

L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité

Philippe Denormandie

Membre du conseil d'administration
de la CNSA

Marianne Cornu-Pauchet

Directrice du Fonds CMU-C

Juillet 2018

Sommaire

LETTRÉ DE MISSION	4
METHODE DE TRAVAIL, REMERCIEMENTS	6
NOS PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	7
PARTIE I. CADRAGE ET METHODE	8
1. La commande	9
2. Le constat : les obstacles à l'accès aux droits et à la santé : une réalité confirmée mais des inconnues	10
3. Les principes	12
3.1. Redonner une place centrale à l'individu	12
3.2. Promouvoir l'« aller-vers »	12
3.3. Repenser la responsabilité et l'implication de l'ensemble des acteurs	12
3.4. Favoriser des propositions qui s'intègrent dans le droit commun tant pour la prévention que le soin	13
PARTIE II. LES PROPOSITIONS	14
1. Lever les barrières financières d'accès à la santé	15
1.1. Rendre effectif le droit à une couverture de santé	15
1.1.1. Identifier les bénéficiaires potentiels	15
1.1.2. Rendre automatique l'attribution des droits	17
1.1.3. Eviter les ruptures de droit	17
1.1.4. Simplifier l'AME et harmoniser son instruction sur le territoire	19
1.2. Rendre les soins financièrement accessibles	20
1.2.1. Réduire les restes à charges en santé des personnes en situation de handicap ou de précarité	20
1.2.2. Prévenir les restes à charge pour les personnes en situation irrégulière	26
2. Faciliter l'accès à la santé : « Aller vers »	29
2.1. Faciliter l'accès à l'offre : organiser un repérage, une orientation et un accompagnement des personnes dans chaque territoire	29
2.1.1. Accompagner les personnes : l'esprit de la plateforme « PFIDASS »	29
2.1.2. Intégrer les outils numériques dans les démarches favorisant l'accès aux soins	30
2.2. Amener le soin aux plus fragiles	31
2.2.1. Ramener les personnes sans-domicile fixe dans le système de soins	31
2.2.2. Elaborer des parcours de soins pour les migrants	32
2.3. Accompagner les professionnels de santé et adapter leurs compétences	33
2.3.1. Accompagner les professionnels de santé	33
2.3.2. Adapter les compétences des professionnels de santé	35
2.4. Structurer et renforcer les structures ressources dédiées	35
2.4.1. Pour les personnes en situation de handicap	35
2.4.2. Pour les personnes en exclusion sociale	36
2.5. Mettre fin au refus de soins	38
3. Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge	41

3.1. Valoriser le temps et la complexité de prise en charge dans les soins de ville	41
3.2. Valoriser le temps et la complexité de prise en charge dans les structures sanitaires	41
3.3. Définir clairement le contenu du panier de soins des établissements sanitaires et médico-sociaux	43
3.4. Accepter les transports des personnes à mobilité réduite (TPMR) pour des transports sanitaires	43
4. Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux	45
4.1. Fixer des responsabilités et des obligations transparentes	45
4.1.1. <i>Pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de précarité et de handicap :</i>	45
4.1.2. <i>Au niveau régional</i>	45
4.1.3. <i>Au niveau national</i>	45
4.2. Instaurer une démocratie sanitaire effective	46
4.2.1. <i>Développer les mesures de satisfaction</i>	46
4.2.2. <i>Rendre les patients acteurs de leur santé</i>	46
4.2.3. <i>Consulter et impliquer les associations</i>	46
4.3. Assurer un suivi et une évaluation coordonnée	47
4.3.1. <i>Un observatoire de la santé des personnes en situation de handicap</i>	47
4.3.2. <i>Développer un observatoire de l'accès au droit et à la santé des migrants précaires</i>	47
CONCLUSION	49
PARTIE III. ANNEXES	50
Annexe 1. Liste des propositions détaillées du rapport	51
Annexe 2. Liste des personnes rencontrées	53
Annexe 3. Bibliographie	59
Annexe 4. Le champ du handicap	62
Annexe 5. Synthèse de l'étude IRDES de 2015 sur l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap	64
Annexe 6. Les dispositifs d'accès à la santé des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap	70
Annexe 7. Les dispositifs d'AME et des « soins urgents »	74
Annexe 8. Les mesures d'amélioration de l'accès aux droits d'ores et déjà engagées face aux risques de renoncement aux droits	75
Annexe 9. Les bénéficiaires de l'AME et leur consommation de soins	77
Annexe 10. Comparaison des garanties CMU-C, ACS, AME	80
Annexe 11. Synthèse du rapport sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé	81
Annexe 12. Étude des consommations des dispositifs médicaux générant des restes à charge (hors optique, audiologie et prothèses dentaires)	84
Annexe 13. La plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé de l'assurance maladie (PFIDASS)	87
Annexe 14. Les solutions d'appui et d'accompagnement des professionnels de santé	89
Annexe 15. La valorisation de la prise en charge des personnes fragiles dans la rémunération des médecins	90
Annexe 16. La Banque Carrefour de sécurité sociale belge	96

Annexe 17. Les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisés	98
Annexe 18. Résultats de l'enquête « Handisfaction » de l'association Handidactique concernant le refus de soins	100

Lettre de mission



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

Les Directeurs de Cabinet

Paris, le 09 AVR. 2018

Madame la Directrice,

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 prévoit la remise au Parlement d'un rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité. Ce rapport porte notamment « sur les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier ».

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) relève dans son dernier document de synthèse bibliographique relative à « l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap », publié en novembre dernier, un moindre recours aux soins des personnes en situation de handicap, confirmant en cela le constat des rapports remis en juin 2015 portant sur « l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France ».

Il en est ainsi pour les soins courants, pour lesquels les besoins non satisfaits sont plus fréquents pour les personnes en situation de handicap, mais également pour les actions de prévention et de dépistage (vaccinations et dépistage). Ainsi, la moyenne de recours aux soins dentaires des personnes en situation de handicap est-elle d'environ 50 %, soit un recours de 6 points inférieur à celui de la population générale.

Dans ce contexte, l'amélioration du parcours de soins des personnes en situation de handicap constitue une des priorités du Gouvernement rappelée à l'occasion du Comité Interministériel du Handicap (CIH) du 20 septembre 2017 et la caractérisation des difficultés actuelles doit permettre d'identifier les leviers pour mettre en œuvre cette priorité.

Madame Marianne CORNU-PAUCHET
Directrice du Fonds de financement de la protection complémentaire
de la couverture universelle du risque maladie (CMU)
Tour Onyx
10, rue Vandrezanne
75013 Paris

Copie : Docteur Philippe DENORMANDIE,
Membre du conseil d'administration de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

14, AVENUE DUQUESNE – 75700 PARIS
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

Par ailleurs, en dépit de dispositifs dédiés comme la CMU complémentaire ou l'aide à la complémentaire santé, l'accès aux soins des personnes les plus modestes peut rester entravé, pour des motifs liés à l'accès aux droits, à l'importance des restes à charge ou à la nécessité d'avancer des frais. Ces difficultés sont encore accrues pour les personnes sans domicile.

Votre mission comportera deux aspects.

S'agissant des personnes handicapées, vous identifierez les causes du plus faible accès aux soins somatiques, psychiques ou bucco-dentaires de ces personnes et mettrez en évidence le cas échéant les obstacles de nature financière spécifiques à ces personnes. Vous identifierez également les bonnes pratiques mises en place sur certains territoires pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes handicapées.

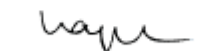
S'agissant des personnes en situation de précarité, le champ de votre mission concernera l'ensemble des personnes potentiellement éligibles à la CMU complémentaire et à l'aide à la complémentaire santé, de même que les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat. Vous vous attacherez plus spécifiquement à la situation des personnes sans domicile. Vous mettrez en évidence la nature des obstacles à l'accès au droit à l'assurance maladie et aux soins et identifierez les bonnes pratiques pour lever ces obstacles.

Sur les bases de ces constats, vous proposerez les solutions susceptibles d'améliorer la situation en matière d'accès aux droits, aux soins et aux actions de prévention.

Vous pourrez vous appuyer sur les services de la DGCS, de la DGOS, de la DGS, de la DSS et de la DREES et la CNAM pour rassembler les éléments techniques et chiffrés nécessaires à l'accomplissement de votre mission. Vous veillerez à consulter les acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre de l'accès aux droits et aux soins, en particulier les associations de solidarité qui accompagnent les personnes dans leurs démarches.

Nous souhaitons que votre rapport puisse être rendu pour la fin du mois de juin 2018, afin de nourrir le rapport au Parlement prévu par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale.


Raymond LE MOUËL


Virginie MAGNANT

Méthode de travail, remerciements

Le temps imparti à la mission qui nous a été confiée par le Ministère des Solidarités et de la Santé et le Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées était très court (3 mois) au regard du périmètre et des enjeux concernés. S'il existe de nombreuses ressources documentaires plus ou moins anciennes sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap ou de précarité, ces sujets sont également au cœur de l'agenda national : stratégie nationale de santé, plan prévention, stratégie de lutte contre la pauvreté, réforme « 100% Santé », politique interministérielle sur le handicap, etc. Afin d'élaborer un diagnostic et des propositions les plus actualisées possibles, nous avons adopté une approche opérationnelle, privilégiant la consultation des acteurs qui interviennent pour l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et de précarité.

Il est matériellement impossible de rencontrer tous les opérateurs et associations qui, chaque jour, œuvrent pour l'amélioration de l'accès à la santé des 9 millions de personnes en situation de précarité et des millions¹ de personnes en situation de handicap, dont 1,6 million sont en situation de pauvreté. Ces acteurs expérimentent sur le territoire de nouvelles organisations ou de nouveaux outils au bénéfice des assurés, des professionnels de santé ou des structures sanitaires et médico-sociales.

Nous avons néanmoins rencontré les principales associations de personnes handicapées et les associations qui accompagnent les personnes en situation de précarité, les administrations centrales compétentes, l'assurance maladie et les opérateurs intervenant dans le champ de la santé et du handicap (Caisse nationale d'assurance maladie - CNAM -, agences régionales de santé - ARS -, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA -, etc.), les fédérations nationales hospitalières, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), les conseils nationaux consultatifs, ainsi qu'un ensemble de personnes qualifiées dans les domaines de la santé, du handicap et de la pauvreté. Nous avons également auditionné des personnes qui connaissent ou qui ont traversé des périodes de précarité ou de handicap et qui nous ont relaté les nombreuses difficultés rencontrées tout au long de leur parcours de santé.

De mi-avril à fin juin 2018, près de 60 organismes ont ainsi été auditionnés, impliquant plus de 160 personnes, dont la liste figure en annexe 2 du rapport. Ces auditions ont permis de disposer d'une vision large et plurielle des missions et activités des acteurs en matière d'accès à la santé des personnes en situation de handicap et / ou de précarité. Elles ont aussi permis de recueillir leur point de vue sur les pistes d'améliorations que nous portons dans le présent rapport, auxquelles les acteurs ont adhéré dans leurs principes. Il reste que ces pistes n'engagent que les auteurs et n'englobent pas toutes les solutions possibles² (cf. notamment les contributions en annexe du rapport). Elles nécessitent par ailleurs d'être instruites techniquement de manière plus approfondie pour la plupart.

Nous remercions l'ensemble des acteurs et personnes qui se sont rendues disponibles et ont contribué, par écrit ou lors de nos échanges, à alimenter ce rapport. La richesse des échanges et des éléments apportés témoigne de l'engagement des acteurs sur les questions d'accès à la santé des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de pauvreté. Nous remercions par ailleurs Dominique Lassus-Minvielle, administratrice civile mise à disposition en appui à la mission. Enfin, la mission a bénéficié d'un appui de qualité de l'équipe du Fonds CMU-C, à la fois en termes d'organisation des auditions et de contenu (travaux d'analyse, préparation des auditions, rédaction). Nous tenons tout particulièrement à remercier Gwénaëlle Le Bohec, directrice adjointe du Fonds CMU-C.

¹ Le dénombrement des personnes en situation de handicap pose des difficultés : en fonction du caractère plus ou moins restrictif de la définition du handicap retenu, il conduit à un nombre de personnes handicapées allant de 1 million à plus de 11 millions. Selon une étude de la Drees publiée en mars 2017, le nombre de personnes de 15 à 64 ans se déclarant en situation de handicap (en raison d'une limitation fonctionnelle ou d'une reconnaissance administrative d'un handicap) s'élevait à plus de 11 millions en 2010. Leur taux de pauvreté atteignait 13,8% avec de fortes disparités en fonction du handicap. Cf. annexe 4.

² En particulier, les évolutions nécessaires à l'amélioration de l'accès aux soins des enfants en situation de précarité relevant des travaux du délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes ne sont pas évoquées dans le présent rapport.

Nos principales recommandations

Rendre effectif le droit à une couverture santé

- Rendre automatique l'ouverture du droit (CMU-C aux bénéficiaires du RSA) et son renouvellement (ACS aux bénéficiaires de l'AAH en situation de précarité)
- Sécuriser et harmoniser l'instruction du droit à l'AME sur le territoire en s'appuyant notamment sur des comités de suivi entre l'assurance maladie et les associations

Rendre les soins financièrement accessibles

- Offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé aussi protectrice que la CMU-C, sans reste à charge sur leurs dépenses de santé
- Réduire et harmoniser les restes à charge pour les dispositifs médicaux

Faciliter l'accès à la santé

- Repérer, orienter et accompagner les personnes en s'appuyant sur le dispositif PFIDASS de la CNAM et en développant les partenariats
- Doter les dispositifs mobiles du « aller-vers » de financements pérennes et assurer une meilleure couverture de ces dispositifs sur le territoire
- Doter les structures d'hébergement social de compétences soignantes et les SIAO de professionnels de santé capables d'orienter les personnes vers les structures sanitaires et médico-sociales adaptées.

Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge

- Valoriser le temps et la complexité de prise en charge dans les soins de ville, les structures sanitaires et médico-sociales
- Finaliser, rendre transparent et homogène sur le territoire le panier de soins des établissements médico-sociaux

Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux

- Intégrer des indicateurs de suivi de la santé de ces populations dans la certification et l'évaluation des établissements et services sanitaires et médico-sociaux
- Mettre en place un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap ainsi qu'un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des migrants
- Fournir annuellement au Parlement des indicateurs relatifs à l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et en situation de précarité

PARTIE I. Cadrage et méthode

1. La commande

Par lettre de mission du 9 avril 2018, la Ministre des solidarités et de la santé et la Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées nous ont confié la mission d'établir des propositions susceptibles d'améliorer la situation en matière d'accès aux droits de santé, d'accès aux soins et aux actions de prévention des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Il s'agit d'alimenter un rapport du Gouvernement au Parlement inscrit en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce rapport porte « notamment sur les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motifs financier ».

Les besoins en soins courants sont plus fréquemment insatisfaits pour les personnes en situation de handicap ou en situation de précarité, en particulier s'agissant des actions de prévention et des soins dont l'absence peut se traduire par une détérioration de l'état de santé général. Il en est ainsi en particulier des soins bucco-dentaires, auxquels ces populations recourent beaucoup moins que la population générale, mais également des soins gynécologiques, ophtalmologiques, cardio-vasculaires, psychiques, etc.

L'amélioration du parcours de soins des personnes en situation de handicap a récemment été réaffirmée comme une priorité lors du comité interministériel du handicap (CIH) du 20 septembre 2017. L'accès aux soins des personnes les plus modestes constitue également une priorité de politique publique. Après plusieurs plans successifs de lutte contre la pauvreté, le gouvernement a nommé un délégué interministériel en charge d'établir une stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, dont l'accès à la santé constitue un axe fondamental.

Surtout, le présent rapport s'inscrit dans l'esprit de la stratégie nationale de santé, qui vise à préserver et faire fructifier le « capital-santé » de tous, avec l'ambition « inclusive » de ne pas laisser les personnes fragiles en dehors du système de santé.

Si le périmètre de la mission peut paraître en première approche « double » parce qu'il concerne l'examen des freins à l'accès aux soins de deux populations qui présentent des particularités propres, les obstacles et les remèdes apparaissent pour autant largement similaires. L'étiologie des difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention de ces deux populations renvoie ainsi à des facteurs communs : renoncement aux soins pour raisons financières, difficultés d'accès à l'offre de soins, complexité du système, cloisonnement des financements de l'offre de soins, insuffisance des moyens financiers dédiés à l'accès à la santé, etc.

Enfin, les remèdes pour améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap ou de précarité reflètent les enjeux auxquels est confronté notre système de santé actuel. Ils ne renvoient pas seulement à la nécessité d'une approche plus inclusive du système de santé, attentive aux inégalités de santé. Les propositions présentées dans ce rapport sont susceptibles de préfigurer pour certaines ce que pourraient être les solutions pour faire évoluer notre système de santé.

2. Le constat : les obstacles à l'accès aux droits et à la santé : une réalité confirmée mais des inconnues

Le présent rapport expose de manière synthétique les constats déjà étayés par de nombreuses études ou rapports³ sur les difficultés d'accès au droit à une couverture maladie (prérequis à l'accès aux soins et à la prévention) et sur les causes du plus faible accès aux soins somatiques, psychiques ou bucco-dentaires des personnes handicapées et des personnes démunies.

Il identifie ensuite pour les deux populations les bonnes pratiques, souvent semblables, qui sont en cours et trace des voies de solution tantôt communes, tantôt spécifiques, aux obstacles identifiés.

Sur le handicap, le rapport de l'IRDES paru en juin 2015⁴ sur l'accès aux soins courants curatifs et préventifs des personnes en situation de handicap en France confirme les diagnostics déjà établis par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2008, par Pascal Jacob dans son rapport de 2013 et Denis Piveteau dans son rapport « Zéro sans solutions » de 2014 ainsi que par le guide d'amélioration des pratiques professionnelles de la HAS de juillet 2017.

Dans le domaine de la précarité, les obstacles rencontrés dans l'accès aux droits et aux soins sont évalués tous les deux ans par le Fonds CMU-C dans le cadre de l'obligation d'évaluation de la loi portant création de la couverture maladie universelle (CMU). Ils ont par ailleurs fait l'objet de rapports et d'études variés, tels que le rapport Archimbaud « 40 propositions pour un choc de solidarité » de 2013, les études de l'IRDES réalisées à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), et des études consacrées à l'accès aux soins des personnes sans domiciliation fixe (migrants, SDF, etc.)⁵.

L'ensemble de ces travaux mettent en avant les difficultés d'accès et de continuité des soins courants pour les personnes en situation de handicap ou de précarité pour des raisons financières, pour des raisons tenant à la complexité d'accès à une couverture santé, à l'offre de soins, aux pratiques professionnelles, à l'appréhension des soins par les personnes ou leur entourage, etc. Ces raisons peuvent induire un renoncement aux soins, des retards et des besoins de soins alourdis du fait d'un état de santé altéré, qui constituent une réelle dégradation de la qualité du parcours de soins et de vie.

Entre 24% et 36% de personnes pauvres qui pourraient bénéficier d'une couverture maladie gratuite *via* la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) n'y ont pas recours (soit entre 1,5 et 2,8 millions de personnes pauvres⁶).

Si les explications du non recours à la CMU-C sont multiples, la « non demande »⁷ en raison de la complexité des démarches en est le facteur principal. L'absence de connaissance du dispositif et de ses conditions d'accès constitue aussi un facteur de non recours pour certaines populations (jeunes les plus précaires, personnes isolées).

La proportion de personnes non recourantes à l'aide à la complémentaire santé (ACS) est encore plus importante : selon les estimations de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), entre 49% et 64% des personnes éligibles n'ont pas recouru au dispositif en 2016 (soit entre 1 et 2,3 millions de personnes). Ce non-recours s'explique par une absence de connaissance du dispositif, par la complexité des démarches administratives pour y avoir accès mais surtout par l'existence de restes à charge potentiellement importants sur certains soins courants tels que l'optique, les soins prothétiques dentaires et l'audiologie.

³ Cf. *Bibliographie*

⁴ Cf. *annexe 5, synthèse de l'étude IRDES de 2015 sur l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap*.

⁵ Notamment : Agence nouvelle des solidarités actives « Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile, repérages de pratiques innovantes », juin 2016 ; enquête SAMENTA de l'INSERM, travaux de l'académie de médecine, du SAMU social comme des nombreuses associations spécialisées dans la lutte contre la précarité et même des thèses récentes.

⁶ L'estimation du taux de non recours est fournie en fourchette chaque année par la DREES.

⁷ Sur la typologie des motifs de non recours, voir les travaux de l'Observatoire du non recours aux droits et services (Odenore).

De plus, malgré la gratuité des soins, un bénéficiaire de la CMU-C sur trois déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières⁸. Les personnes en situation de handicap renoncent également dans des proportions importantes aux soins : seules 48% des personnes ayant des limitations motrices ont accès à des soins dentaires contre 56% dans la population générale. L'écart est encore plus important pour les personnes en fauteuil roulant dont seulement 44% accèdent aux soins dentaires.

Il en est de même pour les soins gynécologiques : la probabilité moyenne de recours des femmes est de 49% en population générale mais elle ne s'élève qu'à 37% pour les femmes déclarant des limitations motrices, à 30% pour les femmes en fauteuil roulant et à 40% pour les femmes déclarant des limitations cognitives (cf. annexe 5).

Pour autant, les personnes en situation de handicap ou de précarité sont plus exposées que les autres au risque de pathologies lourdes. Dans son rapport charges et produits de 2016, la CNAM a notamment mis en évidence une prévalence des pathologies plus élevée pour les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C par rapport à la population générale. Ils sont ainsi beaucoup plus exposés aux maladies psychiatriques, au diabète, aux maladies cardiovasculaires. La fréquence⁹ des maladies psychiatriques est par exemple 2,1 fois plus élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les autres assurés du régime général. Elle est 6,2 fois plus élevée pour les bénéficiaires de l'ACS. Pour le diabète, le risque est deux fois plus élevé que pour le reste de la population¹⁰.

L'étude montre de surcroît que la fréquence plus élevée des pathologies au sein des bénéficiaires de l'ACS se concentre sur les personnes handicapées titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou celles qui bénéficient d'une prestation d'invalidité.

Concernant le handicap psychique, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale, et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS, 2015). Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques. Par exemple, une personne pour laquelle un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi aurait 2 à 3 fois plus de risque de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale.

Malgré ces constats alarmants sur l'état de santé des personnes en situation de handicap, les bases de données de l'assurance maladie ne permettent pas d'identifier de façon directe et exhaustive l'ensemble des personnes concernées.

En tout état de cause, l'hétérogénéité des modes de dénombrement des personnes en situation de handicap (au regard du type de limitations fonctionnelles, au regard de la reconnaissance administrative par les maisons départementales des personnes handicapées - MDPH -, etc.) rend très difficile l'exercice de quantification des personnes handicapées dans le champ du présent rapport. Leur nombre s'élève de 1 million à 12 millions de personnes selon le critère d'estimation retenu. Des travaux de rapprochement entre les critères de reconnaissance administrative par les MDPH et les critères pathologiques (type affection de longue durée - ALD -) nous semblent à cet égard nécessaires.

⁸ Contre 26% pour l'ensemble de la population des 18-64 ans. Réponse à la question « au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé pour vous-même à des soins pour raisons financières ? », dernière enquête ESPS de l'IRDES / DREES de 2014.

⁹ Pour les personnes de moins de 60 ans, risques relatifs ajustés sur l'âge et le sexe.

¹⁰ 2,2 fois plus élevé pour les titulaires de la CMU-C ; 2,4 fois plus élevé pour les titulaires de l'ACS.

3. Les principes

Les principes qui nous ont guidés tout au long de cette mission pour établir nos propositions répondent à plusieurs objectifs :

3.1. Redonner une place centrale à l'individu

Nous avons tenté d'adopter la vision des personnes plutôt qu'une vision institutionnelle, administrative ou « macro ». Nous avons pour cela notamment consulté les associations de personnes en situation de handicap ou de précarité, mais tenu également à recueillir des témoignages et points de vue de personnes directement concernées par la précarité et le handicap.

Conformément au cadrage de la lettre de mission, la mission s'est attachée à identifier les sources de dysfonctionnement qui font obstacle à l'accès au droit et aux soins des personnes en situation de handicap ou des personnes en situation de précarité, quel que soit le type d'aide ou de couverture santé dont ils bénéficient (AAH, pension d'invalidité, ALD, couverture par la protection maladie universelle, par la CMU-C, par l'ACS, par l'aide médicale de l'Etat - AME - ou absence totale ou partielle de couverture).

Par ailleurs, une attention particulière a été portée au fait d'examiner le recours aux droits et aux soins des personnes démunies en situation irrégulière.

3.2. Promouvoir l'« aller-vers »

Ces populations vulnérables ont souvent perdu confiance dans le système de soin et / ou ne sont pas assez accompagnées vers le soin par leur environnement. De plus, le rapport à leur corps est souvent altéré et « l'entretien » ou le suivi de leur santé n'est en conséquence pas une priorité pour elles. Il est donc dans bien des cas illusoire de penser que la personne ira d'elle-même vers le soin et s'intéressera à sa santé si elle n'est pas accompagnée. De surcroît, une partie des populations concernées par ce rapport éprouve des difficultés à mener des démarches administratives complexes.

Il faut donc changer de paradigme : inverser le fonctionnement du modèle de santé en généralisant la démarche de l'« aller-vers », de manière à ce que « le droit, le soin et la prévention aillent à la personne » et non plus l'inverse.

3.3. Repenser la responsabilité et l'implication de l'ensemble des acteurs

La santé - notamment la prévention et les soins courants - n'apparaît pas comme une priorité, particulièrement dans le champ du handicap, aussi bien pour les professionnels du secteur sanitaire que médico-social, les aidants, les associations, les institutionnels. De nombreux facteurs peuvent expliquer ce constat, dont notamment les nombreux autres besoins primaires des personnes handicapées ou en exclusion. Ce n'est pas le lieu ici de les recenser. Mais il y a un devoir à se mobiliser collectivement pour remédier à cette situation discriminante et inacceptable. La bonne santé, malgré des déficiences ou des difficultés sociales, est un élément majeur de l'autonomie et de l'inclusion. Elle ne peut être obtenue que par une prise de conscience et une volonté collective.

3.4. Favoriser des propositions qui s'intègrent dans le droit commun tant pour la prévention que le soin

Les solutions pour assurer un accès aux soins et à la santé ne sauraient être exclusives pour ces personnes. Des réponses qui se voudraient exclusivement dédiées aux personnes en situation de handicap ou de précarité présentent plusieurs inconvénients majeurs. Elles se heurtent à l'incapacité d'un déploiement et d'une couverture nationale ; elles ne peuvent être mises en œuvre dans tous les domaines de la santé et surtout portent en elles les germes de la discrimination, l'ensemble des professionnels considérant, dès lors, qu'il n'est pas de leur ressort de s'occuper des personnes en situation de vulnérabilité puisqu'il existe des offres spécifiques. Enfin cela serait à l'opposé d'une approche sociétale universelle et inclusive de la santé comme le conseil de la CNSA l'a rappelé, récemment, dans ses orientations stratégiques.

Nous avons donc privilégié des propositions qui soient les plus intégrées possibles dans le droit commun et qui s'appuient sur l'ensemble des professionnels et des structures de santé existantes. La création de certaines structures plus adaptées ne peut exister que si elles servent aussi d'appui et de ressources aux autres professionnels dans leur capacité à prendre en charge la santé de ces patients.

PARTIE II. Les propositions

1. Lever les barrières financières d'accès à la santé

Lever les barrières financières d'accès à la santé suppose au préalable de lever les obstacles de l'accès à une couverture santé (protection maladie universelle, CMU-C, ACS, AME, etc.) et d'éviter les ruptures de cette couverture. C'est ensuite rendre les soins financièrement accessibles en réduisant, voire en annulant la participation des personnes en situation de handicap ou de précarité à leurs frais de santé.

Le renoncement aux soins pour motif financier est en effet le principal frein à l'accès aux soins courants et à la prévention¹¹. C'est ce constat qui fut à l'origine de la création de la CMU, de la CMU-C et de l'AME par la loi du 27 juillet 1999.

La CMU-C complète la couverture maladie du régime de base pour assurer la gratuité des soins aux bénéficiaires dont les ressources sont particulièrement faibles¹². Selon les dernières études de la DREES, cette couverture limite significativement le renoncement aux soins pour raisons financières. Détenir la CMU-C réduit ainsi de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable. Le rôle protecteur de la CMU-C est surtout visible pour les prestations les moins bien prises en charge par l'assurance maladie obligatoire : soins dentaires (notamment prothétiques) et optique.

Toutefois, plusieurs millions de personnes en situation de handicap et / ou de précarité ne bénéficient pas de la CMU-C et se trouvent en conséquence exposées à des restes à charge ou à des primes sur leur contrat de couverture complémentaire qui altèrent leur capacité à accéder aux soins.

Certains, dont les bénéficiaires de l'AAH, ont accès à l'ACS. Créée en 2004 pour atténuer l'effet de seuil de la CMU-C, cette aide est destinée aux personnes pauvres dont les revenus sont compris entre le plafond de ressources de la CMU-C et 35% de ce plafond¹³. Elle permet de financer tout ou partie de la prime d'un contrat de complémentaire santé privé, à choisir parmi les contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'Etat pour leur bon rapport qualité / prix (cf. annexes 6 et 11).

1.1. Rendre effectif le droit à une couverture de santé

Des mesures de simplification et des actions d'accompagnement ont été déployées ces dernières années par les pouvoirs publics et les principaux opérateurs (cf. annexe 8). Le formulaire de demande commune pour l'obtention de la CMU-C et de l'ACS a notamment été très récemment simplifié (réduction du nombre de pages et du nombre de pièces justificatives).

Si ces démarches témoignent de la volonté de lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins et marquent une inflexion dans les métiers de l'assurance maladie, les mesures de simplification, les modalités de détection des populations éligibles et d'instruction des droits n'utilisent pas pleinement les possibilités ouvertes dorénavant par le datamining et la dématérialisation des données. Il en résulte une grande hétérogénéité de détection et d'accompagnement des différentes populations entre les régimes et entre les caisses ainsi qu'une progression du taux de recours aux droits très lente.

1.1.1. Identifier les bénéficiaires potentiels

1.1.1.1. Identifier les bénéficiaires potentiels en interrogeant les fichiers des administrations

Comme l'indiquait la Cour des comptes dans son rapport sur le Fonds CMU-C en 2015, à la différence des droits à l'assurance maladie obligatoire de base et des complémentaires santé collectives obligatoires pour les salariés, la CMU-C et l'ACS n'ont pas un caractère obligatoire pour les personnes qui en remplissent les conditions. Dans tous les cas, elles doivent les demander, soit de manière spontanée, soit à la suite d'une sollicitation en ce sens des organismes sociaux ou d'autres intervenants (associations, travailleurs sociaux).

¹¹ Cf. la partie constat du présent rapport.

¹² Inférieures à 734 euros par mois pour une personne seule.

¹³ Ressources comprises entre 734 euros et 991 euros par mois pour une personne seule.

Le caractère quérable de ces dispositifs induit des contraintes très fortes sur les formalités à effectuer par leurs demandeurs comme sur la charge d'activité des organismes sociaux, ce qui favorise le non recours. Ainsi, lutter contre le non recours aux droits à la CMU-C ou à l'ACS suppose d'identifier les personnes éligibles aux dispositifs, à commencer par celles qui réunissent les conditions de ressources.

