



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé
62 bd Garibaldi 75015 PARIS
Tél 01 56 58 52 40



dans les régions de France

Chapitre **6.3**

L'accès aux soins

Ce fascicule constitue un nouveau chapitre du document «La santé observée dans les régions de France», publiée par la Fnors en 1997. Il peut être intégré dans ce document, qui se présente sous forme d'un classeur, ou rester indépendant.

Quelques références bibliographiques

BOCOGNANO A., DUMESNIL S., FREROT L., GRANDFILS N., LE FUR P., SERMET C., *Santé, soins et protection sociale en 1998*, CreDES, décembre 1999, 168 p.

HASSOUN D., *Précarité et état de santé bucco-dentaire*, CreDES, décembre 1998, 58 p.

JACQUOT S., *La couverture maladie universelle – Vers un droit à la santé pour tous*, supplément d'Actualités sociales hebdomadaires, juin 2000, 82 p.

RUAULT M., *L'aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998*, Études et résultats, Drees, N° 61, avril 2000, 4 p.

Haut comité de la santé publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Avis et rapports, ENSP Editions, 1998, 349 p.

Contexte

Un demi-siècle a été nécessaire pour mettre en œuvre ce que prévoyaient les ordonnances de la sécurité sociale de 1945, un droit universel à l'assurance maladie, qui est effectif depuis le 1^{er} janvier 2000 avec l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU).

C'est au terme d'une longue évolution historique qu'est consacrée l'idée d'un droit de chacun à la sécurité sociale.

Initialement appliqué aux salariés, le régime général de sécurité sociale est ensuite étendu à des couches de plus en plus importantes de la population, en particulier à des personnes n'ayant pas ou plus d'activité professionnelle.

La loi du 2 janvier 1978, relative à la généralisation de la sécurité sociale, crée le régime de l'assurance personnelle facultative pour toutes les personnes en dehors du champ de l'assurance maladie.

En 1988, un nouveau pas est franchi avec l'affiliation automatique à l'assurance personnelle des bénéficiaires du RMI non couverts par un régime obligatoire d'assurance maladie. Puis avec la loi du 29 juillet 1992 qui a profondément rénové l'aide médicale et accordé la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle aux titulaires de l'allocation veuvage et aux jeunes de moins de 25 ans, qui répondent aux conditions de revenu et de résidence prévues pour l'octroi du RMI.

La loi du 25 juillet 1994, a mis en place un mécanisme d'affiliation provisoire à l'assurance personnelle pour toute personne dont le régime ne pouvait être déterminé a priori, avec prise en charge des cotisations pendant une période de 3 mois. A l'issue de ce délai, l'intéressé était réintégré dans son régime d'appartenance ou maintenu à l'assurance personnelle.

Toutefois, les mécanismes d'affiliation n'étant pas automatiques, 150 000 personnes échappaient encore à toute protection sociale en 1998. De plus, les régimes de sécurité sociale obligatoires ne

remboursent en moyenne que 74 % des dépenses de santé : restaient posés le problème de l'avance des frais et du paiement du ticket modérateur.

L'enquête du CreDES "Santé, soins et protection sociale", en 1998, confirme que ce sont le statut socio-économique et le degré de précarité qui déterminent largement l'accès à la couverture complémentaire. 30 % des chômeurs et 28 % des personnes sans couverture complémentaire déclaraient avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (contre 14% pour l'ensemble des personnes interrogées). Les restrictions les plus fréquentes concernent le domaine dentaire (43 % des soins cités), les soins médicaux et examens (29 %) et l'optique (13 %).

C'est pourquoi la loi du 27 juillet 1999, instaure une obligation d'affiliation à l'assurance maladie sur seul critère de résidence et supprime le régime de l'assurance personnelle. L'affiliation à la "CMU de base" est immédiate dès le dépôt de la demande et automatique. La "CMU complémentaire" donne accès, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite assortie d'une dispense d'avance de frais. Il s'agit d'une prestation en nature, définie légalement, et qui peut être servie au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'affiliation, soit par un organisme complémentaire. L'objectif est de ne pas marginaliser les populations les plus pauvres dans des filières de soins spécifiques mais de leur donner accès à l'ensemble du système de soins, en particulier au secteur libéral. Cette couverture complémentaire devrait toucher 6 millions de personnes dont les revenus sont inférieurs à 3 500 francs pour une personne seule.

