentrent les facteurs de précarité

Les personnes sous main de justice

Les personnes sous main de justice ont bénéficié ces vingt dernières années d'une amélioration de leurs conditions d'accès aux soins et aux droits sociaux, sous l'impulsion de la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Cette loi appelait notamment de ses vœux « *une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population* ».

La nouvelle version du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, diffusé le 30 octobre 2012, indique un objectif fort de coopération entre les administrations de la justice et de la santé. Une convention cadre a d'ailleurs été signée pour faciliter les relations entre les CPAM, les établissements pénitentiaires et les établissements de santé.

Ces volontés d'amélioration se sont notamment traduites par l'affiliation automatique de toute personne écrouée au régime général de l'assurance maladie⁴² et le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité. L'affiliation peut être maintenue si nécessaire pendant 12 mois après la fin de l'incarcération sauf pour les personnes en situation irrégulière à qui il est proposé de faire une demande d'AME.

Il est également prévu que toute personne détenue depuis plus d'un mois soit informée par les caisses de l'ensemble de ses droits en matière de CMU-c et d'ACS notamment mais l'on constate des difficultés persistantes.

Cependant, plusieurs facteurs viennent significativement limiter les effets de ces améliorations. S'agissant tout d'abord du contexte général des établissements pénitentiaires, la surpopulation carcérale est un facteur majeur de restriction d'accès aux services sanitaires implantés dans les établissements (USCA et SMPR). De plus, la multiplication des peines de courte durée fait obstacle à un suivi médical de qualité comme aux démarches d'ouverture des droits pour des populations souvent en grande nécessité ; c'est tout particulièrement vrai des personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'une addiction.

⁴² Article L 381-30 du code de la sécurité sociale

Au-delà de ce contexte défavorable, les difficultés portent non seulement sur l'accès aux droits sociaux mais aussi l'accès aux soins et l'accès à la santé.

En termes d'accès aux droits :

- la continuité des soins n'est pas toujours bien assurée, faute de disposer d'informations sur la situation médicale et la protection sociale des détenus à leur incarcération. Cette difficulté survient également lors de la sortie ;
- les détenus sont victimes d'un manque d'information qui explique par exemple, selon une étude menée par la CNAMTS en 2009, que 67% d'entre eux ne disposaient d'aucune couverture complémentaire ;
- la fonction de travailleur social n'est pratiquement plus représentée en établissement, compte tenu à la fois de la diminution des postes d'assistant de service social et de la difficulté à inclure ce type de personnels dans les conventions signées avec les établissements de santé partenaires. Dans le même temps, le recentrage des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sur leur cœur de métier, la prévention de la récidive, se fait au détriment de leur mission de lutte contre la désocialisation et la précarisation dont relèvent pourtant clairement les démarches d'obtention des aides et prestations sociales ;
- le resserrement du réseau des antennes des CPAM impacte d'autant plus leur présence physique au sein des établissements qu'il ne s'accompagne quasiment plus de la désignation d'un référent ou conseiller « personnes détenues » ;
- l'accessibilité des boîtes aux lettres permettant aux détenus de communiquer avec les professionnels de santé n'est pas toujours garantie, pas plus que l'anonymat des informations échangées ;
- les possibilités de démarches pour le renouvellement des titres de séjour ou des documents d'identité pendant la détention sont rares, ce qui provoque à la libération des situations inextricables.

Ensuite, l'accès aux soins des personnes sous main de justice, qui devrait être garanti de façon uniforme dans l'ensemble des lieux de détention, est en pratique très dépendant du contexte de l'établissement :

- **de fréquents problèmes ont été relevés pour le traitement des maladies chroniques, des patients en affection de longue durée (ALD)** et les soins post-hospitaliers nécessitant du matériel et/ou des intervenants spécifiques ;
- de même, des difficultés spécifiques de prises en charge existent pour les malades mentaux, dont la proportion dans la population carcérale ne cesse de croître et qui sont souvent soit traités comme des détenus non malades, soit confinés en chambre d'isolement ;
- les personnes souffrant d'addictions, alcool ou drogue, sont prises en charge de façon très inégale, la composante addictologie étant encore très peu représentée dans les établissements en dépit des efforts réalisés pour mieux organiser la transition à la sortie des détenus en lien avec les CSAPA (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) ;

- l'accès aux soins spécialisés laisse également à désirer. C'est le cas de soins dentaires, dont l'organisation apparaît particulièrement défailante en raison d'un manque de chirurgiens dentistes et du fait de règles de prise en charge des soins restrictives qui conduisent les professionnels de santé à se résigner à un arrachage de dents là où la population générale bénéficierait de l'implantation d'une prothèse. Cette difficulté a notamment été signalée dans les rapports annuels du contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- le renforcement des règles de sécurité dans les établissements transforme en véritable périple le trajet de la cellule au service médical, les détenus arrivant en retard au rendez-vous médical. Dans le contexte de surpopulation carcérale et de sous-effectif en résultant, l'accès aux professionnels de santé n'est que rarement prioritaire sur les autres mouvements de détenus, à commencer par les « parloirs ». De ce fait, la proportion de rendez-vous non honorés est massive ;
- pour des raisons analogues, l'accès aux soins d'urgence est parfois tout bonnement impossible dans des délais raisonnables, entraînant pour les détenus **des pertes de chances aux conséquences parfois tragiques**. C'est également le cas de l'accès aux soins la nuit et des difficultés pour les détenus à communiquer avec les professionnels de santé ;
- enfin, l'organisation des extractions hospitalières serait, d'après plusieurs interlocuteurs de la mission, un facteur majeur de renoncement aux soins de la part des détenus, le trajet sécurisé et la surveillance pendant les soins eux-mêmes étant à la fois humiliant pour eux et anxiogène pour les personnels hospitaliers (cf. le témoignage reproduit ci-dessous).

De façon plus globale sur ces questions de sécurité, la présence des soignants vient toujours quelque peu se heurter à une culture pénitentiaire fondée sur le contrôle et peu compatible avec les principes déontologiques de la médecine, lesquels supposent une relation de confiance avec le patient. Les mêmes raisons expliquent que le secret médical soit fréquemment mis à mal, en particulier pour la dispensation des médicaments.

Comme pour la population générale, les difficultés d'accès aux droits et d'accès aux soins retentissent sur l'accès à la santé dans sa définition la plus large dans un contexte où toutes les études disponibles confirment une dégradation de l'état de santé de la population incarcérée. **Un des interlocuteurs de la mission estime que la plupart des chiffres de prévalence de la population générale sont à multiplier par dix et tout particulièrement en matière de maladie mentale.**

Or l'éducation à la santé et la prévention sont globalement en recul et en tout état de cause très en retrait par rapport aux besoins réels, faute de moyens suffisants en personnel et alors même que des financements sont prévus.

Illustration

« Les gens me regardaient comme une bête sauvage »

Détenu incarcéré à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, novembre 2008.

« Mon extraction médicale du 10 novembre 2008 à l'hôpital d'Évry a déclenché une procédure grotesque : un déplacement sous escorte de cinq gendarmes et cinq surveillants, pour un examen en pneumologie dans le cadre du suivi médical de mon asthme. Le fourgon cellulaire dans lequel j'ai été transporté me ballotait dans tous les sens et je n'avais aucun moyen de me retenir, puisque j'avais les pieds entravés avec chaîne et les mains menottées dans le dos. Mon arrivée à l'hôpital s'est faite par une porte dérobée mais j'ai dû traverser le 1er étage, le 2e étage, deux salles d'attente, avec la chaîne entre les pieds qui traînait au sol et faisait un bruit de bagnard du début du siècle, les mains dans le dos et les dix uniformes qui faisaient un cinéma épouvantable à tel point que les usagers de l'hôpital étaient sous le choc et persuadés qu'ils voyaient passer

devant eux le plus grand serial killer de tous les temps. J'ai cinquante-deux ans [...]. J'ai jamais eu si honte... Les gens me regardaient comme une bête sauvage. Les policiers, avec talkie-walkie et gilets pare-balles, écartaient les usagers, bloquaient les étages, les mouvements. Deux surveillants de l'escorte sont restés dans le cabinet de la pneumologue durant toute la consultation. J'ai gardé les pieds entravés mais le médecin a obtenu qu'on me démenotte les mains pendant l'examen respiratoire. Dès que l'examen fut terminé, on m'a remenotté dans le dos »

Source : *Les conditions de détention en France* - rapport 2011 de l'Observatoire internationale des prisons.

Les étudiants

La population des étudiants est elle aussi confrontée à des difficultés d'accès aux soins, qui se manifestent par des renoncements faute de moyens⁴³. 20% déclarent ainsi renoncer à des dépenses de santé pour pouvoir honorer d'autres dépenses et c'est particulièrement vrai en matière d'optique et de frais dentaires. De même, 34% des étudiants déclarent avoir renoncé à consulter un médecin au cours des 12 derniers mois pour des causes très diverses et souvent cumulatives : raisons financières, manque de temps, mauvaise information, inégalités d'accès à la prévention.

En termes de couverture complémentaire, les étudiants sont statistiquement trois fois moins couverts que la population générale (19% n'ont pas de complémentaire). En outre, ils sont **exclus de fait de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**, non parce que leurs ressources seraient supérieures au plafond (encore qu'un « job étudiant » d'une vingtaine d'heures par semaine puisse conduire à un dépassement) mais parce trois verrous réglementaires cumulatifs leur en barrent l'accès : justifier d'un logement indépendant (41% n'en disposent pas), ne pas percevoir de pension alimentaire de la famille (or 73% déclarent que l'aide familiale est la première source de revenus) et être indépendant fiscalement (82% ne le sont pas). En pratique, seuls 1,3% des 16-29 ans en bénéficient, soit 7 648 jeunes, à comparer aux quelques 630 000 boursiers de la rentrée 2012.

En outre, la bourse sur critères sociaux entre dans l'assiette des revenus pris en compte pour l'instruction de la demande d'ACS. Obtenir une bourse peut ainsi faire perdre le bénéfice de l'ACS à un étudiant d'origine modeste, non seulement à lui-même mais aussi à toute sa famille.

Les étudiants et leur couverture santé - verbatim

Marine, Université Nice Sophia Antipolis : *Pour obtenir un rendez-vous chez une gynécologue sans dépassements d'honoraire, on m'a demandé deux mois d'attente. Entre mes activités et mon emploi du temps, c'est presque impossible*

Émeric, Université Lyon III : *À Toulouse, j'avais droit au chèque santé régional parce que j'étais boursier. En allant faire mon master à Lyon, j'en ai perdu le bénéfice et n'ai rien trouvé d'équivalent. J'ai donc changé de mutuelle en optant pour une garantie qui me rembourse moins.*

Sofiane, Université Paris 8 : *En tant qu'étudiant étranger, je me débrouille seul face aux démarches de santé, c'est très complexe et j'ai rencontré beaucoup de difficultés au début avant de m'y retrouver. La visite médicale obligatoire organisée par les services de l'immigration était exorbitante et ne m'a pourtant rien apporté.*

Anne, Paris 5, Médecine : *Étudiante boursière, ma Caisse primaire de Paris n'a même pas accepté d'instruire ma demande d'ACS. Ils m'ont dit que ça prendrait plusieurs mois et que de toute façon je ne remplissais pas toutes les conditions. Du coup, je n'ai toujours pas pris de mutuelle.*

Thibaud, Université Aix 1 : *Beaucoup d'entre nous ne comprennent pas comment sont remboursés les spécialistes et sur quelle base. Alors, dans le doute, ils ne se soignent pas.*

Jean-Baptiste, Université d'Albi : *Quand j'ai voulu changer de lunettes et que j'ai vu les niveaux de remboursements, j'étais dépité, complètement désabusé. Ça n'a rien à voir avec le prix d'une paire de lunettes !*

Anne-Sophie, IUT de Gap : *Je suis perdue dans le système de remboursement, ne comprends pas comment ça fonctionne, y compris les décomptes. Je ne sais pas du tout ce que veut dire « parcours de soins ».*

⁴³ Source : LMDE – 3^{ème} enquête nationale sur la santé des étudiants – 2011.

Idir, Université de Nantes : *J'ai souvent des problèmes de budget à la fin du mois, je fais avec mais ça nécessite quelques arbitrages. Mais si j'ai besoin de me soigner et que le médecin ne prend pas la carte vitale, je ne peux pas avancer le coût de la consultation puis des médicaments ou des examens derrière. Il n'y a pas de solution miracle.*

Vanessa, Université Paris XIII : *Nos parents nous disent que la Sécurité sociale nous couvrira toute notre vie quels que soient nos besoins. La première fois que vous recevez vos remboursements, c'est une sacrée claque !*

Sauveur, Université de Corte : *Je pensais qu'avoir une carte vitale donnait automatiquement droit au tiers payant. Or, quand on a déjà payé pour la Sécurité sociale et pour la mutuelle, difficile de devoir avancer encore des frais, même si les remboursements suivront quelques jours après.*

Clara, Université Lille 3 : *La prévention ? Oui on m'a parlé de la visite médicale préventive dans mon université lors de la journée d'accueil de mon Master. Mais je n'ai jamais eu ni de date, ni d'heure de RDV. Je ne sais même pas où se trouve la médecine.*

Source : *La mutuelle des étudiants LMDE*

Les agriculteurs

Les difficultés d'accès aux soins et à la santé des petits agriculteurs

L'association nationale « Solidarité Paysans » assure depuis 1992 la coordination et l'animation des équipes départementales et régionales de défense des agriculteurs en difficulté (49 départements couverts). Les associations de son réseau accompagnent de nombreux agriculteurs ayant, du fait des difficultés économiques, de faibles revenus disponibles familiaux. Ce sont souvent ses intervenants qui informent les familles suivies de leurs droits sociaux et des dispositifs d'aide existants (RSA, CMU-C, aide au logement, etc).

Dans une contribution écrite transmise à la mission en juillet 2013, Solidarité Paysans rappelle tout d'abord que la spécificité de son intervention est la prise en compte de tous les aspects des problèmes rencontrés par les personnes : problèmes économiques, financiers, techniques mais aussi de santé, de logement, etc. Souvent en effet, les difficultés sont tellement imbriquées qu'il est impossible d'espérer une solution dans un domaine si les autres blocages ne sont pas levés.

La grande majorité des personnes accompagnées par Solidarité Paysans n'ont par exemple pas ou plus de complémentaire santé. En effet, alors même qu'ils ont des revenus inférieurs aux plafonds d'accès à la CMU-C ou à l'ACS, ils n'y ont pas recours, par ignorance ou manque d'informations sur ces dispositifs et par méconnaissance de leurs droits. La complexité des démarches à effectuer pour en bénéficier, pour ceux qui ne sont pas titulaire du RSA socle, est également un frein important pour les non-salariés.

Il est à noter qu'un certain nombre de non salariés agricolesaturent déjà avec toutes les démarches administratives qu'ils sont contraints de faire dans le cadre de leur activité professionnelle. Ce glissement de tâche dans leur métier où l'administratif prend une part croissante est d'ailleurs une cause de mal-être de beaucoup d'agriculteurs.

Sur le plan de la prévention, l'association relève également que la médecine du travail pour les exploitants agricoles n'est pas obligatoire mais relève d'une démarche volontaire, alors même qu'elle devrait constituer une première étape en matière de santé.

La question de la prévention des risques psychosociaux est également capitale. Cette dimension de la prévention, hors champ médical, est essentielle, et demande d'être développée : outre le manque de structures spécialisées en milieu rural, le coût élevé des consultations chez les psychologues, non pris en charge par la sécurité sociale, constitue un frein majeur à l'accompagnement par un professionnel. Les caisses MSA

d'Armorique et de Drôme-Ardèche ont à ce propos mis en place des accueils psychologiques pour les agriculteurs et leur proposent 5 rendez-vous gratuits.

Enfin, si les vertus du guichet unique de la MSA sont souvent vantées, il convient de souligner qu'il n'est pas nécessairement une bonne chose pour les assurés débiteurs. Pour les agriculteurs en difficulté, en effet, la MSA est avant tout un créancier dont le service contentieux sait souvent être très pressant. Il n'est pas aisé dans cette situation de faire appel aux services sociaux pour faire valoir ses droits bien que ceux-ci soient réellement indépendants des services de recouvrement.

Source : Pour l'accès aux droits des agriculteurs en difficulté, Analyse et propositions de Solidarité Paysans, juin 2013.

L'attention de la mission a enfin été attirée sur le caractère inadapté du régime actuel de déclaration et de reconnaissance des **maladies professionnelles**, et ses répercussions potentielles sur la situation financière des intéressés : la lourdeur et la complexité de la procédure de reconnaissance, ajoutées aux délais de traitement par les comités régionaux de reconnaissance, placent fréquemment les intéressés en situation précaire, les indemnités journalières étant dans un premier temps versé au taux de l'arrêt de maladie ordinaire⁴⁴.

La liste pourrait être encore allongée : personnes âgées d'origine étrangère, personnes souffrant de pathologies psychiatriques, personnes souffrant d'un handicap, personnes âgées à faibles revenus, étrangers en situation irrégulière, jeunes non scolarisés non demandeurs d'emploi, ... nombreuses sont les populations qui subissent des difficultés spécifiques dans le contexte, déjà pénalisant en soi, de montée en puissance de la précarité : au-delà des effets de la situation économique et sociale, notre système de protection sociale laisse sur le côté de la route, en dépit de sa vocation universelle, un nombre croissant de personnes, tandis que le système de soins tarde à s'adapter aux personnes concernées.

1.3 Le système a tardé à s'adapter aux personnes précaires

L'approche du phénomène de la précarité par les pouvoirs publics a sensiblement évolué ces dix dernières années ; en témoignent par exemple le nombre d'études et de rapports publiés sur le sujet et, tout récemment, les ambitions portées par le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, associées à une dimension interministérielle forte et à un mode de pilotage dynamique. Pour autant, les populations précaires continuent d'évoluer dans un système qui peine à s'adapter à la montée en puissance du phénomène.

Reposant encore assez largement sur un modèle d'accueil dépassé, ce système n'est pas a priori bienveillant.

Plus que les autres usagers du système de soins, les plus démunis sont également victimes du cloisonnement des champs sanitaire et social, de l'insuffisante structuration du premier recours à l'échelon local, de la faiblesse de la gouvernance territoriale et finalement de l'affaiblissement des acteurs supposés leur venir en aide.

⁴⁴ Soit 50% du salaire journalier de base, celui-ci étant calculé, dans le cas général, sur la moyenne des salaires bruts des trois derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur, soit 2 574,40 euros au 1^{er} janvier 2013.

1.3.1 Le système de soins était peu préparé

En 2010, selon les données de l'INSEE⁴⁵, le taux de pauvreté monétaire s'établissait à 14,1%, soit son plus haut niveau depuis 1997. **8,6 millions de personnes vivaient en-dessous du seuil de pauvreté, fixé par convention à 60% du revenu médian soit 964 euros par mois** (et 2 millions de personnes se trouvaient en situation de « grande pauvreté », caractérisée par un revenu inférieur à 40% du revenu médian) ; la moitié d'entre elles vivaient avec moins de 781 euros par mois. Enfin, 20% des personnes pauvres avaient entre 18 et 29 ans, taux en constante augmentation du fait de la crise économique.

Parmi les évolutions remarquables de ces dix dernières années, repérées par les associations en contact avec les populations précaires, peuvent être cités⁴⁶ :

- l'accroissement de l'intensité de la pauvreté : les familles les plus pauvres s'installent durablement dans la pauvreté. Le taux de pauvreté des couples avec au moins trois enfants est proche de 23% ;
- l'augmentation de la pauvreté féminine à tout âge de la vie et plus particulièrement au détriment de la femme en situation monoparentale et de ses enfants. On estime à 32% le taux de pauvreté des familles monoparentales. Autre illustration concernant la maternité de l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) qui réalise environ 3 400 accouchements par an : 80% des 1 200 parturientes suivies par le service social ne disposaient pas de couverture sociale au début de leur grossesse ;
- l'accroissement du caractère précaire et aléatoire du travail, lequel ne joue plus son rôle de rempart face à la grande pauvreté.

Ces évolutions constituent, de par leur caractère massif et la complexité de leurs déterminants, un véritable défi pour le système de protection sociale dans son ensemble, un défi aussi pour le système de soins, comme en témoigne la situation de bon nombre de services d'urgences hospitaliers.

Implantés en majorité dans des établissements publics de santé, ces services sont en première ligne dans les zones caractérisées par une forte proportion de personnes en situation de précarité ne pouvant financer les soins de ville. Or, leur mode de financement ne tient pas compte de la nature de l'activité, fût-elle caractérisée par une proportion atypique de patients ne disposant pas de droits ouverts et/ou insolubles. Il a en effet été considéré que l'éventail des prises en charge (ou « *case-mix* ») était, d'un point de vue médico-économique, relativement similaire d'un service d'urgences à un autre. Autrement dit, suivant ce raisonnement, les charges supportées par les services d'urgences dépendent essentiellement de leur volume d'activité et non de la nature des prises en charge⁴⁷.

⁴⁵ INSEE-DGFIP-CNAV-CNAF-CCMSA, Enquête revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2010 : le revenu médian est de 1 610 euros par mois ou 19 320 euros par an.

⁴⁶ Secours catholique – Statistiques d'accueil 2011 – *Regards sur dix ans de pauvreté*.

⁴⁷ Lors du passage des établissements publics de santé à la tarification à l'activité (T2A), le choix a été fait pour les services d'urgences d'un financement mixte, comportant :

- un forfait annuel (FAU) pour chaque service d'urgences autorisé, permettant de couvrir ses charges minimum de fonctionnement. Ce forfait est fonction du volume d'activité des services, avec une dotation de base établie pour une activité de 5 000 passages par an et augmentée d'un certain montant à chaque palier supplémentaire de 2 500 passages ;
- un « acte technique urgence » (ATU) par passage, actuellement 25,32 € dès lors que celui-ci n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique dans l'établissement ;
- la rémunération des consultations et actes externes réalisés (actes opératoires, radiologie, biologie ...) via l'application de la nomenclature des actes ;
- et le recours possible à un financement « MIGAC » (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), notamment pour les services d'urgences ayant un faible niveau d'activité, mais dont le maintien permet d'assurer une couverture sanitaire satisfaisante, en termes de proximité des soins dans des zones à faible densité de population.

Or, la situation difficile dans laquelle se trouvent les services des urgences situées dans ces territoires démontre le contraire : la prise en charge médicale, mais aussi administrative et sociale des patients en situation de précarité rejaillit sur le fonctionnement de l'ensemble du service et nécessite des moyens adaptés et renforcés. Par ailleurs, de nombreux actes sont non facturables compte tenu de l'absence de droits ouverts, ce qui retentit sur le forfait annuel urgences (FAU) de l'exercice suivant.

Ces services connaissent une situation de tension permanente, que les équipes vivent mal. D'un côté, la nécessité de valoriser et facturer toute l'activité pour conserver les moyens alloués au service dans un contexte de contraction des moyens budgétaires ; de l'autre, un afflux de patients précaires nécessitant une prise en charge adaptée et qui viennent se mêler au flux habituel des passages. Celui-ci est d'ailleurs lui-même affecté par les dysfonctionnements de la médecine de premier recours et une propension de certains médecins de ville à se défausser des situations sociales complexes sur l'hôpital, quand il ne s'agit pas de la peur de voir leur cabinet « envahi par des SDF ».

Les établissements hospitaliers publics et privés accueillant une certaine proportion de patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU-c et de l'AME bénéficient quant à eux d'un complément de dotation dite « MIG précarité ». L'enveloppe nationale, d'un montant de l'ordre de 150 millions d'euros, est répartie suivant des critères dont la logique n'est pas évidente, ni la transparence absolue, entre les établissements dont la part de séjours hospitaliers CMU/CMU-c/AME dépasse un seuil fixé à 10,5%. En 2010, 274 établissements en ont bénéficié. Il s'agit de compenser les surcoûts structurels et organisationnels générés par l'accueil de ces patients, à savoir majoritairement des factures impayées et du personnel dédié (interprètes, médiateurs) ; on peut penser que les services d'urgences en bénéficient indirectement même si ce n'est pas la vocation de cette MIG.

Dans ces services d'hospitalisation, la pression s'exerce sur le respect des durées moyennes de séjour cibles et, comme aux urgences, ces modalités de facturation appliquées uniformément sur le territoire s'avèrent inadaptées à des patients en situation de précarité. Les séjours se prolongent au-delà de la stricte nécessité médicale par manque de solutions d'aval, parce qu'il faut veiller à l'observance minimale d'un traitement par un patient qui ne reviendra peut-être pas, ou tout simplement parce qu'il faut du temps pour tisser des liens de confiance et mettre en place un accompagnement de ces personnes éloignées du système de soins.

1.3.2 Le modèle d'accueil est pour partie dépassé

Le système de protection sociale a été bâti dans un contexte de croissance économique, de plein emploi et pour des situations individuelles assez uniformes. Ce système où les demandeurs se présentaient au guichet avec une idée précise de leurs droits n'appelait pas d'efforts particuliers d'adaptation de la part des personnels des caisses de sécurité sociale dès lors que chaque problème renvoyait à une solution précise et assez standardisée.

Par la suite, l'émergence des moyens modernes de communication n'a pas changé fondamentalement le système. Derrière les plateformes téléphoniques et les services internet, c'est toujours la même logique qui est à l'œuvre et dont témoignent encore parfois les rémanences de vocabulaire incompréhensible et de formules stéréotypées des courriers destinés aux « assurés ».

La montée en puissance de la précarité, dans un contexte de crise économique, vient balayer ce modèle traditionnel : situations complexes et changeantes, déstructuration du marché du travail, illettrisme et maîtrise imparfaite de la langue française. Se crée un décalage de plus en plus grand avec des publics qui, incapables de s'adapter au système, ont besoin d'un accompagnement personnalisé et renforcé. L'enjeu pour le système de protection sociale est désormais d'être capable de faire s'exprimer des besoins qui ne s'expriment plus spontanément, « d'aller vers » les bénéficiaires potentiels ou même de « rendre visibles » des personnes qui ne demandent rien par ignorance totale de leurs droits.

Ce décalage n'est pas neutre pour les personnels de l'assurance maladie, qui le perçoivent et en conçoivent une profonde insatisfaction professionnelle. Dans le même temps, d'importants efforts d'adaptation leur sont demandés, sur fond de réduction tendancielle des effectifs et de recherche de gains de productivité.

Enfin ce décalage, parce qu'il se manifeste aussi dans un contexte marqué par la dégradation de la situation des comptes de la sécurité sociale, provoque des réactions défensives dont la « chasse aux fraudeurs » constitue une bonne illustration.

1.3.3 La chasse à la fraude

La lutte contre la fraude a pris depuis une dizaine d'années une ampleur inédite dans le discours des pouvoirs publics, au point de devenir une politique à part entière, appuyée par une communication savamment orchestrée.

Cette politique s'appuie sur un dispositif de niveau législatif qui a été sensiblement renforcé entre 2007 et 2011⁴⁸, parallèlement à la création, en avril 2008, d'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude, placée par délégation du Premier ministre auprès du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État.

Pour prendre le seul exemple de la CMU-c, les mécanismes permettant de détecter les fraudes ont été fortement renforcés : les possibilités d'échanges d'informations entre organismes ont été étendues à l'administration fiscale et à l'ensemble des organismes de sécurité sociale depuis la loi de finances pour 2003 ; la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007 a instauré un mécanisme permettant de ne pas attribuer ou renouveler la CMU-c lorsque le train de vie est en disproportion marquée avec les ressources déclarées⁴⁹ ; enfin, les LFSS pour 2008 et pour 2009 ont étendu à la CMU-c, à l'ACS et à l'AME, les pénalités prévues en cas d'inobservation de la réglementation entraînant une prise en charge induite par l'assurance maladie.

Autre illustration, le programme 183 du budget de l'État, qui regroupe notamment la CMU-c et l'AME, comporte un certain nombre d'indicateurs de performance au nombre desquels figure le suivi des divergences entre les ressources déclarées et les ressources contrôlés, indicateur établi « du point de vue du contribuable »⁵⁰ pour reprendre les termes du programme.

Derrière ces mesures et le discours musclé qui les accompagne, il y a l'idée que la « chasse aux fraudeurs » est une des sources de redressement des comptes de la sécurité sociale. Ce raccourci abusif relève de ce que la littérature anglo-saxonne désigne comme le « *welfare stigma* »⁵¹ : la stigmatisation produite par le discours sur la fraude contribue à réguler la demande de prestations sociales ; ce discours culpabilise les demandeurs comme insuffisamment autonomes et capables, mais aussi comme possiblement profiteurs.

⁴⁸ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

⁴⁹ Circulaire DSS/2A n 2008-181 du 6 juin 2008 relative aux modalités d'application de la procédure d'évaluation des ressources suivant les éléments de train de vie pour le bénéfice de certaines prestations sociales ; notons que l'usage de cette procédure est très précisément encadré (information par lettre recommandée avec AR, possibilité pour la personne concernée d'être entendue et de se faire assister, utilisation d'un questionnaire standardisé, etc.).

⁵⁰ Par opposition à d'autres indicateurs choisis cette fois du « point de vue de l'utilisateur », comme l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-c.

⁵¹ Voir notamment l'analyse qui en est faite dans *L'envers de la fraude sociale – Le scandale du non recours aux droits sociaux* - ODENORE – La Découverte – 2012.

Cette situation est d'autant plus absurde que les fraudes à l'obtention des droits commises par les assurés ont représenté en 2011 un montant de 3,7 millions d'euros⁵², soit 0,021% du déficit du régime général. **Celles portant sur la CMU-c ou l'AME étaient au nombre de 827 pour un montant de 0,9 millions d'euros (780 fraudes en 2010 pour 0,8 millions d'euros) et reposaient sur de fausses déclarations en matière de conditions de ressources pour l'essentiel.**

Le climat de suspicion généralisée qui en résulte est désastreux : **le système semble tourné, et toutes les énergies mobilisées, vers la « chausse aux fraudeurs » plutôt que vers la recherche des bénéficiaires des droits et la lutte contre le non recours.** Il est par exemple frappant d'entendre la CNAMTS se féliciter des possibilités d'échanges avec les CAF et la direction générale des finances publiques, et envisager une diversification de ces échanges, notamment au moyen des signalements par les URSSAF des ressources dissimulées.

Mal interprété, mal relayé par les « lettres réseau » auprès des personnels de l'assurance maladie en contact avec le public, ce discours qui met la lutte contre la fraude au premier plan se traduit par des interprétations abusives de la loi dans des documents de type « règlements intérieurs », documents d'ailleurs d'accès quasi impossible pour le grand public, et même pour les travailleurs sociaux et associations qui cherchent pourtant activement à se les procurer.

