



Santé et accès aux soins



L'accès aux soins

■ La couverture principale

Bénéficiaires de la CMU de base Moyennes annuelles, données Cnam-TS

	Bénéficiaires (France entière)	Progression annuelle en %
2015	2 522 841	+ 6,7 %
2014	2 363 845	+ 5,4 %
2013	2 242 482	+ 0,9 %
2012	2 221 931	+ 1,4 %
2011	2 191 858	+ 1,5 %
2010	2 159 253	+ 16,3 %
2009	1 856 915	+ 27 %
2008	1 461 592	+ 3,8 %
2007	1 407 823	--

Source : Fonds CMU, annuaire statistique CMU, mai 2016.

continue tout au long de la vie. Le dispositif spécifique de la CMU de base est donc devenu inutile et a été supprimé. Les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées :

- les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte ;
- les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France, à savoir résider en France depuis au moins trois mois à l'ouverture des droits puis au moins six mois par an.

■ La couverture complémentaire

Plus de **95 %** des Français ont une couverture complémentaire en 2014 contre **84 %** dans les années 1990¹. Pour permettre l'accès du plus grand nombre à une couverture complémentaire, deux dispositifs ont été mis en place :

- **La CMU complémentaire (CMU-C)** est une protection complémentaire santé gratuite, accordée à toute personne qui réside régulièrement en France, de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, lorsque le revenu du foyer ne dépasse pas un plafond annuel (8 653,16 € pour une personne seule en métropole et 9 631 € dans les Drom, au 1^{er} avril 2016). Au 31 décembre 2015, on dénombre **5,39 millions de bénéficiaires** de la CMU-C (France entière), tous régimes confondus, ce qui marque une augmentation de **3,5 %** en un an².
- Si les ressources du foyer sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C (c'est-à-dire ne dépassent pas ce même plafond majoré de 35 %), il est possible d'obtenir **l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS)**. Ainsi, au 1^{er} avril 2016, le plafond pris en compte

1. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Dossier de presse, *Généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité*, juin 2014.

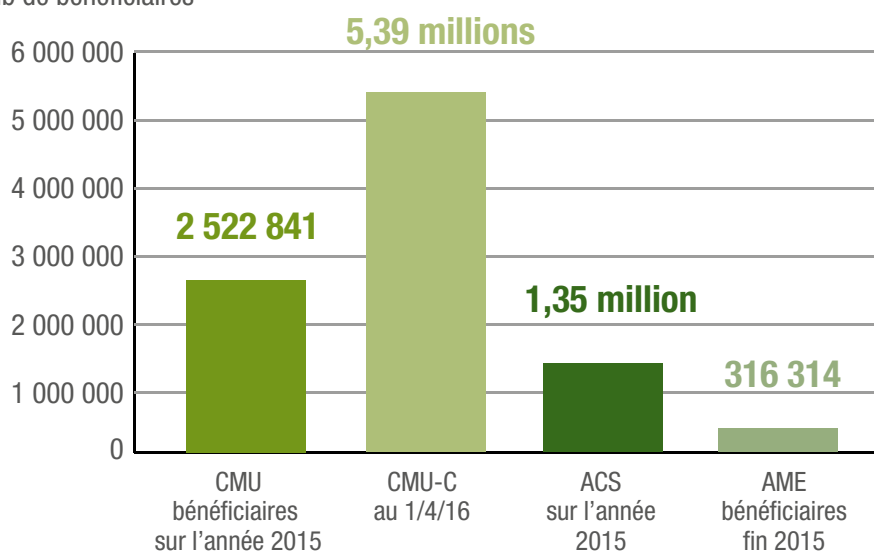
2. Fonds CMU, *Références*, n°63, avril 2016.

pour l'ACS est passé à 11 682 € annuels pour une personne seule, en métropole, et à 13 002 € dans les Drom. L'ACS donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer une assurance complémentaire santé, choisie sur une liste de contrats sélectionnés par le ministère de la Santé. Concrètement, cette aide permet de réduire le montant de la cotisation annuelle.

Sur l'année 2015, **1,35 million** de personnes se sont vu délivrer une attestation de droit à l'ACS, ce qui correspond à une hausse de **12,6 %** par rapport à 2014³.

1 Effectifs respectifs des bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME

Nb de bénéficiaires



L'aide médicale d'État (AME)

L'AME est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve d'avoir une résidence stable en France. Le plafond de ressources est identique à celui de la CMU-C.