Constituant un droit objectif reconnu à tous les résidents stables et réguliers, la CMU marque un véritable progrès et un changement radical dans les procédures d'accès aux soins. Toutefois l'effet de seuil institué par la loi interdit l'accès aux titu-

laire de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse, le plafond de ressources étant fixé en dessous du seuil de pauvreté défini à 3 800 F par l'Insee.

Mais ce dispositif juridique et financier ne règlera pas le problème des inégalités de santé liées à la précarité. En effet, il existe d'autres limites à l'accès aux soins ; les unes étant propres aux personnes elles-mêmes, les autres étant dues au système de soins (accessibilité géographique et culturelle). Ces difficultés se traduisent par une réticence du patient à aller consulter et une incapacité du système de soins à prendre en charge les problèmes spécifiques. C'est pourquoi le "volet santé" de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 vise, à travers la mise en place des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) à adapter l'offre de soins aux populations les plus démunies en généralisant, notamment, les cellules précarité dans les hôpitaux (nommées PASS, permanences d'accès aux soins de santé) et à renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé en direction des populations fragilisées.

L'accès aux soins et à la prévention est désormais pensé comme un moyen de mettre en évidence les besoins de santé des populations en difficulté. Cette démarche, nécessitant un accompagnement et une prise en charge globale médico-sociale des individus, est de plus en plus utilisée comme véritable point d'appui menant vers l'insertion.

De nombreux acteurs ont développé des actions dans ce domaine, c'est notamment le cas de grands organismes (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, conseils généraux, Médecins du monde, ...) qui disposent d'informations pour qualifier le demande de ceux qui y ont recours et ainsi contribuer à une approche des situations de difficultés d'accès aux soins, notamment à l'échelle régionale. En 1998, plus de 30 000 personnes ont été accueillies dans les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde dont un tiers sont des nouveaux cas. En 1998, 140 000 bilans de santé ont concerné des personnes en situation de précarité (stagiaires âgés de 16 à 25 ans en voie d'insertion professionnelle, bénéficiaires du RMI, chômeurs de longue durée).

De l'aide médicale départementale... à la CMU

Avant l'entrée en vigueur de la CMU, l'aide médicale garantissait à toute personne résidant en France le droit, pour elle-même et ses ayants droit, à une aide pour les dépenses de soins qu'elle ne pouvait supporter. Elle se déclinait en deux modalités de prise en charge : d'une part le paiement des cotisations d'assurance personnelle, d'autre part la couverture des dépenses de soins restant à la charge des individus. Les règles d'admissions distinguaient les bénéficiaires de plein droit (bénéficiaires du RMI, bénéficiaires de l'allocation veuvage, jeunes de 17 à 25 ans) et les bénéficiaires de droit commun (appréciation au cas par cas selon les ressources du demandeur). L'aide pouvait être totale ou partielle.

Depuis 1992, le nombre de bénéficiaires de prise en charge des cotisations d'assurance personnelle a augmenté de plus de 30 % pour atteindre 285 000 bénéficiaires au 31 décembre 1998. Admis de plein droit, les allocataires du RMI représentent depuis le début du dispositif la grande majorité de ses bénéficiaires. Près de 5 % de la population métropolitaine ont bénéficié, en 1998, d'une prise en charge de soins au titre de l'aide médicale, soit 2,8 millions de personnes (titulaires et ayants droits). Leur nombre est en augmentation de 2,3 % depuis 1997, et de 8,5 % depuis 1996.