Des travailleurs sociaux ont fait part à la mission de l'existence dans certaines caisses primaires **d'entretiens « piégeants »** et de l'initiative prise par certaines associations d'organiser des séances de « coaching » pour aider les demandeurs à surmonter ces épreuves dont dépend l'évolution de leur situation personnelle.

Les personnes vulnérables, déjà confrontées aux difficultés décrites dans la première partie du rapport, prennent ce discours stigmatisant et ces tracasseries de plein fouet et en pâtissent plus que les couches sociales plus aisées. C'est toute une frange de la population des bénéficiaires potentiels qui se décourage, se résigne à ne plus être dans le coup (« *tout cela, ce n'est pas pour moi* »).

1.3.4 Le fossé s'est creusé entre le sanitaire et le social

Au-delà du constat dressé depuis des années, rapport après rapport, d'obstacles à la mise en œuvre de parcours de soins coordonnés et fluides, au-delà aussi des espoirs importants placés dans la création des agences régionales de santé pour y remédier. **la réalité demeure celle d'un cloisonnement persistant entre les champs sanitaire et social**⁵³.

Héritage de l'histoire et des logiques d'organisation administrative, ce cloisonnement entre les institutions et les professionnels des deux domaines rend difficile la prise en charge globale des personnes et entraîne une discontinuité des interventions particulièrement défavorable aux personnes les plus vulnérables, elles qui, précisément, ne disposent pas des ressources leur permettant de pallier les incohérences et les manques du système.

L'imbrication des problématiques sanitaires et sociales n'est pourtant plus à démontrer, la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé⁵⁴ étant unanimement reprise comme point d'appui de toutes les réformes menées ces dernières années. Il est admis qu'une politique de santé pertinente mobilise le dispositif sanitaire, social, médicosocial et notamment les travailleurs sociaux.

⁵² Source : Délégation nationale à la lutte contre la fraude – Bilan 2011 rendu public en mai 2012.

⁵³ Se reporter à la bibliographie.

⁵⁴ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Préambule à la Constitution de l'OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948.

Si les objectifs de parcours de soins coordonné et de prise en charge globale ont déjà largement irrigué les formations initiales des professionnels concernés, les choses évoluent beaucoup moins vite dans l'exercice de leurs métiers respectifs :

- les professionnels du social savent que santé et social sont étroitement liés mais se trouvent vite démunis face aux problèmes d'ordre médical ou sanitaire (alcoolisme et autres addictions, carences et malnutrition, souffrance psychique, etc.) ;
- les professionnels du monde sanitaire ont quant à eux conscience de l'impact des éléments sociaux (emploi, logement, famille, vie de couple, isolement...) sur la santé physique et mentale des patients. Très peu formés à ces enjeux, ils se sentent sollicités au-delà de leur rôle et sont plutôt à la recherche de relais sociaux, à l'image de ces médecins déclarant « *qu'ils ne sont pas des assistantes sociales* » et s'interrogeant sur le moment où le soin doit s'effacer derrière la prise en charge sociale.

Le cloisonnement est par ailleurs amplifié par une organisation administrative qui reproduit, de réforme en réforme, des modes de raisonnement et d'action qui privilégient soit la santé, soit le social, conduisant à isoler les problèmes et à stigmatiser les personnes concernées.

Les agences régionales de santé (ARS) disposent en théorie des outils leur permettant de surmonter ce cloisonnement, au travers notamment de deux éléments du projet régional de santé (PRS) que sont les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) d'une part, les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) d'autre part. Or, sur le terrain, les choses n'évoluent que très lentement, et les acteurs rencontrés par la mission déplorent plutôt la perte de leurs interlocuteurs habituels des anciennes Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS) et leur remplacement par des « chargés de mission » intervenant sur des thématiques précises par le biais d'appels à projets vécus comme rigides et descendants.

Derrière cet exemple, c'est toute une gouvernance territoriale qui doit achever sa mutation.

1.3.5 La gouvernance territoriale reste fragile

Des espoirs élevés ont été placés à juste titre dans la création des ARS en termes de décroisement du système de santé et d'approche transversale non seulement de la régulation de l'offre de soins mais aussi d'objectifs stratégiques nationaux tels que l'accès de tous à des soins de qualité et la réduction des inégalités.

Dans ce domaine, la loi donne en effet aux ARS pour mission de veiller « à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. »⁵⁵, en mobilisant notamment les composantes du projet régional de santé, à commencer par les PRAPS, et des outils tels que les contrats locaux de santé.

Élaborés à partir de 1999 à la suite de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les PRAPS ont été, forts de trois générations de documents élaborés sous l'égide des DRASS, confirmés par la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 qui en a fait une des composantes obligatoires du PRS ; la loi a aussi confirmé leur orientation vers les personnes « les plus démunies ».

La campagne d'élaboration des premiers PRS et donc des PRAPS en 2011 et 2012 a produit des documents remarquables d'ambition, dont la mission a eu connaissance au moins pour certains d'entre eux.

⁵⁵ Article L. 1431-2 du code de la santé publique.

La loi prévoit que la mise en œuvre du PRS peut faire l'objet de **contrats locaux de santé** conclus entre les ARS et les collectivités territoriales et portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale, etc.).

De façon plus précise, il s'agit par le biais de ces contrats de mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes (volets « santé » des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), ateliers « santé-ville » (ASV), etc.). Ils concernent exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel. Enfin, ils peuvent également associer d'autres acteurs de la santé, partenaires et organismes prêts à accompagner les actions (CPAM, CAF, conseils généraux, associations, mutuelles, etc.) créant une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé.

Les ARS peuvent aussi s'appuyer sur deux « commissions de coordination des politiques publiques » compétentes, l'une pour la prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantiles, l'autre en matière de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

Enfin, et pour clore cette description des outils à la main des ARS, le plan stratégique régional de santé, autre composante du PRS, est censé en vertu de la loi prévoir des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le véritable arsenal ainsi mis en place par la réforme de 2009 doit constituer un levier majeur au service de la lutte contre les exclusions et de la réduction des inégalités sociales de santé.

Or, force est de constater que la mise en œuvre de ces politiques ne répond pas encore pleinement aux attentes des acteurs de terrain, lesquels décrivent, au-delà de la richesse des dispositifs et des aides en faveur des plus démunis, **un système éclaté, illisible et finalement peu compréhensible.**

Les axes d'amélioration portent d'une part le mode de fonctionnement des ARS, d'autre part sur l'articulation, avec les initiatives des collectivités territoriales, de la politique impulsée par les ARS.

Sur le premier point, si chacun s'accorde à saluer le travail accompli pour élaborer les différents schémas et programmes sur un mode participatif, tout comme la qualité des documents qui en résultent, beaucoup y voient des « cathédrales » empilant des objectifs théoriques et finalement assez peu précis sur leur déclinaison pratique (« *et maintenant, on fait comment ?* », dit le responsable d'un réseau de grande taille de la région Île-de-France).

En termes de méthode de mise en œuvre précisément, la loi de juillet 2009 a fait de l'appel à projet une procédure quasi-incontournable en matière sociale et médico-sociale ; nombreux sont les porteurs de projets qui y voient **le symbole du système « descendant », dirigiste même, que les ARS ont la responsabilité d'animer.** De fait, l'utilisation systématique de l'appel à projet ne favorise pas l'émergence de réponses innovantes et risque de standardiser les réponses apportées. Or, les acteurs de terrain, du monde associatif notamment, revendiquent de façon légitime un savoir-faire en matière de détection des besoins non satisfaits et de construction de solutions innovantes bien en amont des évolutions de la réglementation.

Enfin, le champ de compétence des ARS entre parfois en concurrence avec d'autres administrations proches, accentuant l'illisibilité du système pour les acteurs ; le meilleur exemple est celui du partage des compétences entre les ARS et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), lesquelles ont notamment pour mission la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des populations vulnérables, l'inclusion sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politique de la ville, la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité des chances, la formation et la certification dans le domaine des professions sociales et de santé non médicales⁵⁶ ; plusieurs circulaires ont déjà été nécessaires pour expliquer comment tout cela était supposé se mettre en œuvre.

Sur le second point, les ARS ont fort à faire pour articuler leur action avec les multiples initiatives des collectivités territoriales, dont il convient de souligner au passage le grand dynamisme. Ce dynamisme s'exprime par exemple dans le choix fait par plusieurs grandes régions, d'intervenir, en dehors de leur champ traditionnel de compétence, sur des sujets tels que la prévention, l'aide aux étudiants boursiers, le soutien à l'installation des jeunes médecins ou l'appui au montage des projets de maisons de santé. Du côté des communes, il convient de saluer le dynamisme du réseau des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé, qui a totalement investi le champ des contrats locaux de santé.

À ce sujet, ce qui devait être l'outil principal de la coordination des initiatives locales, en même temps qu'une reconnaissance du niveau local comme l'échelon opérationnel des politiques de santé, n'a pas connu le démarrage escompté : en juin 2012, 70 contrats locaux de santé seulement avaient été signés, dont 80% en Île-de-France, sur des thèmes aussi divers que « santé et habitat », « vieillissement », « accès aux soins », « qualité de l'eau » ou autres.

Aussi des objectifs ambitieux ont-ils été assignés aux directeurs généraux des ARS au travers des contrats d'objectifs et de moyens qui les lient à l'État et 250 contrats locaux de santé devraient être signés au total sur l'année 2013. Si leur élaboration prend du temps et mobilise une ingénierie complexe, elle est aussi l'occasion de revisiter les politiques menées sur les territoires, d'en réinterroger le sens et les modalités de mise en œuvre. Ces contrats permettent aussi aux acteurs de s'emparer de la lutte contre les inégalités de santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé au travers des politiques sectorielles portées par les collectivités et l'ensemble de leurs partenaires.

1.3.6 Le premier recours peine à se structurer

Premier recours s'entend des structures ou intervenants du système de soins assurant le premier contact du parcours de soins, autour de quatre types de missions essentielles notamment pour les plus démunis :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

⁵⁶ On rappelle que les DRJSCS sont placées sous l'autorité des préfets de région et ont repris l'essentiel des pôles sociaux des anciennes DDASS et DRASS.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours ainsi définie, en collaboration avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux⁵⁷. Doit être mentionné à ce titre le rôle joué par les services d'urgences hospitaliers et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), ainsi que les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Enfin, certaines structures d'exercice coordonné implantées dans des zones difficiles, telles que des maisons de santé, mettent en œuvre des projets de santé axés sur les missions de premier recours et veillant à la levée des obstacles notamment financiers d'accès aux soins.

Les travaux de la mission confirment le rôle central des structures et intervenants du premier recours dans la prise en charge des populations fragiles et précaires, mais aussi les difficultés auxquelles se trouvent confrontés, à différents titres, ces premiers maillons essentiels dans le parcours d'accès aux soins et à la santé des plus démunis.

Les centres de santé sont économiquement fragiles

Les centres de santé, tout d'abord, au nombre de 1 220 environ, dont l'IGAS vient de confirmer dans un récent rapport,⁵⁸ l'utilité pour la prise en charge sanitaire et sociale, spécialement dans les zones à faible densité de professionnels libéraux. Les auteurs indiquent qu'au-delà de la grande diversité des structures en termes d'activité et de positionnement, de mode de gestion et de répartition territoriale, c'est une forte identité qui réunit la plupart des centres, « *trouvant son origine dans une histoire de pionniers d'une médecine attentive aux exclus et le respect d'obligations communes à fort contenu social.* »

Ces obligations, de niveau législatif pour la plupart, portent sur la nature des missions, leurs conditions d'exercice et leur mode de fonctionnement⁵⁹. Il convient de citer en particulier **l'application des tarifs opposables, la dispense d'avance de frais au moins sur la partie assurance maladie de base, la mise en œuvre d'actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients, ou l'élaboration d'un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.**

En réalité, c'est tout le modèle économique des centres de santé qui est « *structurellement boiteux* » pour reprendre les termes de l'IGAS, au sens où il est confronté à plusieurs facteurs de déséquilibre :

- un décalage entre des dépenses majoritairement fixes (rémunérations et cotisations sociales) et une recette principale, le paiement à l'acte, qui varie en fonction de l'activité, elle-même directement impactée par le fonctionnement des centres (amplitude horaire d'ouverture) et les pratiques individuelles des professionnels ;
- des charges spécifiques découlant des obligations imposées aux centres et tout particulièrement la gestion du tiers payant ;
- un faible recours, du fait de sa lourdeur de gestion, à l'option de coordination ;
- l'absence de financement ou le financement très partiel d'activités connexes comme les actions sociales et de santé publique.

⁵⁷ Article L1411-11 du code de la santé publique, introduit par la loi du 21 juillet 2009.

⁵⁸ GEORGES Philippe et WAQUET Cécile - *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de santé de demain* - IGAS - juillet 2013.

⁵⁹ Article L.6323-1 du code de la santé publique, articles L.162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale, accord national de 2003 destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie.

Les responsables des centres de santé auditionnés par la mission ont indiqué que la majorité d'entre eux se trouvaient dans une situation de grande fragilité financière, et le rapport IGAS le confirme : d'une part, le mode de financement par l'assurance maladie sur la base du nombre d'actes pratiqués par les professionnels de santé ne peut être que déficitaire compte tenu des charges de fonctionnement de ces structures ; d'autre part, les « subventions d'équilibre » versées par les personnes morales gestionnaires (associations, mutuelles, caisses de sécurité sociale, communes, établissements de santé) sont en voie d'extinction. Certaines communes sont véritablement mises en difficulté par la nécessité de porter à bout de bras leur centre de santé municipal.

S'y ajoute la charge que représente la gestion du tiers payant⁶⁰, les personnes auditionnées se déclarent préoccupées, pour leurs usagers, par la difficulté à trouver un conventionnement avec certaines mutuelles pour assurer le tiers payant intégral, lequel n'est pas obligatoire de par la loi mais répond à une forte attente ; certains profils d'usagers se trouvent ainsi exclus de fait. Les centres déplorent enfin la faiblesse de leurs marges de manœuvre pour la dispensation des médicaments et le risque de voir leurs prescriptions non suivies par manque de moyens.

Les structures de coordination s'essoufflent

A côté des centres de santé, des structures d'exercice coordonné et regroupé de la médecine ambulatoire ont investi le champ de la prise en charge des populations en difficulté, bousculant le mode d'organisation et le fonctionnement traditionnels du système de soins tout en faisant évoluer les pratiques des professionnels de santé.

Il s'agit principalement des **maisons de santé**, dont le déploiement sur le territoire a bénéficié d'une forte impulsion à partir de 2010, puis de modifications législatives facilitatrices en 2012. Les maisons de santé sont aujourd'hui au nombre de 290 environ⁶¹, implantées à 80% en milieu rural. Elles ont l'obligation de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné et c'est l'une des conditions d'un éventuel financement par l'ARS. Un ensemble de recommandations ont été publiées sur le contenu de ce projet de santé, lequel doit préciser notamment les mesures prises pour faciliter l'accès de tous aux soins et plus particulièrement des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap⁶². **La mission a toutefois constaté que leur portée pratique était très limitée.**

Leurs difficultés, nombreuses, ne sont surmontées que par la motivation et l'implication personnelle de médecins entourés de petites équipes soudées et motivées.

Les obstacles portent principalement :

⁶⁰ Estimation de 3,50 € par acte en 2008 dans les centres de santé parisiens ; le rapport de l'IGAS précité se réfère quant à lui à trois études aboutissant à des écarts importants ne permettant pas vraiment de conclure. Le coût du tiers payant est le coût du personnel et du système d'information nécessaires à l'accueil individuel du patient et à la facturation des actes, puis à la facturation globale en lien avec l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

⁶¹ Source : Ministère des affaires sociales et de la santé – données au 31 janvier 2013 incluant les projets connus

⁶² Cahier des charges national des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier, diffusé par circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement de maisons de santé en milieu rural.

- sur le montage des projets eux-mêmes, dans un environnement institutionnel caractérisé par la multiplicité des statuts juridiques et les interventions mal coordonnées voire concurrentes des différentes institutions ou collectivités, et ce malgré les efforts des pouvoirs publics pour donner aux promoteurs de ces projets une aide en matière d'ingénierie⁶³. Il est souvent reproché aux agences régionales de santé d'être distantes et d'avoir, sous les habits de la démocratie sanitaire, une approche trop descendante des relations avec les porteurs de projets ;
- sur l'obtention de ressources, d'abord en soutien à l'investissement, puis de financements pérennes qui ne soient pas éternellement « expérimentaux ». Ces financements doivent valoriser le temps de soins dédié à une prise en charge médico-sociale, le temps « administratif » et d'accompagnement des publics qui en ont besoin (aide à l'accès aux droits par exemple), mais aussi le temps dédié à la gestion de projet (prévention, promotion de la santé publique, santé communautaire, ...) et à la coordination entre professionnels ;
- sur l'articulation de ces projets avec les modes d'intervention plus traditionnels et sur le développement de partenariats ;
- enfin, et de façon plus globale, sur le passage de l'initiative d'un petit groupe de professionnels quasi « militants » à une dynamique collective.

S'y ajoutent des difficultés touchant aux pratiques de professionnels de santé qui, par manque de temps, manque de formation parfois, isolement professionnel et méconnaissance des autres ressources du territoire hésitent à s'engager dans ces projets qui de surcroît impliquent de sortir de la logique traditionnelle de financement de leur outil de travail par un paiement à l'acte..

Ces projets butent enfin sur la difficulté à associer les habitants et usagers, gage d'efficacité pourtant des actions entreprises au travers, par exemple, de la prise en charge des savoirs dits « profanes ». Enfin, le souhait de promouvoir un véritable accompagnement vers la santé de ces populations fragiles fait ressortir bon nombre des contradictions de notre système de soins, entre sanitaire et social, curatif et préventif, ou ville et hôpital.

Les permanences d'accès aux soins de santé sont à conforter

Crées par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont depuis lors amplement fait la preuve de leur efficacité et de leur pertinence pour faciliter l'accès au système de santé des populations en situation de précarité et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits⁶⁴.

C'est la raison pour laquelle le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a fait de leur développement et de l'homogénéisation de leurs prestations un axe prioritaire, assorti d'un indicateur de performance. Il est ainsi prévu de créer 10 structures régionales en plus des quelque 400 PASS existantes⁶⁵ et d'élaborer un plan d'amélioration des PASS sur le fondement d'une enquête qui est actuellement en cours.

⁶³ Instruction interministérielle n°DGOS/SG-CIV/PF3/2012/351 du 28 septembre 2012 relative à l'appui apporté aux professionnels de santé porteurs de projets de création de structures pluri-professionnelles d'exercice coordonné de soins de premier recours (centres et maisons de santé) en zones urbaines sensibles (ZUS) ou dans les quartiers prioritaires de la ville.

⁶⁴ Tels sont les termes employés par l'article L 61112-6 du code de la santé publique.

⁶⁵ En 2009 ont été autorisées, suite à un appel d'offres national, 41 PASS dans des établissements psychiatriques, 17 PASS pour les soins dentaires et 14 PASS à vocation régionale, ayant pour mission le renforcement des moyens de coordination et d'expertise pour les PASS de la région.

Sur le terrain, la mission a pu noter combien la situation des PASS était hétérogène (structures dédiées ou structures transversales), noter également qu'un certain nombre d'entre elles manquaient totalement de visibilité au sein de l'établissement de santé qui les accueillent, noter enfin que la traçabilité des financements prévus au titre des missions d'intérêt général (MIG) était loin d'être assurée, au grand désarroi des professionnels qui y exercent⁶⁶. Les PASS transversales en sont les principales victimes, leurs moyens en personnel étant progressivement happés par d'autres activités de l'établissement.

Les PASS subissent enfin, par répercussion, les évolutions profondes qui affectent le travail social depuis une dizaine d'années : comme cela a été analysé lors des travaux préparatoires à la dernière conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale⁶⁷, la posture traditionnelle des travailleurs sociaux est remise en cause : il leur est demandé à la fois de maîtriser une réglementation complexe et évolutive, de construire des réponses individualisées, en prenant appui sur les compétences de l'usager, efficaces dans le traitement de masse des demandes et capables de s'inscrire dans des démarches collectives de développement social territorial. Il en résulte un malaise professionnel qui peut se traduire par un repli sur soi et une baisse de l'efficacité des interventions.

Les équipes mobiles précarité psychiatrie sont en nombre très insuffisant

Créées en 2005 par voie de circulaire⁶⁸ les équipes mobiles précarité psychiatrie (EMPP) visent non seulement « *les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion; mais aussi les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien* ».

Les EMPP sont aujourd'hui au nombre de 112 et regroupent quelque 200 professionnels de santé.

1.3.7 Les acteurs de première ligne sont affaiblis

La mission ne peut que s'alarmer des signaux négatifs émanant des acteurs supposés contribuer au repérage précoce des problèmes de santé et difficultés d'accès aux soins, et à l'orientation des publics précaires : surcharge des services de protection maternelle et infantile, désorganisation de la médecine scolaire, isolement et faiblesse de la médecine du travail, épuisement des « pionniers » du travail en réseau et de l'exercice regroupé et coordonné de la médecine.

La médecine scolaire

Concernant la médecine scolaire, plusieurs rapports récents⁶⁹ sont venus dresser un état des lieux préoccupant : au-delà du problème endémique du manque de moyens et de la faible attractivité des professions concernées, c'est bien la question des missions de la médecine scolaire et de sa contribution à la santé publique qui se trouve posée.

⁶⁶ Les crédits « mission d'intérêt général » dédiés au financement des PASS ont représenté environ 42 millions d'euros en 2010, avec une médiane à 65 000 euros.

⁶⁷ Se reporter à la bibliographie.

⁶⁸ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

⁶⁹ Voir en particulier le rapport d'information des députés Gérard GAUDRON et Martine PINVILLE rédigé en novembre 2011 pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.

Deux chiffres suffisent à rendre compte de la gravité de la situation : 12 millions d'élèves à prendre en charge, 1 270 médecins scolaires (dont une centaine ne sont plus sur des fonctions en contact direct avec les élèves. À l'échelle d'une ville comme Pantin (Seine-Saint-Denis), l'écart est encore plus criant, avec un seul médecin pour environ 11 000 élèves.

En termes de missions, et ce point est évidemment lié au précédent, l'école n'est plus en capacité de décliner une politique de santé globale de l'enfant et de l'adolescent contribuant à sa réussite éducative : les progrès accomplis notamment en matière de détection des troubles du langage et de l'apprentissage ou de scolarisation des enfants handicapés ou atteints de maladie chronique se sont faits, faute de moyens, au détriment de la prise en charge des autres enfants, via les bilans systématiques en particulier. Enfin, en matière de lutte contre la précarité, les résultats très encourageants obtenus ponctuellement dans le cadre de dispositifs comme les programmes de réussite éducative ne peuvent masquer le recul général, faute de moyens là aussi, du travail social dans les écoles.

Au total, bien que théoriquement en contact direct et simple avec l'ensemble de la population d'enfants et adolescents, la médecine scolaire ne dispose plus ni des moyens ni du portage nécessaires à l'exercice de ses missions.

Les services de protection maternelle et infantile

Autre acteur essentiel de la lutte contre les inégalités sociales de santé et le repérage précoce des publics fragiles, les services de Protection maternelle et infantile (PMI) sont confrontés à d'importantes difficultés tenant à un manque de moyens influant en premier lieu sur leur capacité à exercer leurs missions dans de bonnes conditions mais aussi sur le respect des normes. S'y ajoutent d'importantes disparités entre les politiques des départements⁷⁰ et des difficultés plus récentes comme la diminution du nombre de médecins exerçant en PMI et l'accroissement de la population à couvrir.

Les services de PMI et la médecine scolaire partagent une même difficulté tenant à l'interdiction qui est faite aux médecins, sauf cas exceptionnel, de prescrire des soins ou des explorations complémentaires qui soient pris en charge par l'assurance maladie. L'efficacité des interventions réalisées malgré le manque de moyens s'en trouve encore restreinte, et notre système de soins se prive ainsi d'un remarquable outil de traitement précoce des facteurs de vulnérabilité de tous ordres. S'y ajoute pour la PMI l'embolisation des structures supposées prendre la main une fois le dépistage réalisé ; c'est le cas notamment des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des services d'éducation spécialisée à domicile.

Finalement, c'est toute cette « première ligne » dans le repérage des vulnérabilités et la lutte contre les facteurs de précarités qui se trouve aujourd'hui incapable d'assurer ses missions. Il est urgent de procéder à une remise à niveau des moyens accompagnée d'un portage politique fort, et l'on ne peut que souhaiter que le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale en soit le bras armé.

La mission n'a pu approfondir, par manque de temps, les difficultés rencontrées par la médecine du travail et leurs conséquences, notamment, en matière d'accès aux soins des travailleurs intérimaires.

1.4 Des initiatives encourageantes mais encore très isolées

La mission a pu identifier et auditionner, au sein de divers réseaux professionnels et associatifs, des acteurs porteurs de pratiques innovantes.

⁷⁰ JOURDAIN-MENNINGER Danièle, LANNELONGUE Christophe, ROUSSILLE Bernadette et VIENNE Patricia - *Étude sur la protection maternelle et infantile en France* - IGAS - novembre 2006.

- des dynamiques de **santé communautaire**, qui reposent sur la mobilisation de la population : formation de « **patients experts** » à Lille pour animer des ateliers de prévention et d'éducation à la santé ;
- des **initiatives transversales** logement / santé, telles que le programme « Un chez soi d'abord » déployé dans quatre métropoles régionales ;
- la création récente de **mutuelles portées par les malades eux-mêmes** ou leurs représentants dans le cadre de contrats collectifs (AIDES, ATD Quart-Monde) ;
- de multiples expérimentations tendant à faire émerger de **nouveaux métiers** pour pallier les insuffisances du système et aller vers les populations précaires (médiateurs médico-sociaux, coursiers sanitaires et sociaux) ;
- de multiples initiatives venant des professionnels eux-mêmes : par exemple les formations croisées entre professionnels du champ sanitaire et du social, la création d'espaces pour accueillir les détenus sortant de prison, etc.

Un exemple d'initiative originale du monde de l'entreprise

« Optique solidaire »

Créée officiellement en 2011, l'association « optique solidaire » vise à favoriser l'accès à un équipement optique de qualité des personnes âgées de 60 ans et plus et bénéficiant de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), soit environ 140 000 personnes en France.

Via un dispositif unique au sein de la filière santé visuelle et l'émission d'un « Pass Lunettes » nominatif, chaque bénéficiaire d'Optique Solidaire peut avoir un accès facilité à :*

- *une consultation ophtalmologique sans dépassement d'honoraires avec une prise de rendez-vous sous moins de 3 mois. Au-delà de la prescription nécessaire pour l'accès à un équipement optique, cette consultation a également vocation à assurer la prévention et le dépistage de certaines pathologies auprès de personnes qui auraient pu s'éloigner d'un suivi médicalisé.*
- *un équipement optique complet de qualité et de fabrication française avec un reste à charge nul ou le plus faible possible. Cet équipement comprend une monture (parmi une collection de 11 modèles proposée par 5 lunettiers français) et des verres progressifs traités avec un antireflet qui combine un anti-salissures et un anti-rayures (montés et surfacés en France).*

L'association « Optique Solidaire » rassemble les principaux professionnels français de la filière santé visuelle sous forme de 4 collèges :

- *des ophtalmologistes*
- *des opticiens indépendants, sous enseigne et mutualistes ;*
- *des organismes de complémentaires santé : institutions de prévoyance, mutuelles et sociétés d'assurance*
- *des industriels : fabricant de verres correcteurs, fabricants de montures et de plateaux de démonstration, expert en émission de titres de service.*

Les acteurs qui s'engagent volontairement dans ce projet ne font pas de profit.

L'opération a été lancée au niveau national en mai 2012. Au cours de cette première année, plus de 6000 courriers ont été envoyés par les mutuelles participantes aux bénéficiaires potentiels du dispositif. Environ 750 personnes ont été équipées.

Pour l'année 2013, l'objectif est d'envoyer au moins 20 000 courriers.

Source : <http://www.optiquesolidaire.fr> et compte-rendu d'audition

Un exemple d'intervention innovante et de nouveau métier
Les « coursiers sanitaire et social »

Qualifié de « fée sociale au chevet des patients et des médecins » dans un article paru en janvier 2012 dans le Quotidien du médecin, le métier de coursier sanitaire et social est issu de plusieurs années d'expérimentations menées en étroite concertation avec des médecins généralistes de Seine-Saint-Denis intervenant sur les hépatopathies chroniques et membres des réseaux ville-hôpital. Une expérience similaire a été observée à Besançon autour d'une association intervenant dans le domaine des soins palliatifs (ARESPA).

L'expérience est partie du constat qu'une grande partie de la population en situation de rupture sociale a été victime d'un accident de vie ou est confronté à la maladie et que ces situations ont aussi des conséquences sociales. Ces personnes en situation de grande exclusion ont en commun d'être quasiment toutes en contact avec un médecin généraliste, un pharmacien ou un hôpital.

Le centre de ressources pour mini-réseaux de proximité, structure associative domiciliée à Gagny, est mobilisé sur appel des médecins traitants et propose l'intervention d'une équipe sociale mobile constituée de « coursiers sanitaire et social ». Ces coursiers ont vocation à coordonner les trajectoires de soins des patients en situation de crise et de mutualiser et coordonner les moyens humains. Les coursiers agissent comme interface avec le système socio-sanitaire du patient, son entourage et les professionnels de santé. Ils vont à la rencontre des institutions et des différents dispositifs médico-sociaux. Le médecin traitant peut ainsi se libérer de la gestion des problématiques sociales pour mieux se concentrer sur la santé de son patient.

Le coursier sanitaire et social assure des prestations telles qu'un bilan socio-sanitaire individuel, une cartographie des réseaux du patient, le lien avec les dispositifs médico-sociaux, l'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires de proximité ou l'élaboration de plans d'action individualisés en lien avec le médecin traitant.

L'action a été financée dans un premier temps par l'URCAM puis l'ARS Île-de-France dans le cadre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), fusionné depuis lors dans le fonds d'intervention régional (FIR). Une évaluation est en cours du bénéfice de ces interventions, dont il ressort déjà que le nombre de jours d'hospitalisation évités est élevé.

Source : Centre de ressources pour mini-réseaux de proximité en Seine-Saint-Denis.