Le nombre de bénéficiaires a fortement augmenté avec la montée en charge du dispositif. Au 31 décembre 2015, en France entière, le nombre de bénéficiaires s'établissait à **316 314 personnes**, dont 21 081 en outre-mer, contre 154 015 fin 2002 pour la France entière⁴.

La population des bénéficiaires de l'AME de droit commun est plutôt jeune, 41 % ayant moins de 30 ans. Les hommes représentent 57 % de l'effectif total⁵.

Les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du monde

En 2014, les 20 CASO ont reçu près de **30 000 personnes**. **98 %** d'entre elles se situent sous le seuil de pauvreté. **Plus de 80 % de ces personnes relèvent d'un dispositif de couverture maladie** – 50 % relèvent de l'AME, 26 % de l'assurance maladie et 5 % environ d'un système de protection sociale d'un autre État européen – mais seuls **15 % ont des droits ouverts** lors du premier accueil. « Les principaux obstacles à l'accès aux soins des patients sont les difficultés administratives (33 %), la méconnaissance des droits et des structures (28 %), la barrière linguistique (19 %). »

Plus de **40 %** des consultants recourent trop tardivement aux soins au regard de leur pathologie, et **26 %** se trouvent dans un état de santé nécessitant des soins urgents ou assez urgents.

Source : Rapport 2014 de l'Observatoire de Médecins du monde sur l'accès aux soins, octobre 2015.

3. *Ibid.* Fonds CMU.

4. Source : Cnam-TS.

5. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, extrait du *Projet de loi de finances pour 2017* : Protection maladie, 2016, pages 13-14.

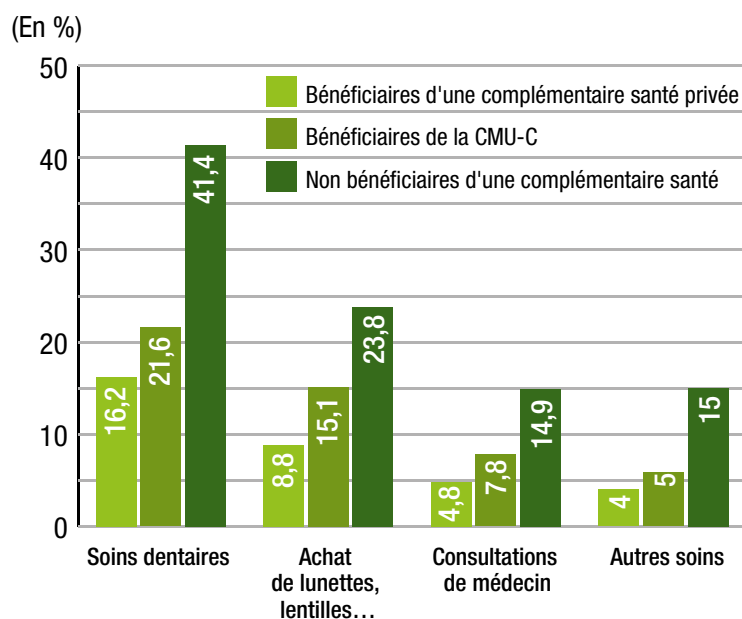
■ Les taux de recours

En 2014, le taux de recours à la CMU-C se situe entre **64 %** et **77 %**, en légère hausse par rapport à 2013 (entre 60 et 72 %). Le taux de recours à l'ACS se situe entre **30 %** et **43 %**⁶ ; il se situait en 2013 entre 28 et 41 %.

Médecins du monde témoigne du **non-recours à l'AME** à partir de l'observation des patients reçus en consultation dans ses centres de santé : en 2014, 53 % de l'ensemble des patients reçus sont des étrangers sans autorisation de séjour ; 77 % d'entre eux justifient de plus de trois mois de résidence ininterrompue en France et relèvent théoriquement du dispositif de l'AME. Cependant, seuls **10 %** d'entre eux disposent de droits ouverts à l'AME lors de leur première visite au centre de santé.

■ Le renoncement aux soins

2 Principaux types de renoncement aux soins pour raisons financières en 2012, selon la situation vis-à-vis de la complémentaire santé



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012, Irdes.