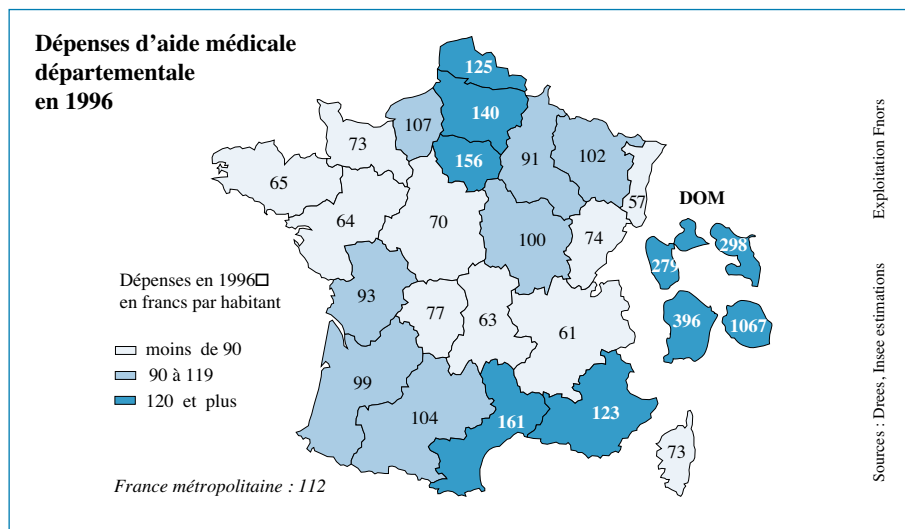
Malgré une amélioration incontestable de l'accès aux soins, facilitée notamment par la mise en place de cartes santé, le dispositif d'aide médicale ne garantissait pas une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire : barèmes de ressources plus ou moins restrictifs selon les départements, difficulté à gérer les changements de résidence, lourdeur des procédures... La création de la

CMU rend la notion d'aide médicale départementale caduque, même si les départements conservent la possibilité d'entreprendre localement une action en faveur des personnes ayant des ressources au-dessus du seuil d'attribution de la protection complémentaire.

La contribution moyenne par habitant de dépenses nettes d'aide médicale varie, en 1996, de 161 F (valeur maximale en France métropolitaine pour le Languedoc-Roussillon) à 57 F en Alsace. Généralement, les départements, situés dans les régions de l'extrême nord du pays et du pourtour méditerranéen, contribuent plus largement à la prise en charge médicale des populations précarisées. Ce montant est très largement dépassé dans les départements d'outre-mer (DOM), où il est de l'ordre de 300 F en Guadeloupe, Guyane et Martinique et de plus de 1 000 F à la Réunion.

L'importance des dépenses d'aide médicale -comme pour la plupart des dépenses d'aide sociale- est en relation avec la situation socio-économique du département (nombre de bénéficiaires du RMI, de personnes à faible revenu) et avec la politique appliquée par chaque conseil général.

Désormais la CMU devrait assurer une plus grande égalité sur l'ensemble du territoire en garantissant à tous des conditions d'accès et de remboursement des soins identiques. Néanmoins, l'importance des bénéficiaires du RMI ne recourant pas à l'aide médicale (15 à 33 % selon les départements en 1998) pose la question des modalités à mettre en œuvre pour atteindre les populations les plus éloignées de leurs droit afin qu'elle bénéficient des aides qui leurs sont destinées.



Bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat

Une répartition disparate

Depuis les lois de décentralisation confiant aux départements la gestion de l'aide sociale, l'Etat ne conservait que la prise en charge des frais d'interruption volontaire de grossesse et d'aide sociale en faveur des personnes sans domicile fixe.

Depuis l'instauration de la CMU, l'aide médicale départementale a été supprimée, mais perdure une aide médicale résiduelle à la charge de l'Etat. Attribuée sous conditions de ressources, elle prend en charge les étrangers en situation irrégulière ou ne résidant pas en France depuis plus de 3 mois qui, de ce fait, ne peuvent accéder à la CMU. Des personnes ne résidant pas habituellement en France peuvent être également admises à titre humanitaire par décision ministérielle.

Le dispositif concernant les personnes sans domicile fixe (ne pouvant bénéficier de la CMU faute de résidence stable et régulière) et les frais de soins et d'hospitalisation pour IVG restent inchangés.

Au cours du premier semestre 1997, la France entière comptait 28 196 bénéficiaires de cette aide, dont 28 114 résidant en France métropolitaine.