Ces démarches ont en commun, pour la plupart, de résulter des efforts d'un individu ou d'un petit groupe animé par un esprit de « **pionnier** » et un dévouement sans limite à la cause de la lutte contre la précarité et l'exclusion. Entre le risque d'épuisement de ces promoteurs et la moindre appétence des jeunes générations pour ce type d'innovations, le risque est élevé de les voir s'éteindre avec leurs initiateurs ; pour les mêmes raisons, la question se pose de leur généralisation éventuelle.

Ces initiatives ont également en commun de mobiliser des financements ne relevant pas des circuits budgétaires traditionnels, du fait de la transversalité des actions concernées. De ce fait, le montage des projets est particulièrement lourd et complexe, et des incertitudes pèsent sur la reconduction des financements d'une année sur l'autre.

La mission proposera en conséquence que ces initiatives très fragiles financièrement soient soutenues et essaimées.

La situation qui vient d'être décrite, ce « parcours du combattant » de l'accès aux droits, les difficultés d'accès aux soins et à la santé, l'impréparation du système de soins et de protection sociale à la montée de la précarité se traduisent par une insatisfaction, pour ne pas parler de **souffrance morale ou de « burn out »**, des acteurs concernés dans les champs sanitaire et social ; bon nombre d'entre eux se trouvent tiraillés entre une éthique professionnelle qui prend en considération en priorité la personne, le patient (« *un patient est un patient* », disait le responsable d'un service d'un grand hôpital francilien), et la réalité d'un système où tout incline à raisonner en termes de droits ouverts et d'actes facturables.

Cette évolution est d'autant plus déstabilisatrice que la réglementation et les pratiques des administrations n'ont cessé ces dix dernières années de s'éloigner de l'esprit qui avait présidé au vote de la loi du 27 juillet 1999, dans le droit fil d'ailleurs des principes fondateurs de la sécurité sociale. En témoigne par exemple de façon tout à fait symbolique le recul pour ne pas dire la disparition des possibilités de déclaration sur l'honneur pour la justification des ressources ou la condition de résidence⁷¹. Derrière ces évolutions, ce sont des objectifs tels que l'immédiateté de la couverture⁷² et la continuité des droits qui ne sont plus aujourd'hui garantis à tous.

Un texte résume à lui seul ce changement d'état d'esprit, il s'agit de la première circulaire prise en décembre 1999 par la Direction de la sécurité sociale dans le cadre de la mise en œuvre de la loi portant création de la couverture maladie universelle. Plusieurs de nos interlocuteurs s'y sont d'ailleurs directement référés.

Extraits de la circulaire DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la couverture maladie universelle :

*« Pour assurer la plus grande efficacité de ce dispositif, l'objectif des caisses d'assurance maladie doit être de prononcer des attributions **dans les plus brefs délais** (...).*

*Si la production de pièces justificatives, s'agissant des ressources, doit être encouragée, **son défaut ne peut faire obstacle à l'attribution du droit**. Le demandeur atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le formulaire et joint tous les éléments d'appréciation dont il dispose (...)*

*Les procédures d'instruction doivent permettre d'attribuer le droit **dans des délais très brefs**. C'est d'autant plus nécessaire que le droit court à compter de la date de la décision. Le respect des recommandations prévues au I et au II doit permettre de prendre les décisions **bien avant l'expiration du délai réglementaire de deux mois** (...). Si toutefois, **dans des cas qui doivent demeurer exceptionnels**, l'instruction d'un dossier devait conduire à épuiser ce délai, je vous rappelle que son expiration emporte une décision implicite d'acceptation nécessitant la délivrance d'une attestation permettant l'exercice effectif du droit.*

Toutefois, pour donner un accès effectif aux soins des personnes dont la situation exige une admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé, les décisions les concernant doivent être prises dès la date du dépôt de la demande conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

La précarité à laquelle est confrontée une part importante de la population destinataire de la protection complémentaire en matière de santé doit conduire les caisses à recourir dans toute la mesure du possible à la procédure d'admission dès le dépôt de la demande. Ainsi, l'admission dès le dépôt de la demande devra être prononcée non seulement quand des soins immédiats ou programmés sont nécessaires mais aussi lorsqu'il apparaît indispensable, compte tenu de leur situation sociale, que les personnes bénéficient sans délai de la possibilité de recourir au système de santé (par exemple, pour les familles avec de jeunes enfants, pour des personnes vivant dans

⁷¹ Blanche GUILLEMOT et François MERCEREAU - Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'Etat - IGAS - février 2003.

⁷² Article 20 de la loi du 27 juillet 1999 : « Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions (...). »

Article 32 de la loi du 27 juillet 1999 : « Les demandeurs dont la situation l'exige sont admis immédiatement au bénéfice de l'aide médicale de l'État. »

*des situations d'exclusion). Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés et établissements de santé (...). Dans ce cas, les caisses doivent prendre toutes dispositions pour que cette notification de droit à la protection complémentaire en matière de santé soit **délivrée dans la journée à l'intéressé** (...). »*

*

*

*



7 OBJECTIFS

40 PROPOSITIONS

2 LES PROPOSITIONS

Affirmer que les pouvoirs publics et l'assurance maladie n'ont pas pris la mesure de la question de la montée de la précarité et de l'ampleur des efforts à accomplir pour faire reculer le non-recours serait excessif. Les orientations retenues par l'État et la CNAMTS dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013 et surtout plus récemment le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale révèlent un changement de perspective ; c'est aussi le cas de l'expérimentation originale de lutte contre le non-recours aux droits menée depuis la fin de l'année 2012 sous l'égide du secrétariat général pour la modernisation de l'administration publique (SGMAP), laquelle révèle de par son existence même un changement de posture de l'administration.

La difficulté réside dans la mise en œuvre des pistes qui ont émergé, au travers d'expérimentation par exemple ou à la faveur d'initiatives de terrain ; elle se heurte à un ensemble de pesanteurs administratives et de difficultés techniques, réelles ou supposées, quand il ne s'agit pas tout simplement de freins d'ordre culturel chez les personnels des administrations et organismes d'assurance maladie, mais aussi de professionnels de santé peu ou pas formés à la prise en charge des personnes précaires.

Ces résistances appellent, au-delà des déclarations d'intention et d'une communauté de vues sur l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, **une action plus volontariste** de la part des pouvoirs publics.

Il est temps de peser sur une réalité qui demeure fortement péjorative pour les plus démunis, et ce non seulement en matière d'accès aux droits, d'accès aux soins et finalement d'accès à la santé, mais aussi de gouvernance et d'orientation du système dans son ensemble.

Finalement, c'est bien un **changement de paradigme** qui est attendu par une majorité d'acteurs du secteur : rendre le système plus **protecteur, plus accueillant et bienveillant**, chercher l'ouverture des droits plutôt que traquer les fraudeurs et donner aux professionnels les moyens d'accomplir leur mission. N'est-ce pas là finalement l'esprit qui animait les rédacteurs du texte instituant une couverture maladie universelle ?

2.1 **Rendre effectif l'accès aux droits**

L'amélioration de l'accès aux droits sociaux et la lutte contre le non recours sont au cœur de l'expérimentation menée depuis la fin de l'année 2012 dans les départements de Loire-Atlantique et de Seine-et-Marne sous l'égide du SGMAP. Cette expérimentation, qui n'est pas achevée, a déjà permis d'ouvrir des pistes auxquelles la mission ne peut que souscrire dans leur principe : elles portent sur la simplification des dispositifs, l'amélioration de l'image des prestations et de la communication dont elles font l'objet, la proactivité à l'égard des bénéficiaires potentiels et enfin une approche à « 360 degrés » des situations individuelles au regard des droits potentiels.

Cet a priori favorable doit cependant être nuancé : l'expérimentation est limitée à deux départements et se déploie sur près d'une année ; les possibilités de généralisation sont à ce stade incertaines. Surtout, l'expérimentation ne reflète pas forcément l'état d'esprit actuel des administrations et institutions concernées : la mission a rencontré les deux équipes chargées de ces expérimentations en Loire-Atlantique et Seine-et-Marne (représentants des CPAM, CAF, Pôle emploi, conseils généraux, préfetures, associations), qui témoignent du cloisonnement d'organismes appartenant pourtant « à la même maison » pour reprendre les termes d'un président de CPAM.

2.1.1 Simplifier (propositions 1 à 7)

PROPOSITION n°1

Rendre automatique l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle.

Les droits à la CMU-c sont théoriquement ouverts dans un délai de deux mois après le dépôt du dossier complet de demande et pour une période d'un an renouvelable. Or, la constitution d'un dossier complet par les demandeurs est complexe, surtout pour le public visé qui est particulièrement touché par la précarité. **L'instruction, chaque année, de la demande par la caisse d'assurance maladie entraîne des lourdeurs administratives terribles et des coûts importants de gestion.**

Ces coûts sont évitables pour une partie des bénéficiaires de la CMU-c, ceux qui sont allocataires du RSA-socle⁷³, puisque les conditions de ressources du second sont inférieures à celles de la première. D'ailleurs, aux termes de l'article L.861-2 du code de la sécurité sociale, les allocataires du RSA socle sont « *réputés satisfaire aux conditions* » permettant de bénéficier de la CMU-c. Si la corrélation entre le nombre de bénéficiaires du RSA socle et de la CMU-c est particulièrement forte, on estime cependant à 30% le nombre de bénéficiaires du RSA socle qui n'ont pas fait valoir leurs droits à la CMU-c (soit un peu moins de 500 000 personnes⁷⁴) et cette proportion est même de 40% en Ile-de-France.

Il est nécessaire de tirer toutes les conclusions de ce lien entre RSA-socle et CMU-c :

- **en ouvrant les droits à la CMU-c automatiquement⁷⁵ dès le premier jour du mois de dépôt de la demande pour les allocataires du RSA socle**, tout en conservant la faculté pour les caisses d'attribuer ces droits dans le même délai lorsque la situation du demandeur l'exige ;

⁷³ Le revenu de solidarité active (RSA) est une allocation destinée à garantir à ses bénéficiaires, qu'ils aient ou non la capacité de travailler, un revenu minimum, avec en contrepartie une obligation de chercher un travail ou de définir et suivre un projet professionnel ; à la fin de l'année 2012, le RSA bénéficiait à 2,14 millions de foyers, dont 1,4 millions pour le RSA dit « socle » qui concerne les personnes sans activité professionnelle. Le RSA s'est substitué notamment au Revenu minimum d'insertion et à l'allocation de parent isolé.

⁷⁴ Source : INSEE et rapport d'activité du Fonds CMU pour 2009.

⁷⁵ La procédure actuelle fait intervenir pas moins de trois formulaires (source : assurance maladie) : « *Si vous êtes allocataire du RSA socle, vous et chaque membre de votre foyer avez droit à la CMU complémentaire.*

Vous devez cependant en faire la demande au moyen du formulaire S 3711 « CMU complémentaire et aide pour une complémentaire santé », l'ouverture de vos droits n'étant pas automatique. Vous n'avez pas à compléter la déclaration de ressources. Il vous suffira de dater et de signer l'encadré réservé à cet effet.

Vous devez également remplir le formulaire S 3712 « Couverture maladie universelle - protection complémentaire : choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé ».

Si l'un des membres de votre foyer souhaite un autre organisme que celui que vous avez choisi, remplissez également le formulaire S 3713 « CMU complémentaire - choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la protection complémentaire en matière de santé ».

- **en rendant là aussi automatique le renouvellement des droits à la CMU-c pour les mêmes allocataires du RSA socle.** Selon les informations recueillies durant les auditions, les systèmes informatiques permettront, dans les semaines à venir, aux CPAM et aux CAF d'échanger les informations nécessaires pour mettre en place cette mesure. Il est inutile que les CPAM recommencent le travail de vérification des ressources déjà réalisé par les CAF. Les caisses devront également en informer les bénéficiaires.

Il pourrait même y avoir, dans un souci de simplification et de rapidité, attribution par défaut de la couverture complémentaire gérée par la caisse primaire d'assurance maladie (pour mémoire, les bénéficiaires de la CMU-c ont le choix entre une gestion par leur CPAM ou par un organisme complémentaire)

Ces deux dispositions constituent des simplifications importantes tant pour le bénéficiaire que pour les personnels des caisses. Elles permettront d'améliorer l'accès aux droits en limitant autant que possible les ruptures de droits, très fréquentes compte tenu à la fois de la lourdeur des démarches à renouveler annuellement et de la fragilité des publics concernés.

De façon plus générale, la **communication et les échanges d'information entre les CAF et les CPAM** peuvent être sensiblement améliorés si l'on se réfère aux observations du Fonds CMU⁷⁶ ; il s'avère que les CAF n'accomplissent que de façon partielle leur mission d'aide à la constitution des demandes de CMU-c, la transmission des éléments aux CPAM par flux dématérialisé n'étant toujours pas opérante.⁷⁷

PROPOSITION n°2

Fonder l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sur l'examen du dernier revenu fiscal de référence.

Les interlocuteurs de la mission, représentants des associations, des bénéficiaires ou des administrations ont été unanimes quant aux inconvénients du système actuel d'évaluation des ressources sur douze mois glissants : il est à la fois complexe pour les demandeurs, dans un contexte de montée du travail précaire (temps partiel, employeurs multiples, alternance de périodes de chômage et d'emploi), et lourd pour les services instructeurs, la vérification des pièces étant faite manuellement pour l'essentiel.

Il est donc proposé d'utiliser le revenu fiscal de référence de l'année n-1, en mobilisant toutes les possibilités de transmission dématérialisée et d'interconnexion avec les services fiscaux comme cela peut déjà exister pour les revenus figurant sur la déclaration pré-remplie de l'impôt sur le revenu. Cette piste est d'ailleurs suivie par le SGMAP dans le cadre de l'expérimentation. Cette solution allègera considérablement l'instruction des dossiers en supprimant l'examen des ressources des douze derniers mois. Le seul inconvénient est « l'effet retard » qui peut intervenir en cas de changement brutal de situation (licenciement, divorce, etc.). Dans ces cas là, il devrait être possible, à titre dérogatoire, d'ouvrir les droits en se basant sur les justificatifs de ressources des trois mois précédant la demande.

⁷⁶ Rapport V d'évaluation de la loi CMU – novembre 2011.

⁷⁷ Circulaire interministérielle n°DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du revenu de solidarité active.

PROPOSITION n°3

Fusionner l'aide médicale d'Etat (AME) et la couverture maladie universelle (CMU).

Les similitudes entre les dispositifs de l'AME et de la CMU (de base et complémentaire) justifient d'ouvrir une nouvelle fois le débat sur une éventuelle fusion des dispositifs.

Dans un rapport publié en 2003⁷⁸, déjà, l'IGAS pointait, à propos de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AME, la difficile articulation de l'AME et de la CMU, l'AME bénéficiant de façon transitoire à des personnes pouvant relever de la CMU car régularisables ou en cours de régularisation ; à l'inverse, en cas de perte du droit au séjour, une possibilité existe de maintien partiel et transitoire de l'assurance maladie, l'AME intervenant alors à titre « complémentaire ». Derrière ces recoupements, c'est la question d'une définition stable de la notion de « séjour régulier » qui se trouve posée.

Conforme à la vocation universaliste de la sécurité sociale et nonobstant les problèmes d'équité qu'elle poserait entre assurés sociaux « réguliers » et « irréguliers » au regard du droit de séjour, **cette fusion serait une source d'économies de gestion pour les CPAM et un élément de simplification pour les professionnels de santé ; elle favoriserait un meilleur accès à la médecine de ville des bénéficiaires de l'AME dans le cadre du parcours de soins coordonnés, éviterait les ruptures de couverture et contribuerait à limiter les refus de soins. Enfin, l'immatriculation et la délivrance d'une carte vitale renforceraient la sécurité des procédures.**

Le conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) s'était d'ailleurs prononcé en ce sens par un avis du 5 juillet 2011, mettant aussi en avant l'importance des ressources consacrées par les nombreuses associations œuvrant dans le champ de l'accès aux droits et la lutte contre l'exclusion.

⁷⁸ GUILLEMOT Blanche et MERCEREAU François – *Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'État* - IGAS – février 2003.

PROPOSITION n°4

Repréciser les modalités de traitement des dossiers de demande de CMU-c, d'ACS et d'AME, et les rendre opposables aux services instructeurs.

La mission a recueilli au cours de ses auditions de multiples témoignages de variabilité des pratiques d'une caisse d'assurance maladie à l'autre, au grand désarroi des assurés et des associations et organismes qui les accompagnent dans leurs démarches. Les variations les plus problématiques portent sur la liste des pièces justificatives exigibles et le format des documents permettant de les recueillir d'une part, sur la délivrance et l'opposabilité d'un récépissé attestant du dépôt de la demande d'autre part. Il y a là matière à repréciser les choses de façon très officielle, par voie de circulaire ou d'instruction signée au plus haut niveau et dont le contenu serait opposable aux caisses primaires. Ce document comporterait, sous forme d'annexes, un recueil de bonnes pratiques et à l'inverse des procédures ou modes opératoires à bannir.

Enfin, la **domiciliation** doit constituer un axe prioritaire de simplification eu égard aux difficultés terribles que rencontrent les demandeurs d'AME. La mission relève que le Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale prévoit la mise en œuvre en 2013 de mesures entrant dans ce cadre, parallèlement à la remobilisation des préfets chargés de coordonner l'action des structures chargées de la domiciliation. Un « schéma de la domiciliation » doit ainsi voir le jour pour définir une couverture territoriale complète et en assurer le suivi.

PROPOSITION n°5

Espacer les renouvellements de droits et si possible automatiser les renouvellements pour les personnes dont les situations évoluent peu.

Il a été souligné plus haut, à propos du « parcours du combattant » de l'accès aux droits, combien l'application uniforme d'une durée de 12 mois pour le bénéfice de l'ACS et de la CMU-c se traduisait par des situations absurdes et pouvait placer les bénéficiaires, vu la complexité du dossier et les délais d'instruction, en situation de démarche administrative quasi permanente.

Aussi paraît-il souhaitable, sous réserve d'investigations plus poussées dans les bases informatiques des bénéficiaires, de **mettre en place une pluri-annualité des renouvellements (fréquence à définir) pour les personnes dont les situations sont pérennes, comme les retraités par exemple**. On estime que cela concernerait 16% des bénéficiaires de l'ACS.

De la même façon, l'automatisme du renouvellement pourrait devenir la règle pour certaines catégories, tels les bénéficiaires de l'ASPA, les économies de gestion ainsi générées pour les services instructeurs pouvant être en partie redéployés vers des contrôles a posteriori du bien fondé de ces renouvellements.

PROPOSITION n°6

Rendre les organismes d'assurance maladie responsables des opérations de changement d'organisme ou de statut et supprimer les pénalités éventuelles pour les assurés lorsqu'ils ne sont pas responsables des retards.

Les changements d'organisme d'assurance maladie induisent pour l'assuré une nécessité de déclarer à nouveau son médecin traitant et les pénalités afférentes s'il omet de le faire ; il est injuste de pénaliser un assuré qui avait respecté le parcours de soins coordonnés et dûment désigné un médecin traitant uniquement parce que les organismes d'assurance maladie ne réussissent pas à échanger les informations pertinentes.

Or, la CNAM a mis en place depuis de nombreuses années un système de « mutation inter-régime » qui est censé inclure le numéro de référence du médecin traitant. Ce système connaît encore des difficultés d'application mais il s'est nettement amélioré et d'autres développements seront prochainement opérationnels. En cas de changement de caisse locale au sein d'un même régime, les caisses sont déjà censées aujourd'hui échanger les informations pertinentes, notamment le nom du médecin traitant.

Dans ces conditions, la mission propose que la majoration du ticket modérateur, applicable en cas d'absence de déclaration du médecin traitant, ne puisse être appliquée en cas de changement d'organisme gestionnaire lorsque l'assuré avait déjà désigné son médecin traitant dans la caisse précédente.

Dans le même ordre d'idées, la mission ne peut que se féliciter de l'annonce récente par les pouvoirs publics, dans le cadre du programme de simplification dévoilé le 17 juillet dernier, d'une refonte du formulaire d'affiliation des étudiants à la sécurité sociale de façon à simplifier les changements de régime qui prenaient parfois jusqu'à 6 mois.

PROPOSITION n°7

Simplifier, en les adaptant aux publics visés, les formulaires de demande d'aide ainsi que les courriers de notification et de refus.

Déficit de notoriété pour l'ACS, image de « mutuelle au rabais » de la CMU-c : la perception des aides et la communication dont elles font l'objet figurent indéniablement parmi les facteurs de non-recours. Ces phénomènes sont par nature difficiles à contrecarrer. L'administration dispose en revanche d'un levier efficace et peu coûteux au travers des messages échangés avec les demandeurs et bénéficiaires potentiels, à commencer par les courriers de notification ou de rejet. L'illustration la plus frappante a été citée plus haut, elle concerne le courrier de refus d'admission à la CMU-c, courrier censé pouvoir favoriser une orientation vers l'ACS.

Si des initiatives ont été prises localement pour adapter les courriers et formulaires en concertation avec des représentants des assurés (à la caisse générale de sécurité sociale de Martinique par exemple, en lien avec le Fonds CMU), il importe à présent de passer à une autre échelle et de mobiliser, dans l'esprit de la mission confiée au SGMAP sur le non recours, les meilleurs spécialistes du marketing public pour élaborer, avec des représentants des usagers, une véritable stratégie et se mettre à la place des demandeurs potentiels.

De la même façon, l'idée qui a émergé, à la faveur de l'expérimentation en Loire-Atlantique, d'un mémo « orienter l'utilisateur vers ses droits », mérite d'être encouragée. Ce document doit en effet permettre aux non-professionnels du social (associations, banques, agences d'intérim, agents d'accueil des mairies ou des institutions délivrant les prestations) de comprendre la situation globale de l'utilisateur afin de l'orienter vers le bon interlocuteur et de l'informer des documents à préparer en vue de son rendez-vous.

2.1.2 « Aller chercher les bénéficiaires un par un » (propositions 8 à 13)

L'idée « d'aller vers » est plus que jamais dans l'air du temps, chacun s'accordant sur la nécessité de rompre avec la « logique de guichet » qui a inspiré pendant des décennies l'organisation des services instructeurs. Dans la pratique, les choses évoluent peu ; elles évoluent lentement et les évolutions sont plus à imputer à la société civile et au monde associatif qu'aux administrations et organismes de sécurité sociale.

L'ampleur des difficultés d'accès au droit et des phénomènes de non recours justifie de passer au plus vite à une autre échelle, en jouant de façon prioritaire sur l'information des bénéficiaires et sur la visibilité de leurs interlocuteurs. Au-delà, c'est bien une logique « proactive » qui doit s'imposer, l'objectif étant, si nécessaire, « *d'aller chercher les bénéficiaires un par un* » pour reprendre les termes d'un président de CPAM.

PROPOSITION n°8

Désigner, pour les personnes précaires, des interlocuteurs physiques et bien identifiés.

Un décalage est apparu ces dernières années entre la politique menée par l'assurance maladie pour proposer « *une offre de service accessible et de qualité sur tout le territoire* » (termes utilisés dans la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013) et la réalité vécue par les demandeurs, leurs aidants du milieu associatif et les travailleurs sociaux.

D'un côté, l'assurance maladie poursuit, dans le cadre de cette COG, une politique de modernisation de son réseau d'accueil physique et se félicite de ce que l'organisation en trois niveaux (libre service, accueil rapide et accueil en bureau individuel) garantisse qualité d'écoute, efficacité dans la réponse et rapidité dans le traitement de la demande ; ce qui est d'ailleurs vraisemblablement le cas, même si cette évolution va de pair avec une segmentation du travail et une spécialisation des personnels des caisses.

De l'autre côté, les populations les plus fragiles sont souvent trop éloignées du système administratif pour pouvoir seulement accéder à l'un des interlocuteurs de la CPAM. Et que dire alors de ces plateformes de services téléphoniques (le « 36 46 ») toujours plus performantes, ou de la richesse du portail ameli.fr...auquel n'ont malheureusement pas accès toutes les personnes précaires ?

La priorité est d'orienter les publics en situation de précarité vers un interlocuteur physique, accessible, à même de constituer un référent pour le traitement de l'ensemble de leur dossier.

PROPOSITION n°9

Installer des permanences de la caisse primaire d'assurance maladie dans les établissements publics de santé et les prisons.

L'assurance maladie indique qu'elle veille à assurer une offre de service sur l'ensemble du territoire « notamment dans le cadre de la stratégie de présence des services publics en milieu rural, sans négliger les zones périurbaines fragilisées ». Dans le même temps, les établissements publics de santé qui disposaient en leurs murs d'une « antenne » de la CPAM déplorent de façon unanime sa disparition ; tel est aussi le cas d'un certain nombre d'établissements pénitentiaires qui assistent impuissants à la diminution inexorable de la plage horaire et de la fréquence des permanences assurées par la CPAM. L'absence de relation directe et privilégiée, pour ne pas dire physique, des services au contact telles que les PASS avec les CPAM nuit à leur efficacité et constitue un signal particulièrement négatif à l'égard des professionnels qui s'y investissent.

La négociation de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAM constitue une opportunité de réexaminer l'organisation du réseau d'accueil physique de l'assurance maladie, à la faveur notamment des économies de gestion attendues des mesures de simplification proposées dans le présent rapport.

PROPOSITION n°10

Soutenir les coopérations entre caisses primaires d'assurance maladie et centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

Il a été souligné précédemment que les CCAS ou CIAS et CPAM qui avaient anticipé sur les rapprochements attendus du protocole du 30 avril 2013 signé entre l'UNCCAS et la CNMATS en avaient tiré en général, tout comme leurs usagers, des bénéfices en termes de réduction des délais d'instruction, de repérage des publics fragiles et de partage des contraintes. L'organisation de formations croisées contribue également à l'émergence d'une culture commune de lutte contre la précarité.

La mission ne peut que souhaiter la généralisation de ces démarches.

Toutefois, les conventions locales signées en référence au protocole le seront à titre expérimental et sur la base du volontariat ; il est à souhaiter que leur diffusion progressive et non coordonnée sur le territoire ne conduise pas à des situations d'inégalités de traitement entre usagers suivant la caisse ou le CCAS auxquels ils s'adressent. C'est là une préoccupation très nette des associations et travailleurs sociaux.

Inspirée par une vision ambitieuse et cohérente, la réorganisation de l'assurance maladie se déploie dans un contexte de forte pression à l'amélioration de la productivité et sous contrainte majeure de non remplacement intégral des effectifs ; mais force est de constater que cette réforme ne vise pas prioritairement et dans les faits les populations précaires.

Si l'objectif est bien de simplifier les démarches, d'accompagner les demandeurs et bénéficiaires potentiels tout en limitant leurs déplacements, c'est l'idée de « **guichet unique** » qui devrait s'imposer : le regroupement en un même lieu de représentants des différentes branches de la sécurité sociale, avec une possibilité de domiciliation et d'accompagnement par un travailleur social ou une forme de médiation incluant des services d'interprétariat.

PROPOSITION n°11

Redéployer des agents des caisses primaires d'assurance maladie vers l'accompagnement personnalisé des personnes les plus fragiles.

La notion d'accompagnement personnalisé figurait déjà à l'article 1^{er} de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, lequel stipulait que : « *L'État, les collectivités territoriales, les établissements publics dont les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que les institutions sociales et médico-sociales (...) prennent les dispositions nécessaires pour informer chacun de la nature et de l'étendue de ses droits et pour l'aider, éventuellement par un accompagnement personnalisé, à accomplir les démarches administratives ou sociales nécessaires à leur mise en œuvre dans les délais les plus rapides* ».

En pratique, ce sont plutôt les associations et quelques pionniers militants de structures d'exercice coordonné qui ont investi ce champ, l'administration et les organismes d'assurance maladie n'en ayant, sauf exception, ni la volonté eu égard à d'autres priorités, ni les moyens.

L'accompagnement dont il s'agit va au-delà du souci tout à fait louable manifesté par la CNAMTS d'un accueil en bureau individuel ou même d'un « parcours attentionné » pour certaines catégories de publics ; il relève plutôt d'une démarche de type « **gestionnaire de cas complexe** » et suppose de mobiliser du personnel dédié disposant, en ces temps de spécialisation, d'une vision transversale et exhaustive des droits sociaux.

Or, différentes expériences probantes sont à signaler, y compris dans des CPAM ayant trouvé la ressource nécessaire, par **redéploiement ou reconversion d'effectifs**, pour créer des postes de « délégué social » (CPAM de l'Artois⁷⁹) ou mettre en place une équipe complète dédiée au repérage et à l'accompagnement des personnes en difficulté (cellule DETRES de la CPAM du Calvados par exemple⁸⁰).

Il convient de préciser que **loin de bousculer la stratégie d'ensemble de l'assurance maladie en matière d'accueil physique et téléphonique, ces initiatives viennent au contraire en comblant les manques éventuels et en démultiplier les effets au plus grand bénéfice des personnes en situation de précarité**. Citons par exemple cette caisse primaire ayant entrepris de faire bénéficier les téléconseillers du « 3646 » de formations sur la précarité et l'accès aux droits ; ou cette autre caisse ayant conçu un dispositif d'alerte pour repérer, dès le premier niveau d'accueil, les personnes nécessitant un accompagnement.

En dernier lieu, ces initiatives sont globalement bien perçues par les personnels des CPAM en ce qu'elles redonnent à leur mission un sens plus conforme aux fondamentaux de l'institution : **la recherche d'une solution pour l'assuré** quand bien même le problème à régler concernerait un autre organisme.

⁷⁹ La fiche de poste du « délégué social » est reproduite en annexe n°6.

⁸⁰ DETRES : DEtection et TRaitement de l'Exclusion Sociale : cellule de trois agents mise en place pour faciliter l'accès immédiat aux soins des assurés en situation de précarité, pour développer et entretenir la démarche partenariale et anticiper tout risque d'exclusion en renforçant la détection des publics fragilisés.

PROPOSITION n°12

Créer cent services mobiles/itinérants pour se rapprocher des populations les plus fragiles.

La mission a eu connaissance au cours de ses auditions de quatre expériences de services mobiles ou itinérants de type « **bus santé** », fruits de partenariats avec les collectivités territoriales et bénéficiant en règle générale d'un complément de financement de la part de l'ARS. De tels services existent d'ailleurs depuis des décennies dans d'autres pays (bus des favelas de Rio de Janeiro par exemple). Le service rendu est important. Ces bus, chariots ou autres procédant à des interventions ciblées au plus près des personnes précaires isolées ou peu mobiles (qui ne sont d'ailleurs pas toute la population en situation de précarité) : barres d'immeubles des quartiers sensibles, camps, centres commerciaux, villages isolés, sorties d'école, etc.