La Déclaration sociale nominative (DSN) simplifiée et le prélèvement à la source (PAS) ouvrent des voies nouvelles pour repérer les populations qui répondent aux conditions de ressources¹⁴.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) de juin 2017, relatif à la modernisation de la délivrance des prestations sociales, propose un schéma cible pour parvenir à un recensement complet et contemporain des ressources. Il préconise l'utilisation de la DSN pour alimenter automatiquement la partie salaire des bases ressources des assurés, complétée par la mise en place d'une déclaration nominative complémentaire (DNC) mensuelle pour le recensement des autres revenus imposables et des revenus versés par des tiers. Cela permettrait le pré-remplissage des principales ressources des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et de l'ACS, sans pour autant permettre une automatisation complète dans la mesure où les ressources prises en compte pour le droit à la CMU-C et à l'ACS sont exhaustives : elles comportent les revenus non imposables, les dons familiaux, etc.

Ces données pourraient être consultables à partir d'un entrepôt de données sur le modèle de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale belge (cf. annexe 16).

A l'instar du mécanisme utilisé depuis janvier 2018 pour l'octroi du chèque énergie, il serait alors possible d'identifier, en fonction de la composition du foyer fiscal, les personnes éligibles aux dispositifs, de leur en proposer le bénéfice et de pré-remplir le formulaire de demande.

En cible, outre la fiabilisation des données et du processus d'attribution des droits, ce dispositif représenterait des gains de gestion pour l'assurance maladie¹⁵, gains qui pourraient être mis à profit pour « aller vers » les personnes non identifiées dans les bases fiscales et sociales et renforcer l'accompagnement des personnes vers les soins et la prévention (cf. partie 2 du rapport).

En attendant le déploiement effectif de telles solutions, il est possible d'optimiser d'ores et déjà le partage de données entre les différents opérateurs de la Sécurité sociale afin de rendre automatiques les droits à une couverture santé qui sont connexes au bénéfice d'un minima social, tel que le revenu de solidarité active (RSA), etc.

Proposition n°1 – Optimiser le partage des données entre les différents opérateurs de la sécurité sociale pour identifier les personnes fragiles éligibles à une couverture santé.

¹⁴ À la faveur de l'utilisation de la DSN par l'ensemble des employeurs de droit privé dès 2018 pour déclarer les salaires du mois précédent et de la mise en œuvre de la déclaration mensuelle dématérialisée PASRAU au titre des revenus de remplacement imposables, la Direction générale des finances publiques (DGFIP) disposera à compter de 2019 d'informations contemporaines sur une grande partie des ressources des assurés.

¹⁵ Selon les données communiquées par la CNAM à la Cour des comptes, 1 390 ETP et 1 460 ETP étaient respectivement consacrés à l'accueil (physique ou téléphonique) et à l'instruction des demandes de CMU-C et d'ACS en 2013.

1.1.2. Rendre automatique l'attribution des droits

1.1.2.1. Rendre automatique l'attribution de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle

Les bénéficiaires du RSA socle sont de fait éligibles à la CMU-C, le montant du RSA étant inférieur au niveau de ressources maximal qui ouvre droit à la CMU-C. Ils sont « réputés satisfaire les conditions [de ressources] »¹⁶ permettant d'accéder à la CMU-C. Pourtant, le non recours à la CMU-C parmi cette population est de 20%¹⁷. En effet, le fait de disposer de plein droit de la CMU-C ne dispense pas les bénéficiaires du RSA d'effectuer la démarche administrative de demande auprès de leur caisse d'assurance maladie, avec une procédure simplifiée dans ce cas : fourniture d'une attestation de ressources établie par la CAF et choix de l'organisme gestionnaire de la CMU-C.

En 2012¹⁸, les bénéficiaires du RSA socle non couverts par la CMU-C expliquaient cette absence de couverture par des motifs qui renvoient à une absence de connaissance du dispositif et de ses avantages : une personne sur deux estime que son revenu est trop élevé pour bénéficier de la CMU-C, ou indique être déjà couvert par une mutuelle.

En termes de finances sociales, le coût immédiat de l'attribution automatique de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA dépendra du comportement de consommation de soins des populations concernées. S'appuyant sur la connexion des systèmes d'information des caisses d'allocations familiales (CAF) et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), cette mesure se traduirait à très court terme par des économies de coûts de gestion pour la branche maladie (suppression de la lourdeur d'instruction des dossiers par les caisses, suppression des indus et des moyens dédiés à leur récupération).

A moyen-long terme, le recours aux soins comme à la prévention en santé génère des économies sur les dépenses de santé. Ces économies ont été chiffrées en 2013 par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) dans le cadre du rapport Archimbaud : l'économie générée par le recours à la CMU-C est estimée à 1 000 euros par foyer, à 300 euros pour l'ACS. Selon ces estimations, le gisement d'économie induit par l'attribution automatique de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA s'élèverait à environ 370 millions d'euros.

L'attribution automatique du droit à la CMU-C aurait un coût brut maximal de l'ordre de 300 millions d'euros si les bénéficiaires du RSA concernés consommaient en moyenne comme les titulaires actuels de la CMU-C, ce qui constitue une hypothèse forte. Ce coût de 300 millions d'euros ne tient compte ni des économies en gestion pour l'assurance maladie, ni des économies à termes sur les dépenses de santé.

1.1.3. Eviter les ruptures de droit

1.1.3.1. Rendre automatique le renouvellement des droits pour les allocataires du RSA et de l'AAH

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a mis en place le renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'une des allocations du minimum vieillesse, à compter de 2016. Ce sujet n'a pas été traité pour les bénéficiaires du RSA et ceux qui perçoivent l'AAH.

Le renouvellement automatique du droit à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA serait une mesure de simplification forte, qui s'inscrirait dans la démarche globale de simplification déjà engagée depuis plusieurs années, dans la continuité du renouvellement automatique pour les titulaires du minimum vieillesse.

Elle aurait de plus un coût faible, au maximum de l'ordre de 15 millions d'euros¹⁹ si la totalité des personnes concernées consommait des soins au même niveau que la consommation moyenne des bénéficiaires actuels de la CMU-C. Ce coût ne tient pas compte des gisements d'économies de court terme (en gestion pour l'assurance maladie) et de moyen-long terme (sur les dépenses de santé) induites par une telle mesure.

¹⁶ Article L.861-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁷ Soit environ 700 000 personnes non couvertes par la CMU-C sur les 3,5 millions de personnes couvertes par le RSA en décembre 2017.

¹⁸ Enquête auprès des bénéficiaires de minimas sociaux 2012 de la DREES. Cf. rapport sur les minimas sociaux et les prestations sociales, édition 2017, DREES.

¹⁹ Estimation Fonds CMU-C.

De même, aucun dispositif particulier n'est prévu pour les bénéficiaires de l'AAH, alors même que leur situation évolue peu. En effet, d'après la DREES²⁰, du fait de leurs difficultés d'insertion, le turn-over annuel des allocataires de l'AAH est particulièrement faible : en 2014, moins de 6% pour ceux ayant un taux d'incapacité reconnu de 80% ou plus et moins de 13% pour les allocataires ayant un taux d'incapacité reconnu entre 50% et 79%.

Proposition n°2 - Rendre automatique l'attribution et le renouvellement des droits à la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle, pour des bénéficiaires qui sont de fait dans le champ de la loi CMU de juillet 1999.

Proposition n°3 - Une mesure de simplification forte, favorable aux personnes cumulant handicap et précarité, consisterait en un renouvellement automatique de l'ACS pour les allocataires ayant l'AAH comme unique ressource.

Outre les difficultés d'accès au droit à une couverture santé, des situations de ruptures de droit ont été identifiées par la mission.

1.1.3.2. Assurer le maintien des droits des bénéficiaires de l'AAH en cas d'hospitalisation longue

Nous appuyons une proposition qui fait partie des 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap remises par Adrien Taquet et Jean-François Serres au Gouvernement en mai 2018.

Les personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'AAH perdent 70% de leur AAH en cas d'hospitalisation longue de plus 60 jours, sauf s'ils acquittent le forfait journalier hospitalier, s'ils ont au moins un enfant à charge ou si leur conjoint ne travaille pas pour un motif reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Ils ne perçoivent ainsi plus que 245€ par mois²¹. Si le droit à une AAH à 100% est rétabli à l'issue de l'hospitalisation, sa réduction durant le temps d'hospitalisation peut avoir des conséquences financières importantes ne permettant pas au bénéficiaire de maintenir le paiement de ses charges durant l'hospitalisation (charges locatives, rémunération des aidants).

Proposition n°4 - La mission recommande de maintenir les droits des bénéficiaires de l'AAH en cas d'hospitalisation longue.

1.1.3.3. Éviter les ruptures de droit lors des renouvellements de l'ACS

En raison des délais de traitement par l'assurance maladie obligatoire des demandes de renouvellement de l'ACS ou des retards pris par les assurés pour effectuer leurs démarches, il est fréquent que la date de renouvellement de l'ACS soit légèrement postérieure à la date de fin du contrat précédent, obligeant les organismes complémentaires à faire souscrire un contrat de sortie de quelques jours aux assurés concernés afin d'éviter des interruptions de couverture.

²⁰ Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2016 - DREES

²¹ Au 1^{er} avril 2018, l'AAH à taux plein (aide touchée par un bénéficiaire sans ressources) est de 819 euros. Le montant de l'AAH versé peut être inférieur lorsque l'a personne dispose de ressources (allocation différentielle).

Proposition n°5 – Pour les contrats ACS, autoriser la fixation rétroactive de dates d'ouverture des contrats immédiatement consécutives à l'échéance des contrats précédents.

1.1.4. Simplifier l'AME et harmoniser son instruction sur le territoire

L'AME vise à assurer une couverture du risque maladie aux personnes étrangères en situation irrégulière dans un triple objectif humanitaire, sanitaire et économique : elle protège les personnes concernées en leur permettant l'accès aux soins préventifs et curatifs. Elle joue un rôle important en matière de santé publique, en évitant que des affections contagieuses non soignées ne s'étendent dans la population. Enfin, elle permet de maîtriser les dépenses publiques en évitant les surcoûts liés à des soins retardés et pratiqués dans l'urgence le plus souvent à l'hôpital.

La prise en charge des personnes en situation irrégulière recouvre en réalité deux dispositifs distincts (cf. annexe 7) :

- L'AME de droit commun couvre les dépenses de santé des personnes résidant en France depuis plus de 3 mois en situation de précarité (dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C).
- Les « soins urgents » concernent les étrangers en situation irrégulière dont l'état de santé nécessite des soins urgents à l'hôpital et qui ne peuvent accéder à l'AME de droit commun, notamment parce qu'ils résident en France depuis moins de 3 mois.

Tous les acteurs auditionnés lors de notre mission s'accordent sur le fait que la mise en œuvre du dispositif d'AME présente des dysfonctionnements, générant ainsi un non recours aux soins important pour les populations concernées. En 2016, les personnes accueillies dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde²², dont 54 % étaient en situation irrégulière au jour de leur première visite, présentaient un retard de recours aux soins important. Ce retard est signalé par les médecins dans près d'une consultation sur deux et 38% des cas nécessitent une prise en charge urgente ou assez urgente.

Par ailleurs, 8 personnes sur 10 ne bénéficiaient d'aucun droit à une couverture de santé lors de leur première visite au CASO alors qu'elles pouvaient théoriquement en bénéficier (dans le cadre de l'AME ou par un autre dispositif quand elles n'étaient pas en situation irrégulière).

Obtenir l'AME de droit commun est complexe pour les personnes concernées. La cause principale est le manque de clarté et de communication sur les pièces à fournir. Il n'existe pas de document officiel définissant exactement les pièces acceptées et refusées (de type circulaire de l'administration), qui varient dans le temps et d'une caisse à l'autre. La mission a par exemple pu constater au cours de ses auditions sur le terrain, notamment dans le CASO de Seine-Saint-Denis, que certaines pièces jusque-là acceptées par la CPAM pour évaluer la stabilité de résidence ne l'étaient plus, engendrant de l'incompréhension, des délais et des difficultés supplémentaires pour l'ouverture des droits. Nous avons pu également constater des demandes abusives de pièces, par exemple une demande de la copie intégrale du passeport et d'une pièce d'identité alors qu'en droit, l'une des deux pièces seulement doit être fournie.

Proposition n°6 - La mission propose de clarifier l'information sur les éléments de preuve et les pièces justificatives à fournir pour la régularité de séjour et la stabilité de résidence (sur le site Améli de la CNAM, auprès des CPAM *via* une instruction précise sur les pièces acceptées et refusées, voire *via* un texte réglementaire).

²² Source : Médecin du monde, observatoire 2016 de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Bien que portant sur une partie seulement de la population, celle qui se présente dans les CASO de Médecins du Monde, nous reprenons ici ces données faute de données ou d'études plus larges (cf. partie 5 sur la nécessité de disposer de suivis et d'analyses sur les personnes en situation irrégulière).

Proposition n°7 - La mission propose également de sécuriser et d'harmoniser l'instruction du droit à l'AME sur le territoire par les caisses. Cette démarche doit pouvoir être mise en œuvre à la faveur de la centralisation de l'instruction des droits AME sur les 3 CPAM de Bobigny, Paris et Marseille dès 2019. Un point de vigilance devra être maintenu concernant la formation et la sensibilisation des agents d'accueil physique.

Proposition n°8 - Enfin, nous appuyons la recommandation de l'IGAS²³ de mettre en place des modalités de coordination et d'échanges réguliers entre l'assurance maladie et les associations qui accompagnent les personnes en situation irrégulière. Nous recommandons ainsi de créer des comités de suivi entre l'assurance maladie et les associations.

1.2. Rendre les soins financièrement accessibles

1.2.1. Réduire les restes à charges en santé des personnes en situation de handicap ou de précarité

1.2.1.1. Augmenter le plafond d'éligibilité aux dispositifs d'aide à la complémentaire santé

Le plafond de ressources de l'aide à la complémentaire santé est fixé au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 35%²⁴. Ce système entraîne des effets de seuil importants entre les bénéficiaires de l'ACS et les personnes qui sont dans le droit commun des contrats de complémentaire santé. Cet effet est particulièrement important pour les personnes âgées dont les primes sont élevées et qui sont exclues des contrats collectifs obligatoires réservés aux salariés.

Au regard du risque de renchérissement des primes suite à la mise en place du « 100% Santé », il est vraisemblable que cet effet de seuil sera encore plus important. Afin de poursuivre la politique visant à faciliter l'accès des personnes les plus modestes à la couverture complémentaire d'assurance maladie, la mission recommande d'augmenter le plafond d'éligibilité de l'ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 45%.

Proposition n°9 – Fixer le seuil d'éligibilité de l'ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 45%.

1.2.1.2. Améliorer la prise en charge des soins pour les personnes en situation de handicap

a) Permettre à toutes les personnes titulaires de l'AAH de bénéficier d'une prise en charge des soins à 100% par l'assurance maladie obligatoire (exonération du ticket modérateur)

Les personnes en situation d'invalidité bénéficient d'une exonération du ticket modérateur. Leurs soins sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire dans la limite des tarifs de responsabilité²⁵. Cela constitue un avantage par rapport aux bénéficiaires de l'AAH qui ne bénéficient pas de la prise en charge à 100% de leurs soins (sauf s'ils sont également en situation d'invalidité). Une partie des bénéficiaires de l'AAH peut également bénéficier d'une couverture améliorée si elle est admise dans le régime des ALD mais, dans ce cas, la prise en charge ne porte que sur le périmètre restreint des soins en rapport avec l'affection exonérante. De nombreux travaux ont montré que les bénéficiaires d'une ALD subissaient des restes à charge importants.

²³ Cf. rapport de l'IGAS d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et la CNAM

²⁴ Soit un niveau de ressources inférieur au seuil de pauvreté ; ce seuil s'établit à 1 008 euros par mois pour une personne seule en 2014 (60% du niveau de vie médian).

²⁵ Hormis les médicaments à service médical faible ou modéré

De plus, l'IRDES²⁶ met en exergue une concentration des inégalités d'accès aux soins courants chez les personnes relevant de l'AAH, avec de surcroît des iniquités par rapport à d'autres populations dans des situations comparables. Ils ont en particulier des restes à charge sur les soins ophtalmologiques et optiques beaucoup plus importants que ceux qui perçoivent une pension d'invalidité.

Remontée par plusieurs de nos interlocuteurs, cette iniquité est ainsi résumée par l'IRDES : « la situation apparaît donc assez inéquitable selon les motifs de reconnaissance administrative de handicap entre des bénéficiaires de l'AAH, qui cumulent déjà les caractéristiques sociales les moins favorables et qui doivent de surcroît supporter leur ticket modérateur (sauf à être admis en ALD ou à la CMU-C) et des bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui bénéficient de la prise en charge de leur ticket modérateur ».

Proposition n°10 - Il est proposé d'harmoniser la prise en charge des soins des bénéficiaires de l'AAH sur celles des bénéficiaires des pensions d'invalidité, en instaurant la prise en charge à 100% des soins par l'assurance maladie obligatoire (exonération du ticket modérateur).

b) Améliorer la prestation de compensation du handicap (PCH)

La PCH est une aide financière versée par le département. Elle permet la prise en charge de certaines dépenses liées au handicap. La PCH comprend plusieurs formes d'aides :

- aides humaines : service d'aide à domicile ou dédommagement d'un aidant familial ;
- aide à l'aménagement du logement ;
- aide technique : achat ou la location d'un matériel compensant le handicap (notamment ceux inscrit dans la liste des produits et prestations - LPP -)
- aide au transport : aménagement d'un véhicule et surcoûts liés aux trajets ;
- aide animalière : acquisition et entretien d'un animal participant à l'autonomie ;
- aides spécifiques ou exceptionnelles.

La PCH est un dispositif indispensable pour le financement de certains dispositifs médicaux à tarification libre (sans prix limite de vente - PLV -). Pour les personnes en situation de handicap (couvertes par l'AAH ou une pension d'invalidité), le montant du dépassement au-delà du tarif de responsabilité de sécurité sociale peut être conséquent selon les dispositifs considérés. L'analyse détaillée des consommations des dispositifs médicaux présentant les dépassements selon différentes populations (CMU-C, ACS, AAH / invalidité) est présentée en annexe 12.

En 2016, les dispositifs médicaux susceptibles de présenter des dépassements supérieurs à 1 000 euros sont :

- les fauteuils roulants électriques, pour lesquels 43% des consommateurs ont un dépassement moyen de 2 864 euros
- les lits médicaux à l'achat, pour lesquels 57,2% des consommateurs ont un dépassement moyen de 1 674 euros ;
- Les implants ORL dont les implants cochléaires, pour lesquels un tiers des consommateurs ont un dépassement moyen de 1 371 euros.

Nous appuyons ainsi la recommandation générale de simplifier et d'améliorer la PCH formulée par Adrien Taquet et Jean-François Serres dans leur rapport au Premier Ministre de mai 2018²⁷, en particulier celle concernant les aides techniques.

Proposition n°11 - Réviser le référentiel des aides techniques : identifier les situations non couvertes par la PCH, confier à la CNSA la mise à jour des tarifs relatifs aux éléments pris en charge dans la PCH aide technique, mieux coordonner ce référentiel avec la LPP.

²⁶ « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France », rapport de l'IRDES n°560, juin 2015 (cf. annexe 5)

²⁷ Rapport sur la simplification du parcours administratif des personnes en situation de handicap.

c) Mener une étude sur les restes à charge hospitaliers pour les personnes en ALD ou en situation de handicap non couvertes par la CMU-C, l'ACS ou l'AME

Le forfait hospitalier²⁸ n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il est pris en charge par la CMU-C, l'ACS, l'AME et toute autre complémentaire en fonction du contrat de complémentaire santé sélectionné. Les personnes en ALD n'en sont pas exonérées. Le ticket modérateur représente quant à lui 20% des frais d'hospitalisation. Sa prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire débute après le 31^{ème} jour. Les personnes en situation de handicap bénéficiaires d'une ALD et qui ont choisi de ne pas souscrire un contrat complémentaire santé peuvent ainsi se voir rapidement exposées à un reste à charge très important. Des disparités de tarification entre les établissements ont par ailleurs été soulignées depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).

Piste de travail - Etablir un bilan de ces restes à charge hospitaliers de sorte à identifier des voies d'amélioration.

1.2.1.3. Etablir un bilan de la couverture complémentaire des personnes travaillant dans les établissements et services d'aide par le travail

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) participent à l'insertion des personnes handicapées et leur maintien dans l'emploi.

Les personnes travaillant dans les ESAT²⁹ ne sont toutefois pas des salariés au sens du code du travail. Elles ne sont donc pas éligibles à la complémentaire santé d'entreprise prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) repris par la loi du 14 juin 2013. Elles n'ont de surcroît pas accès à la CMU-C ou à l'ACS du fait de revenus proches du salaire minimum de croissance (SMIC).

Le fait que les travailleurs des ESAT soient en dehors du champ de l'ANI n'empêche pas ces structures de mettre en place des couvertures collectives ou obligatoires. De plus, selon l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), ces travailleurs peuvent constituer une catégorie objective permettant aux « employeurs » de bénéficier de l'exclusion d'assiette de cotisations sociales de la participation patronale au financement des garanties de protection sociale complémentaire. Toutefois, l'adhésion de l'ESAT à une couverture complémentaire collective reste facultative³⁰.

La population des personnes travaillant dans les ESAT nécessitant des besoins de complémentaire santé en particulier sur le plan hospitalier ou psychiatrique, il est souhaitable d'établir un bilan de leur niveau de couverture complémentaire santé et de leurs restes à charge en santé. Il est également recommandé d'accompagner les ESAT et de renforcer l'information sur les modalités de mise en œuvre d'une complémentaire santé et les avantages dont ils peuvent bénéficier (exonérations, etc.).

Piste de travail – Etablir un bilan de la couverture complémentaire des personnes travaillant dans les ESAT.

²⁸ 20 euros par jour en hôpital ou en clinique ; 15 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

²⁹ Environ 120 000 personnes.

³⁰ Elle peut résulter de conventions, d'accords collectifs ou de décisions unilatérales de l'ESAT constatées par un écrit remis à chaque travailleur handicapé. C'est le règlement intérieur de l'ESAT qui précise généralement l'existence d'un tel accord collectif et si l'adhésion à la complémentaire santé est obligatoire ou facultative pour les travailleurs handicapés usagers de l'ESAT.

1.2.1.4. Offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé aussi protectrice que la CMU-C, sans restes à charge sur leurs dépenses de santé

Si la réforme de l'ACS en 2015 a amélioré l'accès des personnes modestes à des contrats de complémentaire santé de qualité, le dispositif de l'ACS reste encore affecté de plusieurs défauts (cf. rapport d'évaluation de l'ACS du Fonds CMU-C ³¹ et annexe 11).

Or, cette aide est destinée à des personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté ou qui cumulent précarité et handicap, les bénéficiaires de l'AAH n'ayant généralement pas accès à la CMU-C mais à l'ACS en raison des conditions de ressources respectives des dispositifs.

Bien qu'en augmentation, le taux de recours au dispositif reste très faible, entre 36% et 51% en 2016 selon la DREES³². Entre 1 et 2,3 millions de personnes n'auraient ainsi pas recours à l'ACS alors qu'elles y sont théoriquement éligibles³³. En outre, plus de 20% des personnes ayant reçu une attestation ACS ne l'utilisent pas pour souscrire un contrat de complémentaire santé.

Le faible taux de recours à l'ACS s'explique pour partie par la complexité des démarches nécessaires afin d'obtenir l'aide et de l'utiliser, mais le principal facteur de non recours est financier. L'ACS laisse en effet des restes à charge importants pour les soins coûteux (optique, prothèses dentaires, audioprothèses) et, pour certaines populations, des restes à payer significatifs sur le montant de la prime du contrat de complémentaire santé (cf. figure 1).

Le reste à charge des bénéficiaires de l'ACS sur le montant des prestations s'avère élevé sur les soins coûteux, même s'il a tendance à décroître avec le niveau des garanties souscrites : entre 430 euros (contrat A d'entrée de gamme) et 330 euros (contrat C haut de gamme) pour les prothèses dentaires, et jusqu'à 620 euros pour l'audioprothèse.

Les bénéficiaires de l'ACS participent encore en moyenne à hauteur de 38% au paiement de leur prime après utilisation du « chèque ACS », même si le montant de la prime restant à leur charge a diminué de 11% depuis la réforme de 2015. Il existe de surcroît de fortes variabilités selon l'âge. En 2016, le reste à payer moyen sur le contrat C s'élève à 151 euros pour les 16-29 ans alors qu'il s'établissait à 363 euros pour les 70-79 ans. De plus, compte tenu de la fragilité de l'équilibre financier des contrats actuels pour les organismes complémentaires gestionnaires de l'ACS et de l'impact de la réforme « 100% Santé » qui conduira à une hausse des garanties de l'ensemble des contrats de complémentaire santé, les tarifs des contrats ACS risquent d'augmenter de façon conséquente lors de la prochaine mise en concurrence actuellement prévue pour 2019.

Ainsi, il existe un effet de seuil important entre la CMU-C et l'ACS, la première étant gratuite, la seconde laissant une participation financière significative à une population qui se trouve pourtant sous le seuil de pauvreté.

Au regard de l'ensemble de ces constats, nous proposons :

Proposition n°12 - Offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé aussi protectrice que la CMU-C, sans reste à charge sur leurs dépenses de santé .

Cela bénéficierait à des publics très vulnérables dont une partie ne réunit pas les conditions d'octroi de la CMU-C, tels que des bénéficiaires en situation de handicap titulaires de l'AAH³⁴ ou d'une pension d'invalidité. La CNAM a démontré, dans le rapport charges et produits 2016, que ces personnes présentent une surmorbidity significative plus importante que les autres bénéficiaires de l'ACS.

Cela permettrait également de couvrir les retraités en situation de précarité, titulaires de l'ASPA. D'après la DREES, en 2012, 24% des allocataires de l'ASPA ne sont pas couverts par une complémentaire santé alors que le taux est de 5% chez les 60 ans ou plus. Pourtant, 47% des allocataires de l'ASPA se perçoivent en mauvaise ou très mauvaise santé, alors que ce n'est le cas que de 15% des personnes de 60 ans ou plus.

³¹ Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, octobre 2017, Fonds CMU-C

³² Ce taux de recours n'intègre pas les 20% qui n'utilisent pas le « chèque » ACS.

³³ Estimation fonds CMU-C sur la base des taux de recours de la DREES.

³⁴ Le montant de l'AAH étant supérieur au plafond de ressources de la CMU-C, une personne bénéficiaire de l'AAH vivant seule n'est pas éligible à la CMU-C. Lorsqu'ils ne vivent pas seuls, certains bénéficiaires de l'AAH sont éligibles à la CMU-C en raison de la composition de leur foyer. Leur part serait toutefois limitée, de l'ordre de 10% (cf. Abrossimov C. et Chérèque F., (2014)).

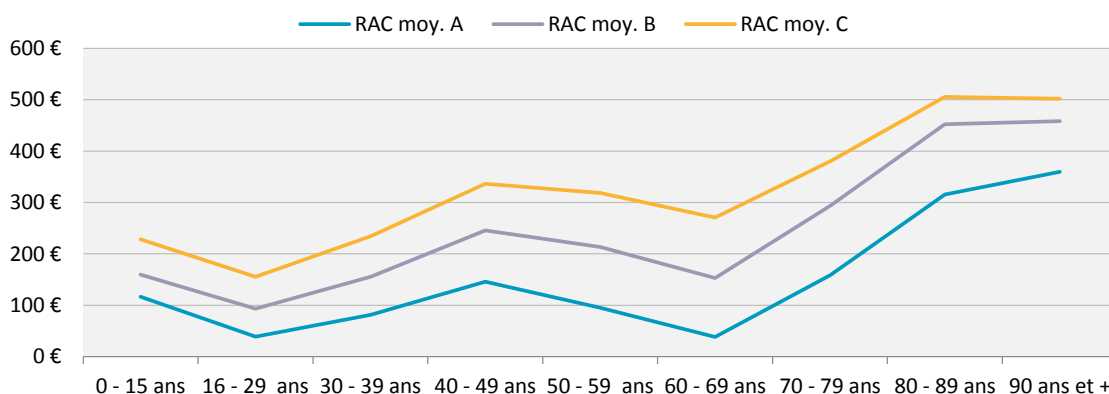
Plusieurs options sont possibles et doivent être instruites, notamment :

- Le maintien du dispositif de l'ACS en l'état avec application des dispositions de la réforme du « 100% Santé » aux bénéficiaires de l'ACS (accès à une offre optique, dentaire ou audioprothèses sans reste à charge). Dans cette hypothèse, un accroissement du montant du chèque ACS pour les populations qui pourraient subir une hausse de primes dans le cadre de la réforme « 100% Santé » devra être prévu.
- Une refonte du dispositif consistant à étendre la couverture CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS. L'option actuellement en cours d'instruction par la direction de la sécurité sociale et portée par la stratégie pauvreté sous le nom de « PUMa+ » consiste à gager pour partie le coût de l'extension par une contribution des assurés modulée selon l'âge des personnes.

Ainsi, plusieurs réponses techniques sont possibles. Dans ce cadre, il est essentiel de ne pas perdre de vue l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins : offrir des paniers de soins adaptés sans reste à charge et sans augmenter le reste à payer sur les primes (voire en le diminuant), simplifier l'accès à la couverture par une convergence encore plus marquée des dispositifs CMU-C et ACS, et, partant, améliorer sensiblement le taux de recours.

Au regard des gisements d'économie évalués par le SGMAP en 2013, du rééquilibrage des comptes de la sécurité sociale en cours et des objectifs portés par la Stratégie nationale de santé, les rapporteurs recommandent de privilégier un scénario ambitieux.

- *Figure 1 - Évolution du reste à payer sur les primes des contrats ACS (reste à charge sur les prix) couvrant une personne (situation au 31 décembre 2016)*



Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2017)

L'opposabilité des tarifs n'est pas toujours appliquée aux bénéficiaires de l'ACS par les médecins

Les bénéficiaires d'attestations ACS ne peuvent théoriquement pas se voir appliquer des dépassements d'honoraires par les médecins³⁵, que ces derniers exercent en ville ou à l'hôpital et quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

Selon les données transmises par la CNAM, la très grande majorité des médecins exerçant en secteur 1 appliquent la convention³⁶. En revanche, une part importante des médecins exerçant en secteur 2 ne respecte pas l'opposabilité des tarifs³⁷, ce qui induit des restes à charge importants pour les assurés concernés ou du renoncement aux soins - les contrats ACS ne prenant en charge aucun remboursement de dépassement d'honoraires.

³⁵ Depuis 2012 en application de l'avenant numéro 8 à la convention des médecins libéraux. La dernière convention nationale des médecins libéraux de 2016 - que l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux ont signé - réaffirme cette disposition « les médecins [...] pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ».

³⁶ Le taux de dépassement (dépassement sur base de remboursement) est de 0,4% pour les bénéficiaires d'attestations ayant souscrit un contrat ACS (contrat A, B ou C) et de 0,8% pour ceux qui bénéficient du droit mais n'ont pas souscrit de contrat ACS.

³⁷ Le taux de dépassement s'établit à 11% pour les détenteurs de contrats ACS et à 24,5% pour les bénéficiaires de la seule attestation ACS.

Proposition n°13 – Veiller à mieux faire respecter l'opposabilité des tarifs par les médecins exerçant en secteur 2.