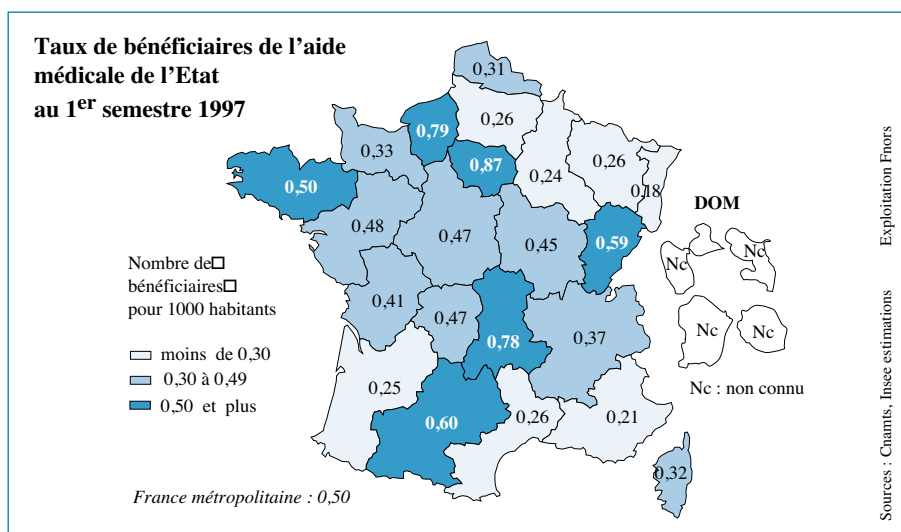
D'importantes disparités semblent significatives de la proportion des populations en grande difficulté sociale ou économique sur l'ensemble du territoire national.

Ces données sont difficilement interprétables puisqu'elles regroupent dans un même ensemble trois types de populations. De plus, elles n'illustrent que la proportion des populations en situation de précarité, en lien avec le réseau institutionnel existant. Elles sont notamment liées à la répartition des structures d'accueil concernant les réfugiés.

C'est le cas pour l'Ile-de-France qui se démarque des autres régions, représentant près de 34 % de la population totale d'assurés et où le taux est proche de 0,9 bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat pour 1 000 habitants.

A l'opposé, dans les régions du Nord-Est et du Sud, les taux sont proportionnellement bas avec environ trois fois moins d'allocataires.

Les régions Centre, Pays de la Loire, Bourgogne et Limousin reflètent une situation proche de la moyenne nationale avec des taux aux alentours de 0,5 pour 1000.



Soins préventifs :

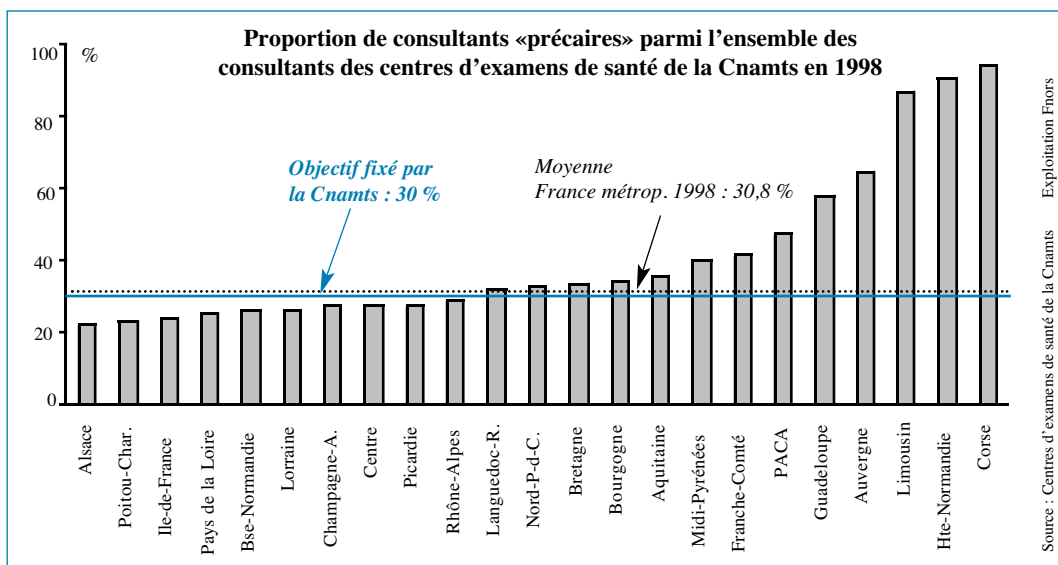
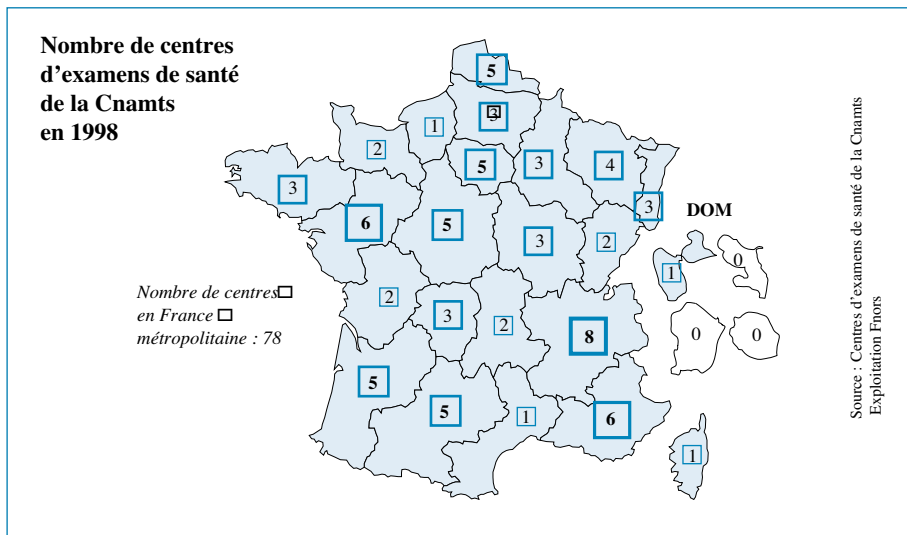
une priorité de la Cnamts et des centres d'examens de santé