Or aucune de ces expériences n'a pu être pérennisée, faute de financement identifié dès lors que l'initiative sortait des cadres traditionnels.

La mission souhaite que ce mode d'action puisse faire l'objet d'une attention renouvelée de la part des pouvoirs publics. Le mode opératoire pourrait consister à inviter les ARS, dans le cadre de la mise en œuvre des PRAPS, à repérer ces initiatives, à élaborer un cahier des charges sommaire, enfin à en assurer le cofinancement et l'évaluation.

Il est d'ailleurs à noter que le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a pris ce besoin en considération, en proposant, pour renforcer les démarches « d'aller vers », d'expérimenter des **équipes pluridisciplinaires**, sanitaires et sociales ; elles auront vocation à se porter au devant de ces personnes, là où elles sont, afin de commencer une prise en charge, avant de les amener le cas échéant vers les structures qui leur conviennent ou de mobiliser les réponses adaptées.

PROPOSITION n°13

Généraliser l'automatisation de la détection des situations de non recours.

La proactivité est l'une des pistes explorées par le secrétariat général pour la modernisation de l'administration publique dans la recherche action sur le non recours aux droits sociaux.

L'idée est « *d'automatiser la détection des situations de non-recours et l'envoi de courriers d'information, en interconnectant les bases informatiques, en utilisant davantage les données fiscales ou en configurant le répertoire commun de la protection sociale (RNCPS) pour détecter les combinaisons anormales de droits, les situations de non-exhaustivité y compris dans une logique de non recours* ». Il peut également s'agir de former les agents de guichet à la détection des droits potentiels pour des personnes en difficulté financière.

Compte tenu du constat dressé dans la première partie du présent rapport, la mission ne peut que souscrire à cette approche du non recours, laquelle rejoint les préoccupations de bon nombre des personnes auditionnées.

Ici encore, certaines caisses primaires ont pris les devants et s'efforcent au quotidien « *d'aller chercher les bénéficiaires un par un* » (CPAM du Calvados) ou de lutter contre les causes profondes du non recours. La CPAM du Gard est ainsi porteuse d'un « **plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures** » (PLANNIR), véritable filet de protection permettant tout à la fois de rechercher des bénéficiaires potentiels, d'accompagner le demandeur puis de suivre le renouvellement de l'aide octroyée. Cette démarche est originale en ce qu'elle s'attaque à des dysfonctionnements du service public (non recours, incompréhensions, ruptures) dans une optique de traitement égalitaire des assurés et sans stigmatiser les populations qui en sont victimes.

La proactivité repose sur la mobilisation des moyens techniques et informatiques de gestion de bases de données qui ont pour la plupart été conçues en mode « propriétaire » et disposent de ce fait de faibles capacités d'ouverture et d'évolution. Certains échanges d'informations gérables à l'échelle d'un département, compatible, même, avec un traitement intégralement manuel, deviennent un véritable casse-tête quand la généralisation est envisagée, et plus encore quand il faut intégrer ces objectifs d'interconnexion des bases de données dans un schéma d'évolution des systèmes d'information.

Seule une volonté politique sans faille peut permettre de surmonter ces difficultés techniques. Il n'est qu'à considérer pour s'en convaincre les progrès enregistrés dans la lutte contre la fraude aux prestations grâce notamment à une étroite coopération avec le trésor public. Et lorsque le directeur de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) se réjouit des possibilités offertes par les nouveaux outils de « datamining » pour lutter contre la fraude, l'on ne peut que souhaiter que ceux-ci soient mobilisés à la même échelle et avec le même allant pour lutter contre le non recours et détecter les publics précaires.

Une fois les outils mis en place et maîtrisés, les possibilités de croisement des informations sont infinies, des plus simples aux plus complexes : du simple repérage en quelques minutes d'un bénéficiaire potentiel de l'ACS en prêtant attention à l'item « pas de mutuelle » dans son dossier, à des partenariats plus élaborés avec la CAF et la CNAV pour repérer des niveaux de ressources compatibles avec le plafond de l'ACS et automatiser l'envoi d'un courrier à l'assuré. Dans le cadre de l'expérience menée à Nantes, un croisement des fichiers de la caisse d'assurance vieillesse et de l'ACS a d'ailleurs fait ses preuves.

À cet égard, il est désormais admis que l'envoi d'un courrier seul a une efficacité limitée, contrairement par exemple à l'organisation de réunions d'information ; c'est l'option retenue par la CPAM du Calvados et son équipe « DETRES » (voir 2.1.2, proposition 11), en partenariat avec la CRAM et son service social, la CAF et le CICAS (centre d'information et de coordination d'action sociale) mais aussi les étudiants et élèves du centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen dans les filières infirmières, sociales et d'encadrement.

Dans le même esprit, le Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale prévoit de solliciter les CAF, caisses de MSA et CPAM pour informer leurs allocataires potentiellement bénéficiaires de l'ACS. Une information ciblée doit également être effectuée auprès des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) par l'ensemble des caisses concernées. Enfin, la mobilisation de Pôle Emploi permettra d'identifier des bénéficiaires potentiels dans la population des chômeurs indemnisés et des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS).

2.2 Ouvrir de nouveaux droits (propositions 14 à 16)

La décision prise, en marge de l'annonce du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, de revalorisation du seuil de la CMU-c, donc de l'ACS, n'épuise pas, loin s'en faut, le débat sur la question des seuils, même si 750 000 bénéficiaires supplémentaires sont attendus d'après les chiffrages du Fonds CMU et de la Direction de la sécurité sociale, à raison de :

- 400 000 nouveaux bénéficiaires pour la CMU-c, dont 150 000 anciens bénéficiaires de l'ACS et 250 000 nouveaux bénéficiaires qui ne recourraient pas à l'ACS compte tenu de sa faible attractivité mais demanderont la CMU-c, plus protectrice ;
- 350 000 nouveaux bénéficiaires pour l'ACS.

Si cette revalorisation représente un effort substantiel dans le contexte budgétaire actuel, elle repose sur un raisonnement que l'on peut qualifier de partiel ; un raisonnement qui met en avant la dépense supplémentaire que représenteront ces 750 000 bénéficiaires au regard des possibilités de financement. Il manque, de façon assez traditionnelle, une réflexion sur les économies potentielles découlant d'un meilleur accès aux droits et d'un meilleur accès au système de santé. **Il manque également le chiffrage des économies, ou plutôt de ces « non dépenses injustes » réalisées ces dernières années du fait du non recours, de la montée en charge progressive de la CMU-c et du démarrage chaotique de l'ACS, soit respectivement environ 700 millions d'euros et 380 millions d'euros.**⁸¹

Les progrès accomplis ces dernières années en matière de gestion du risque auraient pu conduire à des évaluations plus systématiques de ces économies potentielles, mais aussi du « **retour sur investissement** » des dépenses de prévention et d'éducation à la santé. Or il n'en a pas été ainsi si l'on en juge les difficultés à trouver des études scientifiques précises sur le sujet. On peut le regretter s'agissant des populations les plus fragiles, peu réceptives aux messages de prévention et dont le mode de recours au système de soins est particulier.

Dans un pays où le critère d'efficience n'est que rarement pris en compte dans les objectifs de santé publique et où les évaluations médico-économiques sont quasi-inexistantes en matière de santé publique⁸², on ne peut que saluer la tentative du SGMAP pour quantifier **un retour sur investissement des mesures visant à réduire le non recours aux droits sociaux.**

D'après cette étude menée en partenariat avec le cabinet Booz et Company⁸³, les mesures visant à réduire le non recours ont un retour sur investissement en termes d'amélioration de l'état de santé des bénéficiaires.

La méthode retenue a consisté tout d'abord à établir, pour chaque quintile de revenu, une relation entre taux de renoncement aux soins et dépenses de santé à la charge de l'État, puis à l'appliquer aux taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-c et de l'ACS. Il en ressort que dans un scénario prudent, **le recours à la CMU-c permet de générer une économie de 1 000 euros par an et par foyer, et de 300 euros par an pour le recours à l'ACS**, chiffres à rapprocher, pour la CMU-c, des 435 euros dépensés chaque année en moyenne par bénéficiaire.

Autrement dit, et d'après cette étude, chaque euro dépensé pour la CMU-c est en réalité un euro investi dans le système de soins. Ce gisement « moins de maladies » pourrait générer des économies supérieures au coût brut de la CMU-c et de l'ACS.

⁸¹ Expression et chiffres tirés de l'ouvrage *L'envers de la fraude sociale – Le scandale du non recours aux droits sociaux* - ODENORE – La Découverte 2012.

⁸² Voir à ce sujet l'étude consacrée par la Cour des comptes à la prévention sanitaire, pour communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – octobre 2011.

⁸³ Voir la synthèse de l'étude en annexe n°7.

La mission ne peut que souhaiter que l'analyse de ses propositions touchant aux effets de seuil soit menée à l'aune d'approches médico-économiques de cet ordre et que ces approches soient davantage mobilisées en appui de la décision publique. De la même façon, les systèmes d'information des établissements hospitaliers permettent aujourd'hui, par le croisement des données d'activité et des données de gestion administrative des patients, d'évaluer assez précisément le surcoût généré, pour des patients bénéficiaires de la CMU-c ou de l'AME, par l'allongement de la durée de séjour au-delà des bornes habituelles.

PROPOSITION n°14

Étendre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Les plafonds mensuels des montants de l'ASPA et de l'AAH s'établissent respectivement à 787,26 euros et 776,59 euros (personne seule vivant en métropole)⁸⁴, soit 71 euros et 60 euros au dessus du plafond de ressources de la CMU-c. Ces montants restent, en dépit du rattrapage substantiel opéré ces dernières années, très en-deçà du seuil de pauvreté (964 euros).

Le fait de ne pas octroyer la CMU-c aux bénéficiaires de ces minima sociaux est une forme d'injustice, car après avoir payé une complémentaire pour ceux qui le peuvent, leur reste à vivre est de peu supérieur à celui des personnes qui bénéficient de la CMU-c. C'est aussi une source de situations inextricables, le bénéfice de l'AAH, faisant suite à l'aggravation d'un handicap se traduisant par une exclusion du bénéfice de la CMU-c.

La revalorisation du plafond de ressources de la CMU-c au niveau de l'ASPA majorée du forfait logement⁸⁵ (soit 834 euros) a fait l'objet de simulations récentes avant que le chiffre de 7% (en réalité 8,3% avec l'inflation) ne soit finalement arrêté.

Son coût était compris entre 1 et 1,2 milliards d'euros⁸⁶ correspondant à quelque 3 millions de bénéficiaires supplémentaires. **Ce chiffre devrait aujourd'hui être revu à la baisse** compte tenu d'une part de l'entrée dans le dispositif de 400 000 bénéficiaires supplémentaires potentiels au 1^{er} Juillet 2013 et suivant d'autre part les décisions qui seraient prises pour le plafond de l'ACS : maintien à son niveau actuel ou relèvement au niveau du plafond de l'ASPA majoré de 35% (soit 1 125 euros).

⁸⁴ Revalorisations en date respectivement des 1^{er} avril 2013 et 1^{er} septembre 2012.

⁸⁵ Le forfait logement permet de prendre en compte de façon forfaitaire les allocations logement dont bénéficient la majorité des bénéficiaires de l'ASPA.

⁸⁶ Estimation réalisée en août 2012 par la Direction de la sécurité sociale, sous toutes réserves compte tenu notamment de la révision à la baisse par la DREES de la population cible de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

PROPOSITION n°15

Transformer l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) contributive.

Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pâtit depuis l'origine d'un déficit de notoriété, chez les bénéficiaires potentiels comme chez les médecins, doublé d'un manque d'attractivité : outre le reste à charge qu'elle laisse subsister (avant intervention éventuelle d'aides extra-légales), le risque est élevé de devoir se contenter d'un contrat doté de garanties insuffisantes, se traduisant par un reste à charge sur les prestations elles-mêmes. Le dispositif est aussi considéré comme injuste dès lors que l'effort budgétaire pour souscrire à une complémentaire santé est croissant en fonction de l'âge et que le plafond de l'ACS n'en tient pas compte.

Ces inconvénients, que ne saurait malheureusement masquer le franchissement récent du cap symbolique du million de détenteurs d'une attestation ACS, pourraient justifier un changement radical de stratégie consistant à substituer à l'ACS une CMU-c payante.

L'hypothèse a dernièrement été avancée dans le rapport que le HCAAM a consacré à la généralisation de la complémentaire santé (avis et rapport du 18 juillet 2013). L'idée est d'étendre le bénéfice de l'actuelle CMU-c, moyennant le paiement d'une cotisation, aux personnes dont les ressources se situent en-deçà du seuil de l'ACS. Serait maintenue la possibilité offerte aux bénéficiaires d'opter pour un organisme complémentaire ou pour la mutuelle d'État via la CPAM.

Cette solution aurait le double avantage de la simplification, avec la disparition du système du « chèque » ACS et de l'extension aux bénéficiaires actuels de l'ACS, de la couverture complémentaire de bon niveau de la CMU-c.

Le HCAAM souligne que l'équilibre financier du système serait assuré :

- par les subventions du Fonds CMU, identiques à celles actuellement destinées aux bénéficiaires de l'ACS qui seraient versées dans le scénario aux gestionnaires du système (270 €par bénéficiaire) ;
- par les cotisations des bénéficiaires, fixées à un niveau proche du coût moyen actuel d'un contrat après aide (soit 240 €) ;

Cette cotisation pourrait être progressive suivant les revenus et éventuellement corrigée en fonction de la situation familiale.

Il reste que la décision n'est pas aisée à prendre, s'agissant d'un dispositif que les pouvoirs publics portent à bout de bras depuis 2004 et qui a bénéficié ces dernières années d'améliorations significatives, lesquelles commencent à porter leurs fruits. Cette décision aurait de surcroît un impact important pour les organismes complémentaires qui perdraient une grande partie de leur clientèle ACS « solvable ».

Enfin, la mise en œuvre progressive de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, relatif à la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés, ouvre la voie à une extension de la complémentaire santé aux salariés qui n'étaient pas couverts en raison de leur précarité notamment (travail à temps très partiel par exemple). La question qui va se poser est donc plutôt celle de l'utilisation, actuellement impossible, de l'ACS pour un contrat collectif.

Aussi est-il prudent d'envisager un scénario alternatif de maintien de l'ACS dans sa forme actuelle assortie d'un effort sur le niveau des garanties.

PROPOSITION n°15 bis

Si la proposition n°15 n'était pas retenue, créer le « label » prévu par l'article 55 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

L'article L 863-7 du code de la sécurité sociale⁸⁷ dispose que « *bénéficiaire du label intitulé " Label ACS " les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 (NB : le Fonds CMU) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé* ».

Ces dispositions législatives répondaient en 2012 à un constat qui demeure d'actualité :

- le faible niveau relatif des garanties des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS auprès des organismes complémentaire, spécialement en comparaison avec la CMU-c ou même le contrat de sortie CMU-c ;
- la grande hétérogénéité et le manque de lisibilité de ces contrats.

Le lien avec le taux de non recours élevé à l'ACS était ainsi facile à établir.

Près de deux ans après le vote de cette loi, les travaux n'ont toujours pas abouti, la responsabilité du blocage en incombant semble-t-il à l'UNOCAM. Ce blocage, s'il est avéré, laisse songeur quant à la force des dispositions législatives et la situation ne peut rester en l'état. Le statu quo est d'autant plus choquant que les organismes complémentaires ne sont soumis à l'heure actuelle qu'à des contraintes très légères sur le niveau des garanties et la qualité des contrats, alors même que le dispositif ACS solvabilise une partie de leur clientèle.

Dans l'intervalle, toutefois, plusieurs initiatives ont été prises pour progresser vers une labellisation des contrats et une plus grande transparence des garanties qu'ils proposent. Le Fonds-CMU y consacre d'ailleurs une partie de son rapport d'activité pour 2012 :

- élaboration à l'initiative du Fonds-CMU, avec l'aide d'un cabinet d'actuaire, d'un contrat de référence garantissant des niveaux de remboursement très corrects au regard des prix du marché, avec un double objectif de reste à charge mensuel inférieur à 30 euros sur la cotisation (avant intervention éventuelle des aides extra-légales) et un reste à charge aussi limité que possible sur les prestations les plus sensibles ;
- initiative prise par un groupement de mutuelles, représentant 20% de leur secteur⁸⁸, de proposer une complémentaire santé adaptée aux besoins des personnes en situation de précarité (restes à charge mensuels compris entre 10 et 25 euros suivant la tranche d'âge).

⁸⁷ Créé par l'article 55 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

⁸⁸ ADREA, APREVA, EOVI, HARMINY.

Il est intéressant de souligner que ces deux initiatives distinctes sont arrivées aux mêmes conclusions, le contrat du groupement de mutuelles s'étant révélé compatible avec le projet de « label » du Fonds CMU. **Elles confirment qu'il est possible de bâtir un contrat offrant de bonnes garanties au meilleur prix et sans distorsion avec le prix du marché.**

Concernant la gestion de ce « label », le Fonds CMU propose d'une part de laisser aux bénéficiaires de l'attestation le choix de se diriger ou non vers un contrat labellisé, d'autre part de laisser les organismes complémentaires choisir de soumettre ou pas leurs contrats à la labellisation. Il est en outre souhaitable que les aides extra-légales proposées par les CPAM soient dirigées de façon prioritaire vers les contrats labellisés.

Parallèlement à ces travaux sur un « label », le secteur des complémentaires continue de mener des travaux pour améliorer la transparence et la lisibilité des contrats. En témoigne notamment la Déclaration commune de l'UNOCAM et des principaux acteurs du secteur (dont la Mutualité française, le CTIP, la FFSA, la FNIM) portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé (octobre 2010) ; les organismes d'assurance complémentaire se reconnaissent le devoir d'assurer une information « *claire, sincère et aussi exhaustive que possible* », aussi bien en amont de la souscription ou de l'adhésion que pendant l'exécution de la garantie. Il est également rappelé que ces exigences valent particulièrement à l'égard des plus défavorisés et notamment les bénéficiaires de l'ACS.

Doit également être signalée l'initiative prise par le CCAS de la ville de Nantes pour orienter les propositions des organismes complémentaires vers un panier de soins et des garanties de bon niveau (panier de soins construit en référence aux bons contrats de quelques acteurs majeurs du secteur, telle la mutuelle générale de l'éducation nationale, MGEN), au travers d'un « appel à partenariat ». Bien que non transposable telle quelle à grande échelle pour des questions de droit de la concurrence, cette démarche a permis de retenir et de labelliser les offres des quatre mutuelles locales qui avaient répondu à l'appel.

Finalement, il manque à l'ensemble de ces initiatives la force contraignante et la robustesse juridique que l'inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale était supposée leur donner ; aussi la mise en œuvre de l'article 55 constitue-t-elle toujours une priorité : l'objectif reste **d'améliorer la lisibilité et la crédibilité du dispositif ACS pour permettre, par l'augmentation du taux de recours, la diminution du renoncement aux soins des personnes se situant sous le seuil de pauvreté.**

PROPOSITION n°16***Abaisser le seuil de déclenchement des indemnités journalières.***

L'attention de la mission a été attirée à l'origine par une motion émanant de six présidents de caisses primaires d'assurance maladie du Nord (annexe n°8), motion depuis lors amplement relayée, faisant le constat d'un décalage de plus en plus criant entre les conditions actuelles d'ouverture de droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie et la réalité du marché du travail.

D'un côté, en effet, une réglementation ancienne qui demande aux salariés souhaitant bénéficier des indemnités journalières, pendant leur arrêt de travail ou leur congé maternité, de justifier de 200 heures de travail au cours des trois mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt, avec un aménagement en cas d'activité à caractère saisonnier ou discontinu⁸⁹.

De l'autre, un marché du travail frappé par la montée de la précarité et caractérisé par la multiplication des situations de travail à temps très partiel, de cumul d'emplois, d'alternances entre période de chômage et périodes de travail et autres ruptures.

Ce décalage conduit à une augmentation des situations de rejet des demandes d'indemnités journalières, situations qui restent très minoritaires en proportion mais qui constituent chacune un déni de droit, ces personnes ayant cotisé, et un facteur d'aggravation brutale, parfois dramatique, de la situation des personnes concernées. Une étude menée par les CPAM à l'origine de la motion a montré que ces personnes étaient majoritairement des travailleuses pauvres occupant des postes de type agent d'entretien ou aide à la personne.

Aussi la mission demande-t-elle instamment que les pouvoirs publics se saisissent de cette question qui relève du déni de droit s'agissant de personnes ayant cotisé sur leur salaire ; elle préconise que soit appliquée une règle de proportionnalité entre le nombre d'heures travaillées et les indemnités journalières⁹⁰, un seuil de déclenchement étant à définir au vu des conclusions d'une étude à confier à la Direction de la sécurité sociale.

⁸⁹ Articles R 313-1 et R 313-3 du code de la sécurité sociale pour l'arrêt maladie, et R 313-3 pour la maternité.

⁹⁰ Actuellement, pour l'arrêt maladie, 50% du salaire journalier de base calculé sur la moyenne des salaires brut pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel des 3 mois qui précèdent l'arrêt, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinuée.

2.3 Lever les obstacles financiers (propositions 17 à 19)

PROPOSITION n°17

Faire appliquer la loi en matière de dispense d'avance de frais et d'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et pour les détenteurs d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Entre mauvaise volonté et méconnaissance de la réglementation, un certain nombre de médecins libéraux omettent de faire bénéficier leurs patients bénéficiaires de la CMU-c de la dispense d'avance de frais et des tarifs opposables. La difficulté semble encore plus vive pour l'ACS, les dispositions de l'article 1er de l'avenant 8, entrées en vigueur le 8 décembre 2012, étant toujours purement et simplement ignorées par une partie du corps médical.

Cette situation, qui n'est pas sans rappeler les difficultés de mise en œuvre de la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'ACS entre 2006 et 2011⁹¹, ne saurait perdurer.

Aussi, après une nouvelle et courte (3 mois) campagne d'information et de formation des professionnels de santé aux règles applicables à la prise en charge des bénéficiaires de la CMU-c et des détenteurs d'une attestation ACS, il convient de renforcer le dispositif de sanction et de contrôle permettant le respect le plus strict de la loi.

La responsabilité de l'information des médecins incombe à titre principal à l'assurance maladie. **À côté des modes de communication habituels, la mission tient à saluer l'initiative de la CPAM du Calvados, qui remet à chaque détenteur d'une attestation ACS une carte appelée « PART CPAM 14 » à présenter avec sa carte vitale au professionnel de santé.**

⁹¹ La convention médicale du 26 juillet 2011 ayant dû réaffirmer cette obligation qui était très inégalement appliquée par les médecins depuis sa mise en œuvre au 1^{er} janvier 2006 sur la base d'un accord entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux.

PROPOSITION n°18

Généraliser le tiers payant intégral (dispense d'avance de frais) pour l'ensemble de la médecine de ville (régime obligatoire et régime complémentaire hors dépassements d'honoraires).

Compte tenu du poids des motifs financiers dans les mécanismes de renoncement aux soins des personnes en situation de précarité, (voir 1.1.2.2), la mission ne peut que souscrire à l'objectif de généralisation du tiers payant. Une mission vient d'ailleurs d'être confiée à l'IGAS sur ce sujet.

Conforme à la philosophie de la sécurité sociale, élément déterminant pour l'accès aux soins, cette généralisation n'est pas sans avantages pour les médecins en termes de simplification et de limitation des risques de non paiement.

Sans méconnaître la complexité technique et la dimension stratégique de cette généralisation, la mission observe que le tiers payant s'est généralisé en matière pharmaceutique sans révolution ni blocage juridique, aidé en cela il est vrai par un contexte favorable sur le plan à la fois concurrentiel (les pharmacies mutualistes pratiquaient le tiers payant) et technique (informatisation précoce des officines et généralisation de la télétransmission). Il est d'autant plus regrettable et incompréhensible pour les personnes concernées de devoir continuer à avancer une partie de leurs frais médicaux. Les prérequis techniques comme les délais annoncés pour la mise en œuvre de cette réforme sont tout bonnement incompréhensibles pour le grand public.

Par ailleurs, la question de l'accès financier aux soins ne se résume pas à la dispense d'avance de frais : outre la disponibilité effective de trésorerie au moment de la décision de recourir au système de soins, la question du tarif pratiqué est bien évidemment essentielle.

Aussi est-il souhaitable d'envisager une solution d'applicabilité immédiate, qui puisse répondre à la fois au problème de l'avance des frais et à la question des dépassements d'honoraires.

PROPOSITION n°19

Donner dès à présent au médecin traitant la possibilité de demander le tiers payant et l'application des tarifs sans dépassements d'honoraires pour toute la suite du parcours de soins coordonné.

On rappelle que c'est la convention médicale du 26 juillet 2011, dont l'accès aux soins constitue une priorité, qui a introduit, outre le tiers payant dit « social » au profit des bénéficiaires de l'ACS et leurs ayants droit (article 5), la possibilité ponctuelle, pour les patients qui le nécessiteraient, d'une dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant.

Cette convention ouvre également une possibilité de signature d'accords locaux entre les caisses et les organisations syndicales signataires pour ouvrir la procédure de dispense d'avance de frais à des cas non inscrits dans la convention. Un certain nombre de ces accords ont été signés, au profit des 18-25 ans, des titulaires de l'AAH, des personnes âgées ou autres publics en situation de précarité.

Cette approche du tiers payant, bien que limitée à la part obligatoire, a l'avantage de conforter le rôle du médecin traitant et d'affirmer de façon plus marquée un « rôle social » certes controversé mais dont l'émergence est une réalité de terrain que la mission propose d'identifier clairement dans leur formation initiale et continue (voir infra proposition n°32).

La mission propose en conséquence que soit réaffirmée cette faculté offerte au médecin traitant, et qu'elle porte également, sans ambiguïté, sur la part complémentaire, en attendant l'aboutissement des travaux techniques et négociations avec les représentants des professionnels sur la généralisation du tiers payant. **Compte tenu du risque de traitement inégalitaire qui y est associé, ce système ne peut constituer qu'une étape vers la généralisation du tiers payant.**

En matière de maîtrise des dépassements d'honoraires, il paraît difficile de se satisfaire de l'avenant n°8 à cette même convention du 26 juillet 2011, avenant proposant aux médecins de secteur 2 et certains médecins exerçant en secteur 1 de signer un « contrat d'accès aux soins » contrat valant engagement, en contrepartie de certains avantages, d'améliorer l'accès aux soins de leurs patients.

Ce nouveau dispositif présente en effet plusieurs inconvénients : outre son caractère peu contraignant (engagement pour 3 ans mais sortie possible tous les ans), il risque de figer les dépassements importants (le médecin s'engage à respecter un taux de dépassement « recalculé » au maximum égal à 100% du tarif opposable de la sécurité sociale) et n'empêche pas les praticiens d'appliquer ponctuellement des dépassements au-delà du seuil de 100% puisque la limitation s'applique à la moyenne recalculée de l'activité, et non acte par acte.

Certes, les signataires s'engagent à maintenir ou développer leur part d'activité en tarif opposable constatée lors de la signature du contrat, mais c'est une contrainte de faible portée pour les praticiens qui avaient une part réduite de leur activité en secteur 1 ; cette « contrainte » leur procure d'ailleurs des avantages importants : prise en charge des cotisations sociales sur les honoraires correspondant à l'activité réalisée aux tarifs opposables et bénéfice des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur 1.

La mise en œuvre de ce dispositif est de surcroît incertaine à ce jour compte tenu du nombre de signatures requis.

Aussi la mission propose-t-elle, sans remettre en cause l'avenant n°8 issu de la négociation conventionnelle, de donner au médecin traitant la possibilité, lorsqu'il oriente un patient vers un confrère dans le cadre du parcours de soins, de demander à ce dernier, pour des raisons liées à la situation sociale du patient, de pratiquer les tarifs opposables. Pour des raisons analogues au point précédent (risque de traitement inégalitaire), cette mesure devra être revue quand les effets du contrat d'accès aux soins auront été évalués.

2.4 Soutenir les structures tournées vers les populations fragiles (propositions 20 à 27)

Pour ces professionnels qui font le choix de l'exercice regroupé et coordonné et s'engagent dans le montage de projets complexes (centres de santé, maisons de santé, réseaux), l'idée générale est toujours d'aller vers une simplification de l'accès, une pérennisation et une forfaitisation.

De façon générale, l'attention de la mission a été attirée sur la nécessité :

- d'améliorer la lisibilité des financements (critères, accès) ;
- de simplifier les financements, avec un guichet unique permettant une réelle articulation entre la politique de la ville et de la santé ;
- de s'inspirer des MIGAC pour financer l'ensemble des missions portées par les structures : accès aux soins, accès aux droits, coordination des soins (protocoles, ETP, ...), coordination administrative, tiers payant organisationnel, travail en réseau, ... ; pouvoir faire appel à des gestionnaires de projet ou des coordonnateurs qui ne soient pas forcément issus du monde de la santé mais disposent des compétences requises en ingénierie de projet ;
- de généraliser les nouveaux modes de rémunération (sortir de l'expérimentation) en prenant en compte dans le calcul du forfait les caractéristiques socio-économiques de la patientèle ;
- de dépasser le paiement à l'acte pour aller vers un forfait qui prenne en compte l'équipe globale (secrétariat, consultations, médiation....) ou mixer paiement à l'acte et forfait sur l'exemple des maisons médicales belges.

Ces différentes préoccupations exprimées par les acteurs sont déclinées dans les propositions qui suivent.

PROPOSITION n°20

Soutenir les services d'urgences qui accueillent une proportion importante de patients en situation de précarité en majorant leur forfait annuel et en les faisant bénéficier d'une dotation complémentaire sur l'enveloppe des MIGAC.

Le constat a été dressé dans la première partie du présent rapport du caractère inadapté du mode de financement des services d'urgence accueillant une proportion importante de personnes en situation de précarité (voir 1.3.1) ; d'une part, contrairement à l'idée qui sous-tend le mode de financement actuel, un passage n'est pas équivalent à un autre passage quand il concerne une personne très éloignée du système de soins et qui va nécessiter l'intervention prolongée d'une équipe pluri professionnelle ; d'autre part, la valorisation financière des passages de patients sans droits ouverts et qui ne seront pas nécessairement hospitalisés est problématique et induit un manque à gagner pouvant se répercuter sur le forfait annuel urgences (FAU) de l'exercice suivant.