1.2.1.5. Renforcer le panier de soins couvert par la CMU-C

Même si la CMU-C constitue une couverture de qualité, certaines garanties peuvent encore être améliorées, notamment en articulation avec la mise en place du panier « 100% Santé ».

a) Intégrer dans le panier de soins CMU-C le contenu du panier du « 100% Santé »

Aujourd'hui, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent s'équiper en optique et en audioprothèse sans frais supplémentaires. Néanmoins les équipements pris en charge correspondent à des dispositifs d'entrée de gamme et les éventuelles options ou équipements alternatifs demandées par les bénéficiaires sont à leur charge.

La réforme du « 100% Santé » a conduit à définir des paniers de soins standards ne laissant aucun reste à charge après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire. Par mesure d'équité, il conviendrait d'inclure dans le panier CMU-C les dispositifs retenus pour le panier « 100% Santé » et d'aligner les forfaits CMU-C aux PLV fixés dans le cadre de cette réforme.

Ainsi, les bénéficiaires de la CMU-C pourraient obtenir des audioprothèses de qualité supérieure sans avoir à payer davantage. Pour l'optique, ils pourraient bénéficier de verres amincis avec durcissement pour éviter les rayures et traitement antireflet qui seraient intégralement pris en charge par la CMU-C, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Pour les soins prothétiques dentaires, le panier de soins CMU-C défini avant la réforme du « 100% Santé » devra être adapté par rapport aux paniers définis dans la dernière convention des chirurgiens-dentistes, en particulier le panier « 100% Santé » et le panier aux tarifs maîtrisés.

Proposition n°14 – Aligner la qualité du panier de soins CMU-C (optique, audiologie et de soins prothétiques dentaires) sur le panier « 100% Santé » à reste à charge nul

b) Améliorer la prise en charge des dispositifs médicaux et réduire leur coût

Pour la CMU-C, plusieurs appareillages sont soumis à des prix maximums (PLV) fixés dans l'arrêté du 14 août 2002 et n'engendrent normalement pas de reste à charge. Ces prix maximums ont été mis en place pour des dispositifs médicaux sans PLV inscrits dans la LPP afin de limiter le reste à charge des bénéficiaires CMU-C.

Il reste néanmoins plusieurs dispositifs pour lesquels les tarifs sont libres, sans prix plafonds pour les bénéficiaires de la CMU-C. Les exemples sont nombreux ; parmi eux peuvent être cités les dispositifs suivants :

- Les semelles orthopédiques sont des dispositifs médicaux sans PLV auxquels les bénéficiaires de la CMU-C ont le plus recours. Parmi ces bénéficiaires (hors AAH et invalidité), 92,2% ont un dépassement à leur charge, en moyenne égal à 144 euros.
- Les postiches engendrent également d'importants restes à charge. Parmi les bénéficiaires de la CMU-C (hors AAH et invalidité) qui en ont eu besoin en 2016, 86% ont dû payer un dépassement s'élevant en moyenne à 350 euros.
- 90,2% des bénéficiaires de la CMU-C (hors AAH et invalidité) qui utilisent des nutriments pour supplémentation orale ont des restes à charge s'établissant en moyenne à 136 euros.

Les résultats sont du même ordre de grandeur pour l'ACS (hors AAH et invalidité). L'analyse détaillée des consommations des dispositifs médicaux présentant les dépassements selon différentes populations (CMU-C, ACS, AAH / invalidité) est présentée en annexe 12.

Proposition n°15 – Revoir la prise en charge des dispositifs médicaux par la CMU-C et l'ACS afin de réduire les restes à charge, en particulier pour les bénéficiaires de l'AAH ; harmoniser les restes à charge pour les différents bénéficiaires.

Ce travail est d'autant plus nécessaire que le panier de dispositifs avec prix plafonds spécifiques pour la CMU-C a été défini en 2002 et que l'inscription sur la LPP de plusieurs de ces dispositifs a été revue depuis, avec notamment l'introduction de PLV qui ne correspondent pas forcément aux prix plafonds CMU-C.

En outre, il convient de mettre en place un système de contrôle permettant de garantir l'application des prix plafonds par les distributeurs de dispositifs médicaux vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C.

1.2.1.6. Mener une étude sur la revente ou la mise à disposition de dispositifs médicaux d'occasion

Aujourd'hui, il existe en France un marché des dispositifs médicaux d'occasion. Depuis le 1^{er} septembre 2011, la personne responsable de la cession d'un dispositif médical d'occasion est soumise à une obligation d'établir une attestation technique préalable qui certifie que le dispositif médical d'occasion a fait l'objet d'une maintenance régulière. L'attestation mentionne également les indications nécessaires pour identifier le dispositif médical, la date de première mise en service ou, dans le cas où le dispositif n'a jamais été mis en service, la date de première acquisition. Ces règles de revente sont définies dans le décret n° 2011-968 du 16 août 2011 relatif à la revente des dispositifs médicaux d'occasion.

Plusieurs démarches d'économie circulaire de type recyclerie sont menées sur les territoires, à l'image d'EcoReso Autonomie dans le Val-de-Marne ou encore la Recyclothèque en Gironde. Ces recycleries collectent les appareillages usagés, les nettoient et les réparent avant de les proposer aux personnes âgées ou handicapées à des tarifs réduits. EcoReso propose par exemple des produits à un prix 30 à 50% moins élevé que du matériel neuf.

L'utilisation de ces dispositifs recyclés pourrait être une solution pour limiter le reste à charge des personnes nécessitant de nombreux appareillages.

Piste de travail – Réaliser une étude détaillée du marché des dispositifs d'occasion afin d'envisager les pistes de développement et les modalités de prise en charge associées.

1.2.2. Prévenir les restes à charge pour les personnes en situation irrégulière

1.2.2.1. L'AME, une couverture moins protectrice que la CMU-C et l'ACS

Les personnes en situation irrégulière, exclues de la sécurité sociale, peuvent bénéficier de l'AME qui prend en charge les dépenses de santé à hauteur de 100% des tarifs maximums fixés par l'assurance maladie.

Comme pour la CMU-C et l'ACS, le bénéficiaire de l'AME a le droit à la dispense d'avance de frais et ne paie pas de participation forfaitaire ni de franchise. En revanche, il peut se voir appliquer des dépassements d'honoraires. En termes de prise en charge, l'AME ne couvre pas les dépenses allant au-delà du tarif de responsabilité de sécurité sociale. Il n'existe pas de forfait permettant la prise en charge des dépassements en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires comme cela existe avec la CMU-C. L'absence de tarifs plafonds spécifiques constitue un frein supplémentaire pour l'accès à certains soins.

- *Tableau 1– Comparaison des avantages associés aux dispositifs AME, CMU-C, ACS*

Avantages	AME	CMU-C	ACS
Dispense d'avance de frais	Oui	Oui	Oui
Dépassement d'honoraires en consultation médicale	Autorisé	Interdit	Interdit

Participation forfaitaire et franchise médicale	Absence	Exonéré	Exonéré
Tarifs plafonds	Aucun	Soins prothétiques dentaires, certains dispositifs médicaux (dont audioprothèses et optique)	Soins dentaires

Les dépassements pratiqués vis-à-vis des bénéficiaires de l'AME contribuent vraisemblablement à un important report des soins dans le temps et vers l'hôpital³⁸ avec un double effet de saturation des urgences et de renchérissement des coûts. La mission recommande de renouveler l'étude comparative de la CNAM concernant la structure des dépenses de soins et les dépassements appliqués aux bénéficiaires de l'AME au regard de la population générale et des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS³⁹ de sorte à étudier l'opportunité de fixer des tarifs plafonds.

Piste de travail – Réaliser une étude comparative de la structure des soins et des dépassements appliqués aux bénéficiaires de l'AME et l'impact sur le parcours de soin.

1.2.2.2. Clarifier et simplifier la procédure de détermination du cadre de droit dont relève la personne lors de la réalisation des soins urgents à l'hôpital (AME versus dispositif de soins urgents)

Les éléments apportés ici sur le dispositif « soins urgents » ne le sont que dans la mesure où ils concernent des personnes démunies.

Les établissements hospitaliers sont soumis à des obligations d'accueil et de soins particulières, qui garantissent l'égal accès de tous aux soins et permettent, notamment, aux patients de recevoir les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état. Ces dispositions conduisent donc ces établissements à recevoir des patients en attente de soins alors qu'ils ne sont pas en situation de justifier de leur prise en charge financière par un système de protection sociale ou un contrat d'assurance privée ou d'assurer eux-mêmes le paiement des frais afférents aux soins demandés.

Les séjours liés à la maternité constituent la part prépondérante des interventions prises en charge au titre des soins urgents, soit environ 30%. En y ajoutant les maladies rénales nécessitant des séances d'hémodialyse, les affections de l'appareil respiratoire et les affections de la peau, le total obtenu dépasse les 50% de l'activité de soins urgents⁴⁰.

Ces soins sont réglés aux établissements de santé par l'assurance maladie et font l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'État fixée à 40 millions d'euros par an depuis 2008.

Lorsqu'une personne en situation irrégulière est prise en charge pour soins urgents à l'hôpital, la procédure de détermination du droit est complexe et engendre des coûts de gestion pour l'assurance maladie comme pour les hôpitaux (cf. contribution du Comède, volume des contributions au rapport).

La prise en charge dans le cadre du dispositif de soins urgents par les hôpitaux nécessite d'apporter la preuve que la personne n'est pas bénéficiaire de l'AME. Pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME à la CPAM et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux pour lesquels la demande d'AME a été rejetée. Cette mesure permet à la CPAM de vérifier que le patient ne bénéficie pas de droits ouverts au titre d'un autre dispositif.

³⁸ En 2014, les coûts d'hospitalisation constituaient plus de 70% de la dépense totale contre 50% pour les assurés sociaux.

³⁹ La CNAM avait mené une étude à l'automne 2014 sur le recours aux soins comparés des bénéficiaires de l'AME, la CMU-C et le régime général en 2012.

⁴⁰ Rapport d'information sur la mise en œuvre des conclusions du rapport d'information n°3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat, Claude Goasguen et Christophe Sirugue, 2015

Les hôpitaux doivent donc faire partir un dossier de demande d'AME auprès de la caisse d'assurance maladie, attendre le courrier de refus d'AME de la caisse afin de procéder à une seconde saisine de la caisse pour que celle-ci liquide la facture des soins dans le cadre du dispositif de soins urgents.

Cette procédure se traduit dans un certain nombre de cas par une facturation des soins hospitaliers au patient, les hôpitaux renonçant à facturer les soins au titre du dispositif des soins urgents. En particulier, lorsque les demandes d'AME demeurent sans réponse de la caisse dans les deux mois d'instruction, les soins ne relevant alors ni de l'AME, ni du dispositif de soins urgents qui ne peut être mobilisé que si la preuve de refus d'AME est fournie. Comme l'indique le rapport IGAS de septembre 2017 d'évaluation de la COG 2017-2017 de la CNAM, le délai moyen d'instruction des dossiers d'AME est élevé dans les zones où les populations en situation d'irrégularité sont concentrées, en particulier pour la CPAM de Seine Saint Denis où le délai moyen est supérieur à deux mois (67 jours).

Les demandes d'AME demeurées sans réponse entraînent au bout d'un an la forclusion des facturations au titre des « soins urgents » obligeant les établissements à se retourner vers le patient ou à déclarer les soins effectués en créances irrécouvrables.

Ces situations induisent pour les hôpitaux des créances difficilement recouvrables compte tenu de la situation financière des personnes soignées. Pour les patients, cela génère un endettement auprès du Trésor public, qui hypothèque leurs possibilités d'insertion. Si aucune donnée n'est disponible sur le nombre total de cas concernés⁴¹, les cas sont réguliers, ont été rencontrés par la mission, et donnent lieu à un déploiement de ressources et de moyens importants pour y remédier de la part des associations et des hôpitaux. Fussent-elles peu nombreuses par rapport au nombre de personnes prises en charge dans le cadre des soins urgents, ces situations sont le fruit de la complexité du droit et des procédures associées ; elles doivent pouvoir être prévenues *via* une meilleure communication sur les procédures et une simplification de ces procédures.

La centralisation de la gestion des soins urgents dans deux CPAM (Calais et Paris) prévue à compter de 2019 devrait permettre de clarifier les pratiques en termes d'instruction des droits et d'affectation des dépenses au dispositif adéquat (AME ou soins urgents).

Cependant, à court terme, une solution doit être trouvée en cas d'absence de réponse de la CPAM dans les deux mois. Lors de nos auditions, la direction de la sécurité sociale nous a indiqué qu'une circulaire était en préparation afin de préciser aux hôpitaux que le silence gardé par la caisse pouvait être considéré comme un refus implicite d'AME, autorisant ainsi la demande de facturation au titre des soins urgents dans ces cas⁴².

Nous proposons donc de :

Proposition n°16 – Simplifier et mieux communiquer sur la procédure de prise en charge au titre des soins urgents afin de prévenir les situations d'endettement des personnes pauvres en situation irrégulière soignées à l'hôpital dans le cadre des soins urgents et de limiter les créances irrécouvrables pour les établissements.

⁴¹ Il n'y a par ailleurs pas de bénéficiaires «soins urgents» identifiés. Les dépenses correspondent à la prise en charge de frais de séjour hospitaliers, qui ne sont pas rattachés à des individus puisque ceux-ci, par définition, ne sont pas affiliés à un dispositif de prise en charge des frais de santé. Toutefois, le passage à la tarification de droit commun en 2015 permet désormais de dénombrer les hospitalisations au titre des «soins urgents» sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique : 8 981 séjours et 2 153 séances ont été pris en charge en 2016 dans 239 établissements publics de santé (hors Mayotte). (Cf. PAP PLF 2018).

⁴² Circulaire N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

2. Faciliter l'accès à la santé : « Aller vers »

Une démarche proactive du service public de sécurité sociale est nécessaire pour mieux identifier les besoins et évaluer la situation des patients dans leur cadre de vie permanent ou provisoire, en tentant de suivre des situations parfois évolutives, tant du point de vue social que médical. En effet, le non recours aux soins est lié à l'absence d'information, à sa mauvaise compréhension ou aux difficultés à la rechercher (incapacité à communiquer, à lire, à se repérer, impossibilité matérielle de se déplacer à l'extérieur du domicile ou de l'établissement en raison du handicap ou de la situation sociale).

Ainsi, un système de santé inclusif doit-il détecter les besoins, aller à la rencontre du bénéficiaire, vers lui, plutôt que de lui demander de chercher seul le lieu de soins où ses droits à la santé et à la prévention peuvent s'exercer, et de s'y rendre. Sa situation difficile ou son autonomie entravée ne lui permettent pas toujours de réaliser avec facilité les démarches complexes supposant une familiarité avec le système de protection sociale, avec l'univers médical et la maîtrise des outils numériques ou des imprimés disponibles.

Il s'agit d'inverser le modèle de santé fondé sur une logique de soins « quérables » pour tendre vers une logique active de proposition des soins. Une telle démarche s'appuie sur plusieurs piliers : le repérage des personnes qui renoncent aux soins (détecter), l'orientation vers l'offre de soins (accompagner), des outils de cartographie de l'offre (partager l'information sur l'offre), et enfin un mode opératoire consistant à amener le soin à la personne (« aller-vers ») lorsque celle-ci n'est pas en capacité d'accéder au soin de manière autonome.

2.1. Faciliter l'accès à l'offre : organiser un repérage, une orientation et un accompagnement des personnes dans chaque territoire

De multiples plateformes existent déjà aujourd'hui qui ont vocation à accompagner les patients et les professionnels. La proposition faite ici ne consiste pas à ajouter une plateforme supplémentaire mais à présenter un modèle qui s'appuie sur l'existant : le modèle PFIDASS (plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé). Il correspond en effet, dans l'esprit, à une démarche proactive d'accompagnement vers le soin et la santé.

2.1.1. Accompagner les personnes : l'esprit de la plateforme « PFIDASS »

Il faut d'abord souligner que PFIDASS était inconnue de la quasi-totalité des personnes que nous avons auditionnées, ce qui interroge sur la visibilité donnée au dispositif.

La CNAM a mis en place cette démarche intégrée d'accompagnement vers le soin et la santé innovante qui change fondamentalement le rôle et la posture de l'assurance maladie : la PFIDASS (cf. annexe 13).

La PFIDASS présente, dans ses principes, toutes les caractéristiques d'un dispositif de « guidance » vers l'accès aux soins, couvrant chaque étape : détection des personnes qui renoncent aux soins, bilan des droits et ouverture de droits à une couverture santé si nécessaire (notamment l'aide au choix de la complémentaire santé pour les personnes éligibles à l'ACS), bilan des soins et identification des renoncements, proposition de plan d'accompagnement, mise en œuvre du plan avec orientation vers l'offre (jusqu'à la prise de rendez-vous avec le professionnel de santé).

Dans les faits, les premiers bilans confirment l'efficacité d'un tel dispositif pour mettre fin aux situations de renoncement aux soins courants⁴³. Cependant les modes de détection actuels de PFIDASS ne permettent pas d'assurer l'universalité du dispositif : les difficultés d'accès aux soins sont principalement repérées lorsque les personnes se présentent au guichet de la CPAM. Une proportion faible de personnes est détectée et accompagnée *via* les partenariats avec les acteurs locaux (associations, centre communal d'action sociale - CCAS -, etc.).

⁴³ Au 31 mars 2018, 71 CPAM avaient déployé PFIDASS et plus de 35 400 assurés en avaient bénéficié. Parmi les accompagnements clôturés, près d'un dossier sur deux a abouti à une réalisation des soins, 12 701 assurés ont vu leurs droits ouverts, 6 030

La prégnance du mode de détection au guichet induit une sélection des publics concernés. Ceux qui ont des difficultés à se présenter au guichet (personnes en situation de handicap, personnes en situation irrégulière, SDF) en sont de fait exclus. Le renforcement de l'ancrage territorial du dispositif (développement du mode de détection *via* les partenariats avec notamment les associations) permettrait de détecter des situations de non recours aux soins et aux droits pour d'autres publics que les personnes en situation de précarité.

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) préexistantes à PFIDASS pourraient s'articuler avec la plateforme de l'assurance maladie (PFIDASS) sans se confondre avec elle. Selon la CNAM, PFIDASS n'est pas redondant avec les PTA qui visent plus à la coordination qu'à l'accompagnement et interviennent, en aval, lorsque la personne a déjà été repérée et amenée vers le soin (cf. annexe 14).

Proposition n°17 - La mission propose d'élargir PFIDASS aux personnes en situation de handicap pour mieux les détecter, les orienter et les accompagner en s'appuyant sur le développement de partenariats et l'utilisation des bases de données.

Cette plateforme serait un modèle coordonné, intersectoriel (ville et hôpital) et s'appuierait sur les outils techniques disponibles⁴⁴.

Proposition n°18 - La mission propose d'inclure les personnes précaires en situation irrégulière dans toutes les démarches positives d'accès aux droits et aux soins de l'assurance maladie au même titre que les autres personnes en situation de précarité sans distinction (parcours attentionnés migrants, PFIDASS).

2.1.2. Intégrer les outils numériques dans les démarches favorisant l'accès aux soins

2.1.2.1. Utiliser les outils numériques d'aide à la communication pour faciliter l'accès aux soins

De nombreuses applications numériques peuvent désormais offrir des services facilitant les démarches d'accès à la santé.

Bien que la fracture numérique soit réelle pour certaines populations très précarisées, pour d'autres personnes, telles que les personnes migrantes ou les personnes mineures non accompagnées, le Smartphone est bien souvent le seul outil à leur disposition. Il existe aujourd'hui des applications permettant de communiquer malgré des déficiences sensorielles, des traductions simultanées sécurisées dans de nombreuses langues permettant de faire face à l'absence d'interprètes. Ces applications permettent aux personnes de s'exprimer en fonction de leur déficience, dans leur langue et d'être comprises par leur interlocuteur lorsqu'il est équipé de cette même application : l'expression des besoins en soins, de la douleur, en est alors facilitée.

L'application « Sante BD », qui met à disposition des fiches expliquant simplement l'intervention médicale avec des dessins et pictogrammes, s'avère être un excellent support de communication avec des personnes ayant des difficultés pour parler ou ne parlant pas ou peu le français.

Les rapporteurs recommandent de référencer les applications numériques d'aide à la communication déjà existantes et d'en faciliter l'accès aux professionnels.

ont été mieux orientés dans le système de soins, 4 480 ont bénéficié d'un accompagnement financier, et 1 392 assurés ont pu bénéficier d'une orientation vers un partenaire.

⁴⁴ La mise en place d'un système d'information commun aux MDPH devrait notamment permettre à terme de développer les échanges d'information dématérialisés avec la branche maladie et d'améliorer la connaissance du public et de ses besoins, en termes d'offre, à chaque niveau territorial.

2.1.2.2. Soutenir la mise en place de coffres-forts numériques

Les personnes en grande précarité voient trop souvent l'accès à leurs droits retardé en raison de la perte de certains documents administratifs ou de pièces justificatives. Service sécurisé en ligne, le coffre-fort numérique peut faciliter l'accès aux droits et à l'accompagnement social des personnes concernées : il permet aux personnes de conserver leurs documents administratifs et / ou personnels et d'y accéder sur Internet. L'utilisateur choisit la nature des documents qu'il souhaite conserver dans cet espace qui lui est personnel.

À l'issue de l'expérimentation menée par 16 CCAS en partenariat avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale⁴⁵, mais également par ATD quart monde ou par certains organismes complémentaires, cet outil est particulièrement plébiscité par les structures et établissements accueillant ou hébergeant des personnes en grande difficulté et qui leur proposent un accompagnement social.

Proposition n°19 - La mission recommande d'intégrer les outils « numériques » pour améliorer l'accès à la santé (outils pédagogiques, coffres-fort numériques pour les plus fragiles).

2.2. Amener le soin aux plus fragiles

Une majeure partie des personnes en situation de grande précarité ainsi que des personnes handicapées ont renoncé à se faire soigner. Il est nécessaire d'aller vers elles afin de leur prodiguer les soins nécessaires et de les ramener vers le système de santé de droit commun.

2.2.1. Ramener les personnes sans-domicile fixe dans le système de soins

2.2.1.1. Doter les dispositifs du « aller-vers » de financements pérennes

Les dispositifs du « aller-vers » (permanences d'accès aux soins mobiles, équipes mobiles psychiatrie précarité, bucco-dentaires, etc.) permettent à des équipes pluridisciplinaires d'aller vers les personnes et de les soigner et les orienter vers le système de santé. A la frontière du sanitaire et du social, ils ont prouvé leur efficacité et sont plébiscités par l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux. Cependant, ils restent insuffisants en nombre et mal répartis sur le territoire⁴⁶ et peinent à trouver des financements.

Proposition n°20 – Doter les dispositifs mobiles du « aller-vers » de financements pérennes et assurer une meilleure couverture de ces dispositifs sur le territoire

2.2.1.2. Doter les structures d'hébergement en compétences soignantes

Les budgets alloués aux centres d'hébergement (centres d'hébergement d'urgence - CHU -, centres d'hébergement et de réinsertion sociale - CHRS -, centres d'accueil pour demandeurs d'asile - CADA -, etc.) ne leur permettent pas de bénéficier d'une présence soignante adaptée auprès des personnes hébergées. Pourtant, leurs besoins en santé sont particulièrement importants et les personnes trouvent difficilement leur place dans le système dit « de droit commun » du fait notamment de leur désocialisation mais également de pratiques décourageantes voire excluantes des services de soins (y compris les services d'urgence).

⁴⁵ 16 CCAS ont participé à l'expérimentation en relation avec 5 offreurs de coffres-forts numériques, suite à l'appel à coopération lancé par la DGCS : Adileos, CDC Arkhineo/Primobox, Coffreo, DigiPoste et SOS/REconnect.

⁴⁶ Par exemple, concernant les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), une enquête réalisée en octobre 2017, illustre une multitude de zones non couvertes, laissant des personnes sans accès aux soins psychiatriques, faute également d'accès aux Centres médico-psychologiques (CMP).

En cas de dégradation importante de l'état de santé, le recours aux services d'urgence par les représentants des centres d'hébergements peut se révéler compliqué faute d'interlocuteur jugé compétent pour déterminer la criticité d'une intervention.

La présence de personnel soignant - selon des modalités à définir (ressources partagées, télémedecine, etc.) - permettrait un meilleur accès aux soins ainsi qu'une meilleure observance des soins.

Par ailleurs, la mission rappelle que les Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) sont chargés « de veiller à la réalisation d'une évaluation sociale, médicale et psychique » des personnes accompagnées et leur faire des propositions d'orientation adaptées⁴⁷.

Si le SIAO ne peut pas être directement prescripteur d'une admission vers des dispositifs type Lit halte soins santé (LHSS), Lit d'accueil médicalisé (LAM), Appartement de coordination thérapeutique (ACT) (qui ne peut se faire que sur décision d'un médecin de la structure), il peut toutefois mettre en lien la personne demandeuse d'informations ou le médecin suivant la personne avec le médecin en responsabilité du LHSS. Or, de nombreux SIAO ne sont pas équipés pour coordonner ou mobiliser une évaluation médicale ou psychique : d'une part, leurs équipes comptent rarement des professionnels de la santé (infirmiers, psychiatre, etc.) en mesure d'effectuer ces évaluations, d'autre part, l'accueil téléphonique proposé par bon nombre des SIAO / 115 rend difficile la réalisation d'une telle évaluation.

Dans le prolongement de l'étude menée par l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA)⁴⁸ concernant la prise en charge des problèmes de santé par la SIAO, la mission recommande de doter les SIAO de professionnels de santé capables d'effectuer une première évaluation sanitaire et d'orienter les personnes vers les structures sanitaires et médico-sociales adaptées à leur état de santé.

Proposition n°21 – Doter les structures d'hébergement social de compétences soignantes et les SIAO de professionnels de santé capables d'orienter les personnes vers les structures sanitaires et médico-sociales adaptées.

2.2.1.3. Fluidifier les admissions en psychiatrie des personnes en situation de grande exclusion

Pour les personnes en situation de grande exclusion, le cheminement pour accepter le principe d'un soin en établissement psychiatrique représente souvent des mois de travail. Or, pour une admission au titre d'une urgence psychiatrique, il est le plus souvent nécessaire de faire réaliser un examen somatique aux urgences qui permettra d'éliminer une pathologie mimant une pathologie psychiatrique. L'attente de plusieurs heures aux urgences est une source de découragement et de renoncement aux soins.

Piste de travail – Dans le cadre de la réforme de l'hôpital, étudier un nouveau circuit d'admission en psychiatrie des personnes en situation de grande exclusion.

2.2.2. Elaborer des parcours de soins pour les migrants

Dans un rapport publié le 20 juin 2017 sous le titre « Précarité, pauvreté et santé », l'Académie de médecine identifie la population des migrants comme l'une des populations qui, parce qu'elles présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité et de précarité, nécessitent de bénéficier d'une attention particulière du point de vue médical.

Toutes les études menées sur ces populations indiquent en effet que les migrants présentent de nombreux problèmes de santé, tant somatiques que psychiques, avec des difficultés importantes d'accès aux soins.

⁴⁷ Cf. article 30 de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové.

⁴⁸ Etude qualitative finalisée en avril 2018 visant à valoriser des pratiques inspirantes de plusieurs SIAO concernant la prise en charge des problèmes de santé.

La nécessité d'une prise en charge sanitaire adaptée des primo-arrivants de pays tiers est confortée par l'avis du Haut Conseil à la Santé Publique (HCSP) de mai 2015. Ainsi, la réalisation d'un « rendez-vous santé » des primo-arrivants doit être effective dans les 4 mois après leur arrivée.

En complément, les rapporteurs recommandent la construction par les ARS de parcours de santé pour les migrants afin de les orienter de la manière la plus appropriée possible vers des structures de santé et soutiennent les objectifs prioritaires définis par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la DGCS :

- Faciliter l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé aux différents « points d'entrée » sur le territoire, d'une part, et par une meilleure information des professionnels de santé sur la prise en charge des migrants, d'autre part.
- Organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville, pour permettre une prise en charge effective des migrants primo arrivants. Cette mobilisation doit permettre d'améliorer notamment le parcours en santé mentale, et la prise en charge du psycho-traumatisme. De plus, le renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel apparaît comme essentiel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants.
- Développer une coordination renforcée au niveau national et un pilotage régional du parcours de santé des migrants au sein des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2022.

Proposition n°22 – Orienter les migrants par l'élaboration de parcours de santé

2.3. Accompagner les professionnels de santé et adapter leurs compétences

2.3.1. Accompagner les professionnels de santé

Le décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social est un enjeu majeur pour améliorer la coordination des professionnels de santé au service de l'accès à la santé et des parcours de soins. En effet, le renforcement de cette coordination permet d'éviter les ruptures dans les prises en charge des situations complexes. Le défi est de mobiliser de multiples ressources à la fois sanitaires, médico-sociales et sociales pour accompagner au mieux les patients. A ce titre, outre le développement d'innovations organisationnelles et technologiques permettant la coordination et l'intégration des acteurs, exposées supra, il est nécessaire d'assurer le renforcement de l'appui aux professionnels.

Des solutions d'accompagnement et d'appui ont d'ores et déjà été déployées aux niveaux national et régional (notamment les plate-formes territoriales d'appui (PTA), cf. annexe 14) ; elles permettent aux professionnels d'accéder à des ressources utiles pour identifier les réseaux de soins ou de bénéficier de conseils s'agissant de la prise en charge de patients complexes.

L'accompagnement passe aussi par l'accès pour tous les professionnels de santé à des informations simples et priorisées pour chaque type de handicap, d'accès extrêmement simple, réalisable lors de toute consultation mais aussi par la possibilité d'identifier facilement les professionnels disposant d'équipements adaptés à la prise en charge des personnes en situation de handicap (par exemple, tables d'examen adaptées) de sorte à faciliter les réorientations vers ces confrères et de poser des questions directement à un expert en mode asynchrone. Un site internet ressources comme Handiconnect en lien avec les plateformes et sites spécialités dans les différents types de handicap (par exemple, orphanet) nous paraît indispensable.

Proposition n°23 - Les rapporteurs proposent de structurer et faciliter l'accès aux informations utiles dans la pratique quotidienne des professionnels.

Des progrès sont également attendus du développement des systèmes d'informations « e-parcours »⁴⁹ et de la connexion entre les outils d'orientation, le dossier médical partagé (DMP), la MS Santé⁵⁰ et l'environnement de travail informatique des professionnels de santé.

Par ailleurs, la mission recommande de renforcer les moyens alloués à l'accompagnement proposé par les délégués de l'assurance maladie (DAM) et les praticiens-conseils.

En application de la COG 2018-2022, la CNAM mettra en œuvre, à partir de l'exploitation de ses bases de données et dans un objectif de soutien ou d'inflexion des pratiques, un nouveau partenariat plus personnalisé (programme personnalisé d'accompagnement - PPA -) et plus réactif avec les médecins. Les interventions du DAM permettront d'échanger avec les professionnels sur les situations des assurés posant des difficultés de prise en charge et de fournir des informations concernant la patientèle afin notamment de donner aux médecins de la visibilité sur la participation de leurs patients aux actions de prévention.

Les DAM pourraient également contribuer à sensibiliser les professionnels de santé au repérage et à la manière d'aborder les questions de précarité ou de handicap avec les personnes reçues.

Aider les professionnels de santé à mieux identifier les retards de soins de leurs patients passe aussi par une meilleure exploitation des données de l'assurance maladie. Il s'agirait de donner la possibilité aux professionnels de santé d'accéder, via Ameli pro, à des informations relatives à leur patientèle et d'identifier notamment, à partir de leurs consommations de soins, ceux de leurs patients auxquels ils pourraient proposer des actions de prévention, de dépistage ou des services d'accompagnement.