En 1998, on comptait 79 centres d'examens de santé, dont 78 implantés en France métropolitaine. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), qui en finance le fonctionnement, leur a fixé pour objectif de cibler les populations les plus fragilisées : 30 % des personnes consultant d'un centre d'examens de santé doivent en faire partie.

Les centres d'examens de santé mènent ce travail de prévention en étroite collaboration avec divers partenaires investis dans l'insertion des personnes en situation précaire, tels que les missions locales, les organismes de formation participant aux dispositifs d'insertion, ainsi que les associations assurant

l'accompagnement social des populations les plus démunies.

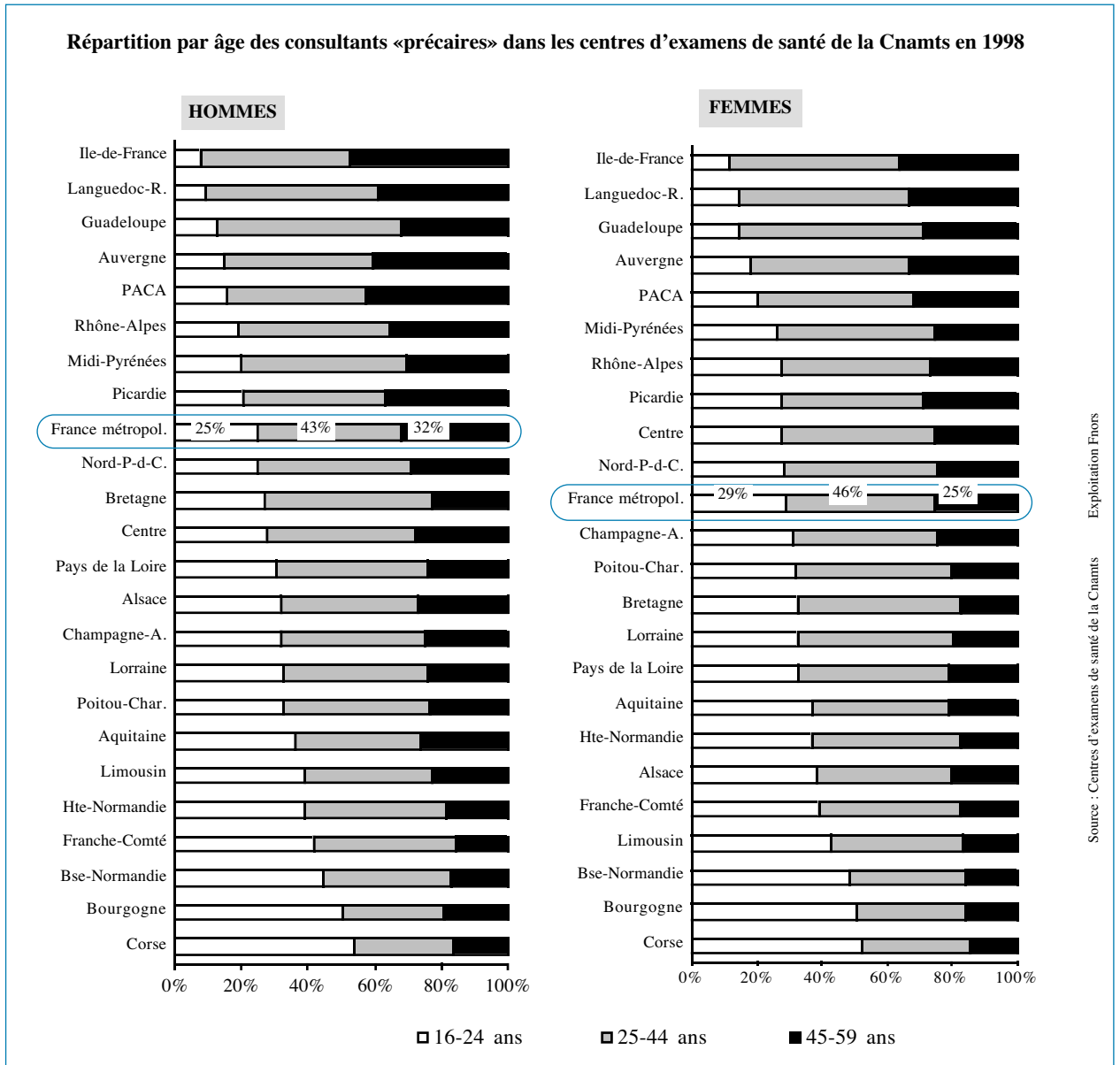
L'objectif des 30 % est atteint à l'échelon national pour la première fois en 1998 : l'ensemble des centres a accueilli 31 % de « précaires » et 69 % de "non précaires". La situation est très variable d'une région à l'autre puisque seulement 13 d'entre elles sur les 23 comportant un centre d'examens de santé ont dépassé ou atteint l'objectif. Les extrêmes vont de 94% de "précaires" en Corse à 22% en Alsace.



Les consultants des centres de santé considérés comme « précaires » sont les bénéficiaires du RMI et leurs ayants droit, les jeunes de 16-25 ans en voie d'insertion et leurs ayants droit, les chômeurs et leurs ayants droit. Les autres consultants sont ici dénommés « non précaires ».