La mission propose en conséquence d'introduire un correctif au profit des services accueillant une certaine proportion de bénéficiaires de la CMU, de la CMU-c et de l'AME, par analogie avec les critères d'allocation de la MIG précarité et sans préjudice de la nouvelle modélisation desdits critères, annoncée pour 2014.

Ce correctif pourrait prendre la forme d'une majoration du forfait annuel urgences (FAU) et/ou d'un complément de dotation sur les crédits destinés au financement des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC).

PROPOSITION n°21

***Protéger et développer les PASS dédiées.
Garantir avant la clôture de l'exercice budgétaire 2013 le fléchage le plus strict des crédits MIG attribués à ces structures.***

En attendant les conclusions de l'enquête nationale diligentée à la suite de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale des 10 et 11 décembre 2012 et dont les remontées sont attendues pour le 30 septembre 2013⁹², la mission exprime clairement une préférence pour les PASS dédiées. Leur visibilité lui semble plus facile à garantir, de même d'ailleurs que la traçabilité des financements qui leur sont destinés.

A ce sujet, elle demande avec force que soit vérifiée par les agences régionales de santé auprès des directeurs des établissements concernés, avant la clôture de l'exercice 2013, la réalité de l'attribution effective aux PASS de la dotation MIG correspondante, et que des correctifs soient appliqués le cas échéant.

⁹² Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

PROPOSITION n°22

Lancer un appel à projets pour créer 10 PASS de ville ou mobiles.

En dernier lieu, la mission propose que soient identifiées par voie d'appel à projets une dizaine de PASS de ville, rattachées à des structures d'exercice regroupé et coordonné de la médecine ou à des associations et assurant des missions identiques aux PASS d'établissement, avec un niveau de financement comparable.

PROPOSITION n°23

Conforter les lits halte soins santé sur tout le territoire.

Créés dans la continuité des lits infirmiers expérimentés à partir de 1993 par le SAMU social de Paris, les lits halte soins santé (LHSS) ont depuis 2005 le statut de structures médico-sociales⁹³. Leur vocation est d'assurer, pour des personnes en situation de précarité ou d'exclusion présentant des pathologies ne relevant pas de l'hôpital mais incompatibles avec la vie à la rue, outre un hébergement de dépannage, des soins médicaux et paramédicaux normalement dispensés à domicile. Les LHSS proposent aussi un suivi thérapeutique, un accompagnement social et des prestations d'animation et d'éducation sanitaire.

Leur financement est assuré sur l'objectif national des dépenses d'assurances maladie (ONDAM) médico-social, à hauteur de 102 euros par jour et par lit, que le lit soit ou non occupé.

Dans la situation actuelle d'engorgement de nombreux services d'urgences (voir 1.3.1), le bénéfice est évident en termes de continuité des soins et maintien des acquis d'un séjour hospitalier pour éviter une nouvelle aggravation de l'état de santé. Les LHSS contribuent ainsi à limiter les renoncements aux soins, les hospitalisations itératives et les refus de prise en charge, de consultation ou de traitement.

À l'origine, un appel à projet lancé en 2005⁹⁴ visait la création de 100 lits par an pendant 5 ans en référence à une décision du comité interministériel de lutte contre l'exclusion. Cet objectif a été porté à 1 000 en février 2006 et plus qu'atteint puisque le nombre total était au 31 décembre 2011 de 1 170 lits répartis dans 21 régions et 66 départements. La seule région Ile-de-France en concentre 33%, soit 385 lits, répartis dans 11 structures mais avec de fortes disparités ; ainsi le département de Seine-Saint-Denis ne compte-t-il que 2 structures représentant 80 places.

Les LHSS sont en majorité de petites structures, avec une médiane à 6 lits, exception faite du SAMU social de Paris qui en compte 170.

⁹³ Article 50 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, et alinéa 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁹⁴ Circulaire DGAS/SD.1A n°2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ».

Le fonctionnement des LHSS a fait récemment l'objet d'une évaluation sous l'égide de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)⁹⁵.

Il ressort de cette évaluation que les LHSS s'écartent peu à peu de leur objectif initial (donner une réponse sanitaire à des pathologies qui seraient traitées à domicile si la personne disposait d'un logement) pour devenir des alternatives indues à l'hospitalisation, analyse confirmée par l'ARS Île-de-France, dans cette région qui concentre un tiers des capacités : y sont accueillies des personnes souffrant de pathologies qui devraient relever d'une hospitalisation spécialisée de court séjour, de soins de suite ou de structures médico-sociales ; on estime ainsi que 35 à 40% des lits sont embolisés par des personnes qui ne présentent ni des problèmes psychiatriques lourds, ni des pathologies chroniques, mais qui nécessitent malgré tout des soins et du temps.

À l'inverse, des demandes en forte croissance ne peuvent être satisfaites (le rapport indique que 33% des refus d'accueil en 2011 ont eu pour motif le manque de places disponibles) : elles concernent par exemple des personnes vieillissantes, des personnes de moins de 40 ans et sans domicile fixe depuis moins d'un an, des femmes isolées très marginalisées avec ou sans enfants.

L'autre difficulté principale concerne les possibilités de sortie du dispositif : d'après l'étude précitée, les LHSS sont parfois conduits à se substituer, faute de solutions d'aval en nombre suffisant, aux structures spécialisées dans l'accueil des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes. Surtout, on estime à 47% la proportion des patients qui retrouvent des conditions de vie très précaires à l'issue de leur séjour en LHSS.

La mission propose que les recommandations de l'évaluation menée en 2013 donnent lieu à brève échéance à un plan d'action tendant à poursuivre l'augmentation du nombre de lits, à assurer une meilleure couverture du territoire et à les ramener progressivement vers leur vocation initiale en agissant notamment sur les structures d'aval.

Par ailleurs, la mission a eu connaissance d'expériences de logement chez l'habitant, en Seine-Saint-Denis, de personnes relevant de prises en charge comparables aux LHSS et à un coût évidemment sans rapport avec celui d'un hébergement en hôtel⁹⁶. Ce type d'expérience mérite à l'évidence d'être étudié et probablement dupliqué.

⁹⁵ Évaluation des lits halte soins santé – cabinet ITINERE conseil – 2 février 2013.

⁹⁶ A titre d'illustration, pour la seule Seine-Saint-Denis, environ 3 500 personnes sont accueillies toutes les nuits à l'hôtel.

PROPOSITION n°24

Soutenir les centres de santé et favoriser une meilleure couverture du territoire.

Le constat dressé en première partie du présent rapport et qui rejoint très largement les conclusions du rapport de l'IGAS précité appelle des mesures urgentes pour conforter les centres de santé en tant qu'acteurs majeurs dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Ce soutien est pleinement justifié par leur localisation dans des zones plutôt défavorisées et moins dotées en offre de soins, par l'accueil d'une population plus précaire que la moyenne, la pratique du tiers payant et des tarifs opposables, et par l'accomplissement de missions d'accompagnement social, de prévention et d'éducation à la santé. Enfin, c'est pour les médecins un mode d'exercice salarié, regroupé et coordonné qui a les faveurs de nombre de jeunes professionnels.

Parmi les mesures pouvant être étudiées de façon prioritaire, sous réserve des suites données au rapport IGAS, figurent :

- une aide apportée par les pouvoirs publics aux centres de santé pour améliorer leur gestion autour de principes de rigueur, de transparence, d'équilibre des recettes et des dépenses et d'autonomie par rapport aux structures ou collectivités de rattachement ; les agences régionales de santé ont évidemment un rôle majeur à jouer à cet égard, la loi les autorisant à signer avec les centres de santé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- un allègement du coût du tiers payant, soit par la création d'un forfait à la charge de l'assurance maladie, soit et de préférence par un réexamen d'ensemble des facteurs de coût du tiers payant, qu'ils incombent à l'assurance maladie ou à certains organismes complémentaires ;
- un réexamen des modalités de financement des actions de santé publique, de prévention et d'accompagnement social, comme juste reconnaissance de l'exercice par les centres d'une mission de service public ; mise à part l'éducation thérapeutique, ces missions ne font l'objet à l'heure actuelle d'aucun financement précis ni pérenne.

La question se pose néanmoins de la compatibilité de mesures de ce type avec le statut actuel des centres de santé, que la fédération représentative du secteur (FNCS) résume ainsi : « *La prise en charge d'une population, sur un territoire donné, sans avance d'argent, intégrant les soins, le suivi des pathologies chroniques, l'éducation thérapeutique, la prévention individuelle ou collective, la promotion de la santé pour tous les âges et toutes les catégories, en lien avec les orientations des élus locaux et des ARS, qui constitue l'objectif essentiel des centres de santé, ne peut se concevoir dans le mode de financement actuel.* ». Il est donc probable que cela passe par une réforme d'ensemble du modèle économique actuel, et c'est d'ailleurs le sens des préconisations de l'IGAS dans le rapport précité.

PROPOSITION n°25***Pérenniser, dans les réseaux de santé, les dispositifs d'accompagnement des populations en situation de précarité.***

Les pouvoirs publics ont entrepris de faire évoluer le fonctionnement des quelque 700 réseaux de santé répertoriés dès lors que leur mission historique principale, la coordination, sera de plus en plus assurée par les effecteurs de soins eux-mêmes⁹⁷, incités en cela par le partage des systèmes d'information, la mise en place de modes de rémunération de la coordination ou la définition plus précise de parcours de soins. À terme, les réseaux seront repositionnés sur des missions d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premier recours pour la prise en charge des situations complexes, leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients.

Cette évolution constitue une opportunité de réorienter et de mieux cibler les financements correspondants, en développant des outils de contractualisation et d'évaluation.

La mission s'alarme des conséquences que pourraient avoir ces évolutions sur l'équilibre et la pérennité de réseaux ancrés depuis de nombreuses années sur des territoires qui concentrent les facteurs de précarité. Ces réseaux ont su tisser des relations étroites avec les différents partenaires et opérateurs et progressivement acquérir des savoir-faire irremplaçables en matière de prise en charge des plus précaires.

Aussi la mission préconise-t-elle qu'une évaluation soit menée du fonctionnement de ces réseaux et de leur contribution à la prise en charge des populations fragiles, et que les savoir-faire, modes d'action et « pratiques significatives » (expression employée dans le Plan de lutte contre la pauvreté) qui les distinguent des autres réseaux fassent l'objet d'une capitalisation et soient pris en compte dans les financements dont ils bénéficient.

⁹⁷ Se reporter au Guide méthodologique édité par la Direction générale de l'offre de soins en octobre 2012 : *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?*

PROPOSITION n°26

Modifier le cahier des charges national des maisons de santé pour que le socle minimal obligatoire comporte des dispositions précises sur l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Le socle minimal obligatoire pour toute maison de santé pluri-professionnelle bénéficiant d'un financement par les pouvoirs publics ne comporte aucune disposition précise ni contraignante sur la prise en charge des personnes en situation de précarité. Par ailleurs, les professionnels de santé qui ont fait le choix de l'exercice coordonné en zone difficile (zone urbaine sensible ou quartier prioritaire de la politique de la ville) ne bénéficient actuellement d'aucun soutien financier spécifique à titre individuel.

Aussi la mission propose-t-elle, par analogie avec le mode de financement de la précarité en établissement de santé (mission d'intérêt général), de faire bénéficier les maisons de santé qui accueillent un pourcentage conséquent de bénéficiaires de la CMU-c ou de l'AME d'un complément de financement forfaitaire pris sur le fonds d'intervention régional (FIR).

PROPOSITION n°27

Renforcer les centres hospitaliers universitaires implantés dans des zones sensibles.

La mission a pu constater, au cours de ses auditions et visites de terrain, l'exceptionnel investissement dont faisaient preuve les équipes hospitalières, médicales ou administratives, en contact avec les personnes les plus fragiles, malgré la complexité de leur tâche et des conditions d'exercice objectivement difficiles.

Le seul engagement personnel ou le fait de choisir de s'installer dans l'établissement où l'on a fait ses études⁹⁸ ne suffisent pas à assurer le renouvellement ni la stabilité de ces équipes qui revendiquent de façon légitime la possibilité de mener de front, et à un niveau d'excellence, leurs trois missions statutaires de soins, de recherche et d'enseignement.

Or le processus de répartition des postes hospitaliers et universitaires obéit à une logique qui ne prend guère en considération la nature des missions exercées et encore moins la pénibilité des conditions d'exercice. Ce processus vient d'ailleurs aggraver la **répartition très inégale des services à vocation universitaire** entre Paris intra-muros et sa petite couronne.

Aussi la mission invite t'elle les deux ministères concernés à réfléchir à des modalités de prise en compte de ces paramètres dans la répartition des postes, comme dans l'ouverture des possibilités d'accueil de médecins en formation, au profit des établissements situés dans des zones où les personnes en situation de précarité sont fortement représentées.

⁹⁸ En moyenne, 50% des médecins choisissent d'exercer autour de la faculté où ils ont achevé leur cursus ; cette proportion tombe à 10% dans certains établissements hospitaliers d'Île-de-France.

2.5 Combattre et sanctionner les refus de soins (propositions 28 à 31)

PROPOSITION n°28

Élargir la définition législative du refus de soins.

La mission propose d'étendre la notion de refus de soins au fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif par rapport à celui pratiqué habituellement dans le même cabinet et au fait de négliger la transmission des informations aux confrères.

Le refus de soins est également constitué en cas de refus de pratiquer le tiers payant au profit des bénéficiaires de la CMU-c, comme le prévoit pourtant le code de la sécurité sociale, ainsi qu'en cas de refus d'élaborer un devis.

Ces deux motifs sont régulièrement avancés dans les différentes enquêtes qui ont pu être menées depuis plusieurs années sur les phénomènes de refus de soins et les formes qu'il peut prendre. Ils sont notamment cités dans une circulaire de la CNAMTS du 30 juin 2008 qui organise un dispositif de recensement des refus de soins. Le refus de soins peut aussi consister :

- en l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;
- en un non respect des tarifs opposables ;
- en une attitude et un comportement discriminatoires du professionnel de santé.

PROPOSITION n°29

Autoriser les personnes qui estiment être victimes d'un refus de soins à se faire accompagner et/ou représenter par une association dans les procédures de conciliation ou de recours en justice.

La possibilité offerte à un patient qui s'estime victime d'un refus de soins, et ceci quels qu'en soit la raison ou le motif discriminatoire, d'être accompagné ou représenté par une association tout au long du processus, de la phase de conciliation à l'étape judiciaire le cas échéant, contribuera de façon déterminante à l'efficacité du dispositif de lutte contre les refus de soins.

Cette mesure bénéficiera spécialement aux patients les plus précaires, non préparés pour engager une procédure de notification de refus de soins, et souvent découragés par la complexité apparente des formalités à accomplir. Or, comme cela a été signalé par l'Ordre national des médecins, la conciliation a souvent des vertus pédagogiques tant pour le patient que pour le médecin. Pourtant, aujourd'hui, certaines branches départementales des ordres des professionnels de santé refusent la présence des associations lors de ce processus, au motif que la loi ne le permet pas.

En pratique, la mission propose que toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits et dont l'objet statutaire comporte l'aide aux plus démunis ou l'accès aux soins puisse exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins illégitime si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli.

PROPOSITION n°30

Reconnaître le « testing » comme élément d'étude et d'évaluation, notamment sur un territoire donné.

La mission propose également d'utiliser l'outil du test de situation (« **testing** ») avec une méthodologie irréfutable établie après concertation avec l'ensemble des acteurs concernés et qui pourrait donner lieu à un recueil de bonnes pratiques.

Il ne s'agit pas de retenir le « testing » dans la procédure spécifique de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique : autant cet outil est utile et pertinent pour mener des études et évaluations, notamment sur un territoire donné comme l'ont prouvé les rapports commandés et publiés par le fonds CMU, autant l'utiliser dans une procédure singulière entre un patient et un professionnel se révèle, en définitive, peu efficace.

PROPOSITION n°31

Aménager la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins.

La mission propose enfin de retenir **l'aménagement de la charge de la preuve**. Cette procédure, plus adaptée en l'espèce, prévoit que **la victime présumée** doit **d'abord** apporter des éléments laissant supposer l'existence d'une discrimination, **la partie défenderesse** devant **ensuite** prouver que sa décision était justifiée

Aujourd'hui, l'aménagement de la charge de la preuve existe dans l'ensemble du droit français lorsqu'il est question de lutte contre les discriminations (droit du travail, rapports locatifs ou encore loi de 2008 relative à la lutte contre les discriminations).

Il s'agirait donc d'un alignement du code de la santé publique sur le droit commun.

2.6 Développer la culture de la prévention (propositions 32 à 35)

En dépit d'un très large consensus, égrené depuis des années au fil des rapports publics et des réformes, en dépit aussi de la place prise dans la politique de l'assurance maladie par la gestion du risque, la prévention demeure le « parent pauvre » de notre système de santé.

Dans l'étude que lui a consacrée la Cour ces comptes en octobre 2011, il est rappelé qu'aucun acteur ne dispose d'une vision globale des moyens consacrés à la prévention. Selon le périmètre donné à celle-ci, le montant des dépenses qui lui sont consacrées varie entre moins d'un milliard d'euros (programme 304 du budget de l'État correspondant aux crédits du ministère de la santé et du FNPEIS géré par la CNAMTS) et plus de dix milliards d'après les travaux de l'IRDES.

On considère habituellement la prévention comme un investissement qui permettrait à terme de générer des économies sur les dépenses de santé. Cette intuition renforce l'intérêt que les considérations d'ordre médico-économiques soient prises en compte dans les décisions publiques.

Le HCAAM considère d'ailleurs dans un rapport publié en 2012 que le problème essentiel tient à la faible mobilisation du système de soins autour des objectifs de santé publique : les activités de prévention et d'éducation à la santé des professionnels ne sont ni assez stimulées ni assez organisées. Le HCAAM rappelle que l'efficacité de la prévention est déterminée par la continuité du dialogue thérapeutique, le suivi du patient, la coordination des intervenants, la formation des professionnels de santé et l'évaluation des résultats. En la matière, la dimension d'incitation financière et la dimension d'organisation du système doivent être conjuguées.

Les actions de prévention (gestion du risque) de l'assurance maladie au bénéfice des personnes éloignées du système de santé reposent principalement sur l'examen périodique de santé, totalement pris en charge dans l'un des 85 centres d'exams de santé et axé sur la prévention et le dépistage. Le protocole UNCCAS CNAMTS déjà mentionné (voir 1.1.1.2) prévoit que les CCAS et CIAS assurent la diffusion d'une information spécifique relative à l'offre de prévention et notamment cet examen périodique qui se veut une première étape dans le parcours de santé des populations en situation de précarité.

Le mode de financement actuel des actions de santé publique et de prévention ne permet aucune projection dans le temps et ne garanti pas la continuité et la stabilité des interventions : rémunérations expérimentales, subventions incertaines, payées le plus souvent à terme échu et sans garantie de reconduction sur les exercices suivants.

Aussi les propositions qui suivent visent-elles à mieux ancrer la prévention dans le système de santé, en agissant dès le plus jeune âge, en favorisant les actions relevant de la santé communautaire, en aidant spécifiquement les personnes en situation de précarité et en continuant de faire reculer le paiement l'acte au profit de modes de rémunération plus compatibles avec les démarches de prévention et de prise en charge globale.

PROPOSITION n°32

Autoriser la prise en charge par l'assurance maladie des actes de soins prescrits par les médecins scolaires et les médecins exerçant dans les services de protection maternelle et infantile (PMI)

Compte tenu du constat alarmant dressé de l'état de la médecine scolaire (voir 1.3.7.1), chacun a pu se féliciter du vote de la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. Ce texte vient notamment rappeler que les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale : « *Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. À ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.* »

La même loi réaffirme que « *l'action des personnels sociaux et de santé de l'éducation nationale constitue un outil majeur de lutte contre les inégalités sociales de santé et de prévention précoce des difficultés des élèves et du décrochage scolaire. Cette action s'exerce en collaboration avec l'ensemble des personnels de la communauté éducative et les partenaires de l'école* ».

La portée pratique de ces dispositions risque toutefois d'être limitée par deux obstacles : le premier, qu'il n'appartient pas à la mission de traiter dans ce cadre, résulte du manque criant de moyens humains pour mener à bien l'ensemble des missions de la médecine scolaire. Cette situation appelle véritablement un sursaut de la part des pouvoirs publics, compte tenu aussi des délais nécessaires au recrutement et à la formation de médecins scolaires et personnels d'appui.

Le second obstacle tient aux suites données et donc à l'efficacité des dépistages réalisés par les médecins scolaires et, par analogie, par les médecins exerçant en service de PMI.

Des progrès ont pu être accomplis ces dernières années, dans le cadre par exemple d'un partenariat entre les deux ministères concernés sur le suivi et le recours au système de soins pour les enfants repérés comme porteurs de problèmes de santé lors du bilan de santé de la 6^e année⁹⁹, suivi se traduisant par un avis écrit aux familles et une demande de retour d'information sur la consultation et la mise en place éventuelle de soins. Mais ce type de mesure trouve vite ses limites s'agissant des familles qui sont le plus en difficulté : difficultés financières, culturelles, d'accès aux structures de soins, information inadaptée aux familles...

La mission propose d'utiliser un levier complémentaire en levant les obstacles réglementaires empêchant à l'heure actuelle les médecins scolaires et, par analogie, les médecins des services de PMI de prescrire des soins pris en charge par l'assurance maladie, incluant des soins spécialisés contribuant à traiter les troubles de l'apprentissage, comme les bilans orthophoniques.

⁹⁹ Mesure prise suite à la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

PROPOSITION n°33

Instaurer un bilan de santé gratuit pour tous les nouveaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et leurs ayant-droits.

La mission demande que soient généralisée, au profit des nouveaux bénéficiaires de la CMU-c et leurs ayant-droit, la possibilité de bénéficier d'un bilan de santé gratuit tel que la Mutualité sociale agricole (MSA) en propose, notamment en milieu rural, à tous ses adhérents identifiés comme étant en rupture avec le système de soins. Le médecin généraliste est préalablement informé par la caisse du contexte spécifique à son patient. Un bilan dentaire est également possible dans les mêmes conditions. Un suivi est systématiquement assuré par le service social de la caisse qui peut également proposer des ateliers d'éducation en santé adaptés à ces populations.

Le recours aux médecins généralistes est à privilégier par rapport aux centres d'examens de santé gérés par l'assurance maladie elle-même. D'une part, il contribue au retour vers le droit commun du parcours de soins pour ces personnes qui en sont parfois très éloignées ; d'autre part, il permet d'orienter de façon décisive la suite du parcours, y compris sur les aspects financiers et tarifaires.

PROPOSITION n°34

Substituer au paiement à l'acte des modes de rémunération forfaitaires pour les professionnels de santé et structures prenant en charge des personnes en situation de précarité.

Une demande croissante d'aménagement du mode de rémunération traditionnel de l'acte médical s'est exprimée ces dix dernières années sous l'effet conjugué de deux facteurs : d'une part, le développement de l'exercice regroupé, lequel correspond aux aspirations de plus en plus de professionnels de santé, notamment les plus jeunes ; d'autre part, le vieillissement de la population et le développement de pathologies chroniques, l'accent mis sur la prévention et l'éducation à la santé également, font évoluer les prises en charge et appellent des réponses innovantes. C'est bien entendu le cas également de la prise en charge des personnes en situation de précarité, laquelle est complexe, multifactorielle et demande du temps.

Pour ces différents types de raisons, le paiement à l'acte est apparu inadapté et la décision a été prise dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹⁰⁰ d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération (NMR).

L'expérimentation porte en réalité sur quatre dispositifs, dont deux ont effectivement débuté :

- un module « missions coordonnées », dit NMR1, consistant à rémunérer, en sus du paiement à l'acte, les missions de management de la structure afin de valoriser le temps passé à la coordination et à la concertation ;
- un module dit NMR2, axé sur les nouveaux services aux patients, parmi lesquels l'éducation thérapeutique ou l'organisation des sorties d'hospitalisation.

Les deux autres dispositifs concernent d'une part la rémunération des coopérations entre professionnels de santé (transferts d'actes de soins entre professionnels), d'autre part la substitution, à tout ou partie du paiement à l'acte, d'un forfait soit à la pathologie soit par patient.

L'intérêt pour la prise en charge des personnes vulnérables est évident compte tenu à la fois du profil de ces personnes, de leur rapport au système de soins et à la santé et des besoins déjà évoqués en termes de prévention et d'éducation à la santé. Il est d'ailleurs prévu que le forfait versé au titre du module NMR1 soit modulé en fonction de la précarité de la patientèle afin de prendre en compte les efforts particuliers nécessaires à la prise en charge de ces patients : un coefficient dit de « sur-précarité » est appliqué au forfait suivant l'écart, par rapport au taux nationaux de bénéficiaires de l'AME et de la CMU-c, des taux constatés sur le site expérimentateur. D'autres modulations du forfait NMR1 sont possibles pour tenir compte par exemple de la mise en œuvre d'actions de santé publique relevant de la prévention, de la promotion de la santé ou de l'éducation à la santé (exemple : organisation de séances de sensibilisation à la lutte contre l'obésité).

La mission souscrit pleinement à cette approche, à la fois dans son principe et dans ses modalités pratiques. Elle a pu constater, au fil de ses contacts avec des structures d'exercice regroupé l'intérêt des professionnels pour ces nouveaux modes de rémunération et partage leur souhait de voir l'expérimentation, initialement prévue pour 5 ans, déboucher rapidement sur une mise en œuvre pérenne et à grande échelle.

¹⁰⁰ L'expérimentation rendue possible par l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, complétée par le décret n°2009-474, devait théoriquement durer 5 ans à partir de janvier 2008. Or, elle n'a débuté en réalité qu'en janvier 2010, avec une montée en puissance au 1^{er} janvier 2011. Une disposition du PLFSS 2012 a décidé une prolongation d'une durée supplémentaire.

PROPOSITION n°35

Mieux former les professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Il a été souligné à plusieurs reprises dans la première partie du présent rapport combien les professionnels de la santé et du social pouvaient se trouver en difficulté face aux patients en situation de précarité ; combien également la souffrance psychique découlant de parcours de vie chaotiques pouvait peser sur l'accès aux soins et à la santé.

Au-delà de la méconnaissance par une partie du corps médical de dispositifs particulièrement complexes et évolutifs, la question qui se pose est celle de l'attitude à adopter face à des situations humaines dramatiques et l'accumulation de difficultés dépassant largement le cadre de la santé.

Or cette attitude, tout comme la compréhension des problèmes sociaux, conditionne très largement l'adhésion du patient à la démarche de soins, et partant, l'efficacité des traitements proposés.

La mission se félicite à cet égard de la publication récente de travaux universitaires insistant justement sur l'intérêt pour le médecin traitant de se pencher sur la situation sociale de ses patients¹⁰¹ et de la publication prochaine, sous l'égide du collègue de la médecine générale, de recommandations à l'usage des médecins (« *pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient en médecine générale ?* »).

La mission propose plusieurs axes de réforme de la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social :

- **intégrer à la formation initiale des médecins**, de préférence au début du troisième cycle, **un module commun obligatoire** portant sur l'accès aux soins des plus démunis, et notamment : les inégalités sociales de santé, la compréhension des spécificités de ces personnes en matière d'accès aux soins et de rapport à la santé, les attitudes thérapeutiques à adopter et la connaissance des dispositifs d'aide ;
- **développer les possibilités de stage** des professionnels de santé en formation auprès des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), des centres de santé et structures d'exercice regroupé et coordonné, en levant les freins tenant aux modalités de rémunération des maîtres de stage ;
- faire figurer l'accès aux soins des plus démunis d'une part, les liens entre précarité et santé mentale d'autre part, **parmi les priorités du développement professionnel continu (DPC) pour 2014** ;
- mobiliser les facultés de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les instituts régionaux du travail social (IRTS) sur l'organisation de sessions de **formations croisées** sur les questions de précarité entre les étudiants en médecine, les élèves assistants de service social et les élèves infirmiers.

¹⁰¹ Voir notamment la thèse de doctorat en médecine présentée par le docteur Sophia CHATELARD : *Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature* - Faculté de médecine de Grenoble – décembre 2011.

La mission insiste sur l'effet très bénéfique que ces formations croisées pourraient avoir en termes d'émergence d'une culture commune de prise en charge des personnes fragiles. L'organisation prévue en 2014 d'**états généraux du travail social** constitue une opportunité de croiser les problématiques sanitaires et sociales.

2.7 Améliorer la gouvernance du système et favoriser l'innovation (propositions 36 à 40)

PROPOSITION n°36

Faciliter les démarches des porteurs de projets mobilisant plusieurs sources de financements ou contribuant à la mise en œuvre de politiques relevant de plusieurs ministères (logement, action sociale, transports, culture, éducation, santé, ...).

La mission a pu prendre la mesure, au travers de ses visites de terrain et auditions, des difficultés auxquelles sont confrontés les porteurs de projets relevant de plusieurs politiques publiques et/ou mobilisant plusieurs sources de financement.

Au-delà des heures passées, par des professionnels dont la vocation première est le soin ou l'accompagnement social, à élaborer ces projets puis à obtenir le soutien des administrations, la difficulté finit par rejaillir sur la situation des acteurs eux-mêmes, dès lors que leurs contrats de travail et leurs salaires sont suspendus à la reconduction de financements non pérennes.

Le programme « Un chez soi d'abord », exemple de démarche transversale dans le champ de la santé d'une part, de la politique du logement d'autre part, en offre une bonne illustration.

« Un chez soi d'abord »

L'expérimentation « Un chez soi d'abord » a été lancée par les ministères chargés de la santé et du logement en 2010, pour 3 ans et sur quatre sites (Paris, Lille, Toulouse et Marseille), dans la lignée des expériences anglo-saxonnes du « Housing First » et du rapport du Dr Vincent Girard sur la santé des personnes sans chez soi (novembre 2009). Des expérimentations comparables ont lieu concomitamment dans une dizaine de métropoles européennes.

À Lille, l'expérimentation a véritablement démarré en septembre 2011, avant une extension au « Grand Lille » et à Tourcoing en septembre 2012.

L'expérimentation a pour objet d'évaluer les effets, sur la situation de personnes en grande précarité, de l'octroi d'un logement sans contrepartie particulière, assorti d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire.

Sélectionnés au regard de critères précis, les bénéficiaires du programme ont en commun de souffrir de troubles psychiatriques sévères et d'avoir connu un épisode plus ou moins long de vie dans la rue. Ces deux critères induisent une grande diversité de situations, où se retrouve toutefois des comportements addictifs (drogues, alcool) et un recours limité au système de soins et presque exclusivement en urgence.