Telle est la proposition de l'assurance maladie dans son rapport « charges et produits 2019 » à laquelle les rapporteurs souscrivent pleinement s'agissant de personnes en situation de vulnérabilité ou de handicap. Le projet doit néanmoins s'accompagner d'une réflexion sur la place du consentement des patients et la durée de conservation de certaines informations.

Les rapporteurs soutiennent par ailleurs le projet de la CNAM d'étendre les services proposés par Ameli pro et de permettre notamment aux professionnels de santé de se comparer à leurs pairs et de se référer à des recommandations de bonnes pratiques.

Proposition n°24 – Renforcer l'accompagnement des professionnels de santé par l'assurance maladie (mise à disposition d'indicateurs sur la structure de la patientèle, accès à des informations sur la consommation de soins de la patientèle, sensibilisation au repérage et à la manière d'aborder les questions de précarité et de handicap).

La continuité des soins revêt une importance particulière pour les personnes concernées par ce rapport qui ne sont néanmoins pas toujours à même de rendre compte des soins qu'elles ont reçus ou des traitements prodigués. Afin de veiller à cette continuité des soins, la mission souligne l'importance de mettre à disposition des professionnels les informations indispensables au suivi des traitements et souhaite que soit priorisés l'utilisation du DMP et des carnets de santé pour les populations vulnérables.

Proposition n°25 - Mettre à la disposition des professionnels les informations indispensables à la continuité des soins

⁴⁹ Lancé par l'instruction du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNACS) dans les régions, le « e-parcours » vise la mise à disposition des acteurs d'un bouquet de services numériques qui permettra de faciliter l'échange et le partage d'informations essentielles à une bonne coordination et intégration entre les professionnels.

⁵⁰ Service de messagerie sécurisée proposé par l'ASIP Santé et les Ordres de santé.

2.3.2. Adapter les compétences des professionnels de santé

- Les études initiales des professionnels de santé ne les sensibilisent pas suffisamment aux spécificités de la prise en charge d'un patient en situation de handicap ou de précarité. Des modules de simulation et aussi de mise en situation avec des patients « formateurs » en situation de vulnérabilité peuvent être utilement proposés.
- Des stages pratiques doivent être organisés dans des établissements sociaux et médico-sociaux (EMSM) ainsi qu'en permanence d'accès aux soins de santé (PASS).
- La création du service sanitaire des étudiants en santé est porteuse d'opportunités supplémentaires de sensibilisation des étudiants dans des conditions proches du stage. Il est proposé pour renforcer le dispositif d'inclure systématiquement parmi les « publics prioritaires » évoqués par le décret fondateur les personnes en situation de précarité et les personnes en situation de handicap, ainsi qu'une partie des structures qu'elles sont amenées à fréquenter.
- La formation continue : Des orientations nouvelles pourraient être données pour développer à la fois une offre spécifique innovante dans ses approches pédagogiques et relative à la prise en charge de populations fragiles et l'inclusion d'un module de sensibilisation dans les formations générales. Les rapporteurs recommandent également de favoriser les actions transversales recherchant une plus grande mixité entre professionnels salariés et libéraux et faisant intervenir des travailleurs sociaux, des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux. L'échéance du décret du 8 décembre 2015 offre à cet égard une opportunité.
- Au-delà des soins, il est utile de sensibiliser les professionnels aux dispositifs de couverture santé (CMU-C, ACS, AME, etc.) ; ils ne sont que peu formés à ces dispositifs et aux conditions financières associées (application du tiers payant intégral, interdiction de dépassements d'honoraires pour les patients précaires titulaires de la CMU-C et de l'ACS, etc.)⁵¹. Un renforcement des enseignements initiaux sur ces points permettrait aux professionnels de réduire le temps consacré au « non médical » lorsqu'ils soignent des personnes en situation de précarité.

Proposition n°26 – Enrichir les compétences de l'ensemble des professionnels de santé lors des différentes étapes de leur formation initiale et continue.

2.4. Structurer et renforcer les structures ressources dédiées

Plusieurs structures d'offre de soins ont été dédiées à des publics spécifiques. Elles sont ciblées soit sur la déficience physique ou mentale, soit sur la situation financière des personnes concernées.

2.4.1. Pour les personnes en situation de handicap

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap a été reconnu comme une des dimensions de l'intégration à la vie de la cité. Ce principe a été réaffirmé par la loi du 11 février 2005. Les personnes en situation de handicap relèvent du système de santé de droit commun pour l'ensemble de leurs soins, principe qui guide les politiques de santé conduites.

Dans son relevé de décision du 25 septembre 2013, le comité interministériel du handicap a indiqué que « les personnes handicapées, qu'elles résident en établissement ou à domicile, rencontrent encore des obstacles pour l'accès aux soins courants [...], une bonne part de ces soins se reporte à l'hôpital où, là aussi, les prises en charge sont difficiles, notamment aux urgences ».

⁵¹ Voir Despres C. 2017, « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits.

Afin de contribuer à lever les obstacles, la conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 avait décidé de soutenir la mise en place de dispositifs de consultations de soins courants pour les personnes en situation de handicap.

Des consultations de soins courants dédiées aux personnes en situation de handicap ont ainsi été mises en place depuis une circulaire d'octobre 2015 afin d'offrir un accès aux soins courants aux personnes en situation de handicap en échec de soins en milieu ordinaire (médecine générale, gynécologie, dermatologie etc.). Des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) ont été alloués par la DGOS ces dernières années à hauteur d'un total de 10 millions pour mettre en place ces dispositifs sur les territoires.

Ces dispositifs de consultations dédiées (en maison de santé pluri-professionnelle, en centre de santé ou en établissement de santé, en fonction de l'offre de soins présente sur les territoires) permettent la réalisation de consultations dans un cadre adapté (accessibilité des locaux, équipements adaptés, formation des professionnels, etc.) afin de faciliter l'accès aux soins courants dans les conditions du droit commun.

Par ailleurs, ces consultations permettent de faciliter l'articulation des soins courants avec le secteur médico-social de sorte que les établissements et services médicosociaux participent effectivement à l'accompagnement à la santé et à l'accès aux soins des personnes qu'ils suivent ou qu'ils accueillent. Elles permettent également l'accompagnement par des aidants familiaux ou professionnels.

Le bilan des consultations dédiées, dispositif encore récent, n'a pas été effectué⁵². Toutefois, la question de leur accessibilité géographique reste posée ainsi que celle de leur bonne articulation avec le secteur médico-social, là où il n'est pas possible d'envisager que le professionnel de santé se déplace.

Les rapporteurs proposent d'augmenter le nombre des consultations dédiées.

La démarche doit être bien coordonnée et s'appuyer, selon les recommandations de la circulaire de 2015, sur un état des lieux partagé de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médicosociaux. Les représentants des personnes en situation de handicap doivent être associés à toutes les étapes de la mise en œuvre et le projet de niveau régional doit être lisible au sein d'une palette de soins organisée.

Proposition n°27 – Etablir un état des lieux partagé des consultations dédiées pour, le cas échéant, augmenter leur nombre.

2.4.2. Pour les personnes en exclusion sociale

Structures ressources adossées aux hôpitaux, les PASS (généralistes et spécialisées) sont dédiées aux personnes en situation de précarité qui ont des difficultés d'accès au système de santé. Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et organisées par une circulaire de 2013, elles délivrent des soins, peuvent s'appuyer pour cela sur les autres services de l'établissement de santé (hospitalisation si nécessaire, consultations spécifiques, etc.), et accompagnent les personnes dans les démarches nécessaires à l'accès à une couverture de santé lorsqu'elles n'en disposent pas. Enfin, elles orientent les patients pour assurer la continuité de leur prise en charge à la sortie de la PASS.

Assurant un accueil inconditionnel par des professionnels de santé, des personnels paramédicaux et des travailleurs sociaux et permettant d'accéder le cas échéant aux plateaux techniques, elles permettent une prise en charge globale des patients et offrent une alternative au recours systématique aux urgences pour des cas qui ne relèvent pas d'une nécessité absolue d'hospitalisation.

⁵² Le dispositif le plus ancien est celui du centre hospitalier d'Annecy. En 2017, ce dispositif Handiconsult a réalisé 1 375 consultations (55% médical, 45% dentaire) pour 748 patients ; 84% des patients proviennent du département de Haute-Savoie, 16% des départements limitrophes. 41 patients ont plus de 75 ans. Le 17 mai 2018, le centre hospitalier d'Annecy a organisé la première journée nationale des dispositifs de ce type.

A l'interface entre le champ sanitaire et social, les PASS s'inscrivent dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Toutefois, le développement et le fonctionnement des PASS restent très hétérogènes⁵³ alors même que ces dispositifs mêlant soins et approche sociale sont une réponse adaptée aux personnes les plus démunies.

Par ailleurs, tous les acteurs auditionnés ont fait état d'une saturation des PASS⁵⁴ qui sont encore limitées dans leurs implantations⁵⁵. Face à une augmentation et une modification des besoins⁵⁶, certaines ne peuvent plus recevoir que sur rendez-vous avec des délais qui peuvent atteindre plusieurs semaines.

La proposition de la mission consiste à :

Proposition n°28 - Mettre en place des permanences d'accès aux soins (PASS) référencées dans des centres hospitaliers sur chaque territoire significatif, avec un maillage suffisant pour garantir la proximité géographique du PASS.

De même, le réseau des accueils à finalité de prévention des risques et d'addictologie, avec hébergement et suivi social devrait-il s'inscrire dans un maillage plus dense.

Outre les PASS et les structures de prévention des risques et de lutte contre les addictions, des dispositifs encore plus spécifiques sont dédiés à la grande précarité : les LAM et les LHSS gérés par la DGCS.

Les LAM⁵⁷ et les LHSS⁵⁸ sont des établissements médico-sociaux qui accueillent les personnes sans domicile fixe et leur offrent une prise en charge médico-sociale (cf. annexe 17). Ils ne se substituent pas à l'hôpital et ne sont pas dédiés à une pathologie donnée.

Particulièrement pertinents pour les personnes en situation de précarité, ces dispositifs offrent un nombre de places très insuffisant.

Ces structures existantes doivent être renforcées à l'issue de l'analyse précise des besoins déjà engagée par la DGCS, afin d'adapter la réponse aux besoins géographiques exprimés. La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté envisage un objectif correspondant à des besoins exprimés par les ARS (à l'horizon 2021) de 750 LHSS et 700 LAM à créer pour atteindre un niveau d'équipement satisfaisant, mais cela suppose également une répartition géographique harmonisée.

De même, l'offre d'ACT⁵⁹, initialement conçus pour accueillir des personnes atteintes du VIH et désormais plus largement dédiés aux pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives, maladies cardiovasculaires, diabète) doit être étendue. Compte tenu des besoins non satisfaits, le nombre de places à créer d'ici 2022 est estimé à 600.

⁵³ 35% des intervenants sociaux ayant répondu à une enquête de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) menée en 2017 auprès des PASS les estiment saturées et seulement 53% des 143 PASS investiguées disposent d'un local dédié avec une permanence médicale.

⁵⁴ Les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) font état d'une file active de 183 544 personnes différentes reçues au moins une fois dans l'année par les PASS en 2016.

⁵⁵ Selon une enquête menée par la DGOS en 2013, on dénombrait 430 PASS dont 368 généralistes - 18 dentaires - 44 en milieu psychiatrique. La quasi-totalité de ces PASS dépend d'établissements publics. Il existe des PASS dans tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers régionaux (CHR). Afin d'actualiser ses données, la DGOS vient de lancer en 2018 une nouvelle enquête en cours de remplissage par les ARS.

⁵⁶ L'évolution du contexte migratoire a nécessité pour les petites PASS de prendre en charge un nouveau public et de gérer la barrière de la langue, le stress post-traumatique et de nouvelles pathologies.

⁵⁷ Les LAM assurent un accueil, sans limitation dans le temps, de personnes souffrant de pathologies lourdes, chroniques irréversibles et invalidantes. Au sein de ces structures, l'accompagnement infirmier et médical est plus important que dans les LHSS.

⁵⁸ Les LHSS assurent un accueil temporaire de ces personnes lorsque leur état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. Ils interviennent donc fréquemment en relais d'une hospitalisation, pour une durée de 2 mois renouvelable autant que de besoin.

⁵⁹ Les ACT définis au L.312-1 (9°) du code de l'action sociale et des familles « hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique, sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à garantir l'observance des traitements à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ». Initialement conçus pour accueillir des

Proposition n°29 – Augmenter significativement le nombre de places disponibles en LAM, LHSS et ACT.

2.5. Mettre fin au refus de soins

Par nature, les soins sont dispensés par des professionnels de santé ou des établissements. Malgré tous les efforts portés vers l'amélioration de l'accès à une couverture santé et de l'accessibilité financière aux soins, les comportements et pratiques de certains professionnels et établissements de santé peuvent *in fine* constituer un obstacle à l'accès effectif aux soins.

Le refus de soigner une personne - dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles proposées à tout autre assuré -, en raison de son état de santé, de son handicap, de sa situation sociale ou de la spécificité de la couverture maladie dont il dispose (CMU-C, ACS, AME, etc.), constitue une discrimination contraire à la loi⁶⁰ et au serment d'Hippocrate. Toutefois, la réorientation d'un patient vers un autre professionnel ne constitue pas nécessairement un refus de soin⁶¹. L'article L.1110-3 du code de la santé publique dispose en effet que « hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité », le praticien peut refuser de soigner dès lors que cela est « fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins ».

De nombreuses études, testings et travaux de recherche ont démontré l'existence de refus de soins⁶². Ils se manifestent à chaque étape de l'accès aux soins des personnes handicapées ou en exclusion.

- lors du premier contact avec le professionnel (refus de recevoir, délais élevés pour la prise de rendez-vous, créneaux de rendez-vous spécifiques, orientation répétée et abusive vers un centre de santé, une consultation externe à l'hôpital ou un autre professionnel sans raison médicale ou de surcharge de travail énoncée),
- lors de la consultation et de la délivrance des soins : refus d'appliquer le tiers-payant alors que les patients en bénéficient du fait de leur couverture maladie (CMU-C, ACS, AME), application de dépassements d'honoraires pourtant non autorisés (CMU-C, ACS), abaissement de la norme de prise en charge médicale par rapport aux standards.

L'enjeu aujourd'hui n'est pas tant de quantifier à nouveau mais plutôt de mettre en place les moyens effectifs de lutte contre les discriminations lors de l'accès aux soins, compte tenu des conséquences qu'elles peuvent avoir, qui vont au-delà des conséquences négatives évidentes sur l'état de santé des personnes démunies. Les discriminations de fait se traduisent par des anticipations de discrimination, intégrées par les usagers. Elles renforcent ainsi le renoncement aux soins et altèrent la confiance dans le système de santé. Elles peuvent aussi avoir des conséquences importantes sur l'organisation de l'offre et son financement, dès lors qu'elles incitent à un report vers d'autres formes de prises en charge - vers l'hôpital (recours non pertinent aux urgences) ou vers des structures « adaptées » (permanences d'accès aux soins de santé, centres de santé, etc.) - et portent ainsi en germe une médecine à deux vitesses, contraire au principe inclusif du système d'assurance maladie.

La loi permet aux personnes de saisir les organismes compétents en cas de refus de soins⁶³ : la direction des CPAM ou le conciliateur de la caisse, les conseils départementaux des ordres nationaux des professionnels de santé, le défenseur des droits. Dans les faits, très peu de cas font l'objet de saisines. En 2016, 766 cas ont été recensés par la mission conciliation de la CNAM.

personnes atteintes du VIH, ils sont désormais plus largement dédiés aux personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites).

⁶⁰ 23 critères de discrimination sont inscrits au code pénal (article 225-1).

⁶¹ Le droit positif ne consacre pas au profit des malades l'existence d'un droit aux soins opposable en toutes circonstances à tous les acteurs offrant des prestations de soins. L'accès aux soins n'est en effet pas le seul impératif pris en compte par le droit positif : l'activité d'un médecin est également protégée par les principes de liberté thérapeutique et de liberté contractuelle (cf. Le refus de soins opposé au malade, Institut Droit et Santé).

⁶² Cf. annexe 18 : Extraits de l'enquête « Handisfaction » de l'association Handidactique créée par Pascal JACOB

⁶³ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le Code de la santé publique la possibilité de sanctionner le refus de soins. Dorénavant la victime d'un refus de soins

Lors de nos auditions, les assurés rencontrés ayant fait l'objet de refus de soins ont fait part de leurs difficultés à engager une telle démarche, même avec le soutien des associations, leur préoccupation première étant de trouver un professionnel qui accepte de les soigner.

De fait, la résolution de cette question du refus de soins s'est enlisée dans un débat cristallisé autour de l'ordre de grandeur du refus de soins, de la qualité des testings, déplaçant l'enjeu de la lutte contre le refus de soins vers un enjeu d'évaluation tout en reléguant la réalité du refus de soins au second plan qui, fût-il marginal, est contraire à la loi et au code de déontologie.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 réaffirme toutefois l'enjeu de l'évaluation : elle institue une commission chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, auprès de chaque conseil national des ordres des professionnels de santé médicaux concernés.

Nos auditions ont mis en évidence une implication importante de chacun des acteurs dans la lutte contre le refus de soins (mission conciliation de la CNAM, Défenseur des droits, conseil national de l'ordre des médecins, associations). Surtout, elles ont révélé un manque de coordination entre ces différents acteurs, l'information sur les cas de refus de soins signalés n'étant pas partagée entre les acteurs. Ce manque de coordination aboutit à des actions « en silo » et à un nombre de sanctions disproportionné par rapport à la réalité éprouvée au quotidien par les personnes en situation de précarité. Ainsi, en 2016, le conseil national de l'ordre des médecins n'a prononcé qu'une interdiction d'exercice de 1 mois - dont 8 jours fermes - pour refus de soins vis-à-vis d'un bénéficiaire de la CMU-C.

Proposition n°30 – Réunir des comités départementaux élargis à l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le refus de soins (CNAM, Défenseur des droits, associations, conseils départementaux des ordres) dédiés à l'examen et la résolution des situations de refus de soins.

La mission souligne également l'importance de prévenir les refus de soins en réaffirmant les personnes dans leur droit :

- en donnant plus de visibilité à ces droits *via* la diffusion de flyers d'information sur le refus de soins dans les CPAM (sur le modèle de ceux qui sont produits par le Défenseur des droits ou les associations) ;
- en diffusant également des documents d'information aux médecins pour les réinformer ;
- et en affichant plus largement les cas de refus de soins répertoriés (sur le modèle de l'observatoire santé solidarité diffusé par la FAS)

Dans le prolongement des préconisations formulées par le Fonds CMU-C dans son rapport du 30 novembre 2006, la mission propose de mettre en place un suivi par l'assurance maladie des 5% de professionnels recevant le moins de bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME et de diligenter des actions ciblées des délégués de l'assurance maladie vis-à-vis de ces professionnels.

Proposition n°31 – Mettre en place un suivi par l'assurance maladie des 5% de professionnels recevant le moins de bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME.

En juillet 2009, le fonds préconisait également de « Renforcer l'efficacité des dispositifs de lutte contre les refus de soins » en donnant « juridiquement une valeur probante au testing ».

Enfin, les propositions qui suivent, relatives à la valorisation du temps et à la complexité de la prise en charge pour les professionnels de santé, peuvent contribuer à la limitation du refus de soins.

illégitime peut saisir la caisse d'assurance maladie ou le conseil de l'ordre concerné. En cas d'échec de la conciliation que prévoit la loi, la juridiction ordinaire en est saisie. En cas de carence de celle-ci, le directeur de la caisse d'assurance maladie peut prononcer une sanction à l'encontre du professionnel en cause.

Les discours des médecins rassemblés par Caroline Desprès lors de ses travaux de recherche réalisés pour le Fonds CMU-C réaffirment en effet l'importance de la valorisation du temps. Les discours mettent en évidence « des manières de soigner plus rentables que d'autres, expliquant la différenciation des soins. Le temps de consultation est par exemple une variable d'ajustement économique, le temps jouant inversement avec la qualité ». Dans ce temps de consultation, le temps non médical est une contrainte, en particulier pour les bénéficiaires de l'AME : temps dédié aux difficultés de communication (interprétariat), temps pour obtenir le remboursement auprès de l'assurance maladie, ce remboursement étant jugé incertain par les médecins auditionnés en l'absence de télétransmission (la carte AME étant une carte papier).

Le titre actuellement diffusé correspond à un format de type carte nationale d'identité (CNI)⁶⁴. Sa production est décentralisée dans chaque CPAM. La CNAM a élaboré un nouveau projet de titre correspondant à un format carte Vitale, et dont la production serait centralisée dans un pôle unique de fabrication des cartes (Cergy). Néanmoins ce nouveau format ne comporte pas de puce et ne permet donc pas une utilisation de la carte identique à celle de la carte Vitale, ce qui est source de complications administratives pour les professionnels de santé et contribue aux refus de soins.

Proposition n°32 - La mission propose ainsi de développer une carte AME numérique, sécurisée et compatible avec les terminaux de l'assurance maladie sur le modèle de la carte Vitale.

⁶⁴ Le format et le contenu du titre AME sont définis par le décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat et par l'arrêté du 10 juillet 2009 relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale de l'Etat.

3. Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge

Cette dimension est essentielle. Cette valorisation est à ce jour mieux prise en compte concernant les personnes en exclusion que les personnes en situation de handicap, tant pour les prestations de soins de ville qu'en établissement. Elle reconnaît de fait le temps plus long des consultations ou des actes, la complexité de la coordination avec les autres professionnels sanitaires, la spécificité de certains matériels ou dispositif médicaux.

L'identification se fait par les personnes relevant de la CMU-C pour les personnes en exclusion, et par les personnes en ALD (à partir de la liste des 30 affections) pour les personnes en situation de handicap.

3.1. Valoriser le temps et la complexité de prise en charge dans les soins de ville

Plusieurs pistes sont précisées qui s'appuient en particulier sur certaines dispositions déjà intégrées dans la dernière convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie de 2016.

Pour les actes : valorisation spécifique des actes à l'instar de la convention avec les chirurgiens-dentistes qui pourrait être étendue dans le même esprit sur le même modèle aux spécialités clefs dans la prévention (gynécologie, ophtalmologie, médecine interne, etc.).

Pour les consultations : s'engager dans la valorisation à travers les différents modes de financement retenus dans le cadre de la convention médicale des médecins libéraux. Il s'agit :

- de la consultation très complexe (prévue à l'article 28-4 de la nouvelle convention médicale) à appliquer pour les personnes en situation de handicap ainsi qu'aux personnes bénéficiaires de la CMU-C ;
- de la majoration du Forfait patientèle médecin Traitant (FMT) au titre des patients bénéficiaires de la CMU-C, à appliquer aux personnes en situation de handicap ;
- de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) concernant les actions de préventions des CMU-C, et ALD pour les personnes en situation de handicap ;
- et du forfait structure en créant un indicateur sur les investissements de matériel adapté pour le handicap (par exemple, table d'examen à hauteur variable si le cabinet est accessible).

Proposition n°33 : Reconnaître des majorations de rémunération pour la prise en charge des personnes en situation de handicap (en ALD et reconnaissance MDPH par exemple) (voir annexe 15).

3.2. Valoriser le temps et la complexité de prise en charge dans les structures sanitaires

Comme les professionnels libéraux, une valorisation pour les établissements sanitaires (médecine, chirurgie, obstétrique - MCO -, hospitalisation à domicile - HAD -) est nécessaire pour assurer l'accès aux soins dans ces structures et prendre en compte les spécificités (accompagnement humain, environnement adapté, etc.) et pour maintenir en particulier l'autonomie des personnes en situation de handicap ou de précarité pendant leur parcours de soins durant leur hospitalisation.

Aucune valorisation du temps et de la complexité de prise en charge n'existe pour les personnes en situation de handicap.

La valorisation du temps et de la complexité de la prise en charge des personnes en situation de précarité à l'hôpital repose aujourd'hui sur deux types de financements forfaitaires : les missions d'intérêt général (MIG) précarité et les « MIG PASS ». Il n'y a aucune valorisation pour les personnes en situation de handicap.

Le budget d'une PASS est couvert par une dotation finançant les MIG, sur déclaration de l'établissement de santé. Il intègre l'ensemble des frais liés à l'activité de la structure : c'est-à-dire ceux de personnel, de facilitation d'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisation et consultation facturable ; les dépenses pharmaceutiques, d'examens médicaux ; les coûts d'interprétariat, et de transport en cas de PASS mobile, ainsi que ceux de pilotage, de coordination et d'évaluation de la permanence.

Pour une PASS généraliste recevant au moins une fois par an 100 patients, la circulaire du 18 juin 2013 évalue le budget minimal requis à 50 000 euros ; et ce, quelle que soit la prise en charge effectuée. Si la structure reçoit 1 000 patients par an, la dotation annuelle peut atteindre 450 000 euros.

Par ailleurs, une MIG intitulée « les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité » (dite « MIG précarité ») permet de financer le surcoût lié à la prise en charge des patients en situation de précarité pour l'ensemble de l'établissement (temps d'assistantes sociales pour l'accompagnement social et l'ouverture des droits, besoins en interprétariat, etc.). D'un montant de 190,5 millions d'euros en 2018, ce financement est réparti entre les hôpitaux au *pro rata* du nombre de séjours de patients démunis pris en charge par l'établissement. Elle est activée dès lors que l'établissement a plus de 13% de séjours précaires ou prend en charge plus de 7 000 séjours par an.

Le nombre de séjours de patients démunis est déterminé à partir de l'information du type de couverture maladie des personnes transmise par la CNAM (bénéfice de la CMU-C, de l'ACS, de l'AME, etc.), l'hypothèse sous-jacente étant que les séjours de ces personnes constituent une bonne approximation de la charge d'activité de l'établissement consacrée à la prise en charge des patients en situation de précarité.

Dans un contexte où le non recours au droit à une couverture santé est massif pour les personnes en situation de précarité (*cf.* partie constat et partie accès aux droits), un tel mode de financement ne rend pas compte de l'activité réelle des établissements consacrée à la prise en charge des personnes en situation de précarité. Ce point est mis en exergue par Olivier Véran dans son récent rapport sur « l'évolution des modes de financement des établissements de santé ».

Par ailleurs, le nombre de séjours à l'hôpital ne reflète ni le temps consacré à l'accompagnement social, ni les prises en charge sanitaires sans séjours. Enfin, le déclenchement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) à compter d'un taux de séjours de 13% (ou d'un nombre de séjours de 7 000 par an) constitue un effet de seuil qui est susceptible de peser sur la capacité des établissements concernés (sous le seuil) à prendre en charge des personnes en situation de précarité.

Sans préjuger des conclusions qui seront rendues sur ce point fin 2018 par la mission dédiée à la réforme du financement du système de santé, confiée au directeur de la DREES par la Ministre des solidarités et de la santé, les rapporteurs préconisent :

- la mise en place d'indicateurs simples (sur le modèle de ceux existants), mais construits à partir du nombre exhaustif de patients en situation de précarité accueillis par les établissements, intégrant les patients qui n'ont pas de droits ouverts à une couverture santé ;
- prévoir des financements de même type, pour les personnes en situation de handicap avec des indicateurs / traceurs simples, par exemple le traceur du bénéfice d'une ALD qui permet de repérer le handicap ; ces financements doivent être pérennes et forfaitaires, type « MIG handicap », et intégrés dans l'adaptation du financement de la T2A ;
- l'application et la généralisation de la circulaire frontière sur l'hôpital de jour est indispensable. Cette circulaire reconnaît les prises en compte spécifiques pour les patients nécessitant une prise en charge justifiant des précautions particulières lors de la réalisation de certains actes ou la délivrance de certains soins et qui nécessitent une utilisation de moyens supplémentaires (technique ou humain) pour réaliser la prise en charge prévue du fait de l'état du patient.

Proposition n° 34 : Améliorer les indicateurs de suivi des patients en situation de précarité accueillis par les établissements, prévoir des financements *ad hoc* pour l'accueil et le soin de personnes en situation de handicap, généraliser l'application de la circulaire frontière sur l'hôpital de jour.

3.3. Définir clairement le contenu du panier de soins des établissements sanitaires et médico-sociaux

La clarification du panier de soins des établissements sanitaires et médicaux sociaux est indispensable. La situation actuelle qui perdure n'est pas acceptable. L'impact est majeur sur le parcours des personnes. Le « tout établissement » ne répond plus aux attentes. La possibilité de sortir temporairement, facilement, est souhaitée mais très difficile en raison des différences d'interprétations du contenu du panier de soins des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Les règles du jeu, les interprétations sont variables en fonction des CPAM. Le contenu réel des services et activités financés par l'enveloppe soin dans le budget des établissements médico-sociaux n'est pas clair et source de nombreuses polémiques. La finalisation rapide des accords entre la CNAM et la DGCS est une priorité.

Nous recommandons que le contenu des prestations relevant de son financement soit finalisé, transparent et identique sur le plan national, de même que les règles et modalités de dépassement de ce panier (entente préalable ou toute autre solution). Le suivi de la consommation dans le cadre de Résid-PH doit permettre de suivre précisément la consommation et les engagements.

Certains points méritent une attention particulière :

- Réaffirmer que l'une des missions des professionnels des ESMS est de s'assurer du suivi de la santé de leur population : la prévention, l'orientation auprès des professionnels, l'identification de difficultés d'accès à l'offre, etc.
- Faciliter l'accès aux médicaments trop coûteux. Les mêmes règles de financement que pour le MCO et les soins de suite et de réadaptation (SSR) doivent être appliquées. Actuellement des patients qui ont besoin de thérapies coûteuses sont refusés en ESMS et restent inutilement hospitalisés.
- Clarifier les transports sanitaires : aussi bien les transports pour les consultations de spécialistes liées à la pathologie spécifique que les transports nécessaires à l'accès aux soins primaires, en particulier dentaires, gynécologiques ou autre.
- Rendre possible la double tarification qui est indispensable à la fois pour fluidifier les parcours (par exemple, entre domicile et institution les week-ends, les nuits, les vacances) et répondre à l'accès de professionnels libéraux en cas d'absences dans les établissements.

Proposition n°35 : Finaliser, rendre transparent et homogène sur le territoire le panier de soins des ESMS de même que les règles et modalités de dépassement et d'utilisation des soins de ville.

3.4. Accepter les transports des personnes à mobilité réduite (TPMR) pour des transports sanitaires

Les personnes handicapées qui utilisent des aides techniques importantes pour leur autonomie de déplacement - en particulier les fauteuils roulants électriques - doivent être transportées avec leurs aides techniques quand elles ont besoin de recourir à une consultation ou une hospitalisation. Leur autonomie de déplacement est indispensable dans leur parcours sanitaire. Aujourd'hui la très grande majorité des types et catégories de véhicules utilisés reconnus et remboursés pour les transports sanitaires ne permettent pas de transporter des personnes avec leur fauteuil roulant électrique. Cela impose un transport sanitaire souvent en ambulance, en décubitus, et fait donc perdre toute autonomie aux patients lorsqu'ils arrivent dans la structure de soins. Ils ne peuvent y circuler à leur aise.

Le transport, par utilisation d'un transport pour personnes à mobilité réduite (TPMR), pour une hospitalisation ou une consultation médicale ou paramédicale (que ce soit du domicile ou d'un établissement social ou médico-social), doit être reconnu et remboursé par la CPAM sur prescription médicale, que le trajet soit assuré par : un établissement médico-social, un transporteur sanitaire ou tout type de transporteur ayant conventionné avec la CPAM sur le territoire, par extension d'agrément.