L'enquête réalisée par l'Irdes en 2012 permet de comparer le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C à celui d'une population couverte par une complémentaire santé privée et à celui d'une population non couverte par une complémentaire santé⁷. Plus de **21 %** des bénéficiaires de la CMU-C **renoncent aux soins dentaires** pour des raisons financières contre un peu plus de **16 %** des bénéficiaires d'une complémentaire santé privée. Mais les personnes sans complémentaire santé sont encore plus nombreuses à renoncer : **plus de 41 %**. Ce sont aussi les personnes sans complémentaire santé qui déclarent le plus fréquemment renoncer pour raisons financières à un achat dans le domaine de l'**optique** : près de **24 %** contre **15 %** pour les bénéficiaires de la CMU-C et moins de **9 %** pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C.

6. Fonds CMU, *Références*, n° 62, janvier 2016.

7. Irdes, *Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012*, n° 556, juin 2014. Pour plus d'informations, il est possible de consulter aussi : Drees, *Études et résultats*, n° 944, décembre 2015.

Les inégalités sociales de santé

L'écart d'espérance de vie est le principal indicateur d'inégalités de santé : l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers, calculé selon les conditions de mortalité de leur catégorie sociale de 2000 à 2008, est de **6,3 ans** pour les hommes et de **3 ans** pour les femmes. En outre, « plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles⁸. »

D'autres indicateurs mettent en évidence ces inégalités, notamment :

- **la santé des enfants scolarisés** : par exemple, pour les élèves en classe de troisième, on notait en 2009, que **22 %** de ceux qui ont au moins un parent ouvrier sont en **surcharge pondérale** (surpoids ou obésité) contre **12 %** des enfants dont au moins un des parents est cadre. **58 %** des enfants d'ouvriers ont au moins une **dent cariée** contre **34 %** des enfants de cadres. En raison d'un défaut de dépistage et de prise en charge, les enfants d'ouvriers portent moins souvent **des lunettes ou des lentilles** que les enfants de cadres (**22 % contre 33 %**), leur myopie étant plus tardivement diagnostiquée⁹.
- **la santé des bénéficiaires de la CMU-C âgés de moins de 60 ans** : en 2012, pour cette population, il est constaté que « la fréquence des maladies psychiatriques est **2,4** fois supérieure à celle observée pour la population du régime général (hors ACS), celle du diabète **2,2** fois, celle des maladies du foie ou du pancréas **2,9** fois et celle du VIH ou Sida **2,5** fois¹⁰. »

Des dispositifs d'accès aux soins

■ Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les PASS sont des cellules de prise en charge médicale et sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En 2015, **430 PASS** sont recensées dans les établissements de santé.

La plupart sont des PASS généralistes (368) mais, depuis 2012, des PASS d'un nouveau type ont été développées : dans des établissements autorisés en psychiatrie, pour les soins dentaires, à vocation régionale pour renforcer les moyens de coordination et d'expertise des PASS de la région. Beaucoup (55 %) sont situées dans des établissements où le service des urgences a une activité importante. Tous les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR) en ont une, ce sont alors des permanences de taille plus importante en nombre de patients, comme en effectifs de professionnels¹¹.

8. Drees, *L'état de santé de la population en France*, rapport 2015, pages 13, 82, 83, 85.

9. Drees, *Études et Résultats*, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième », n° 865, février 2014.

10. Fonds CMU, *La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, 2013-2014*, 2015, page 5.

11. Projet de loi de finances pour 2016, *Document de politique transversale (DPT)*, « Inclusion sociale », page 236.

Pourtant, selon une étude de 2013 de la Direction générale de l'offre de soins, seul **un quart** des PASS satisfait aux critères d'exigence fixés (à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, d'au moins 10 % de temps médical dédié, d'un accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, de la possibilité de recourir à l'interprétariat, d'une signalétique au sein de l'établissement, de protocoles entre les services de l'établissement)¹².

■ Les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM)

Créés en 2005, les LHSS sont des structures chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. Elles accueillent ces personnes 24 heures sur 24 et 365 jours par an.

Selon une évaluation ministérielle de 2013¹³, « **86 %** des patients souffrent [...] de pathologies sous-jacentes, le plus souvent déjà connues : pathologies chroniques (**59 %**), addictions (**54 %**), troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques avérées. La durée de séjour est inférieure à quatre mois (deux mois renouvelables une fois) pour **76,8 %** des personnes accueillies. Soulignons cependant qu'à la sortie des LHSS, le problème aigu ayant justifié l'admission n'est pas réglé pour **21,9 %** des individus et que les problèmes préexistants ou découverts durant le séjour ne sont pas stabilisés dans **35,7 %** des cas ».