L'idée sous-jacente est que les réponses traditionnelles sont inefficaces quand les difficultés se cumulent (maladie, logement, emploi, ...). Ce type d'intervention a vocation à « combler les trous de la passoire ».

L'accompagnement réalisé par l'équipe dédiée se traduit par des visites à fréquence variable et porte sur tous les actes de la vie quotidienne (ménage, courses, démarches administratives, etc.). L'équipe comporte 2 « médiateurs de santé pairs » qui ont connu la rue, la maladie psychiatrique ou l'addiction et font bénéficier les personnes accompagnées de leur « savoir expérimental ».

Ces médiateurs ont reçu une formation spécifique et ont pu se raccrocher au programme expérimental de formation de médiateurs organisé par l'université Paris VIII (financement CNSA – DGS, sus l'égide du psychiatre Jean-Luc Rolland).

En terme de bilan provisoire, la mission a constaté lors de sa rencontre avec l'équipe du programme lillois :

*- que les 64 bénéficiaires du programme lillois sont toujours inclus dans le programme (seuls 8 d'entre eux ont dû changer de logement du fait de troubles de voisinage ou de logement inadapté, etc...). **Il y a donc bien un effet positif de « stabilisation géographique » ;***

- que les bénéficiaires vont mieux, retrouvent une forme de liberté (le programme illustre la notion anglo-saxonne de « recovering », c'est-à-dire de « rétablissement » : retrouver de l'espoir, améliorer sa qualité de vie, redonner un sens à sa vie, reprendre sa vie en main).

Pour autant, il est clair que le logement ne suffit pas et qu'un accompagnement intensif et très personnalisé doit être déployé.

Source : Equipe projet de Lille

Ainsi, en dépit d'objectifs clairs, d'un portage politique fort, de moyens budgétaires conséquents et d'un souci constant d'évaluation des résultats obtenus, les acteurs du programme doivent faire face, à quelques mois de l'échéance, à une totale incertitude sur la poursuite ou non de l'opération, avec des conséquences tout à fait problématiques sur la situation des personnes accompagnées d'une part, sur la situation professionnelle des intervenants d'autre part.

Derrière ces difficultés, c'est la question de la transversalité des politiques qui se pose : le discours officiel, ces politiques insuffisamment coordonnées, viennent buter sur le caractère multidimensionnel et cumulatif des facteurs d'exclusion et de pauvreté, lequel implique de mobiliser simultanément plusieurs leviers (santé, emploi, logement, politique scolaire, etc.). Il revient aux agences régionales de santé d'y veiller, en étroite concertation avec leurs partenaires et avec les opérateurs, de façon à imposer à l'action publique une vision large et transversale des inégalités sociales de santé.

Si le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale manifeste un souci louable d'amélioration de la coordination et de la gouvernance des interventions à l'échelon local, il n'en relève pas moins d'une construction « en tuyaux d'orgues » que seul un pilotage interministériel dynamique et constant permettra de surmonter tant il est le reflet du fonctionnement actuel des administrations centrales. La mission ne peut que souscrire au souci manifesté dans le cadre de ce Plan d'une part de mobiliser les préfets sur la coordination des différents intervenants dans le champ de la précarité, d'autre part de fédérer, décloisonner et rendre lisible l'ensemble des dispositifs existants.

PROPOSITION n°37

Élire ou désigner des représentants des personnes en situation de précarité à tous les niveaux dans les instances de concertation.

La mission salue l'initiative qui a consisté à créer au sein du CNLE, un collège spécifique (dit « huitième collège ») composé de représentants d'usagers en situation de pauvreté ou de précarité, et dont chacun s'accorde à souligner la contribution de valeur aux travaux ayant conduit au Plan pluriannuel.

Il est souhaitable que cette initiative irrigue, suivant des modalités à définir, les autres échelons de concertation, autour des ARS en particulier.

Un engagement a d'ailleurs été pris en ce sens dans le cadre du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, lequel prévoit de développer sur de larges bases la participation des personnes en situation de pauvreté et de précarité à l'élaboration et au suivi des politiques publiques. Il s'agit par exemple de favoriser les contacts entre personnes en situation précaire et services publics et de promouvoir des méthodes de co-construction et d'évaluation participatives.

PROPOSITION n°38

Créer au sein des conférences de territoire placées auprès des agences régionales de santé une commission départementale de l'accès aux soins.

Les difficultés d'accès aux soins sont aujourd'hui mal évaluées au niveau national. Qui plus est, elles varient sensiblement selon les départements, dont les caractéristiques territoriales, socio-économiques ou liées à la démographie médicale peuvent avoir une influence importante sur cette question.

La mission propose de constituer, au sein des conférences de territoires instituées en 2009 pour mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique¹⁰², une commission d'accès aux soins chargée spécifiquement de cette question. Compte tenu du découpage en territoires adopté par la majorité des ARS, cette commission sera, sauf exception, départementale.

La commission de l'accès aux soins se réunirait au moins trois fois par an et aurait pour mission d'étudier les difficultés d'accès aux soins dans le département, notamment :

- l'ampleur et les motifs du non-recours, et notamment les difficultés administratives concrètes rencontrées par les patients et les professionnels de la santé ;

¹⁰² Article L 1434-17 du code de la santé publique.

- le nombre et les motifs des refus de soins ;
- le nombre et les motifs des renoncements aux soins.

Concernant le fonctionnement de cette commission, la mission propose en outre que les caisses locales d'assurance maladie participent à ses travaux, que les patients puissent saisir des difficultés rencontrées, enfin qu'elle transmette à l'ARS un rapport annuel public sur l'exercice de sa mission.

La mission propose enfin qu'un tiers au moins des membres de cette commission émanant de la conférence de territoire soit constitué de représentants désignés parmi des associations intervenant dans le champ de la précarité et de la lutte contre l'exclusion.

Cette commission de l'accès aux soins peut constituer un puissant levier au service de la démocratie sanitaire, en objectivant et en favorisant la résolution de difficultés qui relèvent trop souvent encore du non-dit.

PROPOSITION n°39

Dégager, sur le fonds d'intervention régional (FIR), une ligne dédiée à la « santé communautaire », afin de favoriser l'implication directe de la population et d'en assurer un financement plus pérenne.

La « santé communautaire » est habituellement définie en référence à trois critères¹⁰³ : le fait de travailler avec un groupe (population d'un quartier par exemple), de mobiliser tous les acteurs concernés pour et avec ce groupe, enfin de créer les conditions pour informer et impliquer tous ces acteurs, ce dernier critère conditionnant largement l'efficacité et la pérennité de la démarche.

Très ancrée dans certains pays comme la Belgique, le Canada (province du Québec) ou le Brésil, la santé communautaire se heurte en France à trois obstacles : le mot « communautaire » lui-même (une confusion lui donne souvent à tort le sens de « communautarisme »), une définition restrictive de la santé et la tendance à la réduire aux soins curatifs, et enfin la difficulté, compte tenu de l'éclatement et du cloisonnement des structures mais aussi d'enjeux de pouvoir locaux, à faire travailler ensemble toutes les forces d'un quartier ou d'une zone d'action.

Pour autant, de nombreuses initiatives sont prises et en particulier dans des zones où la population en situation de précarité est majoritaire. Il s'agit par exemple d'ateliers de sensibilisation sur des thématiques de prévention ou d'éducation à la santé, ateliers mobilisant, aux côtés des professionnels de santé, des « patients experts » (expérience de la « maison de santé dispersée », quartier de Lille Moulins). L'intervention concomitante de médiateurs facilite la communication et l'adhésion des publics visés par ces actions, tout en favorisant la prise en compte des « savoirs profanes ».

Aussi la mission préconise t'elle de donner officiellement à ces initiatives de terrain, après des années de tâtonnements, un cadre et des opportunités de financement. Plusieurs agences régionales de santé ont d'ailleurs pris les devants en identifiant des priorités relevant de la santé communautaire dans leur programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). La mission propose que ces initiatives fassent l'objet d'une capitalisation, d'un suivi et d'une évaluation, et qu'une fraction du FIR, fut-elle modeste dans un premier temps, soit dédiée à leur financement.

¹⁰³ Source : Institut RENAUDOT.

PROPOSITION n°40

Créer par extension du fonds d'intervention régional (FIR) un fonds de soutien à l'innovation pour encourager la créativité sociale et favoriser l'émergence de nouveaux métiers.

Dans un système désorienté par la montée en puissance de la précarité et de l'exclusion, il revient aux professionnels en prise directe avec le terrain, médecins ou travailleurs sociaux, d'imaginer de nouvelles réponses efficaces et adaptées aux caractéristiques de ces personnes fragiles.

Or le « droit au bricolage » revendiqué par certains d'entre eux s'accommode mal des mécanismes actuels d'allocation des financements. C'est tout particulièrement le cas des organisations reposant sur de nouveaux métiers dont il va falloir démontrer l'utilité aux pouvoirs publics et solliciter année après année le financement dans l'attente d'une véritable reconnaissance dans le système de formation.

Les métiers de la médiation et de « l'aller vers » au sens large en offrent une bonne illustration : alors même que leur utilité n'est plus à démontrer pour créer du lien entre les habitants d'un territoire, les professionnels et les institutions, alors même également que leurs missions sont de plus en plus précises¹⁰⁴, ils peinent à trouver une vraie place parmi les métiers du soin et du travail social. Là où les administrations et organismes d'assurance maladie réussissent, grâce à une forte volonté politique, à identifier ces fonctions par redéploiements internes (voir en particulier les expériences « d'opérateur de territoire » à la ville de Nantes ou de « délégué social » à la CPAM de l'Artois), les acteurs de terrain bénéficient au mieux de financements ponctuels et non pérennes ne permettant pas un fonctionnement satisfaisant et tout à fait inacceptables au plan humain.

Il y a là pourtant une vraie richesse, un potentiel de créativité sociale, à l'image de ces associations qui apportent au quotidien une contribution innovante à la lutte contre la précarité dans les zones difficiles ; il faut encourager ces initiatives et les articuler avec l'action publique.

La mission propose donc qu'un fonds dédié à l'innovation soit identifié au sein du fonds d'intervention régional de façon à permettre à chaque agence régionale de santé de s'engager de façon plus volontariste dans le soutien de ces initiatives, indépendamment des financements alloués aux structures et autres opérateurs. Une capitalisation de ces initiatives pourrait être menée à l'échelon national avec l'objectif, au moins pour les nouveaux métiers, de faire accélérer l'adaptation du dispositif de formation.

L'association communautaire « Santé Bien-être » (ACSBE) de Saint-Denis

Le quartier Franc-Moisin / Bel-Air à Saint-Denis est une zone urbaine sensible (ZUS) d'environ 10 000 habitants. Les problèmes médicaux, sociaux et administratifs y sont intriqués : difficultés d'accès ou méconnaissance des droits à l'AME et à la CMU-C, faible accès à la prévention et aux dépistages, importants problèmes de surpoids, d'obésité ou de diabète, retards dans les suivis médicaux, incompréhension compliquée entre médecin et le patient qui complique le diagnostic et l'observance de la prescription, etc.

¹⁰⁴ Voir par exemple : LACAZE Didier et PATRIS Catherine – *L'accès aux soins dans les zones urbaines sensibles* – IGAS – avril 2005.

Depuis plus de 20 ans, l'association communautaire « Santé Bien-être » (ACSBE) s'est donnée pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre un « projet santé » sur le quartier, grâce à une démarche communautaire.

L'ACSBE propose ainsi un accompagnement réalisé par des médiatrices de santé dans l'accès aux droits et aux soins, mais aussi au bien-être, grâce à des ateliers collectifs de prévention et promotion de la santé. Une musicothérapeute est également présente et assure des ateliers collectifs et/ou des séances individuelles de relaxation et expression musicales.

L'ACSBE, dans la poursuite de ses objectifs et face au départ imminent des médecins généralistes du quartier, a ouvert un centre de santé communautaire en octobre 2011, projet réfléchi et élaboré avec les habitants et les futurs médecins.

Ainsi, les cinq médiatrices santé et la musicothérapeute ont été rejointes par cinq médecins généralistes. L'articulation soins-médiation est un point central de ce projet et a donc été particulièrement travaillé.

Un programme thérapeutique du patient diabétique par un binôme médecin-médiatrice existe également, qui s'appuie sur :

- une expérience ancienne de co-construction et de coopération entre professionnels de santé, association et habitants « patients » ;*
- un renforcement des compétences de l'équipe en ETP (formation agréée des médecins et médiatrices) ;*
- l'apport de nouvelles compétences : diététicienne et éducateur sportif.*

Le binôme médecin-médiatrice reçoit le patient en entretien diagnostique individuel puis co-anime les ateliers en groupe (8 à 10 patients). La médiatrice accompagne le groupe sur l'ensemble du programme permettant ainsi d'avoir un « fil-rouge », de faire le lien et d'abaisser les barrières médecin-patient en adaptant le discours médical aux réalités du patient.

Source : Source: <http://acsbe.asso.fr>

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

CABINETS MINISTÉRIELS

Ministère des affaires sociales et de la santé

Gabriel Attal, conseiller parlementaire

Vincent Beaugrand, conseiller chargé des soins de premier recours et des professionnels de santé libéraux

Agnès El Majeri, conseillère chargée de la lutte contre les exclusions sociales

Ministère de la Justice

Sandra Reviriego, conseillère Parlementaire

Julien Wattebled, conseiller pénitentiaire

Ministère des Droits des femmes

Sophie Buffeteau, conseillère technique en charge de l'évaluation et de la recherche

Léa Guillebaud, conseillère parlementaire

Ministère des Outre-mer

Sandrine Odoul Piroue, conseillère technique santé

Sylvie Germain, directrice du département affaires sociales à la Délégation générale à l'Outre-Mer

Ministère délégué chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion

Delphine Prady, conseillère en charge des politiques de solidarité et des minimas sociaux

Benjamin Foissey, conseiller parlementaire

ADMINISTRATIONS

ARS Guadeloupe

Mireille Villaume, directrice générale

ARS Île-de-France

Claude Evin, ancien ministre, directeur général

Laurent Castra, directeur de la santé publique

Isabelle Chabin-Gibert, référente "Cohésion Sociale"

Luc Ginot

ARS Martinique

Christian Ursulet, directeur général

Contrôleur général des lieux de privation des libertés

Jean-Marie Delarue, contrôleur général

Défenseur des droits

Fabien Dechavanne, directeur de département accès aux biens et services

Antoine Grézaud, directeur de cabinet du Défenseur des droits

Richard Senghor, secrétaire général du Défenseur des droits

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées

Monsieur le préfet Alain Régnier, délégué interministériel

DGCS - Direction générale de la cohésion sociale

Sabine Fourcade, directrice

Marie-France Cury, cheffe du bureau accès aux droits et économie sociale et solidaire

DGOS – Direction générale de l'organisation des soins

Denise Bauer, chargée de mission sur les questions de précarité

Patrick Pourias, sous-direction de la régulation de l'offre de soins

DGS – Direction générale de la santé

Nathalie Goyaux, chargée du dossier santé/précarité

DSS - Direction de la Sécurité Sociale

Jean-Benoît Dujol, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Olivier Bachellery, chef du bureau de l'accès aux soins

Fonds CMU

Jean-François Chadelat, président d'honneur

Raphaëlle Verniolle, directrice par interim

ONPES – Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale

Didier Gelot - secrétaire général

Michel Legros - membre de l'ONPES, vice président du conseil des formations à l'EHESP

Programme « Un chez soi d'abord » (Lille)

Dr Emma Beetlestone, médecin psychiatre

Emmeline Daquet, assistance sociale

Dr Pascale Estécahandy, coordinatrice nationale du programme pour la DIHAL

Grégory Lefranc, infirmier

Pauline Renther, en charge du volet recherche

Olivier Vilt, Coordinateur / responsable de l'équipe dédiée

Philippe, bénéficiaire du programme

SGMAP - Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique

Madame Virigine Guy-Lagoutte, cheffe du service particuliers - département innovation, *chargé du suivi de l'expérimentation Loire-Atlantique/ Seine-et-Marne*

Quentin Derache, chef de projet au service innovation - département particuliers

Anne-Laure Michon, chargée de mission

Expérimentation en cours en Loire Atlantique

Mme Elisabeth Lefranc, adjointe au maire de Nantes

Alain Robert, vice-président du conseil général de Loire-Atlantique

Jean-Gabriel Delacroy, sous-préfet de la Loire-Atlantique

Hervé Domas, directeur adjoint chargé de la production et de l'accueil à la CPAM de Loire-Atlantique

Lydie Joulain, conseillère au cabinet du président du conseil général de Loire-Atlantique

Jérôme Jumel, chargé de mission au conseil général de Loire-Atlantique

Michel Lorant, directeur des solidarités pour la ville de Nantes

Expérimentation en cours en Seine-et-Marne

Giovanna Brunet, présidente du Secours catholique de Seine-et-Marne

Martine Cervo-Jouaire, caisse d'allocations familiales de Seine-et-Marne

Pierre-Jean Dalleau, directeur clientèle et accès aux droits à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne

Catherine Haas, directrice territoriale déléguée Pôle emploi, secteur nord Seine-et-Marne

Mireille Humbert, vice-présidente et directrice départementale des actions sociales de la Croix Rouge française de Seine-et-Marne
 Lucienne Saby, Secours populaire de Seine-et-Marne
 Philippe Sibieud, directeur départemental de la cohésion sociale de Seine-et-Marne

PERSONNALITÉS

François Chérèque, inspecteur général des affaires sociales, chargé du suivi du plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté

Alain Cordier, président de la HAS et président du comité des sages de la stratégie nationale de santé
 Pr André Grimaldi, diabétologue à la Pitié-Salpêtrière - APHP

Michel Legros, rédacteur du prérapport santé de la conférence interministérielle de lutte contre la pauvreté

Annick Morel, inspectrice générale des affaires sociales, présidente du HCAAM (haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), en mission sur la généralisation de la complémentaire santé

ASSURANCE MALADIE

CNAMTS - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Frédéric van Roekeghem, directeur général

Olivier de Cadeville, directeur délégué aux opérations

Véronika Levendof, responsable de la mission relations avec le Parlement et veille législative

Sophie Martinon, directrice de cabinet

CPAM du Calvados

Bernard Thomasse, président

Corinne Lesouef, déléguée sociale CPAM du Calvados

CPAM du Nord-Pas-de-Calais

René Corne, président de la CPAM Roubaix/Tourcoing

Monsieur Dusart, président de la CPAM de Lille

Madame Vautrin, présidente de la CPAM Artois

Alain Treutenaere, président de la CPAM de la côte d'Opale

Monsieur Bocquet, directeur de la CPAM de l'Artois

Solène Carré, directrice employeurs et santé publique à la CPAM Artois

Gilles Lambert, responsable accueil à la CPAM Artois

Martine Liebert, responsable de l'échelon local du service social – CARSAT

Jean-Luc Lottegier, directeur de la relation avec les assurés à la CPAM Artois

Monsieur Quiniou, directeur de la CPAM de la côte d'Opale

Madame Tourtelot, responsable de l'échelon local du service social – CARSAT

CPAM de Seine-Saint-Denis

Pierre Albertini, directeur

Régine Becis, chargée de mission, directrice générale adjointe, direction de la régulation

CPAM de Nîmes

Christian Fatoux, directeur

COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

FNMF – Fédération nationale de la mutualité française

Agnès Bocognano, directrice déléguée à la santé

Marianne Byé, responsable développement environnement assurance santé

Vincent Figureau, responsable du département des relations institutionnelles

LMDE – La Mutuelle des étudiants

Julien Faure, directeur de la santé/prévention à la mutuelle

François Galiay, administrateur délégué en charge de la protection sociale

Karl Stoeckel, secrétaire général de la LMDE

Mutuelle de l'association Aides

Adeline Boitet, cabinet Boitet

Cécile Chaussignand, coordinatrice départementale d'Aides Bouches-du-Rhône

Hervé Déan, cabinet Boitet

Adeline Toullier, en charge du plaidoyer chez Aides

Mutuelle fondée par ATD Quart Monde

Huguette Boissonat, directrice du département santé ATD quart-monde

Marion Del Sol, professeure de droit à Rennes, directrice adjointe du laboratoire IODE à Rennes, qui est leur conseil

Madame Grard, vice présidente du mouvement ATD Quart-Monde

Marie Ramel, assistante

David Riboh, responsable réseau de la mutuelle SMI

Marie-France Zimmer, administratrice du Mouvement ATD Quart-Monde

Fédération des Mutuelles de France

Jean-Paul Benoît, président

Laurent Eveillard, directeur

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Collectif PASS

Docteur Claire Georges, présidente du collectif PASS

Denis Mechiali, médecin au sein de la PASS de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis)

FEHAP - Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

David Causse, coordonnateur du pôle santé-social et directeur du secteur sanitaire

FHF - Fédération Hospitalière de France

Dr Christine Bara, conseillère médicale au sein du POSMS

René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale

FHP – Fédération de l'hospitalisation privée

Jean Loup Dourousset, président de la fédération de l'hospitalisation privée

Anthony Fremondière, directeur du développement et des relations institutionnelles

Hôpital Avicenne – APHP (Bobigny)

Pr Yves Cohen, président de la commission médicale d'établissement (CME) locale

Pr Frédéric Adnet, chef du pôle Accueil Urgences Imagerie

Dominique de Wilde, directrice du groupe hospitalier Paris-Seine-Saint-Denis, APHP

Frédéric Espenel, directeur de l'hôpital Avicenne APHP

Mme Bensalah, assistante sociale du service des urgences
 Lynda Blehia, responsable de la maison d'information en santé
 Dr Brouard, responsable médical PASS Avicenne
 Dr Denantes, médecin au sein de la PASS de l'hôpital Avicenne
 Dr Geraeert, médecin PASS Avicenne
 Mme Gicquel-Benade, cadre supérieur socio-éducatif, PASS de Jean Verdier
 Laure Fallon, directrice adjointe en charge des affaires médicales, de la stratégie et de la recherche
 Dr Lilia Hamza, praticien hospitalier du service des urgences
 Laure Kabaseli, responsable des admissions, hôpital Jean Verdier
 Sylvie Lariven, directrice adjointe chargée de la qualité et des droits des usagers du groupe hospitalier
 Monique Le Hebel, chargée des relations avec les usagers, hôpital Avicenne
 Timothée Mantz, directeur des affaires financières du groupe hospitalier
 Cécile Parizel, responsable facturation du groupe hospitalier
 Ghislaine Pinet-Ribeiro, cadre supérieur socio-éducatif, PASS d'Avicenne
 Évelyne Trillard, responsable des traitements externes, hôpital Avicenne

Hôpital Bichat – APHP (Paris)

Pr Enrique Casalino, chef de pôle et du département des urgences de l'hôpital Bichat, Beaujon et du SMUR de Beaujon, président de la collégiale des urgentistes de l'APHP
 Christophe Choquet, médecin urgentiste responsable médical des urgences de l'hôpital Bichat
 Annabel Olliver, assistante sociale de la PASS des urgences de Bichat

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

FNCS - Fédération nationale des centres de santé

Céline Legendre, membre du bureau de la FNCS et directrice administrative des centres de Saint-Ouen
 Docteur Alain Lesieur, médecin généraliste au centre de santé d' Arcueil (94), conseiller technique à la FNCS, chargé des relations avec les partis politiques, groupes parlementaires, conseils généraux et régionaux
 M. Guirec Loyer, secrétaire général adjoint, médecin directeur d'un centre de santé à Bezons dans le 95

La Place Santé (Cité des Francmoisis, Saint-Denis)

Dr Didier Ménard, fondateur
 Mme Hélène Zitoune, co-directrice du centre de santé
 Mme Zahia Bensekhri, médiatrice santé

Maison de santé dispersée de Lille Moulin

Dr Messaadi, médecin généraliste
 Dr Bertrand Riff, médecin généraliste
 Mme Schaubroeck, secrétaire et médiatrice santé

Médecine scolaire

Dr Jocelyne Grousset
 Dr Corinne Vaillant, secrétaire générale du SNMSU-UNSA éducation

Médecine du travail

François Desriaux, rédacteur en chef du magazine *Santé et Travail*
 Marie Pascual, médecin du travail

Conseil national de l'ordre des médecins

Dr André Deseur, président de la section de l'exercice professionnel
 M. Francisco Jornet, conseiller juridique

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

Dr Pierre Lansade, secrétaire général

Syndicats médicaux

Dr Claude Bronner, fédération des médecins de France (FMF)

Dr Marie-Hélène Certain, vice-présidente de MG France

Dr Michel Combier, président de l'union nationale des omnipraticiens français-confédération des syndicats médicaux français (UNOF-CSMF)

Dr. Philippe Cuq, co-président du BLOC

Dr Eric Henry, secrétaire général du syndicat des médecins libéraux (SML)

Dr Claude Leicher, président de MG France

Dr Jean-Michel Mathieu, fédération des médecins de France (FMF)

Dr Jacques Niney, vice-président du CSMF

Dr Rua, président du SML

Union nationale des réseaux de santé

Bernard El Ghozi, vice président de l'union nationale des réseaux de santé, médecin généraliste et hospitalier à Créteil

COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Atelier Santé-Ville de Saint-Denis (93)

Christine Davoudian, médecin de PMI à Saint-Denis, copilote ASV de l'axe santé précarité de la maison de la santé

Caroline Kiaya, coordinatrice de l'Atelier Santé-Ville de Saint-Denis, directrice de la maison de la santé

Virginie Le Torrec, maire adjointe de Saint-Denis à la santé, membre du conseil d'administration de la maison de la santé

Marie-Anne Mazoyer, référent santé quartiers à la Ville de Saint-Denis, copilote ASV de l'axe santé précarité de la maison de la santé

Mission locale de Bobigny

Mme Khadija Tachfine, conseillère référente santé

Ville de Montreuil

Dominique Voynet, ancienne ministre, maire de Montreuil

Région Île-de-France

Laure Lechatellier, vice-présidente du conseil régional Île-de-France, chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

Région Rhône-Alpes

Alain Chabrolle, vice-président santé du conseil régional Rhône-Alpes, délégué à la santé et à l'environnement

UNCCAS - Union nationale des centres communaux d'action sociale

Maëla Castel, conseillère technique sur les questions d'exclusion

Jean-François Célier, vice-président de l'UNCCAS

CCAS de Nantes

Mme Élisabeth Lefranc, vice-présidente du CCAS, adjointe déléguée à la coordination des politiques de solidarités, aux personnes âgées et à l'insertion sociale

Nathalie Legeas, référente de territoire rattachée au pôle développement social territorial de la direction des solidarités sur la mise en place du lien avec le centre d'examen de santé

Frédéric Loussouarn, responsable du secteur EST rattaché au pôle développement social territorial de la direction des solidarités

Sophie Massoneau, opératrice rattachée au pôle développement social territorial de la direction des solidarités

Hélène Rémigéreau, coordinatrice du pôle relation usagers et accès aux droits de la direction des solidarités sur l'instruction pratique et les freins repérés

USAGERS DU SYSTEME DE SANTÉ

8e collège du Comité interministériel de lutte contre la pauvreté

Khalid Alaoui

George Cuvellier

Jean-François Krzyzaniak

Djemila Mahmoudi

Bernadette Silliau

CHERCHEURS

DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

M. Renaud Legal, chef du bureau dépenses de santé et relations avec l'assurance maladie

FNORS

François Michelot, coordinateur

André Ochoa, président et directeur de l'ORS Aquitaine

IRDES

Paul Dourgnon, maître de recherche et responsable de l'unité précarité et santé

ODENORE (observatoire du non-recours aux droits et services)

Philippe Warin, responsable scientifique

SYNDICATS

Fédération CGT santé et action sociale

Christophe Prudhomme

Fédération des personnels des services publics et des services de santé FO

Didier Bernus, secrétaire général

Fédération CFE-CGC santé social

Monsieur Thierry Petyst de Morcourt

Docteur Roger Salbreux

Hervé Viennet

Fédération SUD santé sociaux

Patricia Garcia, secrétaire générale

Jean Vignes, secrétaire général adjoint

ASSOCIATIONS

Advocacy France

Claude Deutsch, secrétaire général
Bernard Meile, usager et membre de l'association

AIDES

Théau Brigand, plaidoyer accès aux droits
Cécile Chaussignand
Adeline Toullier, responsable du soutien juridique et social

APAJH - Association pour adultes et jeunes handicapés

Jean-Louis Garcia, président

AVIH - Association ville hôpital, Seine-et-Marne

Cécile Colladant, directrice administrative

AWEL (« parole » en berbère)

Sibel Agrali
Nathalie Audier
François Lemoire, directeur

CISS - Collectif interassociatif sur la santé

Sylvain Curiel, chargé de mission santé au CISS
Patrick Mony, membre de l'AFVS (Association des familles victimes du saturnisme) et du CISS

COMEGAS

Dr Mady Denantes
Dr Gilles Lazimi
Dr Martine Lalande

Droit d'urgence

Aurélie Mayeux, coordinatrice des permanences juridiques des hôpitaux Lariboisière et Saint-Antoine

FIRST

Jean-Louis Bara, directeur
Annie Jacq, assistante sociale

FNARS

Amélie Appere de Soussa, déléguée régionale de la FNARS Bourgogne
Dominique Calonne, membre du groupe d'appui national santé de la FNARS
Florent Gueguen, directeur
Marion Lignac, chargée de mission santé, enfance, famille et migrants
Henri Peltier, vice-président de la FNARS NPDC et Président de la commission santé du CESER NPDC

FNATH

Arnaud de Broca, secrétaire général de la FNATH
Maître Karim Felissi, conseiller national de la FNATH

La Moquette – Les compagnons de la nuit

Fredéric Signoret, directeur

Médecins du Monde

Thierry Brigaud, président

Anne-Lise Denoeud, juriste à la direction des missions France
 Delphine Fanget, chargée de mission
 Jeanine Rochefort, déléguée régionale Île-de-France

Institut Renaudot

Mariela Galli, directrice
 Marc Schoene, président

ODSE – Observatoire de la santé des étrangers

Delphine Fanget, chargée de mission à Médecins du monde
 Didier Maille, responsable du service social et juridique du COMEDE
 Laura Petersell, en charge de la thématique santé à la CIMADE

Optique solidaire

Nancy Miramont
 Philippe Quique
 Xavier Subiryna

Secours Catholique

Fabrice Molliex

Solidarité Paysans Bretagne (contribution écrite)

Madame Bignon, animatrice du réseau au niveau national et sa collègue Madame Chartier
 Serge Buet, président de Solidarité Paysans de Bretagne
 Élisabeth Chambry, directrice de Solidarité Paysans de Bretagne

UNAFAM

Philippe Charrier, président

Visite d'un camp de migrants à Angres (Pas-de-Calais)

Mathieu Abt, médecin de la PASS de Calais
 Cécile Bossy, coordinatrice de Médecins du monde, mission migrants littoral
 Marc Boulnois, maire de Norrent-Fontaine, membre du réseau des maires hospitaliers du NPDC
 Lou Einhorn-Jardin, No Border
 Maël Galisson, plateforme de service aux migrants (PSM)
 Marie-Claire Ringot-Brief, bénévole de Terre d'errance Norrent-Fontaines
 Bruno Roussel, membre du collectif Fraternité migrants 62
 Nan Suel, présidente Terre d'errance Norrent-Fontaines
 Philippe Wannesson, membre de La Marmite aux idées, association calaisienne

Déplacement à Nevers (Nièvre)

Anne Emery-Dumas, sénatrice de la Nièvre
 Martine Carillon-Couvreur, députée de la Nièvre
 Géraldine Babut, directrice du CCAS de Nevers
 Dr Benevise, médecin coordonnateur de l'EHPAD Daniel Benoist
 Nicolas Brillant, de l'association La Pagode (SDF)
 Isabelle Cimenti, directrice de la maison de la prévention et de l'accès aux soins
 Marie Fautrier, directrice du GISAPBN (groupement interprofessionnel de santé et de l'autonomie du pays de Bourgogne nivernaise)
 Jean-Loup Feuillade, membre du GISAPBN
 Françoise Georgelin, animatrice et coordinatrice du Collectif solidarité (27 associations)
 Frédérique Leblanc, chargée de mission
 Lauriane Legeay, cheffe de projet au pays Nivernais Morvan
 Nathalie Moreau, directrice de l'association ASEM (« Acteurs solidaires en marche »)
 Dr Patoureux, gériatre hospitalier et administrateur du CCAS de Nevers

Dr Warein, vice-président du CCAS de Nevers

ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Dr Cyril Canneti, chef de pôle au SMPM (secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire) de l'hôpital Sainte-Anne à Paris

Dr Anne Lecu, médecin à la maison d'arrêt pour femmes à Fleury-Merogis

Dr Catherine Paulet, psychiatre à la prison des Beaumettes et présidente d'honneur de l'ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)

Pr Pierre Thomas, Responsable du SMPR de Lille-Sequedin

PROTOCOLE D'ACCORD

Entre :

L'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS), représentée par Patrick KANNER, Président

Et :

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), représentée par Frédéric van ROEKEGHEM, Directeur Général

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Préambule

Dans un souci commun de favoriser l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité et de développer l'accès aux tarifs sociaux de l'énergie, le présent protocole vise à impulser et à fixer les principaux axes de partenariats entre les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) et les organismes d'assurance maladie du régime général.