Proposition n°36 : Reconnaître les TPRM comme transports sanitaires et prendre en charge leur utilisation pour l'accès aux soins.

4. Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux

La problématique de l'accès aux soins sera suivie et assurée par un comité de pilotage ministériel qui se réunira chaque semestre. Le suivi des difficultés propres aux personnes en situation de handicap et aux personnes en exclusion devra être identifié dans ce cadre.

4.1. Fixer des responsabilités et des obligations transparentes

4.1.1. Pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de précarité et de handicap :

L'efficacité relative des nombreuses propositions déjà effectuées pour améliorer la santé en particulier des personnes en situation de handicap (rapport HAS, Charte Romain Jacob), s'explique en partie par l'absence de lien entre les recommandations et les indicateurs de certification ou d'évaluation des établissements mais aussi par les modalités de financement.

Proposition n°37 : La mission recommande d'identifier des indicateurs de suivi de la santé de ces populations et de les intégrer aussi bien dans la certification sanitaire que dans l'évaluation externe et interne des structures sanitaires et médicosociales et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Il s'agit dans une première étape d'intégration d'indicateurs de suivi de la santé et des actions de prévention entreprises : vaccination, proposition de suivi, partenariat avec le sanitaire, actualisation de la prévention dans les dossiers des personnes en situation de handicap, etc. Ces indicateurs seraient à élaborer et à tester dès 2019 pour une généralisation en 2020. Dans une deuxième étape et en fonction de l'organisation et de l'offre dans les territoires, des indicateurs de résultats pourraient être intégrés.

4.1.2. Au niveau régional

L'accès à la prévention et aux soins primaires des personnes en situation de handicap et des personnes en exclusion doit être identifié, être suivi et évalué en prenant en compte les spécificités des territoires dans :

- le projet régional de santé de deuxième génération 2018-2022 ;
- le PRAPS qui s'adresse aux populations précaires ;
- les pôles régionaux de compétences.

4.1.3. Au niveau national

Le pilotage des objectifs, le suivi des résultats, l'identification des difficultés et des adaptations est indispensable. L'absence de coordination et de pilotage de la santé des personnes en situation de handicap nous a frappés tout au long des auditions et de nos travaux.

Nous préconisons que dans le cadre d'une approche universelle de la santé, il apparait naturel que, comme pour la santé des personnes en exclusion, la CNAM, en lien avec la CNSA, les directions du ministère et la HAS, s'implique et revendique cette responsabilité.

Proposition n°38 : Affirmer le rôle de la CNAM dans le pilotage national de la santé des personnes en situation de handicap

4.2. Instaurer une démocratie sanitaire effective

4.2.1. Développer les mesures de satisfaction

Comprendre et analyser l'avis des usagers sur leur possibilité d'accès aux soins curatifs et préventifs, sur l'écoute et l'attitude des différents professionnels, sur leur parcours de santé et leur accompagnement, leur satisfaction par rapport aux résultats qu'ils attendent...est nécessaire. L'analyse des enquêtes actuelles ne fait pas apparaître suffisamment la prise en compte de ces dimensions. Il est impératif d'intégrer celles-ci dans le contenu des enquêtes de satisfaction, tant dans les établissements sanitaires que médico-sociaux. Les modalités de réalisation sont à adapter aux spécificités et capacités.

Proposition n°39 : Repenser les enquêtes de satisfaction dans une approche usage et projet personnel dont la santé et la prévention.

4.2.2. Rendre les patients acteurs de leur santé

Cela passe par la nécessité d'aider les personnes à apprécier de nouveau leur corps. En effet pour accepter de s'occuper de sa santé, il faut avoir un jugement positif de son corps et de ses capacités. Des petites victoires sur son corps sont essentielles pour se reconstruire et croire à la nécessité de s'occuper de sa santé.

Le déni des besoins de santé des personnes en situation de handicap et en exclusion est fréquent pour de multiples raisons. Il est indispensable que celles-ci se réapproprient progressivement leur santé.

L'accompagnement passe donc par le développement de l'éducation à la santé et la réappropriation de son corps et non pas uniquement l'accompagnement à la pathologie. Cela doit permettre une autonomie dans le suivi de sa propre santé.

Des modules spécifiques devraient être proposés dans les établissements sanitaires et sociaux, dans les établissements sanitaires mais aussi en lien avec les plates-formes territoriales. Cela peut passer par la production, par la HAS et Santé publique France, de contenus et d'outils simples, adaptés et généralistes. Ils seront, après avoir été élaborés et testés auprès de ces publics, mis à la disposition de l'ensemble de ces acteurs, dont les étudiants en santé intervenant dans le cadre du service civique en santé.

Nous recommandons d'innover et d'expérimenter des approches nouvelles, adaptées et construites avec les personnes et ce, tant pour la prévention que pour la sensibilisation aux soins primaires.

4.2.3. Consulter et impliquer les associations

Si les associations représentantes des personnes en exclusion sont très revendicatrices de l'accès à la santé et aux soins primaires, nos auditions auprès de la CNAM, de la CNSA, du Défenseur des droits nous ont révélé que les réclamations de la part des associations de personnes en situation de handicap étaient beaucoup plus limitées. Cela peut certes s'expliquer par les nombreuses causes défendues par celles-ci mais révèle que l'accès à la santé n'apparaît pas une priorité.

Le rôle des associations est pourtant majeur dans la réussite de cette ambition. Sensibiliser et travailler avec les associations et leurs représentants est donc essentiel pour que la santé devienne une préoccupation partagée et pour aider les personnes à s'intéresser à leur santé.

Les personnes concernées deviennent ainsi acteurs et demandeurs.

4.3. Assurer un suivi et une évaluation coordonnée

4.3.1. Un observatoire de la santé des personnes en situation de handicap

Nos auditions ont révélé l'absence de consensus de nos interlocuteurs sur le champ que recouvrent les personnes en situation de handicap, les liens entre les reconnaissances des MDPH et les pathologies sources potentielles de handicap, notamment les personnes en ALD. Cela complique considérablement l'analyse des besoins, des consommations de soins, etc.

De même, les travaux et publications concernant l'état de santé des personnes en situation de handicap sont peu nombreux qu'il s'agisse des besoins en soins somatiques et spécifiques, des difficultés d'accès aux soins, des ruptures dans le parcours de santé et le parcours médico-social. Cette pauvreté d'informations explique en partie le manque de reconnaissance du besoin et de l'accès à la santé des personnes handicapées mais aussi la difficulté de mobiliser les acteurs.

Il est donc indispensable d'initier des travaux tant rétrospectifs que prospectifs sur l'état de santé de cette population. Le développement de la base de données Resid-PH est un outil essentiel. Les liens avec les informations médico-sociales pour analyser dans sa globalité le parcours d'une personne handicapée et mesurer notamment l'impact de la santé et ses ruptures sur le recours aux activités médico-sociales sont également indispensables.

Un observatoire aura pour mission d'identifier les critères qui permettent de suivre la santé des personnes en situation de handicap (par exemple certaines ALD) et les prestations accordées par les MDPH (AAH, PCH et autres), d'analyser l'impact de la mise en place des mesures de ce rapport, de suivre l'état de santé des personnes, de comparer avec la population générale, de promouvoir ces résultats et de faire des recommandations.

Il peut s'appuyer dès 2019 sur l'utilisation des données de Resid-PH qui devra être généralisé en 2019 et devra produire des indicateurs à la fois locaux, régionaux et nationaux.

Il devra accélérer les liens entre les bases de données CNAM et CNSA avec un objectif d'opérationnalité à court terme : calendrier et objectifs à définir avant fin 2018.

Proposition n°40 : Créer un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap qui devrait regrouper l'ensemble des institutions impliquées : la CNAM, la CNSA (et son conseil scientifique), la HAS, le conseil national consultatif des personnes handicapées, les représentants des départements.

4.3.2. Développer un observatoire de l'accès au droit et à la santé des migrants précaires

La connaissance des personnes étrangères en situation irrégulière et de leur état de santé est un enjeu de santé publique, qu'il s'agisse de la connaissance des personnes qui pourraient avoir accès à l'AME comme de celles qui en bénéficient déjà.

Or, aucun dispositif national de suivi, d'enquête ou d'évaluation n'est prévu, ce qui concourt à entretenir une ignorance favorable à la construction de préjugés sur la prise en charge de cette population par le système de soins français.

Cette population mouvante est certes difficile à quantifier avec précision, elle ne fait cependant pas l'objet d'investissements publics en matière de suivi (aucune étude régulière nationale). Quelques données ou études sont rendues publiques au cas par cas, par les acteurs qui accompagnent les personnes (associations, collectivités territoriales, etc.) ou lors de l'élaboration de rapports traitant de l'accès aux soins et à la santé des étrangers en situation irrégulière. Les enquêtes réalisées donnent un éclairage incomplet puisqu'elles portent souvent sur un périmètre géographique délimité (Observatoire départemental de la direction de la stratégie, de l'organisation et de l'évaluation du département de Seine saint Denis, observatoire parisien de lutte contre l'exclusion etc.).

La CNAM, gestionnaire de l'AME pour le compte de l'Etat, dispose pourtant de données détaillées sur les bénéficiaires de l'AME qui nous ont été transmises dans le cadre de la présente mission. Synthétisées en annexe du rapport (cf. annexe 9), ces données permettent de montrer que les effectifs de bénéficiaires ont diminué de près de 6% entre 2015 et 2017 en métropole, que cette population est beaucoup plus jeune que la population française et que le profil de sa consommation de soins est également atypique. En ce qui concerne les soins de ville, les bénéficiaires de l'AME consomment principalement des médicaments (près de la moitié des dépenses remboursables des bénéficiaires de l'AME), les consultations médicales étant le second poste.

Ces données pourraient constituer la base de la construction d'un indicateur annuel de suivi des bénéficiaires de l'AME, de leurs caractéristiques et de leur état de santé, qui pourrait être rendu public et annexé aux projets de loi de finances, l'AME relevant du programme 183 de l'Etat relatif à la protection maladie.

Proposition n°41 : Créer un observatoire de l'accès aux droits et à la santé des migrants précaires.

Par ailleurs, le volume et le type de soins réalisés pour des personnes n'ayant pas accès aux soins dans le circuit conventionnel ne figurent dans aucun des documents soumis aux parlementaires. Or c'est un indicateur de la performance globale de notre système de santé. Les soins gratuits prodigués par les associations humanitaires sur le territoire (CASO, Accueils santé social, Centres Médecins sans frontières, etc.) ainsi que ceux prodigués dans le cadre des PASS ne sont pas observés, rendant « invisibles » les points de ruptures de notre système de santé.

Proposition n°42 : Fournir annuellement au Parlement des indicateurs relatifs à l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et en situation de précarité.

Conclusion

La santé est un pilier essentiel de l'inclusion des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. C'est également un marqueur de notre société.

L'ensemble de ces travaux nous ont révélé l'importance des laissés pour compte dans notre système de santé et l'absence de responsabilisation et de mobilisation collective. Ce constat contraste avec les efforts déployés par les acteurs de terrain qui s'épuisent dans un environnement non facilitant.

Cela nous amène à proposer, premièrement, l'affirmation d'un **plan santé** pour ces populations dans le cadre de la stratégie nationale et, deuxièmement, que le gouvernement associe largement **les parlementaires**, d'ailleurs à l'origine de ce rapport, dans le suivi de ce plan.

PARTIE III. Annexes

Annexe 1. Liste des propositions détaillées du rapport

Rendre effectif le droit à une couverture santé et éviter les ruptures de droit

1. Optimiser le partage des données entre les différents opérateurs de la Sécurité sociale pour identifier les personnes fragiles éligibles à une couverture santé
2. Rendre automatique l'attribution et le renouvellement de la CMU-C aux bénéficiaires du RSA socle
3. Rendre automatique le renouvellement de l'aide au paiement d'une complémentaire santé aux personnes cumulant handicap et précarité (bénéficiaires de l'AAH en situation de précarité)
4. Assurer le maintien de l'AAH en cas d'hospitalisation longue
5. Pour les contrats ACS, autoriser la fixation rétroactive de dates d'ouverture des contrats immédiatement consécutives à l'échéance des contrats précédents
6. Clarifier l'information sur les pièces jointes à fournir concernant la régularité de séjour et la stabilité de résidence
7. Sécuriser et harmoniser l'instruction du droit à l'AME sur le territoire par les caisses d'assurance maladie
8. Créer des comités de suivi entre l'assurance maladie et les associations qui accompagnent les personnes en situation irrégulière.

Rendre les soins financièrement accessibles

9. Fixer le seuil d'éligibilité de l'ACS au niveau du plafond CMU-C majoré de 45%
10. Exonérer les bénéficiaires de l'AAH du ticket modérateur (comme pour les pensions d'invalidité)
11. Réviser le référentiel des aides techniques de la PCH, coordonner ce référentiel avec la liste des produits et prestations
12. Offrir aux bénéficiaires de l'ACS une couverture santé aussi protectrice que la CMU-C, sans reste à charge sur leurs dépenses de santé
13. Veiller à mieux faire respecter l'opposabilité des tarifs par les médecins de secteur 2
14. Aligner la qualité du panier de soins CMU-C (optique, audiologie et soins prothétiques dentaires) sur le panier « 100% Santé » à reste à charge nul
15. Revoir la prise en charge des dispositifs médicaux par la CMU-C afin de réduire les restes à charge ; harmoniser les restes à charge pour les différents bénéficiaires
16. Simplifier et mieux communiquer sur la procédure de prise en charge au titre des soins urgents afin de prévenir les situations d'endettement des personnes pauvres en situation irrégulière soignées à l'hôpital dans le cadre des soins urgents, et de limiter les créances irrécouvrables pour les établissements.

Faciliter l'accès à la santé

Faciliter l'accès à l'offre

17. Elargir PFIDASS aux personnes en situation de handicap pour mieux les détecter, les orienter et les accompagner en s'appuyant sur le développement de partenariats et l'utilisation des bases de données.
18. Inclure les personnes précaires en situation irrégulière dans toutes les démarches positives de d'accès aux droits et aux soins de l'Assurance maladie au même titre que les autres personnes en situation de précarité sans distinction
19. Se servir des outils « numériques » (outils pédagogiques, coffres-fort numériques pour les plus fragiles)

« Aller vers » les plus fragiles

20. Doter les dispositifs mobiles du « aller-vers » de financements pérennes et assurer une meilleure couverture de ces dispositifs sur le territoire (EMPP, PASS mobiles)
21. Doter les structures d'hébergement social de compétences soignantes et les SIAO de professionnels de santé capables d'orienter les personnes vers les structures sanitaires et médico-sociales adaptées.
22. Orienter les migrants par l'élaboration de parcours de santé

Accompagner les professionnels de santé et adapter leurs compétences

23. Structurer et faciliter l'accès aux informations utiles dans la pratique quotidienne des professionnels
24. Renforcer l'accompagnement des professionnels de santé par l'assurance maladie

25. Mettre à disposition des professionnels de santé les informations indispensables à la continuité des soins
26. Enrichir les compétences de l'ensemble des professionnels de santé lors des différentes étapes de leur formation initiale et continue

Renforcer les structures ressources dédiées

27. Etablir un état des lieux partagé des consultations dédiées pour, le cas échéant, augmenter leur nombre
28. Mettre en place des permanences d'accès aux soins (PASS) référencées dans des centres hospitaliers sur chaque territoire et veiller au respect d'un cahier des charges
29. Augmenter significativement le nombre de places disponibles en LAM, LHSS et ACT

Mettre fin au refus de soins

30. Assurer la réunion de comités départementaux dédiés à la résolution des situations de refus de soins (CNAM, défenseur des droits, associations, conseils départementaux des ordres)
31. Mettre en place un suivi par l'assurance maladie des 5% de professionnels recevant le moins de bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME
32. Créer une carte AME numérique compatible avec les terminaux de l'assurance maladie pour faciliter le travail des professionnels de santé

Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge

33. Reconnaître des majorations de rémunération pour la prise en charge des personnes handicapées
34. Améliorer les indicateurs de suivi des patients en situation de précarité accueillis par les établissements, prévoir des financements ad hoc pour l'accueil et le soin de personnes en situation de handicap, généraliser l'application de la circulaire frontière sur l'hôpital de jour
35. Finaliser, rendre transparent et homogène sur le territoire le panier de soins des ESMS, de même que les règles et modalités de dépassement et d'utilisation des soins de ville
36. Reconnaître les TPMR comme transports sanitaires et prendre en charge l'utilisation, pour l'accès aux soins.

Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux

37. Identifier des indicateurs de suivi de la santé de ces populations intégrés aussi bien dans la certification sanitaire que l'évaluation externe et interne des structures sanitaires et médicosociales et dans les CPOM
38. Affirmer le rôle de la CNAM dans le pilotage national de la santé des personnes en situation de handicap
39. Repenser les enquêtes de satisfaction dans une approche usage et projet personnel dont la santé et la prévention
40. Créer un observatoire de la santé et de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap
41. Créer un observatoire de l'accès aux droits et à la santé des migrants précaires
42. Fournir annuellement au Parlement des indicateurs relatifs à l'accès à la santé des personnes en situation de handicap et en situation de précarité

Pour aller plus loin : des pistes de travail

Rendre les soins financièrement accessibles

- Etablir un bilan des restes à charge hospitaliers et identifier des voies d'amélioration
- Etablir un bilan de la couverture complémentaire des personnes travaillant dans les établissements et services d'aide par le travail
- Mener une étude sur la revente ou la mise à disposition de dispositifs médicaux d'occasion
- Réaliser une étude comparative de la structure des soins et des dépassements appliqués aux bénéficiaires de l'AME

Faciliter l'accès à la santé

- Dans le cadre de la réforme de l'hôpital, étudier un nouveau circuit d'admission en psychiatrie des personnes en situation de grande exclusion

Annexe 2. Liste des personnes rencontrées

Cabinets ministériels

Laurent HABERT, conseiller budgétaire et finances sociales auprès de la Ministre des solidarités et de la santé

Virginie MAGNANT, directrice de cabinet auprès de la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées

Comité interministériel du handicap

Dominique GILLOT, présidente

Etienne PETITMENGIN, secrétaire général

Sophie RATTIAIRE, coordinatrice interministérielle à l'accessibilité universelle et à l'inclusion

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes

Olivier NOBLECOURT, délégué interministériel

Clément CADORET, IGAS

Administrations centrales du ministère des solidarités et de la santé

Direction de la sécurité sociale

Julie POUGHEON, adjointe au sous-directeur de l'accès aux soins

Sarah SAUNERON, cheffe du bureau accès aux soins et prestations de santé

Marion BILLON-GALLAND, chargée de mission, bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé

Chloé RAVOUNA, chargée de mission, bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé

François BRILLANCEAU, chef de la division des affaires communautaires et internationales

Direction générale de l'offre de soins

Cécile COURREGES, directrice générale

Thomas DEROCHE, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

Sylvie ESCALON, adjointe au sous-directeur régulation de l'offre de soins

Julia CARATTI, chargée de mission handicap, sous-direction régulation de l'offre de soins

Matthias ALBERTONE, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Myriam BURDIN, cheffe du bureau coopérations et contractualisation, sous-direction pilotage de la performance

Delphine VIVET, bureau coopérations et contractualisation, sous-direction pilotage de la performance

Yann-Maël LE DOUARIN, conseiller médical télémédecine, sous-direction pilotage et performance

Adeline BERTSCH-MERVEILLEUX, chargée de mission addictions-précarité

Direction générale de la santé

Zinna BESSA, sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques

Patrick Ambroise, adjoint à la sous directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques

Caroline BUSSIERE, adjointe de la cheffe de bureau santé des populations et politique vaccinale

Pierre BUTTET, chef du bureau des maladies chroniques non transmissibles

Elisabeth GAILLARD, adjointe du chef de bureau des maladies chroniques non transmissibles

Direction générale de la cohésion sociale

Jean-Philippe VINQUANT, directeur général

Cécile TAGLIANA, cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales, adjointe au directeur général

Jean-Guillaume BRETENOUX, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Stéphanie TALBOT, cheffe du bureau de l'insertion, de citoyenneté et des parcours de vie des personnes handicapées

Cécile CHARBAUT, adjointe à la sous directrice de l'inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Corinne EHRHART, adjointe à la cheffe de bureau accès aux droits, insertion et économie sociale et solidaire

Clarita BENY, chargée de mission accès aux droits, insertion et économie sociale et solidaire

Jean-Philippe NATALI

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Jean-Marc AUBERT, directeur

Patrick AUBERT, sous-directeur observation de la solidarité

Renaud LEGAL, adjoint à la sous-direction observation de la santé et de l'assurance maladie

Administration centrale du ministère du budget

Direction générale du Trésor

Benjamin DELOZIER, sous-directeur politiques sociales et emploi

Thierry GRIGNON, chef du bureau santé et comptes sociaux

Victor CLUZEL, bureau santé et comptes sociaux

Assurance maladie et opérateurs dans le champ de la santé et du handicap

Agences régionales de santé

Les directeurs du secteur médico social consultés lors de la réunion du 26 juin 2018, préparée avec l'aide de Patrick RISSELIN (SGMAS)

Agence régionale de santé d'Ile-de-France

Marc BOURQUIN, directeur de l'autonomie

Dr. Luc GINOT, directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités

Didier MARTY, directeur adjoint, direction de l'autonomie

Dr. Catherine REY-QUINIO, conseillère médicale, département organisation de l'offre « personne handicapée »

Dr. Isabelle CHABIN-GIBERT, référente cohésion sociale / précarité, département Grande précarité, PRAPS

Barbara BERTINI, coordinatrice PASS Ile-de-France

Alain CORDIER, conseiller spécial handicap auprès du directeur général

Agence régionale de santé des Hauts de France

Monique RICOMES, directrice

Aline QUEVERUE, direction médico-sociale

Caisse nationale d'assurance maladie

Nicolas REVEL, directeur général

Delphine CHAMPETIER, cabinet du directeur général

Anne MOUTEL, directrice adjointe UGECAM

Richard VIEAU, responsable du département de l'organisation et du marketing

Patricia VERNAY, responsable du département accompagnement des publics fragiles, direction déléguée aux opérations

Camille ORACZ, consultante marketing PFIDASS

François MEURISSE, directeur de la conciliation

Annie LALOUM, adjointe au directeur de la conciliation

Christelle GASTALDI-MENAGER, responsable adjointe du département de la stratégie, des études et des statistiques

Martine THOMAS, statisticienne, direction de la stratégie, des études et des statistiques

Fanny RICHARD, responsable de département de la réglementation

Raphaëlle VERNIOLLE, responsable adjointe du département de la réglementation

Annie FOUARD, responsable département de l'hospitalisation

Garménick LEBLANC, Coordinatrice de la cellule médico-sociale

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Anne BURSTIN, directrice

Frédéric LALOUE, directeur adjoint

Stéphane CORBIN, directeur de la compensation de la perte d'autonomie

Simon KIEFFER, directeur des établissements et services médico-sociaux

Frédéric TALLIER, expert médical secteur personnes handicapées

Fédération nationale de la mutualité française

Séverine SALGADO, directrice déléguée santé

Guénaëlle HAUMESSER, directrice générale réseau

PASS de l'hôpital Saint-Antoine

Dr Olivier CHA, Responsable UF Policlinique BAUDELAIRE, Pôle Urgences et aval

Dr Eida BUI, Praticien hospitalier

Conseil national de l'ordre des médecins

André DESEUR, vice-président

Haute autorité de la santé

Katia JULIENNE, directrice

ARMANTERAS DE SAXE Anne marie

Défenseur des droits

Patrick GOHET, adjoint au défenseur des droits

Vanessa PIDDERI, chargée de mission

Associations, fédérations et conseils consultatifs

AIDES

Caroline IZAMBERT

Médecin du Monde

Delphine FANGET

COMEDE

Antoine MATH

Didier MAILLE

UNIOPSS

Lorry FRADIN

FTCR

Sassi BEN MOUSSA

France Assos Santé

Patrick MONY

UNAF

Nathalie TELLIER

Handidactique

Pascal JACOB

FNATH

Arnaud de BROCAS, secrétaire général

Karim FELISSI, Conseiller

Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

Marion QUACH-HONG, chargée de mission santé et études

Fédération nationale pour l'inclusion des personnes en situation de handicap sensoriel

Maurice BECCARI, directeur général

APF France Handicap

Prosper TEBoul, directeur général

Aude BOURDEN, conseillère nationale Santé-Médico-social, direction développement associatif et politiques d'inclusion

Pierre-Yves LENEN, directeur du développement et de l'offre de service

Suzanne MALISSARD, chef de projet offre de service

Samu Social

Christine LACONDE, directrice du Samu social Paris

Laboratoire d'idées ATD Quart-Monde

Huguette BOISSONNAT

Catherine CORBEAU

Chantal SIBUE

Aquilina FERREIRA

Micheline ADOBATI

Viviane TIRLICIEN

Marie-France ZIMMER

Oriane CHAPELLE

Olivier CHAPELLE

Georges MOUTON

Béatrice MOUTON

Marc MATRANGA

Danielle MATRANGA

Yves JEANJEAN

Lucette LOISSE

Patricia COUCHOT

CASO La Plaine-Saint-Denis

Adeline GRIPPON

Brice GUILLAUME

La croix rouge française

Céline POULET, déléguée nationale, Personnes en situation de Handicap, Direction des Métiers et de la Formation

Stéphanie GIRON, chargée de mission Santé Précarité, Département Action Sociale

Malik BERKANI, délégué national lutte contre les exclusions

UNAFAM

Marie-Jeanne RICHARD, vice-présidente

Jocelyne VIATEAU

Conseil national des personnes accueillies et accompagnées

Blandine MAISONNEUVE, cheffe de projet sur la participation et la citoyenneté des personnes accompagnées

Thierry RENAUT, délégué

Yasmina YOUNES, déléguée

Aldo MAGGIRE, délégué

Annette BRADSCHAW-Jones, déléguée

Bernadette SILLIAU, déléguée

Conseil national consultatif des personnes handicapées

Dominique GILLOT, présidente

Céline POULET et les membres de la commission santé, bien-être et bien-traitante du CNCPH

Commission santé, bien-être et bien-traitante du conseil national consultatif des personnes handicapées

UNAPEI

Hélène CEMEUR, directrice

Pierre LAUGIER, vice-président

Clémence VAUGELADE, chargée de plaidoyer

Fédérations hospitalières

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Julien MOREAU, directeur de l'Autonomie et de la Coordination des parcours de vie

Laurent PERAZZO, adjoint de direction, direction de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

Bérangère CHATELLIER, conseillère enfance et jeunesse (petite enfance, enfance en situation de handicap), direction de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

Dr. Françoise DURANDIERE, conseillère médicale, Pôle santé-social

Fédération Hospitalière de France (FHF)

Annie LELIEVRE, responsable du secteur médico-social

Cécile CHEVANCE, responsable pôle financier

Instituts de recherche

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Paul DOURGNON

Marc PERRONNIN

Sylvain PICHETTI

Anne PENNEAU

Observatoire du non-recours aux droits et services (Odenore)

Philippe WARIN

Hélène REVIL

Personnalités qualifiées

Pascal JACOB

Denis PIVETEAU, conseiller d'Etat

Professeur Albert SPIRA (Académie de médecine)

Professeur Pierre BEGUE (Académie de médecine)

Marie-Sophie DESAULLE, vice-présidente FEHAP

Dominique LIBAULT, directeur EN3S

Didier TABUTEAU, président de la section sociale du Conseil d'Etat

Oliver VERAN, rapporteur général de l'Assemblée Nationale

Emmanuelle FONTAINE-DOMEIZEL, députée

Claire PITOLLAT, députée

Pauline D'ORGEVAL, président et co-fondatrice Coactis santé

Alain CHATELAIN, président de la Fondation Paralysie Cérébrale

Marie-Ange CAILLOT, responsable des assistantes sociales de l'hôpital de Garches

Annexe 3. Bibliographie

- Actes colloques MG France, (2013), *Les inégalités sociales de santé, un défi pour la médecine générale*
- Abrossimov C. et Chérèque F., (2014), *Les liens entre handicap et pauvreté : Les difficultés dans l'accès aux droits et aux ressources*, rapport au Premier Ministre
- Anesm, (2017), *L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers »*
- Anesm, (2018), *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*
- APF, (2007), *Pour une stratégie nationale de santé adaptée aux personnes en situation de handicap*
- Archimbaud A., (2013), *L'accès aux soins des plus démunis*
- ASD, (2018), *La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique*
- ASIEM, (2018), *Santé des migrants : enjeux éthiques, politiques et de société*, Colloque
- Assemblée nationale en partenariat avec ODENORE (2016), *Évaluation du non-recours aux minima sociaux et aux soins des personnes en situation de précarité sociale*
- Associations (2018), *plaidoyer pour un accès à la santé des personnes exilées*
- Assurance Maladie (2018) *Convention d'objectif et de gestion entre l'État et la CNAM 2018-2022*
- Azoulay J., Havard H., Sourlas P., Gissler E. et Dr Chambaud L., Corlay D., (2007), *Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'État*, IGF et IGAS
- Bargain O., Carcillo S., Lehmann E. et L'Horty Y., (2017), *Mieux lutter contre la pauvreté par des aides monétaires, les notes du conseil d'analyse économique*, n°41
- Bégué P., (2017), *La médecine scolaire en France*, Académie nationale de médecine
- Biemouret G. et COSTES J-L., Assemblée nationale (2016), *Rapport d'information sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux*, N°4158
- Bordeianu F. et Gacon L., (2017), *Médiation en santé : des outils co-construits avec les habitants des bidonvilles*, La santé en action
- Bousquet D., Couraud G., Collet M et Lazimi G., (2017), *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*, HCE
- CNLE, (2011), *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*
- CNLE, (2017), *Avis sur la stratégie nationale de santé*
- CNLE, (2017), *Recommandations du CNLE pour les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*
- COMEDE, (2015), *Migrants/étrangers en situation précaire - Soins et accompagnement*
- Cordier A. et Salas F., (2010), *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, IGF et IGAS
- Coulomb D., (2018), *Prévention : du concept à la réalité ? Le monde de la santé loue l'ambition...mais attend des actes et du concret*, Le quotidien du médecin
- Défenseur des droits, (2017), *Droits de l'enfant en 2017*
- Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, (2018), *Proposition du groupe de travail n°5 : un accompagnement renforcé dans la lutte contre l'exclusion*
- Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes, (2018), *Clôture de la concertation et remise des propositions des groupes de travail*

- DGCS, (2016), *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes*
- Dourgnon P., (2013), *Évaluation des politiques publiques et inégalités sociales d'accès aux services de santé*
- Dr Veran O., (2015), *L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur*
- DREES (2018), *Dossier de presse, Démographie des professionnels de santé*
- Dupays S., Kour A., Bourdais F., De Vincenzi J-P., (2018), *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*
- Fauchier E., Saintoyant V. (2017), IGAS, *rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS, Qualité de service et organisation du réseau*
- Fédération des acteurs de la solidarité, (2017), *Enquête sur le fonctionnement des PASS (permanences d'accès aux soins de santé)*
- Fédération des acteurs de la solidarité, (2017), *Manifeste pour une politique effective d'accompagnement santé des personnes en situation de précarité*
- Goasguen C. et Sirugue C. (2015), *L'évaluation de l'AME*, Assemblée Nationale
- Handidactique, MNH (2014), *Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap*, charte Romain Jacob
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2017), *Guide accueil, accompagnement et organisation de soins établissement de santé pour les personnes en situation de handicap*
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2017), *Guide d'amélioration des pratiques professionnelles*
- Haute Autorité de Santé (HAS), (2017), *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*
- Haute Autorité de Santé (HAS), (2017), *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*
- HCAAM, (2012), *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*
- HCAAM, (2016), *Innovation et système de santé, Tome 1*
- HCAAM, (2017), *Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé*
- IGA, IGAS, IGF et ADF (2018), *Rapport de la mission bipartite de réflexion sur les mineurs non accompagnés*
- INPES, (2010), *Prospective santé 2030 – prévention 2010*
- Institut Montaigne, (2013), *Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale*
- Institut Montaigne, (2018), *Protection sociale : une mise à jour vitale*
- IRDES (2015), *L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap*. Pascale Lengagne, Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet.
- CARLE J.C et FERAT F. (2016-2017), *Avis au Sénat, Enseignement scolaire*, n°144
- Manonni C., *les ateliers santé ville, une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé*
- Médecin du monde, (2016), *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France*
- Piveteau Denis (2014), *« Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*
- Revil H., (2017), *Les plateformes d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) : une évaluation au prisme de leurs bénéficiaires et des acteurs qui les mettent en œuvre*, ODENORE
- Rochaix L., (2017), *Déterminants sociaux et professionnels des inégalités de santé*

- Santé publique France, (2018), *Outils élaborés dans le cadre du programme « inégalités sociales de santé », 2013-2015*
- Secours populaire français, (2016), *La solidarité en action*
- Sirugue C. (2016), *Rapport au premier ministre, repenser les minima sociaux*
- Sirugue C. (2016), *Repenser les minima sociaux : vers une couverture socle commune*
- SOS Médecins, UNCCAS, (2017), *Protocole de partenariat*
- Spira A. (2017), Académie de médecine, *Précarité, pauvreté et santé*
- Suhard V. et Safon M-O., (2017), *L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap*, IRDES
- Taquet A., Serres J-F. (2018), *Plus simple la vie, 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap*
- UNCCAS, (2015), *L'accès aux soins*
- Ulrich et Lang T., (2015-2016), *Les inégalités sociales de santé*, DREES
- UNAPEI (2018) *Livre blanc, préconisations santé, Les positions de l'UNAPEI, pour une offre de soins suffisante, adaptée et coordonnée*, pages 22 à 24
- Valls M, (2015), *Référé relatif à l'accueil et à l'hébergement des demandeurs d'asile*
- Valls M., (2015), *Évaluation de la médecine scolaire*
- Verot C. et Dulin A., (2017), *Arrêtons de les mettre dans des cases*
- Walraet E., Fuzeau M., M, Caussat L. et Delattre A., (2017), IGAS, IGF - *La modernisation de la délivrance des prestations sociales*

Annexe 4. Le champ du handicap

A. Des catégories de handicap différentes

En 2010, d'après l'enquête Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 11,3 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans vivant en France métropolitaine - soit 28% de cette tranche d'âge - peuvent être considérées comme « handicapées »⁶⁵ au sens où elles indiquent avoir au moins une limitation fonctionnelle ou une reconnaissance administrative d'un handicap.