C'est de ce constat qu'est né un autre mode de prise en charge plus adapté à ce public : les lits d'accueil médicalisés (LAM) qui permettent aux personnes atteintes de **pathologies chroniques** de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés.

« Ces deux structures sont prévues dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, ce qui garantit leur existence et leur progression¹⁴. » Au 31 décembre 2016, **1 346** places de LHSS et **310** places de LAM seront financées. Compte tenu des besoins des territoires, le Premier ministre a annoncé en avril 2016 la création de 300 nouvelles places de LAM et 200 nouvelles places de LHSS à compter de 2017. Sur ces 500 places, 150 ont déjà été financées sur le dernier trimestre 2016¹⁵.

■ La médiation sanitaire pour l'accès à la santé des populations en situation de précarité

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique sont des outils de l'« aller vers » les publics vulnérables pour faciliter leur accompagnement vers l'accès aux droits, la prévention et les soins. Il existe actuellement de nombreux dispositifs, actions et outils de médiation, et la plupart ont déjà été évalués, mais les pratiques en la matière sont hétérogènes.

Parmi les actions existantes, signalons le **Programme national de médiation sanitaire** qui fait l'objet d'une convention triennale (2013-2016) entre la Direction générale de la santé et l'Association pour l'accueil des voyageurs (ASAV), qui le coordonne. Les médiateurs, au nombre de **12** en 2015, sont employés par des associations locales membres du collectif national Romeurope et agissent sur différents départements en France. « Ils parlent la langue de la population ciblée et ont une bonne connaissance du public¹⁶ ».

12. Helfter C., ASH, « Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital », n° 2851, 2014, p. 32-35.

13. Ministère des Affaires sociales et de la Santé / DGCS et Itinere Conseil, *Évaluation du dispositif Lits halte soins santé (LHSS)*, rapport du 12 février 2013.

14. CNLE, Contribution au suivi du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, février 2016, page 87.

15. Source : DGCS

16. Association pour l'accueil des voyageurs, Médecins du monde, Roms action, AREAS Gens du voyage, Roms migrants, Première urgence aide médicale internationale, *Le programme national de médiation sanitaire pour l'accès à la santé des populations en situation de précarité*, 2015.

Au terme de sa phase expérimentale (2011-2012), une évaluation avait démontré les résultats positifs de ce programme¹⁷ :

- pour les femmes : augmentation des bénéficiaires de l'AME (37 % à 93 %) ou encore amélioration de la connaissance d'un lieu d'accès à la contraception (17 % à 89 %) ;
- pour les enfants : quasi-généralisation des carnets de santé (36 % à 98 %) et couverture vaccinale beaucoup plus étendue (DT-polio : 20 % à 80 %) ;
- pour l'amélioration de l'accueil et du suivi des personnes dans les structures de santé (à travers l'adaptation des plages horaires d'accueil, des actions sur le lieu de vie, la conception d'outils de prévention...).

Des difficultés sont cependant observées : très peu de recours à un service d'interprétariat professionnel par les structures de santé faute de financement, un faible recours de ces populations à la médecine libérale, des conditions d'habitat qui restent extrêmement précaires et, en cas d'expulsion, une rupture des suivis médicaux.

Ce programme, qui a débuté par des actions de médiation sanitaire en direction des populations vivant en bidonvilles, d'origine « rom » pour la plupart, est à présent étendu aux gens du voyage, par la feuille de route 2015-2017 du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

■ Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)¹⁸

En complément des PASS, ces équipes, créées par le Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008), ont pour particularité d'intervenir directement au plus près des lieux de vie des personnes en situation de précarité et d'exclusion qui présentent une pathologie psychiatrique. Cela permet de raccourcir le délai de leur évaluation sanitaire et la mise en route de leur traitement. Elles facilitent ainsi le parcours de soins des personnes défavorisées, mais également forment et conseillent les acteurs sociaux.

On en compte environ **118** sur le territoire français, composées de 3,7 ETP en moyenne, avec du temps d'infirmier, de psychiatre et de psychologue.

17. Conseils et études en santé publique, *Évaluation opérationnelle du programme national de médiation sanitaire*, 2013.

18. *Ibid.*, Projet de loi de finances pour 2016, et *Ibid.* CNLE 2016.