Les différentes actions décrites aux articles II à V constituent les déclinaisons possibles du partenariat acté par la signature du présent protocole, modulables selon les conventions locales.

Elles sont établies en faveur des publics précaires reçus au sein des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS).

Article I - Objet du protocole d'accord

Le présent protocole pose le principe d'un échange de moyens et de compétences, susceptible d'être mis en œuvre au niveau local, entre les CCAS/CIAS et les organismes d'assurance maladie, poursuivant les objectifs suivants :

- Organiser l'information et la formation continue des agents du CCAS/CIAS afin d'assurer l'accompagnement des publics précaires dans leurs démarches relatives à l'assurance maladie (droits de base et complémentaire) ;
- Optimiser la gestion et la transmission des dossiers de demande de CMU-C, d'ACS et d'AME entre les partenaires locaux, afin de simplifier l'accueil, l'information et la prise en charge des publics reçus par le CCAS/CIAS, accélérer l'ouverture du droit ;
- Renforcer l'accès aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité à l'égard des publics précaires, lié aux conditions d'éligibilité aux dispositifs d'aides à la complémentaire de santé. A ce titre, les parties s'engagent à ce que les CCAS/CIAS et les caisses d'assurance maladie soient en mesure d'assurer une information pédagogique sur l'accès aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité à travers les demandes d'ACS et de CMU-C.

Article II - Information/formation des agents des CCAS/CIAS par les personnels des organismes d'assurance maladie

La CNAMTS s'engage à ce que les caisses proposent, sur la base des supports mis à disposition par la caisse nationale, et transmis pour information à l'UNCCAS, d'assurer la formation des agents des CCAS/CIAS sur l'ensemble des dispositifs légaux et offres de services de l'Assurance Maladie (services en ligne, offres de prévention, etc.) visant à faciliter l'accès aux droits (CMU complémentaire, ACS, AME), et permettant aux CCAS/CIAS d'assurer l'accompagnement des publics dans leurs démarches d'accès aux soins ou de renouvellement de leurs droits.

Article III - Accueil et information des personnes reçues par les CCAS/CIAS

L'UNCCAS s'engage à mobiliser les CCAS/CIAS à délivrer aux publics reçus, toute information relative aux dispositifs d'aide à l'accès à une couverture maladie de base et complémentaire (CMU, CMU complémentaire, ACS, AME), ainsi qu'aux droits et obligations des personnes au regard de l'assurance maladie (parcours de soins...).

Les CCAS/CIAS assurent la diffusion d'une information spécifique relative aux dispositifs d'accès aux soins par le biais des supports de communication ou d'information mis à disposition par les CPAM (dépliants, affiches, liens internet, simulateur de droits...).

Les CCAS/CIAS assurent la diffusion d'une information spécifique relative à l'offre de prévention et notamment l'EPS (examen périodique de santé) en prenant appui sur l'accord cadre CETAF – UNCCAS afin de favoriser l'accès au système de santé des assurés en situation de précarité pour lesquels l'EPS constitue une première étape dans un parcours de santé.

Article IV - Constitution des dossiers et traitement des demandes aides à la complémentaire santé

Afin de faciliter la prise en charge des personnes reçues au sein du CCAS/CIAS et d'optimiser la gestion de leurs demandes par la caisse, les partenaires s'engagent à développer des collaborations visant à simplifier les démarches des assurés pour l'accès à une aide à la complémentaire santé.

L'organisation retenue permettra *a minima* au CCAS/CIAS d'assurer une aide au remplissage et à la constitution des dossiers de demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME, et d'obtenir de la caisse l'identification d'interlocuteurs dédiés. La constitution des dossiers et leur transmission à la caisse respecteront les dispositions fixées par la réglementation (notamment complétude et délais).

A terme, le partenariat mis en place devra permettre de simplifier encore davantage la prise en charge des demandes déposées au sein des CCAS/CIAS :

- pré-instruction des dossiers par le CCAS/CIAS puis transmission directe des dossiers à la caisse,
- instruction des dossiers dans des délais réduits par la caisse,
- retour d'information au CCAS/CIAS suite à la décision prise par la caisse.

Article V - Modalités de suivi de la convention

Les conventions locales mises en place entre des CCAS/CIAS et des caisses d'assurance maladie le sont à titre expérimental et sur la base du volontariat.

Un comité de suivi est mis en place au niveau national, composé de représentants de chaque signataire. Il se réunira au moins une fois par an et, pour la première réunion, dans un délai de six mois maximum après la mise en œuvre du partenariat.

Le comité devra assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des conventions locales sur la base des remontées d'informations des partenaires locaux, notamment par la réalisation d'une cartographie des conventions signées.

Il réalisera également un suivi quantitatif et qualitatif des dossiers traités dans le cadre des conventions locales : nombre de dossiers CMU-C, ACS et AME déposés et constitués par les CCAS/CIAS, nombre de foyers déclarés éligibles aux tarifs sociaux par le CCAS/CIAS, recensement des difficultés...

Ce suivi permettra, avant toute généralisation du dispositif, et dans un objectif global de simplification des démarches des personnes en situation de précarité, d'évaluer l'efficacité des procédures mises en place entre CCAS/CIAS et caisses d'assurance maladie au titre des conventions locales, mais également au niveau de la procédure d'instruction des dossiers de CMU-C, ACS et AME, ainsi que la charge de travail et les moyens mobilisés par les CCAS/CIAS pour intégrer ces nouvelles missions.

Les parties se réservent le droit d'interpeller l'Etat à l'issue de la période d'expérimentation (au plus tard à la date anniversaire de la présente convention) concernant la mobilisation des moyens qui seraient nécessaires à la généralisation de ces nouvelles pratiques de partenariat entre CCAS/CIAS et caisses d'assurance maladie.

Outre le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des conventions locales, le comité national constitue le cadre au sein duquel les parties s'engagent à réfléchir à la mise en œuvre de solutions techniques permettant de simplifier les démarches des assurés, notamment via la dématérialisation des échanges et transmissions effectuées dans le cadre du partenariat.

Article VI - Durée de la convention

Le présent protocole est conclu pour une période d'un an, renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation 3 mois avant son échéance demandée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Aubervilliers, le 30 avril 2013,
En trois exemplaires originaux.

Sous le haut-patronage de :

Marie-Arlette Carlotti

Ministre déléguée en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion

Le Président de l'UNCCAS,

Le Directeur Général de la CNAMTS,

Patrick Kanner

Frédéric van Rookeghem

Votre accès à une complémentaire santé :

la Couverture Maladie Universelle Complémentaire

/

l'Aide pour une Complémentaire Santé

Vous trouverez dans ce dossier tout ce dont vous avez besoin pour obtenir :
la CMU Complémentaire (CMUC) ou l'Aide pour la Complémentaire Santé (ACS).

- Une présentation de la CMUC et de l'ACS
- Les informations pratiques pour remplir le dossier
- La liste des pièces justificatives à produire
- Le formulaire à compléter



Vous désirez des informations complémentaires,

✓ Vous souhaitez nous rencontrer,

Vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance Maladie,



appelez le **3646** (numéro valable pour la Métropole, prix d'un appel local depuis un poste fixe)
connectez-vous sur www.ameli.fr



connectez-vous sur www.msa.fr



connectez-vous sur www.le-rsi.fr



Vous pouvez également vous adresser à la mairie, au service social
à une association et consulter le site www.cmu.fr



Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Une complémentaire santé sert à rembourser tout ou partie des dépenses de santé qui ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Si vos ressources sont modestes et si vous résidez en France de manière stable et régulière (Métropole, Départements d'outre-mer, Saint Barthélemy, ou Saint Martin), vous pouvez bénéficier soit de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire soit de l'Aide pour une complémentaire santé.

Qui y a droit ? : Vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e), votre partenaire dans le cadre d'un PACS et les personnes à votre charge réelle et continue de moins de 25 ans, résidant en France.

	La CMU C : un accès gratuit à une complémentaire santé	L'ACS : un accès aidé à une complémentaire santé
Vos ressources	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous pouvez bénéficier de la CMUC si les ressources de votre foyer ne dépassent pas un montant maximum. Par exemple 7 771 euros* par an pour un foyer d'une personne ou 11 657 euros* par an pour un foyer de deux personnes... 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous pouvez bénéficier de l'ACS si les ressources de votre foyer ne vous permettent pas d'obtenir la CMUC et ne dépassent pas un montant maximum. Par exemple 9 792 euros* pour un foyer d'une personne ou 14 688 euros* par an pour un foyer de deux personnes...
Vos droits	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, dans un laboratoire ou à l'hôpital. En acceptant les médicaments génériques, dans les cas prévus par la loi, vous ne payez plus vos médicaments. Pour éviter toute difficulté, respectez le parcours de soins coordonnés. <li style="margin-top: 10px;">Vous ne payez pas les prothèses, les couronnes, les appareils dentaires, les lunettes... sauf suppléments résultant d'exigences particulières de votre part ou de votre prescription. ▶ Vous ne payez pas la participation forfaitaire ni la franchise médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vous bénéficiez d'une réduction, sur le montant annuel de votre cotisation à une complémentaire santé. Cette aide concerne chaque personne de votre foyer et varie de 100 à 500 euros** selon l'âge. Le niveau de prise en charge des dépenses de soins va dépendre entièrement des garanties prévues dans le contrat souscrit. ▶ Vous n'avez plus à faire l'avance des frais (le tiers payant) sur la part remboursée par l'Assurance Maladie obligatoire, pour les actes des médecins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés pendant 18 mois.
Comment choisir votre complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chaque membre du foyer doit choisir l'organisme qui va gérer sa complémentaire à l'aide du formulaire de choix (S 3712 ou S 3713) disponible auprès de votre caisse d'Assurance Maladie. <li style="margin-top: 10px;">▶ Vous trouverez la liste des organismes complémentaires gestionnaires de la CMUC sur le site internet www.cmu.fr ou auprès de votre caisse d'Assurance Maladie ou sur www.amell.fr. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Si votre demande est acceptée, vous recevez une attestation-chèque de votre caisse d'assurance maladie. Vous la présentez à l'organisme de protection complémentaire de votre choix dans les 6 mois pour obtenir une réduction sur le montant annuel de votre cotisation. Cette réduction ne s'applique pas aux contrats collectifs. Si vous vous posez des questions sur l'utilisation de l'attestation-chèque, renseignez-vous auprès de votre organisme complémentaire.
Validité	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La CMUC est valable pour un an. Vous pouvez renouveler votre demande tous les ans. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'ACS est valable pour un an. Vous pouvez renouveler votre demande tous les ans.

* Attention, ces montants correspondent au total de vos ressources des 12 derniers mois. Ils sont valables en métropole, depuis le 1^{er} juillet 2011 et sont révisés au 1^{er} juillet de chaque année.

** Montants valables depuis le 1^{er} janvier 2010.

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Informations pratiques pour remplir le dossier

- ▶ **Attention**, vous pouvez souhaiter que votre droit à la CMUC ne soit pas étudié par votre caisse. Dans ce cas, remplissez le formulaire de demande d'aide pour une complémentaire santé (S3715).
- ▶ Une version de ce formulaire est également disponible sur www.ameli.fr. Vous pouvez le remplir en ligne. Vous l'imprimez, le datez, le signez et l'adrezsez à votre caisse d'Assurance Maladie.
- ▶ La composition de votre foyer : reportez-vous à la page 4.
- ▶ Les ressources de votre foyer : reportez-vous à la page 5.
- ▶ Les pièces justificatives seront à joindre à votre dossier pour vous-même et les membres majeurs de votre foyer.

En fonction de votre situation		Vous devez présenter l'original ou fournir une photocopie lisible de :
Votre situation d'assuré	Si vous êtes inscrit ou si vous avez déjà été inscrit à la sécurité Sociale	▶ Votre carte vitale et l'attestation qui l'accompagne.
Votre nationalité	Si vous êtes français(e)	▶ Votre carte d'identité, ou votre passeport ou votre livret de famille à jour, revêtu de l'une des mentions prévues à l'article 28 du code civil.
	Si vous êtes ressortissant(e) d'un de ces pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse	▶ Votre carte d'identité, ou votre passeport, ou votre livret de famille et toute pièce justifiant la régularité du séjour (contrat de travail, attestation de chômage, titre de séjour, formulaires communautaires - E106 - E121/S1)
	Si vous êtes d'une autre nationalité	▶ Toute pièce justifiant la régularité de votre séjour : titre de séjour, récépissé de votre demande de titre, convocation ou rendez-vous en préfecture...
Votre foyer et vos ressources	Si vous avez résidé à l'étranger au cours des 12 mois précédents	▶ Les justificatifs de situation fiscale et sociale du (des) pays concerné(s).
	Si vous avez des personnes à charge	▶ Votre livret de famille tenu à jour, ou votre certificat de concubinage ou l'attestation d'enregistrement d'un PACS.
	Si un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans et a fait une demande de RSA jeune ou bénéficie du RSA socle jeune	▶ L'attestation de ressources présumées inférieures au montant forfaitaire du RSA, délivrée par la CAF (pour le demandeur du RSA uniquement), Dans tous les cas joindre la demande individuelle de CMUC si elle n'a pas déjà été faite.
	Pour déclarer les ressources du foyer (pour toute personne âgée de 16 ans et plus)	▶ Dans tous les cas : - avis d'imposition ou de non imposition. En fonction de votre situation : - bulletins de paie, - attestations d'indemnités de chômage, - déclarations de revenus et leurs annexes à l'administration des impôts, - avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation, - attestations des banques concernant les revenus d'épargne...
Votre situation par rapport à la CMUC/ACS	Si vous déposez une première demande de CMUC/ACS	▶ Toute pièce justifiant que vous résidez en France depuis plus de trois mois. Par exemple : bail de location, quittances de loyer, factures d'électricité consécutives, certificat d'hébergement, certificat de scolarité ou d'inscription universitaire...
	Si vous déposez une demande de renouvellement de CMUC/ACS	▶ Toute pièce justifiant que vous résidez de façon permanente en France ou que vous avez séjourné en France pendant plus de 6 mois au cours des 12 mois précédents (avis d'imposition ou de non-imposition, factures d'électricité consécutives, certificats de scolarité des enfants...). Toute pièce remise par l'organisme complémentaire justifiant la date d'échéance du droit.
	S'il a été mis fin au contrat de protection complémentaire au cours de la période de votre droit à l'ACS	▶ L'attestation remise par l'organisme complémentaire précisant la date de fin de la protection complémentaire.
	Et dans tous les cas	▶ Formulaire(s) de choix de l'organisme(s) chargé de la protection complémentaire en matière de santé (Référence S 3712 et éventuellement le S 3713, disponibles sur le site : www.ameli.fr et auprès de votre organisme d'assurance maladie). Si vous ne fournissez pas ce formulaire, vos droits à la CMU ne pourront pas être étudiés.

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

La composition de votre foyer

La CMUC ou l'ACS sont délivrées pour vous-même mais aussi pour chaque membre de votre foyer : remplissez attentivement toutes les informations concernant chaque membre de votre foyer.

Votre foyer est composé de vous-même, votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS, des enfants et autres personnes à votre charge réelle et continue de moins de 25 ans qui vous sont rattachés fiscalement ou qui vivent sous votre toit ou qui perçoivent une pension fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire). Si la personne à charge est elle-même conjoint, concubin ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande séparée. Par exemple, si un de vos enfants de 24 ans, habite chez vous et a un enfant, il doit faire une demande séparée.

Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

Vous-même

Vos nom et prénoms (suivis s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Votre n° de Sécurité sociale (si vous en avez un) :

Votre n° d'allocataire (allocations familiales, si vous en avez un) :

Votre date de naissance :

Votre nationalité : française Espace Économique Européen/Union Européenne/Suisse* autre

Votre adresse : Adresse mail :

Code Postal : Commune : Téléphone :

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : Commune :

► Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms (suivis s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse) :

Son n° de Sécurité sociale (s'il en a un) :

Son n° d'allocataire (allocations familiales, s'il en a un) :

Sa date de naissance :

Son organisme d'assurance maladie

Sa nationalité : française Espace Économique Européen/Union Européenne/Suisse* autre

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse.

► Votre situation familiale

célibataire marié(e) vie maritale pacsé(e) séparé(e) divorcé(e) veuf ou veuve

depuis le :

► Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue

Nom et prénom	Nationalité	Lien de parenté	Résidence alternée (cochez la case)	Date de naissance	N° de Sécurité sociale
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

① Renseignez de la manière suivante : "FRA" si nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de l'EEE ou UE, ou Suisse, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

② Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en résidence alternée

Situations particulières liées au RSA

► Les personnes de votre foyer

Un des membres de votre foyer a plus de 18 ans et moins de 25 ans. Il bénéficie du RSA socle (c'est à dire montant forfaitaire du RSA) ou en a fait la demande en déclarant des ressources inférieures ou égales au montant forfaitaire. Il compte dans votre foyer pour déterminer le montant du plafond applicable. Si votre foyer ne peut pas bénéficier de la CMUC, la demande du jeune sera étudiée individuellement. Merci de cocher les cases correspondant à la situation du jeune et de joindre une copie de l'attestation de la demande de RSA.

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficie déjà du RSA socle	A déjà fait une demande de CMUC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Vous n'avez pas à remplir la déclaration de ressources pages 6 et 7 si vous vous trouvez dans une des deux situations suivantes

Et cochez alors la case correspondante :

- Vous résidez en France de manière stable et régulière et vous avez déposé une demande de RSA en déclarant des ressources qui sont présumées inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA (joindre une copie de l'attestation remise par la CAF ou la MSA).
- Vous résidez en France de manière stable et régulière, vous avez déclaré des ressources inférieures ou égales au montant forfaitaire du RSA et vous bénéficiez du RSA socle.

Vous devez compléter le formulaire de choix de l'organisme complémentaire (S 3712 et le cas échéant S 3713) et passer à la page 7 pour dater et signer le formulaire CMUC/ACS ►►►►►

► Dans tous les autres cas, vous devez remplir la déclaration de ressources pages 6 et 7.

Les ressources de votre foyer :

Vous devez nous faire connaître toutes les ressources imposables ou non, perçues en France ou à l'étranger, ou versées par une organisation internationale et dont votre foyer a disposé pour les 12 derniers mois précédant votre demande. Par exemple, pour une demande établie le 25 février 2011, indiquez les ressources perçues du 1^{er} février 2010 au 31 janvier 2011.

Vous renseignez les pages 6 et 7 pour chaque personne de votre foyer ayant des ressources. Si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, vous complétez votre déclaration sur papier libre. Vous datez et signez également ce document et vous le joignez à votre dossier.

Vous trouverez en page 8 la liste des ressources qui ne doivent pas être déclarées.

Afin de simplifier le remplissage, vous n'avez pas à déclarer les montants de certaines ressources dont dispose déjà votre caisse. Il vous suffit de cocher les cases correspondantes.

Toutes les rubriques sont importantes pour le calcul de vos droits : certaines rubriques vous permettent de bénéficier d'un abattement sur les revenus d'activité.

Concernant le logement, un montant forfaitaire sera pris en compte dans vos ressources si vous êtes propriétaire, avec ou sans aide au logement, ou si vous occupez un logement gratuitement ou si vous êtes locataire avec une aide personnelle au logement.

Les ressources de votre foyer des 12 derniers mois

Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
_____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____ € oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
_____ €	_____ €	_____ €
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____ €	_____ €	_____ €

► Information :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites dans ce formulaire. Vous pouvez avoir accès et rectifier les informations vous concernant en vous adressant à votre caisse d'assurance maladie.

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, fournisseurs d'énergie, opérateurs de téléphonie fixe ou mobile... (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

En cas de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire peut être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre Caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (article L.861-2-1 et L.863-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).



Cachet de l'organisme :

Fait à : _____ Date et signature

Le : _____

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli

cerfa
n° 12504*03

Demande de couverture maladie universelle complémentaire et Demande d'Aide pour une complémentaire santé

(art. L. 861-1, L. 861-2, et L. 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale)

Certaines ressources perçues ne doivent pas être déclarées en pages 6 et 7 (articles L. 861-2 et R. 861-10 du code de la sécurité sociale). Il s'agit des ressources suivantes :

- ▶ le revenu de solidarité active, le revenu minimum d'insertion et le revenu supplémentaire temporaire d'activité
- ▶ l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments
- ▶ l'allocation de rentrée scolaire
- ▶ la prestation d'accueil du jeune enfant, **à l'exception du complément de libre choix d'activité qui doit être déclaré**
- ▶ les bourses d'études des enfants **sauf les bourses de l'enseignement supérieur qui doivent être déclarées**
- ▶ les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique
- ▶ les primes de déménagement versées par l'organisme servant les prestations familiales
- ▶ les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation, l'allocation compensatrice
- ▶ l'allocation personnalisée d'autonomie
- ▶ les prestations en nature d'assurance maladie, maternité, invalidité ou accident du travail (remboursement des frais de soins par la sécurité sociale)
- ▶ les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées pour assurer le remplacement des personnes non salariées dans leur activité à l'occasion de leur maternité ou de leur congé de paternité
- ▶ l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail
- ▶ la prime de rééducation et le prêt d'honneur aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- ▶ les frais funéraires versés en cas de décès consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
- ▶ le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale
- ▶ les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation
- ▶ l'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord (allocation différentielle ou allocation de préparation à la retraite), l'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives



n° 11421*02

couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

choix, par le demandeur, de l'organisme chargé de la CMUC

(articles L. 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale)

ce formulaire complète le formulaire de demande de couverture maladie universelle complémentaire (cerfa n° 12504 - S3711).

Pour bénéficier de la CMUC, vous devez remplir ce formulaire en complément de votre demande de CMUC (sinon votre demande ne pourra pas être prise en compte).

Si vos droits sont reconnus, votre organisme d'assurance maladie transmettra ce formulaire à l'organisme complémentaire que vous aurez choisi. Les garanties offertes par la CMUC prendront effet pour vous-même et pour les membres de votre foyer à la date d'attribution du droit à la CMUC. Cette date sera indiquée sur l'attestation qui vous sera remise ou envoyée par votre organisme d'assurance maladie.



COMPOSITION DU FOYER

le demandeur de la CMUC					
nom (suivi, s'il y a lieu, d u nom d'époux(se))					
prénoms			date de naissance		
n° de sécurité sociale			code organisme		
adresse (il figure sur l'attestation papier qui accompagne la carte vitale)					
code postal		commune			
mon conjoint, mon concubin ou mon partenaire lié par un PACS					
nom					
prénoms			date de naissance		
n° de sécurité sociale			code organisme		
les autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à ma charge					
nom et prénom	lien de parenté	résidence alternée (1)	date de naissance	n° de sécurité sociale	code organisme si différent du demandeur
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en résidence alternée, cochez la case correspondante et joignez votre dernier avis d'imposition. (Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.)

La CMUC est servie soit par l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) figurant sur la liste des organismes participant à la CMUC (*), soit par votre caisse d'assurance maladie pour le compte de l'Etat. Les possibilités de choix sont différentes selon votre situation

SITUATION ACTUELLE

<input type="checkbox"/> je n'ai pas de complémentaire santé.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé facultative qui ne figure pas dans la liste des organismes participant à la CMUC : si mon droit à la CMUC est prononcé, je devrai résilier mon contrat actuel (avec effet immédiat).	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé facultative qui figure dans la liste des organismes participant à la CMUC : si mon droit à la CMUC est prononcé, je devrai demander à mon assureur de transformer mon contrat actuel en contrat CMUC. Il me proposera de plus un autre contrat correspondant aux garanties antérieures excédant celles de la CMUC, le cas échéant, que je pourrai refuser. S'il s'agit d'un renouvellement, je peux choisir un autre organisme complémentaire qui figure dans la liste.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe directement à la rubrique ② au verso. Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé obligatoire : je la conserve et la CMUC sera alors une 2 ^{ème} complémentaire santé. Je complète ci-dessous les coordonnées de l'organisme complémentaire :		
nom		
adresse		
code postal		
	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.

(* Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr".

1 CHOIX DE L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC (cochez une seule case)

 Option A

je choisis une prise en charge de ma protection complémentaire par l'Etat, par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, mes droits aux prestations sont ouverts automatiquement pour une année. ▶▶▶▶▶▶▶▶

Je passe directement à la rubrique 3

 Option B

je choisis une prise en charge de ma protection complémentaire par une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurance figurant sur la liste des organismes participant au dispositif de la CMUC. Dans ce cas, ma caisse d'assurance maladie se chargera de transmettre ce formulaire à cet organisme et mes droits aux prestations seront alors automatiquement ouverts pour une année.

Important: si l'année suivante, mes ressources dépassent le plafond, cet organisme aura l'obligation de me proposer de prolonger cette protection d'une année supplémentaire à un prix inférieur ou égal à un tarif préférentiel réglementé et ce sans préjudice d'un droit éventuel à l'aide complémentaire santé (ACS). ▶▶▶▶▶▶▶▶

Je passe à la rubrique 2

2 COORDONNEES DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC

Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr".

nom

adresse

code postal

▶▶▶▶▶▶▶▶

Je passe à la rubrique 3

3 LES MEMBRES DE MON FOYER

Ils relèvent de la même caisse et choisissent le même organisme complémentaire

Dans le cas contraire, chaque membre doit remplir un autre formulaire (réf. S3713)

4 Je vérifie les informations puis je date et je signe le document. ▶▶▶▶▶▶▶▶

signature du demandeur de la CMUC

Fait à le

droits à la CMUC

(à compléter par la caisse d'assurance maladie)

du au

cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

cachet de la caisse d'assurance maladie
et coordonnées du centre gérant la couverture maladie de base

Vous devez transmettre ce document avec le formulaire de demande (cerfa n° 12504 - S3711) à votre caisse d'assurance maladie.