15% déclarent avoir au moins une limitation fonctionnelle et une reconnaissance administrative, soit 1,8 million de personnes⁶⁶.

La limitation motrice est la plus fréquente chez les personnes âgées de 15 à 64 ans : elle concerne 31% des personnes handicapées selon au moins l'un des deux critères et 38% de celles qui déclarent à la fois une limitation et une reconnaissance administrative.

83% des personnes handicapées déclarent ne pas avoir de reconnaissance administrative de leur handicap. Cette proportion reste élevée même en cas de handicap sévère.

2% de la population handicapée (273 000 personnes) indique posséder une reconnaissance administrative, mais sans limitation. Ces personnes bénéficient soit d'une pension d'invalidité, soit d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

• Tableau 2- Personnes âgées de 15 à 64 ans selon la définition du handicap retenue

Définition du handicap	Limitation	Reconnaissance administrative	Nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans (en milliers)	Part de la population âgée de 15 à 64 ans (en %)	Part de la population handicapée âgée de 15 à 64 ans (en %)
Reconnaissance administrative uniquement	Sans	Avec	273	1	2
Limitation fonctionnelle uniquement	Avec	Sans	9 277	23	83
Limitation et reconnaissance	Avec	Avec	1 750	4	15
Total			11 300	28	100
Sans limitation ni reconnaissance	Sans	Sans	28 757	72	
Ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans			40 057	100	

Lecture • 273 000 personnes entre 15 et 64 ans ont une reconnaissance administrative d'un handicap et déclarent ne pas avoir de limitation fonctionnelle. Elles représentent 2 % des personnes considérées comme handicapées, selon l'un ou l'autre des deux critères.

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 64 ans.

Source • INSEE, enquête Emploi module ad hoc EEC 2011 sur l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Source : DREES, n°1003, mars 2017

⁶⁵ Plusieurs définitions du handicap peuvent être retenues. En fonction de leur caractère plus ou moins restrictif, elles conduisent à une estimation du nombre de personnes handicapées allant de 1 million à plus de 11 millions (Roy, 2017). La définition retenue par la DREES est une définition large du handicap.

⁶⁶ Présenter une limitation n'implique pas nécessairement une reconnaissance administrative.

B. Des différences de niveau de vie importantes selon les limitations

Plus les limitations sont sévères, plus le niveau de vie est faible selon une étude de la DREES publiée en mars 2017.

En 2010, le niveau de vie annuel médian des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans s'élève à 18 500 euros, soit 2 000 euros de moins que pour les personnes sans handicap⁶⁷.

Les personnes handicapées ayant une limitation sévère ont un niveau de vie annuel médian de 16 800 euros (1 400 euros par mois) soit 2 900 euros de moins que les personnes ayant un handicap léger et 3 700 euros de moins que les personnes sans handicap. La différence de niveau de vie est moins marquée en moyenne parmi celles dont le handicap est également reconnu par l'administration (1 900 euros par an).

Le niveau de vie des personnes handicapées ayant une reconnaissance administrative de leur handicap est en moyenne inférieur à 5 300 euros par an par rapport à des personnes sans handicap.

Selon la DREES, l'effet du handicap sur le niveau de vie résulte de deux facteurs : un effet direct « toutes choses égales par ailleurs » (le revenu annuel moyen des ménages de personnes ayant un handicap contraignant comporte une moindre part de revenus d'activité que l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans (74% *versus* 92%)) et un effet indirect dû à l'incidence du handicap sur les trajectoires scolaire, matrimoniale, professionnelle, etc. Cet effet indirect est étroitement lié au type de handicap et au moment où il survient.

Les personnes présentant plusieurs limitations sévères et celles déclarant une limitation mentale sévère sont celles dont le niveau de vie est le plus faible. Il s'élève à 15 000 euros par an pour les personnes ayant une limitation mentale sévère (soit 5 500 euros de moins que celles n'ayant pas de handicap). 30,3% vivent sous le seuil de pauvreté.

En moyenne, le taux de pauvreté des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans s'élevait à 13,8% en 2010, soit 1,6 million de personnes.

• Tableau 3 - Taux de pauvreté selon la limitation et son degré de sévérité

Limitation	Sévérité		
	Ensemble	Légère	Sévère
Auditive	9,4	9,0	10,0
Mentale	19,8	14,0	30,3
Motrice	15,8	12,7	19,6
Plusieurs limitations	20,5	14,5	30,2
Psychique	16,6	14,0	22,6
Visuelle	16,8	11,5	27,8
Sans handicap	12,7		
Ensemble des 15-64 ans	13,8		

Note • Le seuil de pauvreté correspond à un niveau de vie annuel de 11 600 euros par an en 2010 pour un ménage en France métropolitaine.
Lecture • 9,4 % des personnes ayant une limitation auditive vivent sous le seuil de pauvreté.
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 64 ans en 2011. Niveau de vie en 2010.
Sources • INSEE, enquête Emploi module ad hoc EEC 2011 sur l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ; INSEE, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2010 (ERFS).

Source : DREES, n°1003, mars 2017

⁶⁷ Anaïs Levieil (DREES), 2017, « Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations », *Études et Résultats*, n°1003, Drees, mars

Annexe 5. Synthèse de l'étude IRDES de 2015 sur l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap

L'étude IRDES publiée en 2015 offre un panorama de l'accès aux soins courants et aux soins de prévention des personnes en situation de handicap en France réalisé à partir de l'enquête Handicap Santé Ménage (HSM) co-produite par l'INSEE et la DREES et selon une méthodologie économétrique partagée pour tous les soins (régressions logistiques pour analyser le recours aux soins).

Cette annexe présente les résultats obtenus pour l'analyse de trois soins courants (les soins dentaires, les soins ophtalmologiques et les soins gynécologiques) et de quatre actes de prévention ou de dépistage (le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer colorectal et la vaccination contre l'hépatite B) qui représentent tous des enjeux importants d'accès à la santé.

L'analyse de l'IRDES est réalisée sur deux populations en situation de handicap :

- la première est composée de la population qui déclare des limitations fonctionnelles (motrices, cognitives ou sensorielles),
- la seconde repose sur la reconnaissance administrative de handicap (Allocation Adulte Handicapé [AAH], pension d'invalidité, rente d'incapacité).

A. L'accès aux soins courants et préventifs des individus déclarant une ou plusieurs limitations fonctionnelles

a) Une probabilité d'accès aux soins courants et préventifs réduite pour les personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles

Si la probabilité de recourir aux soins dentaires de la population générale dans les 12 derniers mois est de 56%, la probabilité de recours est réduite pour les personnes déclarant des limitations motrices (-8 points de pourcentage) par rapport aux personnes sans limitation motrice, à sexe, âge, autres limitations et besoins dentaires équivalents, et même de 12 points pour les personnes en fauteuil roulant (modèle 1, tableau 1). La probabilité de recours est également réduite de 5 points pour les personnes déclarant des limitations cognitives (modèle 1, tableau 1).

Il en est de même pour les soins gynécologiques : la probabilité moyenne de recours des femmes est de 49% mais elle est réduite de 12 points pour les femmes déclarant des limitations motrices, de 19 points pour les femmes en fauteuil roulant et de 9 points pour les femmes déclarant des limitations cognitives (modèle 1, tableau 1).

Ce constat se vérifie également pour les soins préventifs. En population générale, deux actes préventifs - le frottis et la mammographie - sont associés à une probabilité de recours élevée (80%) tandis que la probabilité de recours au dépistage du cancer du côlon et à la vaccination contre l'hépatite B est plus réduite (respectivement 40% et 45%). Les personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles affichent un recours réduit à ces soins préventifs (modèle 1, tableau 2) dans des proportions variables selon les types de limitations : de -9 à -14,5 points pour le frottis cervico-utérin, de -4,7 à -25 points pour la mammographie, de -16 à -18 points pour la vaccination contre l'hépatite B et de -13 à -27 points pour le dépistage du cancer du côlon (modèle 1, tableau 2). Quel que soit le soin considéré, le différentiel de recours est toujours le plus élevé pour les personnes qui sont en fauteuil roulant.

b) Après intégration des variables sociales, les différentiels d'accès sont souvent réduits, voire annulés, pour les personnes déclarant des limitations fonctionnelles

Après intégration des variables sociales (diplôme, revenu, couverture complémentaire), il n'existe plus de différentiel significatif d'accès aux soins dentaires et gynécologiques pour les personnes qui déclarent des limitations cognitives, ni de différentiel d'accès à la mammographie pour les femmes qui déclarent des limitations motrices sans être en fauteuil. Ce résultat peut être rattaché au fait que les personnes déclarant des limitations fonctionnelles présentent plus souvent des caractéristiques socio-économiques défavorables, ce qui peut expliquer leur moindre accès aux soins.

En revanche, un différentiel de recours quasiment de même ampleur à celui qui prévalait avant intégration des variables sociales persiste pour les personnes qui sont en fauteuil roulant (soins dentaires, soins gynécologiques, frottis, mammographie, dépistage du cancer du côlon, vaccination contre l'hépatite B) et pour les femmes qui ont des limitations motrices sans être en fauteuil (pour les soins gynécologiques). La relative stabilité des résultats obtenus sur ces personnes avant et après prise en compte des variables sociales laisse place à d'autres hypothèses explicatives du moindre recours aux soins, telles que l'accessibilité physique aux structures de soins.

S'agissant des soins préventifs - et pour les indicateurs de handicap autres que le fauteuil roulant -, la prise en compte des variables sociales permet d'atténuer le différentiel de recours pour le frottis et la mammographie. Le différentiel de recours au frottis des femmes ayant des limitations motrices ou celui des femmes ayant des limitations cognitives passe de 9 à 4 points. Le différentiel de probabilité de recours à la mammographie des femmes ayant des limitations motrices passe de 4,7 points à 2,5 points, tandis qu'il passe de 7 points à 5 points pour les femmes qui ont des limitations cognitives. Une partie du différentiel de recours à ces soins s'explique par le fait que les femmes déclarent des limitations fonctionnelles présentent plus souvent des caractéristiques socio-économiques moins favorables, traditionnellement associées à un moindre recours et une moindre sensibilisation aux actes de dépistage.

En revanche, pour le dépistage du cancer du côlon et la vaccination contre l'hépatite B, le différentiel négatif d'accès aux soins des personnes qui déclarent des limitations fonctionnelles n'évolue que très marginalement après prise en charge des variables sociales. D'autres obstacles peuvent alors expliquer la persistance de ce différentiel de recours : les difficultés d'ordre physique entravant la réalisation du test du dépistage du cancer du côlon, le manque d'information ou de sensibilisation de la population des personnes handicapées, etc.

B. L'accès aux soins courants et préventifs des personnes déclarant une reconnaissance administrative de handicap

a) Un différentiel de recours aux soins courants et préventifs qui affecte principalement les bénéficiaires de l'AAH

Les personnes bénéficiaires de l'AAH ont une probabilité de recours aux soins courants et aux actes préventifs réduite de façon significative par rapport aux personnes sans reconnaissance administrative de handicap, dans une proportion qui varie de -9 points pour les soins dentaires, la mammographie, la vaccination contre l'hépatite B à -17 points pour les soins gynécologiques et le frottis cervico-utérin tandis que le différentiel atteint même -19 points pour le dépistage du cancer du côlon (tableaux 3 et 4, modèle 1). Les autres types de reconnaissance administrative de handicap (pension d'invalidité, rente d'incapacité) sont plus rarement associés à une réduction de la probabilité de recourir aux soins courants ou à la prévention, exception faite des femmes titulaires d'une pension d'invalidité qui ont une probabilité réduite de 4 points de recourir au frottis par rapport à celles n'ayant pas déclaré de reconnaissance administrative de handicap (tableau 4, modèle 1).

Au contraire des titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité qui bénéficient d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé - dans les limites des tarifs de remboursement de la sécurité sociale -, les bénéficiaires de l'AAH sont considérés comme des assurés de droit commun et ne peuvent compter que sur l'ALD - lorsqu'ils y sont éligibles - pour bénéficier d'une prise en charge à 100% pour les dépenses de soins qui sont en lien avec leur pathologie exonérante. Au final, le régime de la pension d'invalidité et de la rente d'incapacité s'avère plus protecteur que celui de l'AAH, ce qui peut expliquer au moins en partie le différentiel de recours.

b) Après introduction des variables sociales, un différentiel de recours pour les bénéficiaires de l'AAH qui se résorbe ou qui persiste selon les soins.

Après prise en compte des variables sociales, la probabilité de recourir aux soins dentaires et à la mammographie n'est pas significativement différente pour les bénéficiaires de l'AAH comparativement aux personnes qui n'ont pas de reconnaissance administrative de handicap (tableaux 3 et 4, modèle 2). Les bénéficiaires de l'AAH sont plus souvent dans une situation socio-économique défavorable qui réduit la probabilité de recourir aux soins.

En revanche, les bénéficiaires de l'AAH demeurent confrontés à un différentiel de la probabilité de recourir au frottis cervico-utérin et aux soins gynécologiques, certes réduit de moitié après prise en compte des variables sociales mais qui continue de s'établir entre 7 et 9 points (tableaux 3 et 4, modèle 2). Le différentiel s'établit même à 15 points après prise en compte des variables sociales pour le dépistage du cancer du côlon et demeure inchangé à 9 points pour la vaccination contre l'hépatite B. Les difficultés d'accès physique aux bâtiments ou équipements médicaux expliquent sans doute en partie ce différentiel de recours, notamment pour les personnes déclarant des limitations motrices, et plus encore pour celles en fauteuil roulant. Sont susceptibles de s'ajouter des obstacles spécifiques comme les difficultés de réalisation du test Hemocult et d'autres comme les complications liées à l'expression des besoins, l'attitude des professionnels de santé, la tarification inadéquate des consultations plus longues liées à l'accueil des personnes en situation de handicap.

- 4 tableaux sur le recours aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap

Tableau 1 : Recours aux soins dentaires et aux soins gynécologiques des personnes déclarant des limitations fonctionnelles

Soins dentaires (Probabilité de recours en population générale : 56%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
Fauteuil roulant (réf : pas de limitations motrices)	-0.117**	-0.115**
Limitations motrices mais sans fauteuil roulant (réf : pas de lim. motrices)	-0.0784***	-0.0339
Limitations cognitives (réf : pas de limitations cognitives)	-0.0539*	-0.0160
Limitations visuelles (réf : pas de limitations visuelles)	-0.0390	-0.0219
Limitations auditives (réf : pas de limitations auditives)	0.0138	0.0224
Soins gynécologiques (Probabilité de recours pour les femmes : 49%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
Fauteuil roulant (réf : pas de limitations motrices)	-0.190***	-0.174***
Limitations motrices mais sans fauteuil roulant (réf : pas de lim. motrices)	-0.124***	-0.0726**
Limitations cognitives (réf : pas de limitations cognitives)	-0.0907***	-0.0386
Limitations visuelles (réf : pas de limitations visuelles)	-0.0791	-0.0726
Limitations auditives (réf : pas de limitations auditives)	0.0379	0.0521

Tableau 2 : Recours aux soins préventifs des personnes déclarant des limitations fonctionnelles

Frottis cervico-utérin (probabilité de recours population générale 80%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
Fauteuil roulant (réf : pas de limitations motrices)	-0.145**	-0.114**
Limitations motrices mais sans fauteuil roulant (réf : pas de lim. motrices)	-0.0868***	-0.0440**
Limitations cognitives (réf : pas de limitations cognitives)	-0.0886***	-0.0443**
Limitations visuelles (réf : pas de limitations visuelles)	-0.115**	-0.105**
Limitations auditives (réf : pas de limitations auditives)	-0.0322	-0.019
Mammographie (probabilité de recours population générale 80%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
Fauteuil roulant (réf : pas de limitations motrices)	-0.253***	-0.241***
Limitations motrices mais sans fauteuil roulant (réf : pas de lim. motrices)	-0.0470**	-0.0253
Limitations cognitives (réf : pas de limitations cognitives)	-0.0719**	-0.0541*
Limitations visuelles (réf : pas de limitations visuelles)	0.00271	0.0113
Limitations auditives (réf : pas de limitations auditives)	-0.0185	-0.00809
Dépistage du cancer du côlon (probabilité de recours pop 40%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
Fauteuil roulant (réf : pas de limitations motrices)	-0.267***	-0.250***
Limitations motrices mais sans fauteuil roulant (réf : pas de lim. motrices)	-0.131***	-0.199***
Limitations cognitives (réf : pas de limitations cognitives)	-0.151***	-0.129**
Limitations visuelles (réf : pas de limitations visuelles)	-0.0812	0.0604
Limitations auditives (réf : pas de limitations auditives)	0.0007	0.0038
Vaccination contre l'hépatite B (probabilité de recours pop 45%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
Fauteuil roulant (réf : pas de limitations motrices)	-0.180***	-0.195***
Limitations motrices mais sans fauteuil roulant (réf : pas de lim. motrices)	-0.0139	-0.0153
Limitations cognitives (réf : pas de limitations cognitives)	-0.0195	-0.0098
Limitations visuelles (réf : pas de limitations visuelles)	-0.161***	-0.0170***

Limitations auditives (réf : pas de limitations auditives)

0.0089

0.0183

Tableau 3 : recours aux soins courants des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap

Soins dentaires (Probabilité de recours en population générale : 56%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
AAH (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0904***	-0.0190
Pension d'invalidité (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0235	0.0466
Rente d'incapacité (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0484	-0.0472
Autres reconnaissances (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0246	0.0439
Soins gynécologiques (Probabilité de recours pour les femmes : 49%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
AAH (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.170***	-0.0924**
Pension d'invalidité (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0252	0.0329
Rente d'incapacité (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0245	0.00963
Autres reconnaissances (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0381	0.00114

Tableau 4 : recours aux soins préventifs des personnes bénéficiant d'une reconnaissance administrative de handicap

Frottis cervico-utérin (probabilité de recours population générale)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
AAH (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.167***	-0.0733**
Pension d'invalidité (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0441*	-0.0313
Rente d'incapacité (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.00445	-0.0145
Autres reconnaissances (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0438	-0.0241
Mammographie (probabilité de recours population générale 80%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
AAH (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0925**	-0.046
Pension d'invalidité (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.016	0.025
Rente d'incapacité (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.00315	-0.0158
Autres reconnaissances (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0189	0.0235
Dépistage du cancer du côlon (probabilité de recours pop 40%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
AAH (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.192***	-0.152*
Pension d'invalidité (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.045	-0.0281
Rente d'incapacité (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.124	-0.157
Autres reconnaissances (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0513	0.0651
Vaccination contre l'hépatite B (probabilité de recours pop 45%)	Modèle 1 (variables démographiques + besoins de soins)	Modèle 2 (Modèle 1 + variables sociales)
AAH (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0915***	-0.0874***
Pension d'invalidité (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0125	-0.0172
Rente d'incapacité (référence : pas de reconnaissance administrative)	-0.0124	-0.0122
Autres reconnaissances (référence : pas de reconnaissance administrative)	0.0166	0.0172

Annexe 6. Les dispositifs d'accès à la santé des personnes en situation de précarité et des personnes en situation de handicap

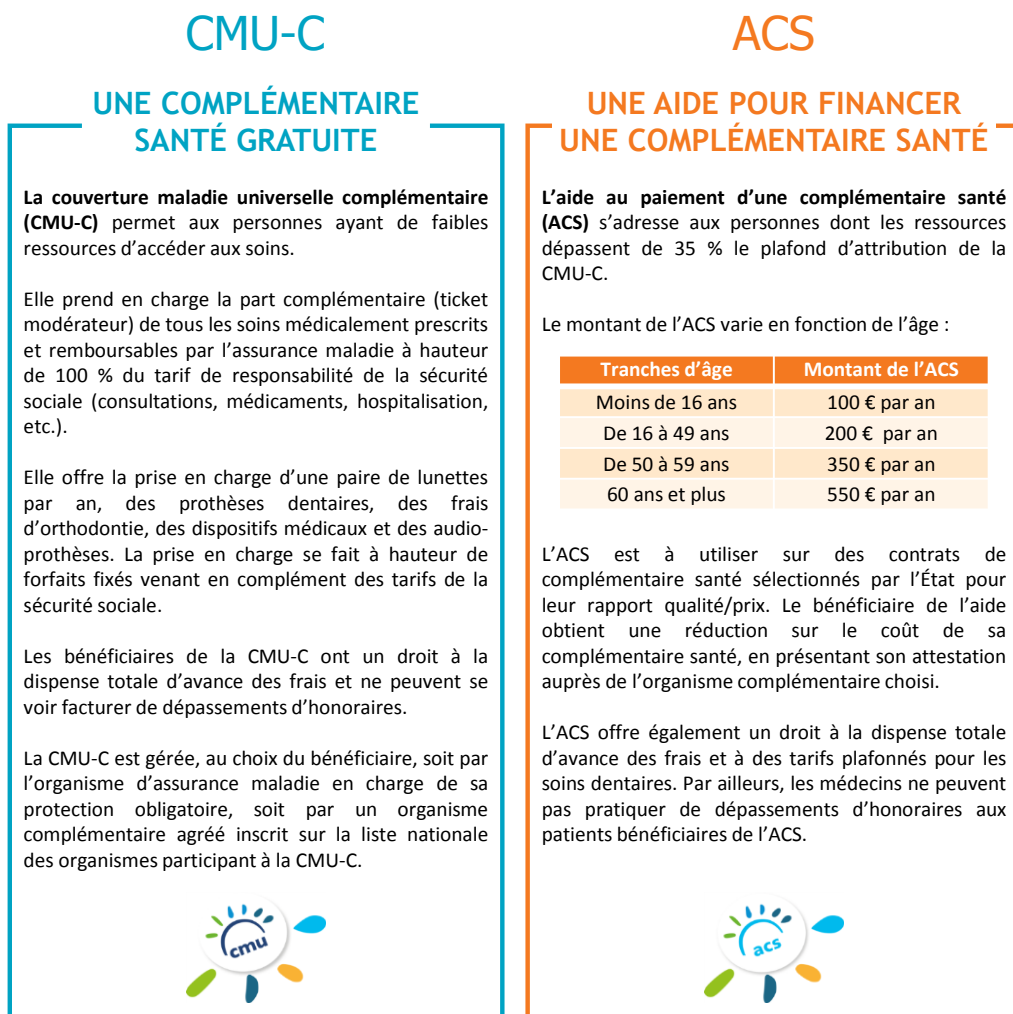
A. Les dispositifs d'accès aux soins à destination des personnes en situation de pauvreté

Aujourd'hui, les personnes en situation de précarité et régulière vis-à-vis du droit au séjour se voient proposer plusieurs dispositifs de prise en charge des soins de santé selon leur situation.

L'assurance maladie correspondant au régime de base de la sécurité sociale est accessible aux Français ou étrangers résidant en France de façon stable et régulière, quel que soit leur statut professionnel. Les personnes les plus pauvres y ont accès sans avoir à payer de cotisation.

Concernant la couverture complémentaire, les assurés dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté peuvent bénéficier soit de la CMU-C, soit de l'ACS. Ceux dont les ressources sont les plus faibles, inférieures à 734 euros par mois pour une personne seule en métropole, peuvent bénéficier à titre gratuit de la CMU-C. Les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et 35% de ce plafond peuvent obtenir une complémentaire santé grâce à l'ACS. Cette aide, modulée en fonction de l'âge de la personne, est à utiliser sur des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité / prix (trois niveaux de garantie) et donne lieu à une réduction sur le coût de la complémentaire santé.

- *Figure 2 – Présentation synthétique de la CMU-C et de l'ACS*



B. Des niveaux de protection différents en termes de reste à charge

Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ont un droit à la dispense d'avance des frais et les médecins ne peuvent pas leur appliquer de dépassements d'honoraires. À l'hôpital, le forfait hospitalier est intégralement pris en charge. Les avantages associés à ces deux dispositifs sont assez proches, néanmoins, les dépenses de santé restant à la charge des bénéficiaires varient de manière importante, laissant en particulier des restes à charge importants aux titulaires de l'ACS pour les dispositifs médicaux (optique, audioprothèses et prothèses dentaires et certains autres dispositifs médicaux).

Pour le dentaire, les soins conservateurs ne peuvent pas faire l'objet de dépassement par rapport au tarif de responsabilité de sécurité sociale. Concernant les soins prophétiques dentaires pour lesquels les dépassements sont autorisés, les chirurgiens-dentistes doivent appliquer des montants qui n'excèdent pas les tarifs plafonds définis dans les arrêtés du 19 avril 2017 (JORF n°0097 du 25 avril 2017) pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Ces dépassements sont entièrement pris en charge par la CMU-C. Les bénéficiaires ACS peuvent avoir des restes à charge en fonction du niveau de couverture qu'ils ont choisi.

Pour l'optique, la CMU-C offre la prise en charge d'une paire de lunettes par année de droit, dans la limite des tarifs fixés par arrêté. Les bénéficiaires de l'ACS peuvent se voir rembourser une paire de lunettes tous les deux ans (conformément à la prise en charge définie pour les contrats responsables) mais il n'existe pas de tarifs plafonds. Des restes à charge sont observés en optique, pouvant aller jusqu'à plus de 200 euros pour un équipement en verres complexes.

Pour les audioprothèses, les modalités de prise en charge sont similaires. Les professionnels sont tenus de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C des appareils dont le prix n'excède pas les limites de tarif fixées pour la CMU-C. Les tarifs des audioprothèses sont libres pour les bénéficiaires de l'ACS qui peuvent avoir des restes à charge très importants selon le contrat souscrit.

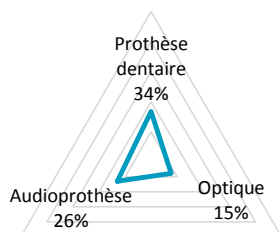
Pour les autres dispositifs médicaux, une majorité est soumise à un PLV pour l'ensemble de la population, ce qui permet de contenir les restes à charge. Cependant pour les dispositifs médicaux sans PLV (ou avec PLV supérieur au tarif de responsabilité de la sécurité sociale), les personnes en situation de précarité peuvent avoir des restes à charge, compte tenu du remboursement à hauteur de 100% du tarif de responsabilité pour la CMU-C et l'ACS. Pour la CMU-C, plusieurs appareillages sans PLV sont soumis cependant à des prix maximums fixés dans l'arrêté du 14 août 2002 et n'engendrent normalement pas de reste à charge.

Les travaux présentés en annexe montrent que des dispositifs médicaux fortement consommés par les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AAH (qu'ils soient titulaires ou non de la CMU-C ou de l'ACS) génèrent des restes à charge significatifs (cf. infra).

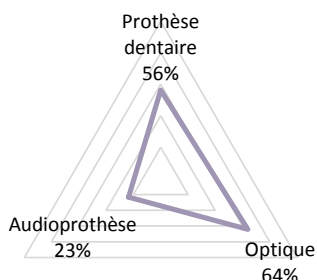
Ainsi en termes de reste à charge, outre le montant à payer sur le prix du contrat, les bénéficiaires de l'ACS sont moins bien protégés que les bénéficiaires de la CMU-C. Ils contribuent à leurs dépenses de santé, avec une participation financière quasiment équivalente à celle de la population générale⁶⁸ alors que les soins des personnes couvertes par la CMU-C sont presque intégralement pris en charge.

- *Figure 3 - Contrat ACS : Taux de couverture de la dépense totale par les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire sur les sous-postes des soins partiellement couverts*

Contrat A :

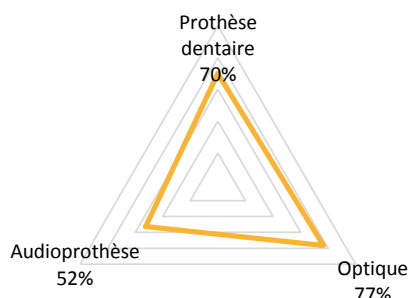


Contrat B :



⁶⁸ La dépense restant à la charge des bénéficiaires de l'ACS après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire représente environ 6% de leur dépense totale (cf rapport annuel du Fonds CMU-C sur l'ACS, octobre 2017). Ce chiffre est de 8% en population générale selon la DREES.

Contrat C :



Source : 10 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2016

C. La couverture maladie des personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap appartiennent plus souvent à des milieux sociaux défavorisés. Leurs revenus sont plus faibles, notamment lorsque leur handicap leur interdit l'accès à l'emploi ou ne leur permet pas l'accès à des niveaux de salaire moyen ou élevé. L'accès à une couverture complémentaire santé dépend essentiellement de la situation professionnelle et du niveau de ressources de ces personnes.