Les statistiques d'activité des centres d'examen de santé montre que les jeunes sont ciblés en priorité. En fonction du statut des individus (précaires ou non précaires), on observe des écarts significatifs. Les 16-24

ans en situation de précarité représentent 25 % des consultants hommes et 29 % des consultants femmes, contre 9 % et 13 % de non précaires pour la même tranche d'âge.



Les consultants des centres de santé considérés comme «précaires» sont les bénéficiaires du RMI et leurs ayants droit, les jeunes de 16-25 ans en voie d'insertion et leurs ayants droit, les chômeurs et leurs ayants droit. Les autres consultants sont ici dénommés «non précaires».

En majorité, et même si l'écart en pourcentage est peu important, un déficit de l'acuité visuelle supérieur à 3/10 (non appareillé) est plus souvent constaté chez les personnes en situation de précarité (37 % contre 35 %). L'écart est très important en ce qui concerne l'état bucco-dentaire : 49 % des «précaires» ont une ou plusieurs caries dentaires non soignées, contre 33 % des «non précaires». Les écarts entre régions vont du simple au double entre la Lorraine où 40 % des «précaires» ont

une ou plusieurs carie et la Haute-Normandie où ils sont 80 %.

Ce constat est confirmé par l'étude du CreDES «Précarité et état de santé bucco-dentaire», menée en 1997 dans les centres d'examen de santé, montrant que seule une personne sur 5 en situation précaire a un bon état de santé bucco-dentaire. Ces personnes requièrent plus que les autres des soins urgents et sont atteintes de maux plus nombreux et plus graves.