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Formulaires complémentaires spécifique à un département	X	AME : - formulaire de ressources / dépenses spécifique à Paris - formulaire de rattachement « ayant droit » (informations déjà présentes dans l'imprimé AME)	X	Formulaire spécifique pour l'attestation (sur l'honneur) de ressources					X	Difficultés quand demandes de droits dans un autre département (surtout pour l'AME) : pas de standardisation des formulaires
Demande abusives de pièces complémentaire (ce qui occasionne des retards encore plus important de traitement)			X	AME - copie intégrale du passeport (alors que sont fournies une pièce d'identité + preuve de présence de 3 mois) - demande de preuve de non affiliation à une autre caisse de sécurité sociale (dans les textes une attestation sur l'honneur est suffisante) .Nouvelle attestation justifiant de la durée et du motif de la présence sur le territoire français . RIB pour CMUC	X	- Demande de fournir un RIB pour CMU-c Différences+++ selon agent instructeur Certains demandent pièce identité de l'hébergeant Demande de copie de passeport alors qu'un acte de naissance a déjà été fourni Demande de documents déjà fournis lors de l'envoi initial			X	Disparition des documents fournis ou documents repphotocopiés x fois qui deviennent illisibles
Différences dans l'instruction des dossiers : - selon les départements - au sein d'un même département, selon l'agent instructeur	X		X		X				X	

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Délais d'instruction trop importants	X	3 mois	X	supérieurs à 2 mois et demi		3 mois (hors Réseau)	X	3 mois	X	Même dept : 3 mois Avec Mission sociale : 2 mois Autre dept : + de 3 mois
Difficulté à obtenir L'AME d'urgence			X	Au moins 1 mois de traitement, voire dans certains cas pas de traitement prioritaire	X	Impossible d'avoir l'attestation de refus	X	Au moins 1 mois de traitement, voire dans certains cas pas de traitement prioritaire		Depuis qq mois aucune difficulté car l'attestation nous est adressée automatiquement
Accès aux guichets - retrait des AME	X	1 seul point de retrait des AME - disparition des "points CPAM", notamment dans les hôpitaux	X	Depuis peu, sur le nord 77, 1 seul point de retrait de la carte. Partenaires non informés et procédure qui peut changer Parfois refus de remettre une « attestation de dépôt » Pas de photos possibles sur place pour les personnes ayant peu de revenus	X	1 seul point de retrait à Nanterre Délais trop longs après accord AME (1 mois pour que le patient reçoive le courrier et 1 mois pour avoir un RDV pour retirer la carte)			X	Pas d'attestation de dépôt du dossier quand il est effectué dans un centre CPAM
Dossiers complexes à comprendre : nécessite nécessairement un accompagnement professionnel (pas d'aide au guichet)			X	Aux guichets : seulement distribution des dossiers + liste de pièces à fournir.	X	Il existe un dispositif performant : 2 délégués solidarité pour les partenaires sociaux (associations, hôpitaux, réseaux,...) Délégués sociaux pour les usagers et partenaires sous forme de permanences (ESJ, CMS,...)	X	++ Plus d'une centaine de langues parlées en SSD	X	Lorsqu'un dossier est trop compliqué, les patients viennent rencontrer la déléguée des missions sociales sur l'hôpital. Quand il est fait dans un centre de la CPAM on rattrape ce qui ne va pas avec les missions sociales au CHIC

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Communication avec le service instructeur			X	Demandes d'information sur les dossiers en cours qui s'avèrent infructueuses ou inexactes	X	Le courrier envoyé aux patients mentionnant l'accord d'AME n'est pas scanné, impossibilité de la récupérer par l'intermédiaire des délégués solidarité Idem pour les refus d'AME			X	Discordance entre attestation droits patients et droits trouvés sur le logiciel des missions sociales
Réponse de la plate-forme non conforme aux droits existants						Refus d'AME pour un enfant de nationalité étrangère, alors que la demande a été faite pour lui exclusivement et que la loi indique que tout enfant doit en bénéficier dès lors qu'il est sur le territoire				
Ouverture des droits pour les mineurs			X	La CPAM exige un Pb de santé ou une hospitalisation pour accorder les ouvertures de droits	X	Pas de réponse sur les autres possibilités par la CPAM !				
Pas de lien avec les CPAM d'autres départements					X	Destruction des dossiers qui ne sont pas recevables sans avertissement au bénéficiaire (car domiciliation dans un autre département)			X	Pas connaissance de l'existence de missions sociales dans d'autres départements (pas de relais surtout dans le 75)

Difficultés rencontrées	75		77		92		93		94	
	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire	Oui	commentaire
Décalage entre l'ouverture des droits CMU et CMU-C Difficulté à obtenir l'admission immédiate à la CMU-C			X	Admission immédiate : Peu appliqué, même en joignant un certificat médical. La CMUC (Complémentaire) et la CMU (Base) sont instruites dans deux services différents ce qui rallonge les délais. Accord décalé pour CMU C	X	Sauf pour RSA socle			X	Décalage entre l'obtention de la CMU de base et la complémentaire : même demandée en même temps, elles ne débutent pas à la même date Difficultés pour dossiers de rattachement (manque tirs des pièces) et délai très long
Soins urgents pour les personnes en situation irrégulière présentes depuis moins de 3 mois sur le territoire Français				Pas de problème pour les soins urgents			X	Problème particulièrement important en raison de la présence de l'Aéroport de Roissy Charles de Gaulle. Coûts qui pèsent sur l'hôpital Robert Ballanger qui gère de fait les urgences des "arrivants" à l'aéroport. Risque de soins de « second ordre » pour les prises en charge coûteuses		Bien géré par les médecins du CHIC
Coûts de la communication avec la plate-forme	X		X		X		X			0 euro CDR en direct et infos auprès des missions sociales

2. Eléments de diagnostic par aide

Synthèse : vision des principales « trappes à non-recours » identifiées par aide

Causes	Aides							
	Mauvaise image: aide / bénéficiaires	Manque d'information	Absence de proactivité	Eligibilité non perçue	Déficit de médiation orientation	Complexité	Rupture de processus d'instruction / délais	Concurrence / Intérêt faible
RSA socle	++ « Assistanat »	+	-	+	-	+	+	-
RSA activité	++ « Image RMI »	++	+	++	+	++ Incapacité à prévoir le budget	+	++ PPE
CMU-C	++ « Mutuelle au rabais »	-	-	-	-	++ Dossier lourd	++ Aggravation en cas d'incomplétude du dossier	-
ACS	--	++ Notoriété faible	++	--	++	++ Dossier lourd	++ Idem CMU-C	++
Allocations logement	--	+	+	++ Changement de situations / Accédants à la propriété	+	--	-	--
ASPA	+	-	++ Ciblage et temps d'information	+	-	-	--	++ CMU-C et AL / Recours sur succession

Fiche de Poste ayant servi à appel à candidature

Le Délégué Social à la CPAM de l'ARTOIS

Descriptif de la fonction

Dans le cadre d'une approche individualisée, le délégué social assure un accueil personnalisé en proposant aux assurés un accompagnement concernant les situations complexes.

Le délégué social est itinérant et va au devant des publics les plus en difficultés. Il est la manifestation concrète de l'implication de l'Assurance Maladie dans la lutte contre l'exclusion au quotidien....

L'activité de ce délégué est menée en coordination avec l'ensemble des autres intervenants de la précarité : partenaires institutionnels (CCAS, services sociaux hospitaliers, Conseil Général...) et associatifs.

Les principales missions :

- il apporte un plus, dans le cadre de huit offres de service : **longue maladie, maternité, sortie d'hospitalisation, + 75 ans, perte d'un proche, recherche d'une complémentaire santé, retour à l'emploi et accident du travail ou maladie professionnelle.**
- il propose un **accueil attentionné** sur rendez-vous dans les lieux de vie collectifs, à l'accueil de la Caisse ou à domicile pour les personnes à mobilité réduite ou ne pouvant se déplacer
- **Il contribue à l'accès aux droits** et effectue le suivi des demandes jusqu'à leur terme
- il est l'interlocuteur privilégié des services hospitaliers, en cas d'urgence et pour les personnes ne pouvant effectuer de manière autonome leurs démarches.
- il anime des **réunions d'information collectives** sur les thèmes de l'accès aux droits ou de santé publique, **en concertation avec les partenaires.**

Son intervention est globale : elle porte sur l'ouverture des droits et la CMU Complémentaire, Il peut intervenir sur des nouvelles missions de l'assurance maladie dans le cadre des sorties d'établissements hospitaliers.

DOMAINE D'INTERVENTION

Les interventions portent sur l'accès aux droits, aux soins, les conditions de prise en charge, le paiement des prestations.

COMPETENCES

SAVOIR	Connaître l'Institution (organisation - circuits - procédures - engagements) . Posséder des connaissances élargies dans le domaine réglementaire des législations AS-AT. Identifier les partenaires et connaître leurs modes de fonctionnement. Connaître les règles relatives au Secret Professionnel.
SAVOIR FAIRE	Exploiter les signalements de l'Accueil physique, PFS, Service social ou autres Analyser et discerner pour établir un diagnostic précis de la situation Faire face aux situations sensibles avec professionnalisme Organiser et planifier ses activités Développer une collaboration active avec les partenaires (Service social, conciliateur, services prestations) Traiter un dossier dans sa globalité et en assurer le suivi
SAVOIR ÊTRE	Adapter son mode de communication à chaque client Maîtriser les techniques de communication orale, écrite Présenter une image positive de la CPAM Respecter la confidentialité des infos reçues Disponibilité et autonomie

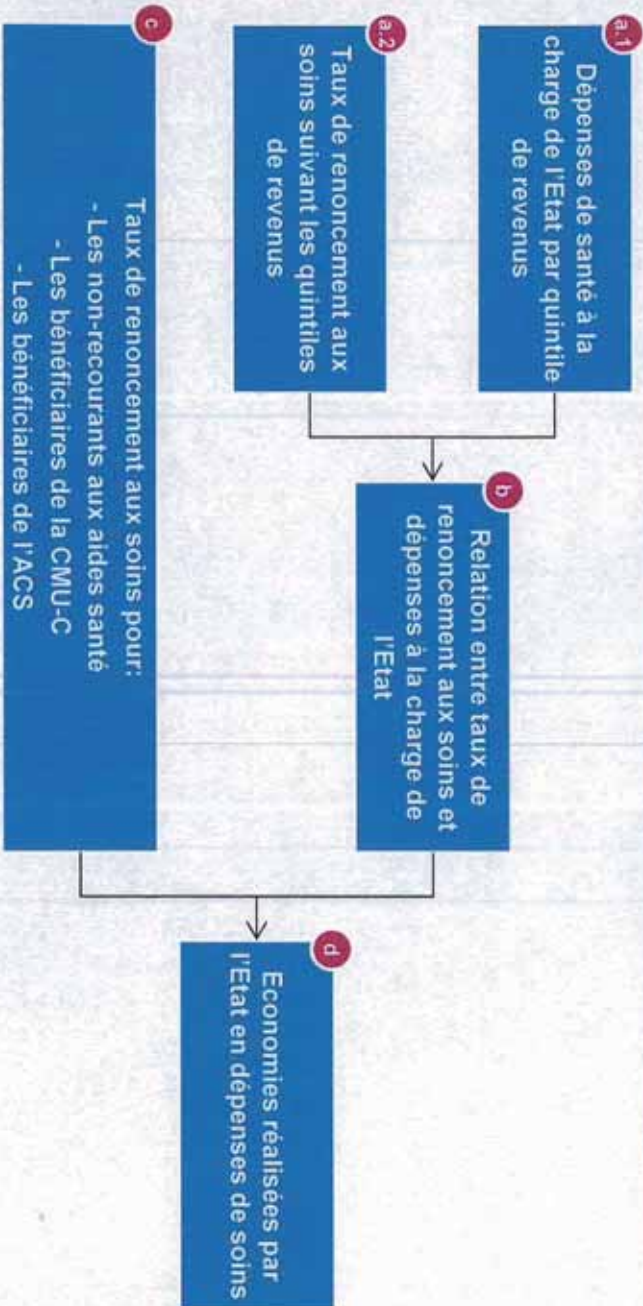
PROFIL RECHERCHE

Très bon relationnel, aisance orale et bonne présentation,
Grande capacité d'écoute,
Connaissances de la législation dans chaque domaine d'intervention
Grande disponibilité géographique et horaire

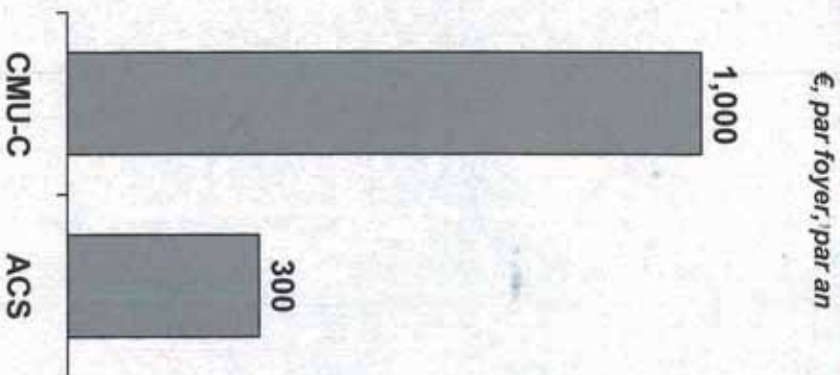
Le gisement « moins de maladies » pourrait créer des économies supérieures au coût brut de la CMU-C ou de l'ACS

Quantification du gisement « Moins de maladies »

Methodologie



Gisement

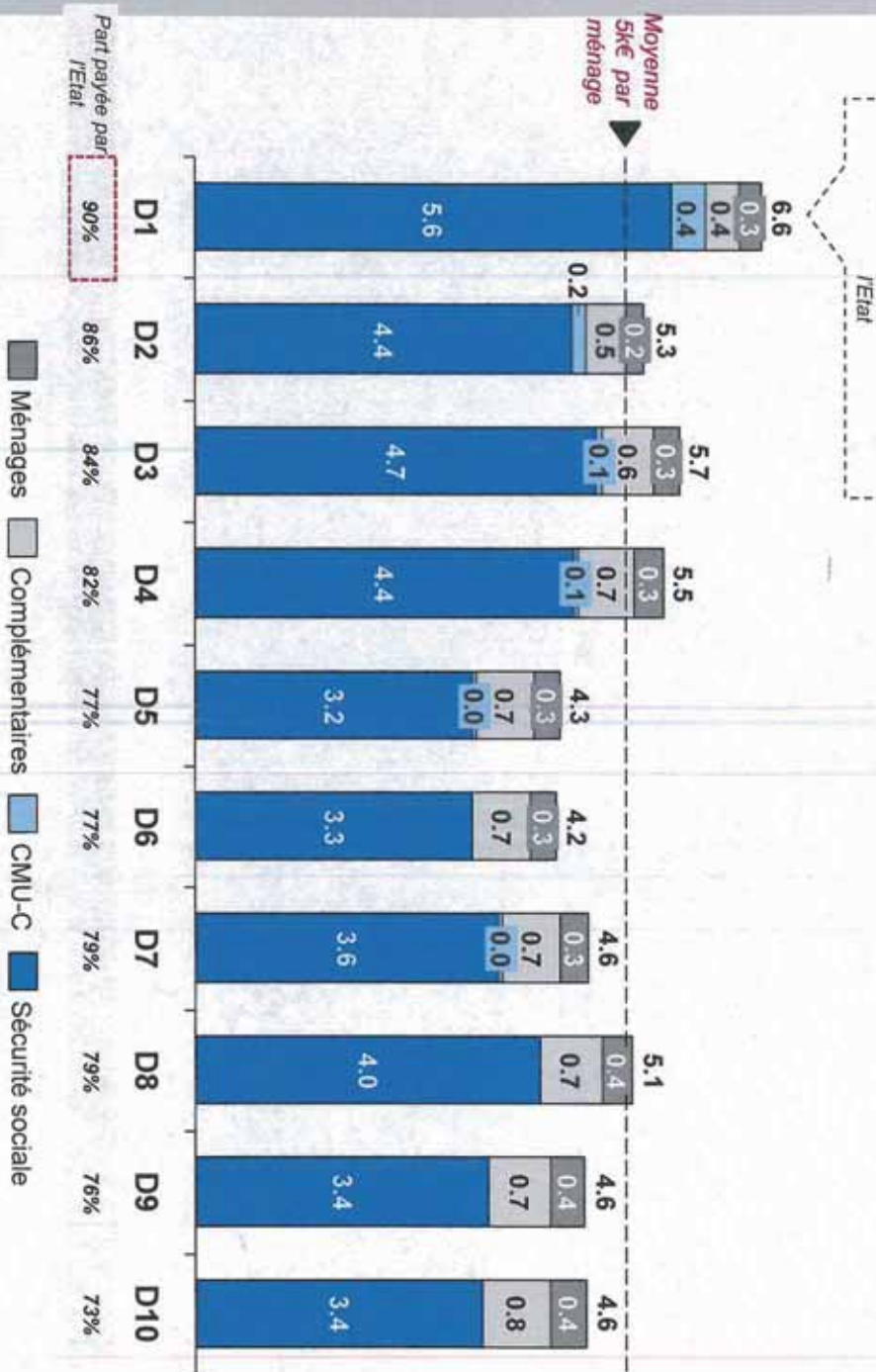


- Plus le niveau de vie augmente, moins les foyers renoncent à se soigner
- La dépense de santé par foyer à la charge de l'Etat est maximal pour le 1^{er} décile de revenu: bien que le renoncement aux soins courants soit élevé, le traitement de certaines maladies doit se faire in fine et génère des surcoûts
- En diminuant le taux de renoncement aux soins, l'Etat augmente les dépenses de consultations mais diminue fortement les coûts liés aux hospitalisation d'urgence et aux traitements lourds de certaines pathologies

Les ménages les plus modestes génèrent la plus haute dépense de santé par foyer, dont 90% est assumée par l'Etat

Dépenses annuelles de santé et structure de financement par ménage en fonction du décile de niveau de vie

(Milliers d'euros/foyer)

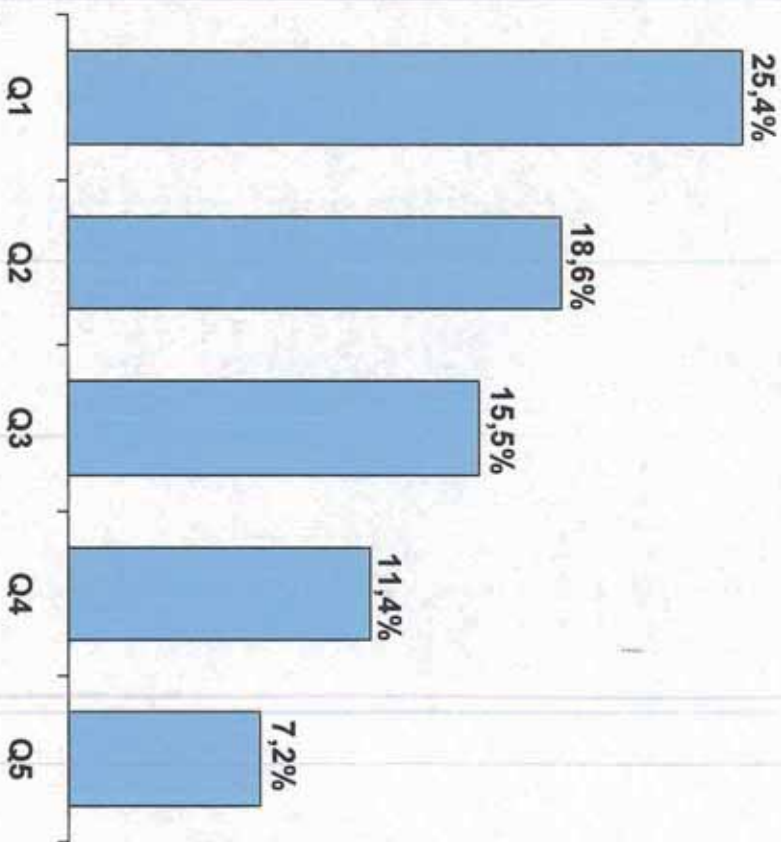


Commentaires

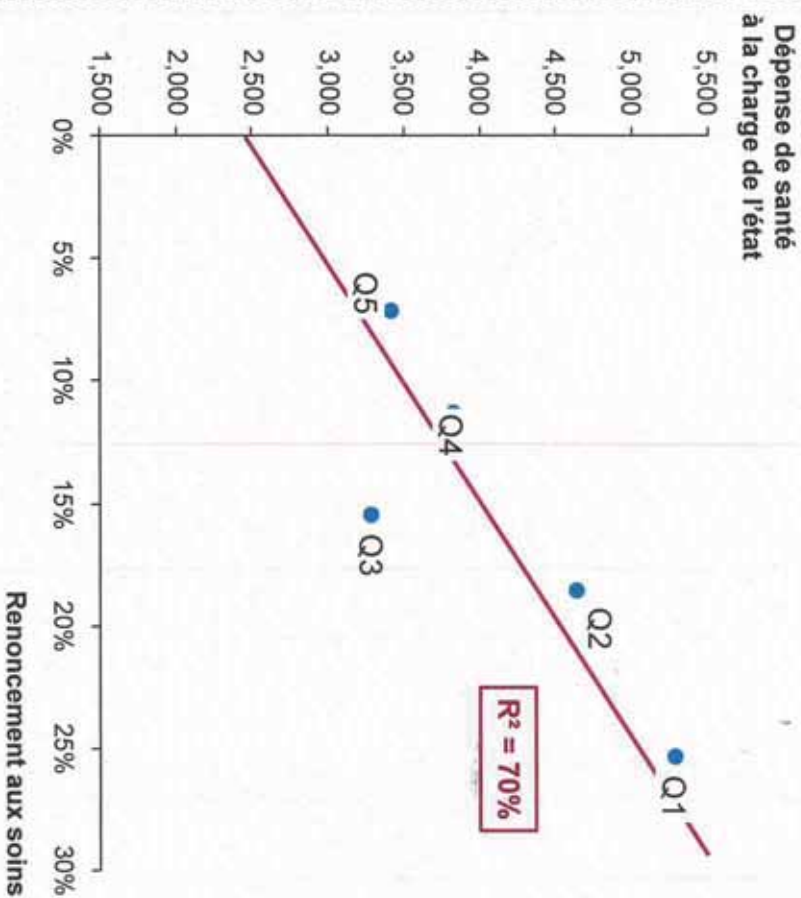
- Le décile le plus modeste a une dépense moyenne par ménage de 1000€ supérieure à tous les autres déciles.
- La relative faible dépense des déciles 4 et 5 est liée à une sur-représentativité des moins de 20% combinée à une sous-représentativité des plus de 60 ans
- Plus les ménages sont aisés, plus la part des dépenses de l'Etat diminue au profit des mutuelles (6% en D1 et 17% en D10) et du reste à charge des ménages (4% en D1 et 9% en D10)

Il existe une bonne relation entre le renoncement aux soins au présent et les dépenses de santé qui devront être assumées par l'Etat in fine

Taux de renoncements aux soins courants par quintile de revenus (%)



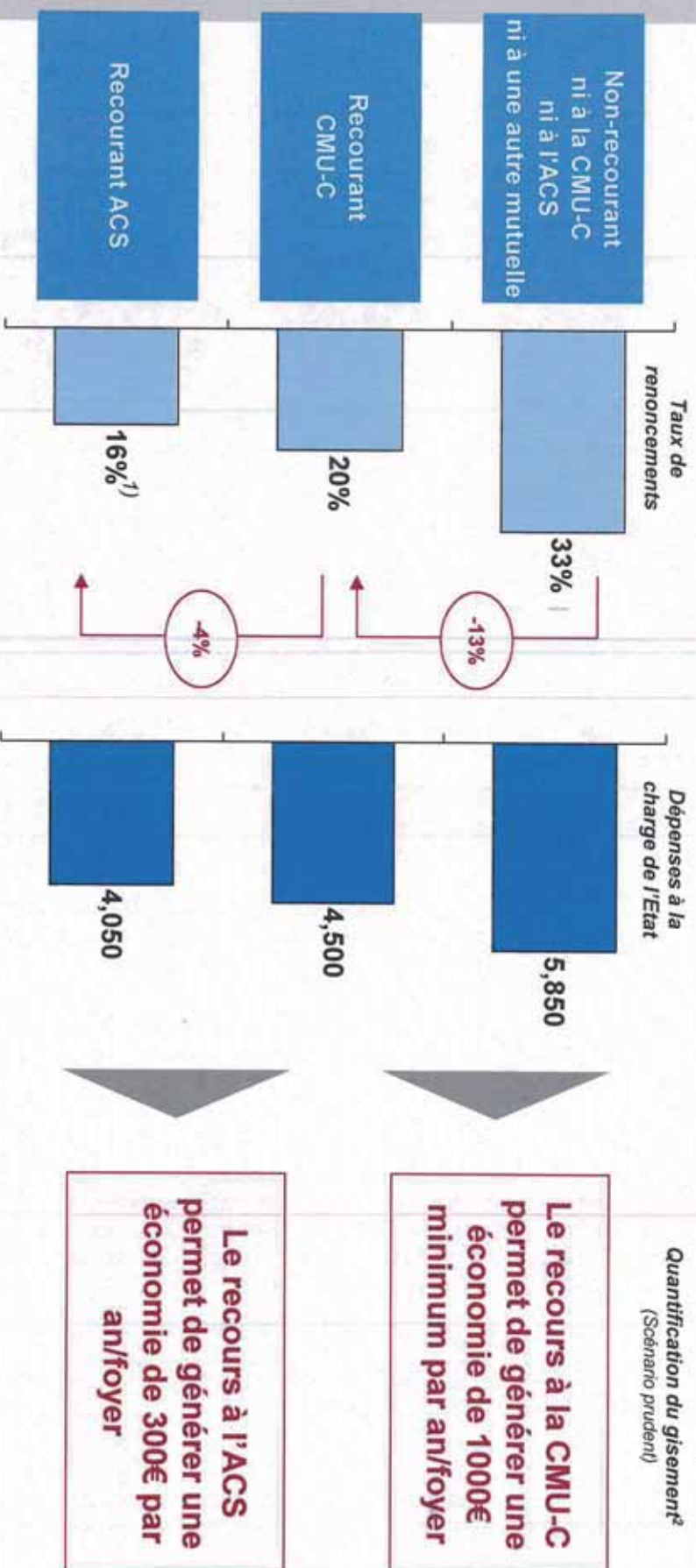
Relation entre dépenses de santé de l'Etat et renoncement aux soins (Euros par foyer) (%)



Dans un scénario prudent, le recours à la CMU-C permet de générer une économie de 1000€ par foyer, l'ACS génère une économie de 300€ / foyer

Taux de renoncements aux soins suivant le recours aux aides santé et impact sur les dépenses à la

charge de l'Etat
(en %, €/foyer/an)



1) Le taux de renoncement pour toutes les mutuelles est de 14%, la valeur pour l'ACS a été extrapolée pour tenir compte des différents niveaux de couverture.
2) Un facteur de sureté de 75% a été appliqué sur le montant des économies possibles.

MOTION RELATIVE AU DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPECES

La réglementation actuelle en matière de condition d'ouverture de droit aux prestations en espèces n'est plus en adéquation avec la réalité économique (contrats précaires, chômage...) et notamment dans la région Nord – Pas-de-Calais. Ces conditions sont définies par l'article R 313.3 et précisées par l'article R 313.1 du Code de la Sécurité Sociale ci annexé.

Il en découle que de moins en moins de personnes peuvent accéder aux prestations en espèces lors d'un arrêt maladie ou d'un congé maternité. De ce fait, nous sommes amenés à examiner, tant en Commission d'A.S.S. qu'en C.R.A., de plus en plus de demandes de dérogations émanant d'assurés dont les droits aux prestations en espèces *sont justes* en deçà des conditions réglementaires requises.

Pour autant, les Conseils de la région Nord – Pas-de-Calais sont totalement impliqués dans l'accompagnement des actions de maîtrise des dépenses de santé et notamment celles portant sur les revenus de substitution dont l'évolution est significative cette année.

Un assouplissement des conditions de prise en charge de ces prestations ne reste pas incompatible avec notre volonté de maîtrise des dépenses. Au contraire, cette motion légitimerait encore davantage notre stratégie de contrôle des arrêts de travail dont la finalité n'a jamais été de limiter l'accès aux soins.

En conclusion, les Caisses de la région Nord – Pas-de-Calais demandent aux pouvoirs publics d'envisager un revenu de remplacement qui soit une véritable contrepartie des cotisations versées dans le but d'une politique active de l'emploi qui ne pénalise pas les salariés les plus précaires lorsqu'ils sont malades.

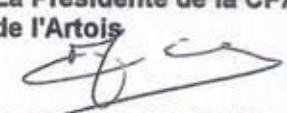
**La Présidente de la CPAM
de Roubaix Tourcoing**


Yvonne TASSOU

**Le Président de la CPAM
de Lille-Douai**


Christophe DUSART

**La Présidente de la CPAM
de l'Artois**


Jacqueline VAUTRIN

**Le Président de la CPAM
du Hainaut**


Jacques LOMBARD

**Le Président de la CPAM
des Flandres**


Patrice CARRE

**Le Président de la CPAM
de la Côte d'Opale**


Alain TREUTENAERE

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS et AVIS

Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain

Cécile WAQUET et Philippe GEORGES – IGAS – juillet 2013

Travaux préparatoires à la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Groupe « santé et accès aux soins » - Pilote : Michel LEGROS – 29 novembre 2012

Rapport d'activité du Fonds CMU pour 2012

Avis de la conférence nationale de santé sur le bilan de la démocratie sanitaire en région (29 novembre 2011)

Évaluation de l'aide médicale d'État

Rapport d'information au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques

Claude GLOASGUEN et Christophe SIRUGUE – Assemblée nationale – juin 2011

Guide méthodologique des PRAPS – Conseil national de pilotage des ARS du 21 mars 2011

Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État

Alain CORDIER et Frédéric SALAS – IGF – IGAS – novembre 2010

Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social

Rapport au ministre chargé des affaires sociales

DGAS – Conseil supérieur du travail social – Éditions de l'ENSP – 2007

Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État – Mission d'audit de modernisation IGAS IGF

Sous la supervision d'Eric GISSLER (IGF) – mai 2007

L'accès aux soins dans les zones urbaines sensibles (ZUS)

Didier LACAZE et Catherine PATRIS – IGAS – avril 2005

Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'État

Blanche GUILLEMOT et François MERCEREAU- IGAS – février 2003

L'accès de tous aux droits de tous, par la mobilisation de tous

Didier ROBERT- Avis du conseil économique et social – juin 2003

ARTICLES et ÉTUDES SCIENTIFIQUES

Les différentes figures du renoncement aux soins

Caroline DESPRES - La Santé de l'homme n°422 – octobre-novembre 2012 – INPES

Le renoncement aux soins pour raisons financières - Analyse socio-anthropologique

Caroline DESPRES – Études et recherches n° 119 – DREES – mars 2012

Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 – Les rapports de l'IRDES – n°1866 – juillet 2012

Les clefs de l'accès aux soins – Inégalités sociales et territoriales
Emmanuel VIGNERON et Sandrine HAAS – FEHAP – mars 2012

OUVRAGES et GUIDES MÉTHODOLOGIQUES

Actes des deuxièmes rencontres nationales des équipes de soins de premiers recours en quartier populaire (Lille – 19 et 20 octobre 2012) – Organisation : ACSBE La Place Santé et Maison de santé dispersée de Lille Moulins

L'envers de la fraude sociale – Le scandale du non recours aux droits sociaux
ODENORE – La Découverte – 2012

Guide pratique de la domiciliation – FNARS et UNCCAS - 2011

SIGLES UTILISÉS

AAH	Allocation adulte handicapé
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale d'État
APHP	Assistance publique hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité pour les personnes âgées
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ASV	Atelier santé ville
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation (structure Médecins du monde)
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CETAF	Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CICAS	Centre d'information et de coordination d'action sociale
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
FNARS	Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LHSS	Lit halte soins santé
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
NMR	Nouveaux modes de rémunération
ODENORE	Observatoire du non recours aux droits
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RNCPS	Répertoire national commun de la protection sociale
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
SDF	Sans domicile fixe
SIPI	Services pénitentiaires d'insertion et de probation

SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SMPR	Service médico-psychiatrique régional
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNOCAM	Union des organismes complémentaires d'assurance maladie
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et allocations familiales
ZUS	Zone urbaine sensible