Les personnes titulaires de l'AAH ont en général des ressources supérieures au seuil d'attribution de la CMU-C⁶⁹. Elles peuvent cependant bénéficier d'une complémentaire santé grâce à l'ACS si leur niveau de ressources est inférieur au seuil de pauvreté. D'après l'étude Précarité et Handicap réalisée par le Fonds CMU-C en 2014, le recours constaté à la CMU-C, pour les bénéficiaires de l'AAH, est de l'ordre de 11%. Compte tenu du fait que le montant de l'AAH, pour une personne seule, est supérieur au plafond de la CMU-C, il s'agit donc, pour les cas concernés par la CMU-C, d'assurés vivant au sein de foyers dont le total des revenus est inférieur au plafond ou des cas d'AAH minorée, notamment en cas d'hospitalisation longue ou dans de placement dans une maison d'accueil spécialisée (MAS). Pour l'ACS, le taux des bénéficiaires de l'AAH est de presque 5%.

Les personnes en situation d'invalidité bénéficient d'une exonération du ticket modérateur. Leurs soins sont pris en charge à 100%⁷⁰ par l'assurance maladie obligatoire mais les dépassements d'honoraires, le forfait journalier, le surcoût des prothèses et des appareillages dentaires et optiques, ne sont pas pris en charge. Ces dernières prestations peuvent être prises en charge par une complémentaire santé, par l'ACS si les personnes concernées remplissent les conditions de ressources.

Certaines personnes peuvent aussi être admises dans le régime des ALD mais, dans ce cas, la prise en charge totale par le régime obligatoire est limitée aux soins en rapport avec l'affection exonérante. Les autres soins ne sont pas pris en charge dans leur intégralité sauf si les personnes sont protégées par une complémentaire santé. Sur l'ensemble des personnes en situation de handicap, les deux tiers relèvent de l'ALD contre moins de 20% pour la population générale.

⁶⁹ Dans certaines configurations familiales et de ressources, les titulaires de l'AAH peuvent être éligibles à la CMU-C.

⁷⁰ A l'exception des médicaments à service médical rendu modéré, des médicaments homéopathiques et de certaines préparations magistrales remboursés à 30%, et des médicaments à service médical faible remboursés à 15%.

Annexe 7. Les dispositifs d'AME et des « soins urgents »

La prise en charge des personnes précaires en situation irrégulière recouvre différents dispositifs :

- L'AME de droit commun : créée par la loi CMU du 27 juillet 1999, l'AME répond à un objectif à la fois humanitaire, social et de santé publique, en ouvrant aux personnes en situation irrégulière la possibilité d'accéder à une couverture maladie. Son bénéfice est ouvert aux personnes en situation irrégulière, qui résident depuis plus de trois mois sur le territoire français et dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C (734 euros en 2018⁷¹). Comme la CMU-C, l'AME prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs de responsabilité fixés par la sécurité sociale pour les soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire, le forfait journalier hospitalier, etc. Certains soins sont toutefois exclus de la prise en charge par l'AME (sauf pour les mineurs), tels que les actes techniques, examens, médicaments et produits nécessaires à la réalisation d'une aide médicale à la procréation et les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible (médicaments remboursés à 15%). Les titulaires de l'AME bénéficient du tiers-payant intégral.

Contrairement aux bénéficiaires de la CMU-C, les titulaires de l'AME peuvent se voir appliquer des dépassements d'honoraires et il n'existe pas de tarifs plafonds pour les soins prothétiques dentaires, l'audioprothèse et l'optique.

L'aide est quérable auprès de la CNAM, valable pour un an et renouvelable.

- Les « soins urgents » concernent les personnes dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire immédiate et qui ne remplissent pas les conditions d'octroi de l'AME de droit commun (durée de résidence inférieure à 3 mois ou durée de résidence supérieures à 3 mois mais ressources supérieures au plafond de l'AME de droit commun). Effectués exclusivement en établissement hospitalier, ces soins comprennent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie (exemple : la tuberculose) et tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né (examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, accouchement), ainsi que les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

L'AME est une aide sociale financée par l'Etat. Elle relève du programme « protection maladie » de la loi de finances (programme 183) et donne chaque année lieu au vote d'une enveloppe budgétaire fermée.

La CNAM avance pour le compte de l'Etat les frais liés à l'AME de droit commun et rembourse aux hôpitaux les dépenses relatives aux soins urgents, auxquelles l'Etat participe à hauteur d'une enveloppe forfaitaire de 40 millions d'euros.

⁷¹ En métropole et pour une personne seule.

Annexe 8. Les mesures d'amélioration de l'accès aux droits d'ores et déjà engagées face aux risques de renoncement aux droits

A. Une démarche d'ouverture ou de renouvellement des droits complexe et à renouveler tous les ans

Le formulaire de demande de CMU-C⁷² diffusé depuis le mois de juillet 2018 comporte quatre pages. S'il a fait l'objet d'une simplification notable par rapport à la version antérieure qui comportait huit pages, il demeure complexe à remplir, avec notamment la nécessité pour le demandeur de reporter une partie de ses ressources catégorielles par catégorielles⁷³.

Des pièces justificatives sont exigées à l'appui de la demande, relatives à la régularité du séjour et aux ressources perçues (avis d'impôt, avis de taxe foncière, avis de taxe locale d'habitation, etc.). Les bénéficiaires doivent enfin indiquer leur choix d'organisme gestionnaire de la CMU-C (leur CPAM ou un organisme complémentaire).

En 2014, la durée moyenne de détention d'un contrat collectif était de 7 ans. Elle était de 12 ans pour les contrats individuels⁷⁴. Les assurés éligibles à la CMU-C, à l'ACS ou à l'AME doivent au contraire chaque année renouveler leurs démarches en veillant de surcroît à entamer le processus de demande au moins deux mois avant l'échéance pour ne pas s'exposer à une rupture de leur couverture, alors même que, majoritairement, ils réunissent toujours les critères d'éligibilité au droit.

Ces « coûts de transaction » occasionnés pour entamer les démarches et rassembler l'ensemble des pièces justificatives sont à l'origine de ruptures de droits d'une année sur l'autre et de non renouvellements. Ils sont par ailleurs incompris en particulier par les bénéficiaires de minima sociaux dont la situation économique évolue peu.

Complexes pour les assurés, l'ouverture des droits à la CMU-C ou à l'ACS et leur renouvellement se traduisent par des coûts de gestion élevés pour les caisses - qui doivent vérifier les pièces, instruire le droit, notifier à l'assuré l'accord ou le refus de droit, etc. - et génèrent des indus. Ils nécessitent également un accompagnement important par les travailleurs sociaux et les associations.

B. Les mesures de simplification et d'accompagnement mises en œuvre par les pouvoirs publics et les opérateurs

Outre la simplification du formulaire de demande et la réduction sensible du nombre de pièces justificatives, l'assurance maladie obligatoire s'est engagée, dans le cadre de sa COG 2018-2022 à déployer une démarche complète permettant aux assurés, et particulièrement aux plus vulnérables d'entre eux, de bénéficier d'un accès facilité à leurs droits. Dans ce cadre, différentes actions ont d'ores et déjà été initiées par la branche maladie du régime général : demande en ligne d'attribution initiale ou de renouvellement de la CMU-C ou de l'ACS à partir du compte ameli, détection des situations de renoncement aux soins et mise en place d'accompagnements personnalisés dans le cadre des PFIDASS.

Dans une logique d'accompagnement global depuis la détection d'une situation difficile jusqu'à sa résolution, le dispositif PFIDASS implique une nouvelle approche pour l'assurance maladie qui, au-delà de délivrer des droits ou des prestations dans une logique de « guichet », va désormais au-devant des personnes qui méconnaîtraient leurs droits administratifs ou qui rencontreraient des difficultés pour accéder aux soins. C'est un changement de paradigme pour les agents des caisses qui ont été formés à repérer, lors de leurs échanges avec les assurés, d'éventuelles difficultés à se soigner.

⁷² Formulaire Cerfa n°12504*05, S 3711 g, de demande commune pour l'obtention de la CMU-C et de l'aide au paiement de la complémentaire santé.

⁷³ Le formulaire est également peu ergonomique et peut nécessiter l'ajout d'informations sur papier.

⁷⁴ Selon les données de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHISEPS) 2014, les changements de contrat sont plus fréquents en assurance collective (13%), en raison de la mobilité professionnelle, qu'en assurance individuelle (seulement 8%)

Au total, depuis la première expérimentation et à la date de fin mars 2018, 35 433 assurés ont bénéficié de ce dispositif, soit une moyenne de 325 assurés pris en charge chaque semaine en France. Parmi les accompagnements clôturés, près d'un dossier sur deux a abouti à une réalisation des soins, 12 701 assurés ont vu leurs droits ouverts, 6 030 ont été mieux orientés dans le système de soins, 4 480 ont bénéficié d'un accompagnement financier, et 1 392 assurés ont pu bénéficier d'une orientation vers un partenaire.

S'agissant des régimes agricoles, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) s'est engagée, dans le cadre de sa COG 2016-2020, à veiller au développement homogène du Rendez-vous Prestations sur l'ensemble du territoire. Destinés aux salariés et non-salariés agricoles et leurs ayants droit, les Rendez-vous prestations⁷⁵ créés en 2008 représentent un dispositif d'accompagnement individuel organisé, à l'initiative de la Mutualité sociale agricole (MSA), dans un point d'accueil ou par téléphone. Lors de l'échange avec l'assuré, le conseiller MSA peut ainsi faire un point d'ensemble de sa situation personnelle, lui expliquer les modalités d'ouverture de ses droits (aides au logement, prime d'activité, RSA, ACS, CMU-C, retraite, etc.) et l'orienter, si besoin, vers des services internes ou des organismes externes.

Les CAF - qui ouvrent les droits aux bénéficiaires du RSA et constituent de ce fait un point d'entrée important vers la CMU-C - ont également contribué à l'amélioration de l'accès aux droits : généralisation des rendez-vous des droits, développement des échanges dématérialisés avec les partenaires et notamment transmission dématérialisée aux CPAM des demandes de CMU-C recueillies par la téléprocédure @Rsa.

Les organismes complémentaires gestionnaires d'une partie des bénéficiaires de la CMU-C et de la totalité des bénéficiaires de l'ACS veillent également à fluidifier les renouvellements de droits, à promouvoir les dispositifs, voire même à expérimenter des actions de meilleure détection.

⁷⁵ Le « rendez-vous prestations » a été reconnu par les pouvoirs publics comme une action innovante lors de la Conférence de lutte contre la précarité des 10 et 11 décembre 2012 et transposé au sein des CAF sous forme de « rendez-vous des droits ».

Annexe 9. Les bénéficiaires de l'AME et leur consommation de soins

Aucun panorama exhaustif de couverture nationale n'est produit et diffusé, ni sur l'accès à la santé des personnes en situation irrégulière sur le territoire, ni sur l'accès à la santé des bénéficiaires de l'AME. Les études disponibles portent soit sur un périmètre géographique limité, soit sur une population restreinte. Les enquêtes et études qui ont pu être produites par le système de suivi statistique national sont par ailleurs anciennes.

Les données présentées ici nous ont été fournies par la CNAM dans le cadre de l'élaboration du rapport ou proviennent de l'association Médecins du Monde. Les analyses et statistiques produites dans le cadre de l'observatoire annuel de l'accès aux droits et aux soins de Médecins du Monde, bien que limitées aux personnes accueillies dans les CASO de l'association, permettent de dégager des faits stylisés détaillés sur l'accès aux droits et à la santé des personnes en situation irrégulière.

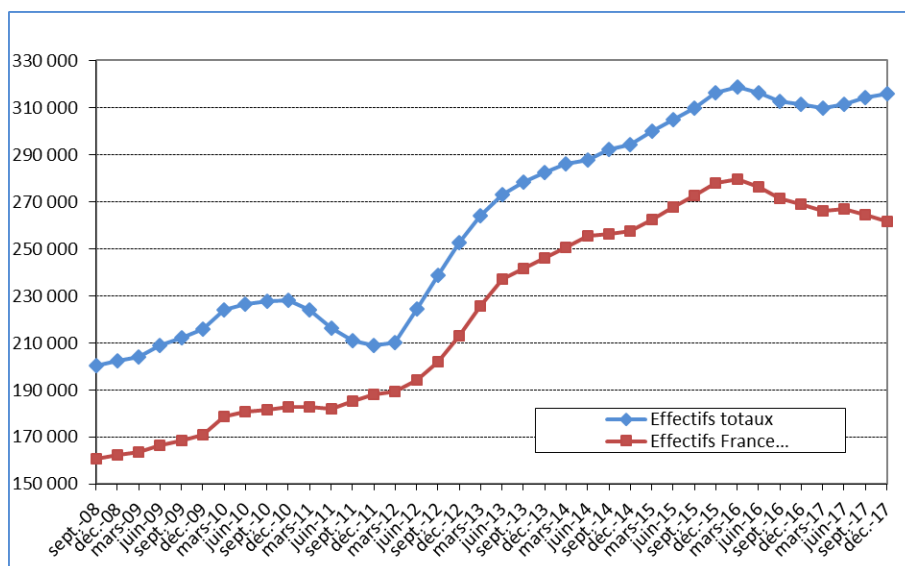
A. L'évolution des effectifs et leur profil (CNAM)

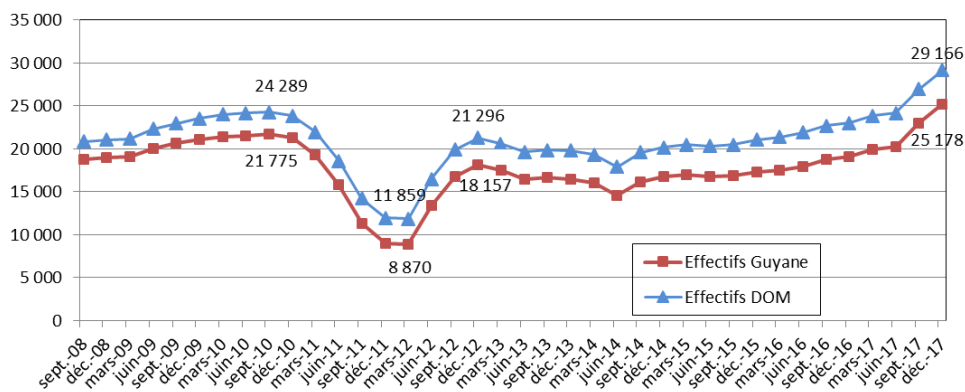
a) Des effectifs de bénéficiaires en baisse depuis deux ans en métropole

A fin décembre 2017, le nombre de bénéficiaires de l'AME de droit commun en France s'établit à 315 835, nombre quasiment stable par rapport à fin 2016 (+0,5%). Sur le champ limité à la France métropolitaine, ce nombre est cependant en recul de 0,6% par rapport à fin 2016 et de près de 3% par rapport à fin 2015. En métropole, 286 669 personnes bénéficient ainsi de l'AME fin 2017, contre 288 269 fin 2016 et 295 233 fin 2015.

Les bénéficiaires de l'AME sont par ailleurs concentrés sur certaines régions telles que l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).

• Figure 4 – Evolution des effectifs de bénéficiaires de l'AME depuis 2008





Source : CNAM

b) Une population jeune par rapport à la population française

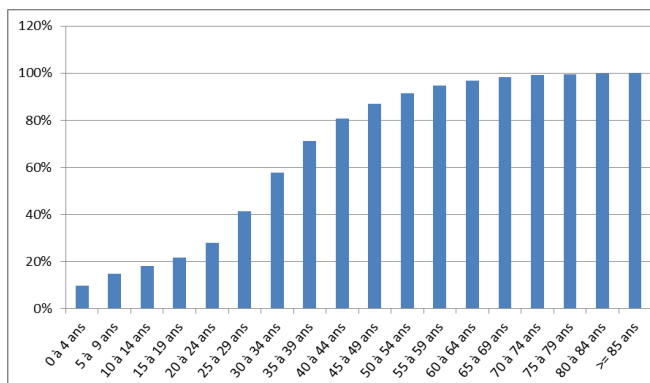
Les titulaires de l'AME sont en moyenne beaucoup plus jeunes que la population générale avec un âge moyen est de 31,5 ans contre 41,4 ans pour la population générale. Cette population se compose en effet essentiellement de jeunes adultes. Près de la moitié des bénéficiaires ont entre 20 et 40 ans, un quart entre 40 et 65 ans et plus de 20% sont mineurs, dont la moitié ont moins de 4 ans. (cf. graphiques infra).

52,7% de la population bénéficiaire de l'AME a entre 25 et 44 ans, ce qui est deux fois plus élevé que pour la population générale (24,4%).

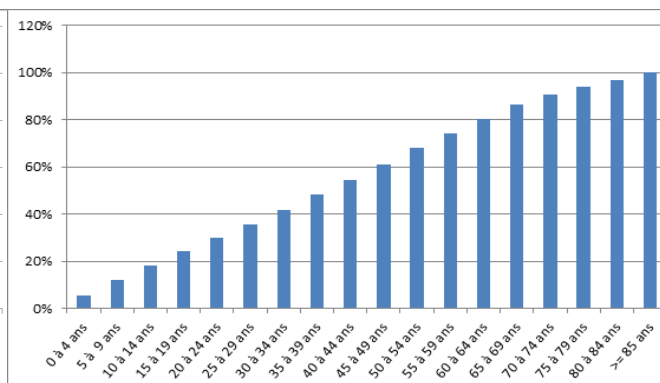
La population bénéficiaire de l'AME est globalement masculine avec 56% d'hommes contre 44% de femmes. On peut noter à titre d'illustration que parmi cette population entre 25 et 44 ans (52,7%), 31,8% sont des hommes et 20,9% de femmes. Ce n'est que pour les tranches d'âge de 55 ans et plus que la population bénéficiaire de l'AME devient majoritairement féminine.

- Figure 5 – Fréquences cumulées des tranches d'âge des bénéficiaires de l'AME et de la population française au 31/12/2017

Bénéficiaires de l'AME

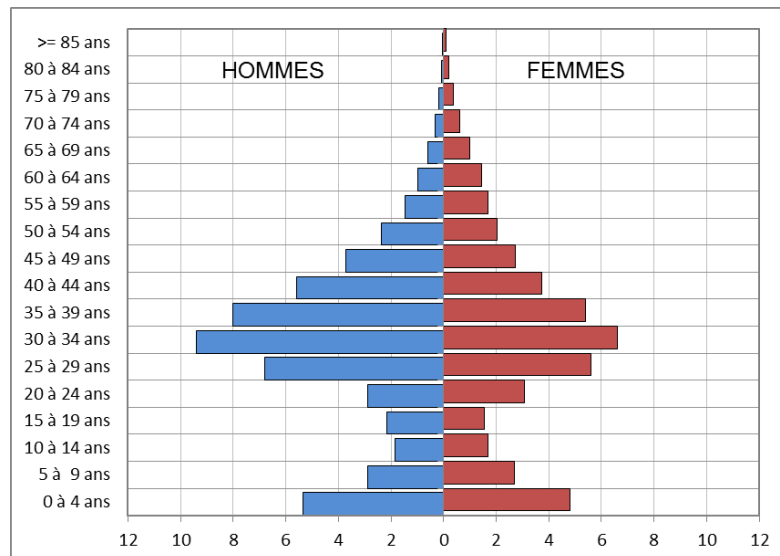


Population française



Source INSEE, CNAM, champ France entière

• *Figure 6 – Pyramide des âges de la population bénéficiaire de l'AME*



Source CNAM, champ France entière.

B. Des soins essentiellement dispensés à l'hôpital

Les frais de séjour hospitaliers représentent les deux-tiers de la dépense de santé de la population bénéficiaire de l'AME. En 2017, près de 73 000 séjours et 37 000 séances ont été enregistrés pour les bénéficiaires de l'AME. Le tiers restant des dépenses est consacré aux dépenses de santé en ville. Au sein de ce poste, les bénéficiaires de l'AME consomment principalement des médicaments (près de la moitié des dépenses remboursables des bénéficiaires de l'AME), les consultations médicales étant le second poste.

• *Tableau 5 – Nombre de séjours à l'hôpital par catégorie en 2016*

	AME	CMUC	SU	ACS	Total séjours
Etablissements privés		460 845	0	107 594	583 126
Etablissements publics		1 284 454		325 197	1 702 522
Total national des séjours		1 745 299		432 791	2 285 648

Source : DGOS

Annexe 10. Comparaison des garanties CMU-C, ACS, AME

Prestations		AME	CMU-C	ACS : Contrat A	ACS : Contrat B	ACS : Contrat C
Prise en charge du TM sur les frais de soins (Prise en charge jusqu'à 100% TRSS)		Intégrale (sauf cure thermique, aide médicale procréation et médicaments à SMR faible excepté pour les mineurs)	Intégrale	Intégrale (sauf cure thermique et médicaments à SMR faible)	Intégrale (sauf cure thermique et médicaments à SMR faible)	Intégrale (sauf cure thermique et médicaments à SMR faible)
Prise en charge des dépassements d'honoraires en complément du TM (exprimée en % du TRSS)	Pour les médecins ayant adhéré à l'OPTAM	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)
	Pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)	0% du TRSS (en sus du TM)
Prise en charge du forfait journalier hospitalier (FJH)		Intégrale et sans limitation de durée	Intégrale et sans limitation de durée	Intégrale et sans limitation de durée	Intégrale et sans limitation de durée	Intégrale et sans limitation de durée
Prise en charge d'une chambre particulière en cas d'hospitalisation		Aucune	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune
Prise en charge des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale		Part AMO + TM	TM + Forfait CMU-C	TM + 25% du TRSS	TM + 125% du TRSS	TM + 200% du TRSS
Prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de 2 verres (TM compris)	Monture + 2 verres simples	Part AMO + TM	TM + Forfait CMU-C	TM	100 € (TM compris)	150 € (TM compris)
	Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	Part AMO + TM	TM + Forfait CMU-C	TM	150 € (TM compris)	250 € (TM compris)
	Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	Part AMO + TM	TM + Forfait CMU-C			
	Monture + 2 verres complexes	Part AMO + TM	TM + Forfait CMU-C	TM	200 € (TM compris)	350 € (TM compris)
	Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe		TM + Forfait CMU-C			
	Monture + 2 verres très complexes		TM + Forfait CMU-C			
Prise en charge des lentilles (sur prescription médicale en cas de d'astigmatisme irrégulier, myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, strabisme accommodatif, aphakie, anisométrie à 3 dioptries, kératocône : forfait annuel de 39,48 € par œil)		Part AMO + TM	TM	TM	100 € (TM compris) (forfait annuel pour les deux yeux)	100 € (TM compris) (forfait annuel pour les deux yeux)
Prise en charge par audioprothèse (TM compris)		Part AMO + TM	580,17 € (TM compris) tous les 4 ans	TM	TM	450 € (TM compris)
Dispositifs médicaux (hors optique, hors audioprothèse)		Part AMO + TM	TM (avec tarifs maximum imposés pour certains dispositifs)	TM	TM	TM

Annexe 11. Synthèse du rapport sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé

A. Les effectifs couverts par les contrats ACS progressent à un rythme soutenu, mais environ 20% des « chèques » ACS ne sont pas utilisés, avec des différences importantes entre départements

À fin août 2017, les effectifs protégés par les trois contrats ACS progressent toujours à un rythme soutenu : +8% en un an. Les contrats ACS couvrent 1,17 million de personnes.

Cependant, les « chèques » ACS ne sont effectivement utilisés pour souscrire un contrat privé de complémentaire santé que dans 77% des cas en moyenne. Ce taux d'utilisation augmente avec l'âge, pour atteindre 91% pour les personnes âgées de 70 ans et plus. Plus les personnes sont âgées, plus elles semblent installées durablement dans le dispositif ACS. Parmi les plus âgées, un bon nombre bénéficie en effet de l'ASPA. Une fois ces personnes entrées dans le dispositif ACS, la stabilité de leurs ressources liées au versement de l'ASPA contribue à les y maintenir.

La situation est également contrastée sur le territoire. Le taux d'utilisation des attestations ACS varie de 47,4% à 91,2% selon le département. Il est généralement le plus faible dans les départements où la densité de population générale est importante et notamment dans toute l'Île-de-France et dans les Bouches-du-Rhône. À l'inverse, il est globalement le plus élevé dans des départements ruraux à faible densité de population.

B. La réforme de 2015 s'est traduite par une baisse significative du prix des contrats et une hausse des garanties souscrites par les bénéficiaires de l'ACS

a) Le prix des contrats a baissé en moyenne de 11% depuis la mise en place de la réforme

Au 31 décembre 2016, le prix moyen des contrats souscrits s'établit à 819 euros pour 1,61 personne couverte en moyenne, soit 509 euros par an et par personne.

En moyenne, 63% du prix du contrat est pris en charge par l'ACS.

Par rapport à la situation avant la réforme, le prix du contrat a baissé de 10,6%. Le montant moyen de la cotisation restant à la charge des bénéficiaires a diminué de 27,5%. Dans le même temps, l'effet a été significatif sur le taux d'effort qui a baissé de 30% pour s'établir à 2,7% (3,9% à fin 2014).

Ce sont cependant toujours les plus âgés qui sont confrontés aux restes à charge les plus élevés sur le prix du contrat. En effet, la prime augmente significativement avec l'âge alors que le montant de l'ACS reste stable après 60 ans.

b) Le niveau de garantie moyen des contrats ACS s'est amélioré

Les garanties des contrats ACS étant relativement limitées au regard des contrats individuels du marché, l'application directe de la typologie de la DREES⁷⁶ à ces derniers aboutit au classement suivant : les contrats A sont classés dans la catégorie des contrats les moins couvrants de la typologie de la DREES (classe E), les contrats B en D et les contrats C en C.

Avant la réforme de juillet 2015, les bénéficiaires choisissaient sur le marché majoritairement des contrats classés en D ou E. Or, depuis la mise en place des trois nouveaux contrats, les bénéficiaires de l'ACS se sont tournés majoritairement vers les contrats C et B, respectivement classés en C et D selon la typologie de la DREES. Ils ont ainsi bénéficié d'une amélioration de leur couverture.

⁷⁶ La typologie comporte cinq classes homogènes en termes de niveau de garantie : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture).

C. La prise en compte des tarifs opposables améliore le niveau de garantie des contrats ACS

L'application de l'opposabilité des tarifs des médecins a un effet significatif sur le niveau de garantie des contrats ACS.

La DREES a développé une méthode permettant de prendre en compte l'avantage lié à l'interdiction de dépassements d'honoraires dans la typologie des contrats. Ces travaux montrent que la mesure d'opposabilité des tarifs assure aux bénéficiaires de l'ACS un niveau de couverture moyen nettement supérieur à ceux constatés sur le marché individuel. Pour autant, l'opposabilité des tarifs ne semble pas toujours appliquée (*cf. infra*).

- **Tableau 6 – Répartition des contrats ACS dans la classification DREES – Situation comparative selon la prise en compte de l'opposabilité des tarifs des médecins**

Classe contrat (classification DREES)	Contrat ACS 2016 / Avec opposabilité (1)	Contrat ACS 2016 / Sans opposabilité (2)	Contrat individuels DREES 2014 (3)	Ecart : (1) - (3)	Ecart : (2) - (3)
A	0,0%	0,0%	2,6%	-2,6	-2,6
B	40,5%	0,0%	6,8%	33,7	-6,8
C	36,8%	40,5%	48,3%	-11,5	-7,8
D	22,6%	36,8%	25,4%	-2,8	11,4
E	0,0%	22,6%	16,9%	-16,9	5,7
Total	100,0%	100,0%	100,0%		

Champ : Ensemble des personnes protégées par un contrat ACS au 31 décembre 2016

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS (Enquête annuelle sur l'ACS 2016)

Classes A, B, C, D, E : de la meilleure à la moins bonne couverture.

D. Les dépenses de soins dépendent du niveau de garantie et de l'âge

a) Le poids de l'hospitalisation dans les remboursements des organismes complémentaires augmente avec l'âge

L'analyse des remboursements des organismes complémentaires renseigne sur la structure de consommation de soins des bénéficiaires de l'ACS même si ces remboursements ne représentent que la partie complémentaire des dépenses de santé. Les remboursements des organismes complémentaires portent principalement sur l'hospitalisation, les soins courants et la pharmacie. Le poids de ces postes de soins dans les remboursements des organismes complémentaires diminue lorsque le niveau de garantie du contrat augmente, au profit du dentaire et de l'optique. En outre, le poids de l'hospitalisation dans les dépenses de complémentaire santé remboursées par les organismes complémentaires croît avec l'âge.

b) En moyenne, les bénéficiaires financent directement 6% de leur dépense de santé

L'analyse des dépenses totales de soins⁷⁷ montre que les bénéficiaires de l'ACS contribuent directement pour 6% au financement de leurs dépenses de santé, la participation de l'assurance maladie obligatoire s'établissant à 60% et celle des organismes complémentaires à 34%.

Sur certains postes de soins, la participation de l'assuré reste toutefois importante : les bénéficiaires de l'ACS financent directement entre un tiers et deux-tiers de leur dépense en prothèses dentaires selon le contrat souscrit. Cette participation est encore plus élevée pour l'optique et l'audioprothèse (elle est égale aux trois-quarts de la dépense pour l'audioprothèse pour les contrats A et B).

⁷⁷ Hors soins remboursés à 100% (ALD, maternité) et médicaments remboursés à 15% par la sécurité sociale.

c) Pour l'optique, les prothèses dentaires et l'audioprothèse, les restes à charge ont tendance à diminuer avec le niveau de garantie mais restent élevés

Le recours aux soins s'accroît avec le niveau de garantie, en particulier pour les prothèses dentaires, l'optique et audioprothèse.

Sur ces postes de soins, la dépense par consommant augmente aussi avec le niveau de garantie. Les restes à charge, quant à eux, ont tendance à diminuer. Ils restent néanmoins élevés.

Pour les personnes ayant reçu des soins dentaires prothétiques, le reste à charge moyen se situe entre de 330 euros et 430 euros selon le niveau de garantie. Pour une personne ayant acquis une monture et deux verres complexes (ou un verre simple et un verre complexe), le reste à charge moyen va de 100 euros à 270 euros. Il est de l'ordre de 600 euros annuel en moyenne pour une personne s'étant équipée en audioprothèse.

En ce qui concerne les soins courants, les restes à charge pour les consultations de médecins sont faibles mais non nuls, ce qui suggère que l'interdiction de dépassement d'honoraires n'est pas toujours respectée.

E. L'équilibre technique des contrats ACS est fragile

L'équilibre technique des contrats est mesuré via l'indicateur $P/C = \text{Charges de prestations} / \text{Cotisations nettes}$ ⁷⁸. Il ne tient pas compte des frais de gestion des organismes complémentaires.

Par rapport aux premiers résultats établis sur les soins réalisés de juillet à décembre 2015, durant la montée en charge du nouveau dispositif ACS⁷⁹, le rapport P/C a augmenté. L'indicateur P/C détaillé pour les contrats A, B et C s'établit respectivement à 97,3%, 99,2% et 106,5%.

La barre des 100% est donc dépassée pour le contrat C. Ce contrat serait en déséquilibre puisque le montant des prestations est supérieur au montant des cotisations nettes.

Le contrat C étant le plus souscrit, l'indicateur P/C apparaît globalement défavorable pour l'ensemble des contrats avec une valeur moyenne de 102,3%.

Ces résultats sont à interpréter avec prudence dans la mesure où le montant définitif des prestations pour les soins de l'année 2016 n'était pas encore connu au moment de la transmission des données par les groupements gestionnaires de l'ACS. En effet, les organismes complémentaires ont inscrit des provisions pour les prestations restant à payer au 31 mars 2017. Ces provisions, intégrées dans le montant des prestations, représentent au global 8% des prestations déjà payées. Le taux varie cependant d'un groupement à un autre : de 2% à 16%.

À titre d'illustration, si le taux de provision était de 5%, les contrats seraient techniquement à l'équilibre. Les contrats ACS étant mis en place depuis juillet 2015, l'exercice d'estimation des charges définitives reste délicat pour les organismes complémentaires.

⁷⁸ Si le ratio P/C est inférieur à 100%, cela signifie que le montant des cotisations est supérieur à celui des prestations ; le contrat est techniquement excédentaire. Si le ratio P/C est supérieur à 100%, les cotisations sont insuffisantes ; ce qui traduit une situation de déficit.

⁷⁹ cf. rapport annuel ACS daté d'octobre 2016.

Annexe 12. Étude des consommations des dispositifs médicaux générant des restes à charge (hors optique, audiologie et prothèses dentaires)

L'analyse présentée ici a été rendue possible grâce à la fourniture par la CNAM de données détaillées extraites du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

Les dispositifs sans PLV ou avec un PLV déconnecté du tarif de remboursement (hors optique, audioprothèse et prothèses dentaires) sont susceptibles de générer des restes à charge. Dans la LPP ils représentent près de 1 150 codes. Pour faciliter l'analyse, ces codes ont été regroupés par la CNAM en 41 catégories. Les données sont issues du Datamart Consommation Inter Régime (DCIR)-SNIIRAM pour des soins réalisés en 2016 sur le périmètre de la France entière.

Au global, sur l'ensemble des dispositifs médicaux sélectionnés pour l'étude, près de la moitié de la population générale a été confrontée en 2016 à un dépassement au-delà du tarif de responsabilité de sécurité sociale. Un tiers des bénéficiaires de la CMU-C et près de 40% des bénéficiaires de l'ACS consommant ces dispositifs ont connu des dépassements, car les prises en charge prévues pour la CMU-C et l'ACS ne vont pas au-delà du tarif de responsabilité. Les personnes en situation handicap⁸⁰ (qu'elles aient ou non la CMU-C ou l'ACS) sont encore plus fréquemment exposées à un dépassement lorsqu'elles se procurent des dispositifs médicaux (45%).

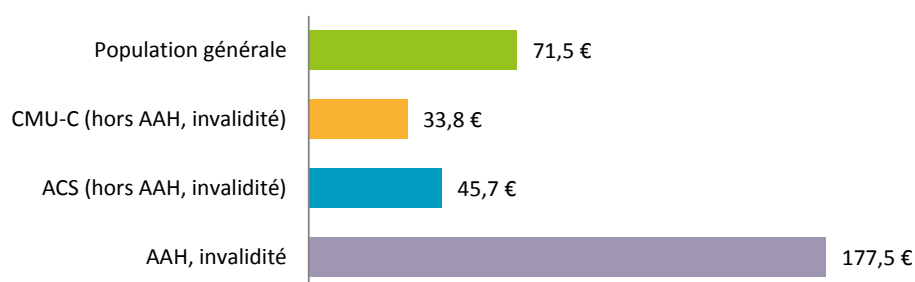
- Figure 7 – Part des personnes ayant connu des dépassements parmi les consommateurs en 2016



Note : Un consommant correspond à une personne ayant consommé au moins un dispositif médical dans l'année. La population générale englobe ici l'ensemble des assurés, y compris les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, de l'AAH et les personnes en invalidité.

Ce sont les personnes en situation de handicap qui connaissent les montants de dépassement les plus importants.

- Figure 8 – Dépassement moyen pour les personnes connaissant un dépassement



⁸⁰ L'identification de cette catégorie dans le SNIIRAM n'est pas exhaustive. Seules les personnes affiliées au régime général au titre de l'AAH ou de la pension invalidité sont identifiées. Les personnes en situation de handicap affiliées pour un autre motif ne sont pas incluses dans cette catégorie.

L'analyse détaillée par catégorie de dispositifs médicaux met en évidence les types de dispositifs pour lesquels la part des consommateurs connaissant des dépassements est la plus importante.

Pour les populations vulnérables, les dispositifs fréquemment utilisés qui présentent presque systématiquement des restes à charge supérieurs à 100 euros sont :

- les semelles orthopédiques ;
- les nutriments pour supplémentation orale ;
- les dispositifs injectables viscoélastique ;
- les postiches.

- *Tableau 7 – Bénéficiaires CMU-C (hors AAH et invalidité) : Dispositifs médicaux avec les dépassements les plus fréquents parmi les consommateurs*

	Nb consommants	% consommateurs avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Dispositifs contraceptifs	103	98,1%	31,3 €
Dispositifs injectables viscoélastiques	924	97,0%	118,5 €
Semelles	39 879	92,2%	144,1 €
Nutriments pour supplémentation orale	7 449	90,2%	135,8 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	773	88,7%	179,4 €
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical	61	82,0%	87,0 €
Postiches	1 136	78,3%	322,9 €
Pansements primaires ou actifs	5 196	76,0%	11,3 €
Prothèses externes mammaires	219	65,3%	69,3 €
Nutrition, dispositifs divers, dont tire-laits	36 506	64,1%	21,0 €

- *Tableau 8 – Bénéficiaires ACS (hors AAH et invalidité) : Dispositifs médicaux avec les dépassements les plus fréquents parmi les consommateurs*

	Nb consommants	% consommateurs avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Dispositifs contraceptifs	21	100,0%	30,8 €
Semelles	17 989	98,3%	149,8 €
Dispositifs injectables viscoélastiques	539	98,3%	116,0 €
Nutriments pour supplémentation orale	1 091	93,7%	136,1 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	328	93,0%	189,2 €
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical	129	86,0%	67,6 €
Postiches	695	86,0%	349,8 €
Nutrition, dispositifs divers, dont tire-laits	8 249	66,3%	21,9 €
Prothèses externes mammaires	188	64,4%	86,3 €
Diverses orthèses (coque+therabite+montage appareil marche)	101	60,4%	108,2 €

- *Tableau 9 – AAH et invalidité : Dispositifs médicaux avec les dépassements les plus fréquents parmi les consommateurs*

	Nb consommateurs	% consommateurs avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Dispositifs contraceptifs	15	100,0%	33,1 €
Semelles	39 654	98,5%	155,5 €
Dispositifs injectables viscoélastiques	1 580	98,4%	122,2 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	751	91,6%	228,6 €
Postiches	2 770	90,4%	390,3 €
Nutriments pour supplémentation orale	53	83,0%	27,6 €
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical	564	82,4%	135,1 €
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et autres	4 875	81,3%	11,2 €
Prothèses externes mammaires	778	76,7%	98,1 €
Nutrition, dispositifs divers, dont tire-laits	1 797	64,6%	28,3 €

Pour les personnes en situation de handicap, les dispositifs médicaux pouvant présenter des dépassements supérieurs à 1 000 euros sont :

- Les fauteuils roulants électriques ;
- Les lits médicaux à l'achat ;
- Les implants ORL dont les implants cochléaires.

- *Tableau 10 – AAH et invalidité : Dispositifs médicaux avec les dépassements les plus élevés*

	Nb consommateurs	% consommateurs avec dépassement	Dépassement moyen pour les personnes avec dépassement
Fauteuils roulants électriques	13 509	43,4%	2 864,1 €
Lits médicaux, achat	874	57,2%	1 674,4 €
Implants ORL dont implants cochléaires	516	30,8%	1 370,9 €
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tricycles)	2 974	15,8%	943,9 €
Fauteuils roulants manuels, achat	28 454	24,9%	911,9 €
Lits médicaux, accessoires et réparations	256	14,8%	904,2 €
Postiches	2 770	90,4%	390,3 €
Aliments sans gluten, solutés de réhydratation et autres	751	91,6%	228,6 €
Dispositifs trachéaux, prestation ventilation, prothèses respiratoires et vocales	3 615	3,0%	175,7 €
Semelles	39 654	98,5%	155,5 €

Annexe 13. La plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé de l'assurance maladie (PFIDASS)

C'est en vue d'améliorer le recours aux soins que la PFIDASS, plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé a été élaborée, à titre expérimental, par la CPAM du Gard en novembre 2014. Cette plateforme vise notamment à guider les professionnels des institutions et professionnels de santé dans le processus de repérage des situations de renoncement aux soins. Les assurés sont accompagnés par les agents qui expliquent, ouvrent les droits nécessaires, aident au choix d'une complémentaire santé, accompagnent vers la réalisation des soins, etc.

Cette plateforme peut être saisie par des personnes habilitées en interne dans les services de l'assurance maladie (agents d'accueil, professionnels de centres d'examen de santé, service d'action sanitaire et sociale, service médical, etc.), par des professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmiers, maisons de santé pluri-professionnelles), par des membres d'institutions partenaires (PASS, CCAS, ateliers santé Ville, CAF, mutuelles, etc.).

La saisine peut se faire via un formulaire de saisine en ligne disponible sur le site partenaires de la CPAM du Gard, via un formulaire de repérage papier ou par téléphone.

La PFIDASS réalise un bilan des droits et, en fonction de la situation, peut :

- attribuer et / ou expliquer les droits (CMU-C, ACS),
- aider au choix d'une complémentaire santé,
- élaborer des plans d'aides financières associant d'autres partenaires,
- orienter vers le professionnel de santé le plus adapté,
- orienter vers le service social,
- interagir avec le conciliateur (en cas de refus de soins, choix du médecin traitant).

Le travail d'accompagnement s'achève une fois les soins effectivement réalisés. Un site partenaire permet au « détecteur » de suivre les résultats d'intervention de la PFIDASS.

Les résultats

Au 31 mars 2018, 71 CPAM avaient déployé PFIDASS et plus de 35 400 assurés en avaient bénéficié. Chaque semaine, 480 assurés entrent dans le dispositif. Parmi les accompagnements clôturés, près d'un dossier sur deux a abouti à une réalisation des soins, 12 701 assurés ont vu leurs droits ouverts, 6 030 ont été mieux orientés dans le système de soins, 4 480 ont bénéficié d'un accompagnement financier, et 1 392 assurés ont pu bénéficier d'une orientation vers un partenaire.

Les 3 principaux canaux de détection sont les accueils des CPAM (52%), les services back office des CPAM (18%) et les Centres d'examen de santé (13%). Viennent ensuite les partenaires externes et professionnels de santé (8%), le service social de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) (5%) et le service médical (3%).

Dans la moitié des cas, les accompagnements ont abouti à la réalisation des soins. Pour ces situations, la durée moyenne des accompagnements a été de 90 jours.

Le bilan du dispositif confirme le principal constat déjà établi lors de la première vague de déploiement dans les CPAM : la majorité des renoncements résolus concernaient des soins dentaires conservateurs ou des soins dentaires prothétiques ou d'orthodontie (40%), le deuxième poste étant les actes de médecins spécialistes.

• *Tableau 11 – Répartition de la nature des renoncements résolus au 31 mars 2018*

	Soins dentaires conservateurs	Soins dentaires prothétiques et orthodontie	Actes spécialistes	Consultations généralistes	Optique	Auditifs
						Autres
Total des vagues	17402	6731	15980	3909	7640	7947

Annexe 14. Les solutions d'appui et d'accompagnement des professionnels de santé

La mise en place des PTA inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 apporte une réponse pour faciliter les relations entre la ville, l'hôpital et les structures médico-sociales. La PTA vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui ont besoin de recourir à des compétences complémentaires pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe, et ce, quels que soient l'âge et la pathologie du patient.

Exemple : une personne âgée atteinte de plusieurs pathologies, vivant toujours à domicile mais qui fait de plus en plus de chutes, isolée car sans aidant, et présentant des difficultés économiques pour lesquelles des aides sociales seraient nécessaires.

La PTA peut apporter plusieurs types de services :

A. Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.

La plateforme peut, par exemple, identifier une aide à domicile, orienter vers un médecin spécialiste de ville ou à l'hôpital, trouver une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap.

B. Appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.

Cette mission comprend :

- l'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;
- l'appui à l'organisation de la concertation pluri professionnelle ;
- la planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;
- l'appui à la coordination des interventions autour du patient.

Exemples : La plateforme peut faire une évaluation multidimensionnelle, programmer l'intervention d'une infirmière à domicile, faire une demande d'aménagement du domicile à un ergothérapeute, ou bien prendre contact avec la MDPH pour que la personne bénéficie de la prestation de compensation du handicap.

La plateforme est aussi l'interlocuteur des professionnels de ville et des structures médico-sociales et sociales pour organiser les entrées et sorties de l'hôpital des patients notamment en situation complexe en répondant aux questions de l'équipe hospitalière, faisant le lien avec le médecin traitant et planifiant le retour à domicile avec l'équipe de soins et d'aide.

C. Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination

Cette mission comprend notamment la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, l'aide à l'élaboration et la diffusion de protocoles pluri-professionnels, aide au montage de projets territoriaux, etc.

Annexe 15. La valorisation de la prise en charge des personnes fragiles dans la rémunération des médecins

Suite à la convention médicale 2016, les trois piliers de la rémunération restent la rémunération à l'acte, la rémunération forfaitaire et la ROSP.

La rémunération à l'acte comprend un **tarif opposable** (consultations de références) auquel peuvent s'ajouter des **dépassements d'honoraires** notamment pour les médecins ayant droit au dépassement permanent, et des **majorations**. En effet, la tarification à l'acte donne lieu à des majorations dans des cas particuliers : consultations coordonnées entre médecin traitant et médecin correspondant, consultations pour des pathologies complexes (exemple : patient atteint de sclérose en plaques) ou très complexes (exemple : enfant atteint d'un handicap neurosensoriel sévère), consultations urgentes, etc.

Ensuite, une part de la rémunération des médecins est forfaitaire, elle permet de rémunérer non plus des actes ponctuels mais un suivi au long terme des patients. Pour les médecins traitants, un **forfait « patientèle »** est prévu ; il tient compte de la complexité du suivi de certains patients (âge, pathologie - ALD - et précarité - CMU-C -). Tous les médecins peuvent aussi bénéficier d'un **forfait structure** qui vise à les accompagner dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant la gestion de son cabinet au quotidien.

Enfin, la ROSP est calculée sur la base d'indicateurs concernant le suivi des pathologies chroniques (diabète, risques cardio-vasculaires, hypertension artérielle, etc.), l'efficacité (génériques, bio-similaires, etc.) et la prévention (dépistage des cancers, prévention de conduites addictives comme le tabac et l'alcool, prévention des pathologies infectieuses aiguës, etc.).

Dans un objectif de promotion d'accès aux soins à tous, les médecins peuvent recevoir d'autres contributions. Ces dernières visent à améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire (contrat d'aide à l'installation des médecins - CAIM -, contrat de transition pour les médecins - COTRAM -, etc.) et à maîtriser la pratique de dépassements d'honoraires (options de pratique tarifaire maîtrisée - OPTAM et OPTAM-CO -).

Le tableau ci-dessous rend compte des différents types de rémunération pour les médecins dans le cadre de leur activité libérale. Elle ne comprend pas la rémunération pour l'activité salariée.

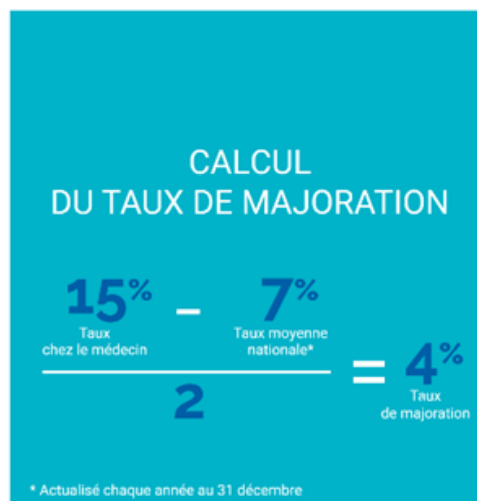
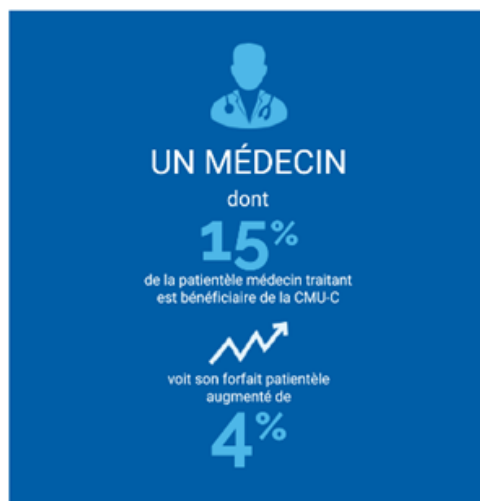
Type de rémunération	Description	Accès aux soins précarité / handicap
Tarification à l'acte : Tarifs opposables + Dépassements + Majorations	Le tarif opposable correspond au « tarif officiel » ou tarif conventionnel. Il est fixé dans le cadre d'une convention signée entre le professionnel de santé et l'assurance maladie. Néanmoins, certains médecins peuvent pratiquer des dépassements, c'est-à-dire facturer leurs actes au-delà du tarif opposable. Cette possibilité s'offre aux médecins du secteur 2 ayant droit au dépassement permanent et dans quelques cas particuliers aux médecins du secteur 1 (exigence particulière du malade, non-respect du parcours de soins coordonnés). La convention médicale de 2016 regroupe désormais les consultations en quatre grands groupes. Certaines sont nouvelles ou font l'objet d'une revalorisation. 1. Consultations de référence : La majoration pour les médecins généralistes (MMG) et médecins à expertise particulière (MEP) passe de 23 euros à 25 euros le 1^{er} mai 2017. 2. Consultations coordonnées : Les majorations de coordination entre médecin traitant et médecin correspondant (MCS et MCG) passent de 3 à 5 euros le 1^{er} juillet 2017. Elles correspondent à des consultations où le médecin correspondant et le médecin traitant se communiquent des informations 3. Consultations complexes : Ces consultations correspondent à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ou à des situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention, etc.). Elles sont tarifées à 46 euros ou font l'objet d'une majoration de 16 euros à partir du 1^{er} novembre 2017 pour les généralistes ou les spécialistes compétents. Elles comprennent par exemple : les consultations de contraception et prévention pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, les consultations suivi de l'obésité des enfants de 3 à 12 ans, les consultations de sortie de maternité, les consultations spécifiques pour une pathologie endocrinienne de la grossesse, les consultations spécifiques pour un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, etc.	Obligation de pratiquer des tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS et de la CMU-C. Pour l'ensemble de son activité, le praticien de secteur 1 s'engage à respecter pour les actes cliniques et techniques, un ratio honoraire sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%. Pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, des dispositions, soit légales, soit conventionnelles, ont posé les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'une dispense d'avance de leurs frais de santé dit tiers payant. Ainsi les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS disposent du tiers payant. La Majoration pour les médecins généralistes (MMG) est également applicable par les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de la CMU-C et pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS.

	4. Consultations très complexes : Elles sont tarifées à 60 euros ou font l'objet d'une majoration de 30 euros à partir du 1^{er} novembre 2017 pour les généralistes ou les spécialistes compétents. Elles comprennent par exemple : les consultations de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale, les consultations de visite longue pour des patients atteints de pathologie neurodégénérative, les consultations de suivi par un pédiatre conventionné de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier, etc. Suite à la convention 2016, d'autres cas particuliers sont revalorisés : – Majoration urgence du médecin traitant (MUT) et majoration correspondant urgence (MCU) : prise en charge du médecin correspondant suite à une demande du médecin traitant dans les 48 heures – Majoration Enfant pour les médecins Généralistes (MEG) et les pédiatres – Majoration pour le suivi des personnes âgées (MPA). Cette majoration bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant – Majorations spécifiques pour les soins ambulatoires pour le médecin qui intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appels de l'association de permanence des soins. Pour promouvoir la télémédecine, certains actes de téléconsultation ou de télé expertise sont désormais tarifés, comme par exemple une télé expertise entre deux médecins généralistes pour un patient admis en EHPAD. Enfin, dans la convention 2016 les actes techniques sont revalorisés.	Parmi les consultations très complexe figure la consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier réalisée par un pédiatre à tarif opposable valorisée à hauteur de 60 Euros, dénommée EPH (Enfant Pathologie handicap). Elle peut être facturée une fois par trimestre et au tarif opposable. <i>« Par ailleurs, les partenaires conventionnels estiment que l'amélioration de l'accès aux soins des personnes atteintes d'un handicap mental sévère doit constituer une priorité. Ils s'accordent donc pour identifier les moyens à mettre en place pour mieux identifier ces patients. A l'issue de ces travaux, ils détermineront les conditions de création d'une consultation longue et très complexe pour la prise en charge très spécifique de ces patients. »</i> Concernant certains actes techniques qui nécessitent des plateaux techniques lourds (chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique) : évolution de la liste des actes ouvrant droit aux modificateurs J et K (coefficient multiplicateur du tarif) pour les chirurgiens ou les gynécologues-obstétriciens quand ils sont facturés aux patients bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS.
--	---	--

Forfait patientèle médecin Traitant (MTF)	Il s'agit d'un forfait unique par patient ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge. C'est-à-dire des caractéristiques de la patientèle : – âge ; – pathologie (ALD) ; – précarité (CMUC) ; La valorisation est de 70 euros pour un patient de 80 ans et plus en ALD ; de 42 euros pour un patient de 80 ans et plus ou en ALD ; de 5 euros pour un patient de 7 à 79 ans hors ALD et de 6 euros pour un patient de 6 ans et moins. Il vient se substituer aux nombreux forfaits précédents (MPA, FMT, RMT, volet de synthèse médicale, etc..). Ce forfait est réservé aux médecins du secteur 1 et à ceux engagés dans la maîtrise des dépassements (voir plus bas : OPTAM).	Une majoration supplémentaire est appliquée selon la part de patientèle en CMU-C. Cette majoration intervient lorsque la part de patients bénéficiaires de la CMU-C du médecin traitant est supérieure au taux moyen national (7%). Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle médecin traitant du médecin (plafonnée à 25%). => Schéma ci-dessous
ROSP Rémunération sur objectifs de santé publique	Elle concerne le développement de dispositifs s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes. Elle repose sur le suivi d'indicateurs concernant : – la prévention et le dépistage : dépistage des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus), prévention de conduites addictives comme le tabac et l'alcool, prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR), etc. ; – Le suivi des pathologies chroniques : diabètes, risques cardio-vasculaires, hypertension artérielle, etc. ; – L'efficacité des prescriptions et la réduction des actes inutiles ou redondants : génériques, bio-similaires, etc. La ROSP est renforcée et élargie dans la convention médicale 2016.	

OPTAM Option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-CO Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique	L'existence d'importants dépassements d'honoraires dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire réduit l'accès aux soins en entraînant des restes à charges élevés pour certains patients. Le contrat d'accès aux soins (CAS) est désormais remplacé par deux options, une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) applicable à l'ensemble des médecins et une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) réservé aux chirurgiens et gynécologues obstétriciens. Il encourage les médecins à maîtriser leur pratique tarifaire et à étendre leur activité au tarif opposable avec une contrepartie d'avantages conventionnels. Ils dépendent de deux indicateurs pour lesquels le médecin s'engage : le taux moyen de dépassement et la part de l'activité au tarif opposable. La rémunération dépend des spécialités.	La prime OPTAM est calculé sur la base des honoraires réalisés au tarif opposable au cours de l'année civile de référence, c'est-à-dire sans aucun dépassement d'honoraires. Il inclut les actes pratiqués en situation d'urgence médicale, auprès des patients en CMU-C ou disposant de l'attestation ACS. Elle vise ainsi à améliorer l'accès aux soins des patients, notamment ceux dont les revenus sont les plus modestes ne détenant pas de complémentaire santé ou une complémentaire remboursant mal les dépassements.
Forfait structure	Ce forfait vise à accompagner tous les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique, le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels de santé, la gestion de leur cabinet au quotidien, etc. Il leur permet de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale. Le médecin obtient une rémunération annuelle selon le niveau d'atteinte de certains indicateurs. Ces indicateurs se divisent en deux volets. Le premier concerne l'équipement du cabinet (exemple : logiciels), le second concerne les modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients.	Le second volet comprend un indicateur concernant les services rendus aux patients et notamment la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits.

Contrats pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire	Ces contrats visent à lutter contre l'insuffisance de l'offre de soins et les difficultés d'accès aux soins dans certaines zones. Il se décline en plusieurs forfaits : contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), contrat de transition pour les médecins (COTRAM), contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) et contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM). A titre d'exemple, le CAIM correspond à une aide forfaitaire de 50 000 euros versée sur deux ans.	
--	---	--



Annexe 16. La Banque Carrefour de sécurité sociale belge

La Banque Carrefour de sécurité sociale belge offre un service intégré sur le champ de l'ensemble des prestations sociales.

La Banque Carrefour a pour missions :

- d'inciter les acteurs du secteur social belge à offrir des services effectifs et efficaces avec un minimum de charges administratives et de coûts pour toutes les parties concernées :
 - d'une manière qui convienne de façon optimale aux divers utilisateurs finaux des services ;
 - grâce à l'amélioration permanente de leurs relations et processus (mutuels) à l'aide des nouvelles technologies (e-government) ;
 - en partant d'une vision commune, élaborée d'un commun accord ;
- de promouvoir la sécurité de l'information et la protection de la vie privée par les acteurs du secteur social belge afin que tous les intéressés puissent avoir confiance à juste titre ;
- de mettre à la disposition des dirigeants politiques et des chercheurs des informations intégrées et intersectorielles qui serviront d'appui à la politique.

La Banque Carrefour a développé un réseau numérique reliant les différentes institutions de sécurité sociale.

- Au sein du réseau, la Banque Carrefour fait office de moteur dans une dynamique de partage de l'information relative aux assurés sociaux et aux employeurs. Chaque institution de sécurité sociale est responsable de l'enregistrement et de la tenue à jour des informations contenues dans sa banque de données.
- Sur base d'autorisations très strictes, les informations contenues dans les différentes banques de données sont accessibles aux autres institutions de sécurité sociale *via* le réseau ; ceci évite les collectes multiples de données identiques.
- Les données sociales à caractère personnel sont conservées et gérées par l'institution qui, selon la nature des données, est la plus à même de les exploiter.

En vue d'un échange automatisé de données à caractère personnel, la Banque Carrefour dispose d'une banque de données qui ne contient pas d'informations de fond, mais uniquement des données de référence, qui indiquent par personne quelles données sont contenues dans quels régimes ou institutions de sécurité sociale et peuvent être obtenues.

Concrètement, le répertoire des références est constitué de différentes tables, reliées entre elles, dont les principales sont :

- le répertoire des personnes (table qui-où-comment-quand), qui indique pour quelles personnes, en quelle qualité et pour quelle période, des institutions de sécurité sociale détiennent un dossier ;
- la table d'autorisation d'accès (table qui-obtient-quoi), qui indique quelles données peuvent être obtenues par les diverses institutions de sécurité sociale concernant les différents types de dossiers ;
- la table de disponibilité (table quoi-où), qui indique quelles données sont disponibles dans les différents types d'institutions de sécurité sociale selon les différents types de dossiers.

Le répertoire des références qui est mis en œuvre sous forme d'une banque de données relationnelle remplit trois fonctions :

- Premièrement, il permet à la Banque Carrefour de mener en de bonnes voies l'échange de données à caractère personnel entre les institutions de sécurité sociale. Lorsqu'une institution de sécurité sociale a besoin de certaines données à caractère personnel pour l'exécution de ses missions, le répertoire des références effectuera automatiquement le routage de cette demande vers l'institution de sécurité sociale la plus apte à mettre à disposition les données à caractère personnel ; une réponse sera ensuite transmise de façon efficace à l'institution de sécurité sociale demanderesse. Le répertoire des références garantit en outre l'anonymat de l'appartenance d'un assuré social à l'institution coopérante de sécurité sociale librement choisie par lui (il s'agit principalement de l'appartenance syndicale et mutualiste).

- Deuxièmement, le répertoire des références permet à la Banque Carrefour de réaliser un contrôle préventif de la légitimité des échanges de données à caractère personnel. La confrontation systématique de tout échange de données au répertoire des références de la Banque Carrefour garantit que l'information communiquée concerne bien la même personne pour toutes les institutions concernées par l'échange et que l'échange est effectué conformément à l'autorisation du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé et selon les modalités établies par la Banque Carrefour.
- Finalement, le répertoire des références a une fonction de signal. Il communique, à son initiative, toute modification de données à caractère personnel aux institutions de sécurité sociale qui sont susceptibles d'en avoir besoin et veille à ce que l'accès aux données s'opère dans un contexte de sécurité et soit conforme aux autorisations accordées aux personnes qui, en raison de leur fonction ou pour le besoin du service, peuvent y avoir accès.

Lorsqu'une institution de sécurité sociale a besoin de certaines données pour l'exécution de sa mission, elle est obligée d'adresser sa demande par voie électronique à la Banque Carrefour. Grâce au répertoire de référence et de localisation dont elle dispose, la Banque Carrefour peut vérifier si les données recherchées sont déjà disponibles dans une autre institution de sécurité sociale intégrée dans le réseau d'informations distribuées. Dans l'affirmative, elle se charge de mettre à la disposition de l'institution demanderesse les données nécessaires qui sont disponibles dans une autre institution de sécurité sociale.

Ce n'est que lorsque les données sollicitées ne sont pas encore disponibles dans le réseau que l'institution demanderesse peut les demander directement à l'employeur ou à l'assuré social. De ce fait, différentes institutions ne demandent pas plusieurs fois à la même personne les mêmes données.

La Banque Carrefour veille également à communiquer automatiquement certaines modifications apportées par une institution aux données que celle-ci conserve. Ces communications sont destinées aux autres institutions intégrées dans le réseau et qui doivent avoir connaissance des modifications intervenues.

La Banque Carrefour joue également un rôle moteur dans le développement du portail de la sécurité sociale www.socialsecurity.be contenant:

- des informations sur tous les aspects de la sécurité sociale ;
- des transactions électroniques pour les citoyens, les entreprises, leurs prestataires de services et les professionnels ;
- des instructions harmonisées et une description du modèle d'information multifonctionnel utilisé ;
- une page personnelle pour chaque citoyen, entreprise, prestataire de services et professionnel ;
- un accès à plusieurs applications mobiles (apps) pour les citoyens et les entreprises, telles que Checkin@work et Student@work.

Annexe 17. Les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisés

A. Les lits halte soins santé (LHSS)

Les LHSS sont destinés à des personnes majeures sans domicile fixe, sans pathologie avec prise en charge hospitalière ou médico-sociale mais incompatible avec la vie à la rue. Ils dispensent des soins médicaux et paramédicaux, un accompagnement social et un projet de sortie.

Ils sont composés de maximum 30 lits en chambre individuelle avec une durée de séjour de 2 mois renouvelable autant que de besoin. Ils sont ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par an, avec une mission d'hébergement, de restauration et de blanchisserie.

Ils sont gérés par une personne morale de droit privé ou public conventionné avec des établissements assurant des soins somatiques et psychiatriques, avec une équipe pluridisciplinaire composé de médecins, infirmiers et travailleurs sociaux, un directeur et du personnel administratif.

L'accueil de l'entourage proche et des animaux accompagnants est assuré.

En application du décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées LHSS et LAM, les LHSS signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques. Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé de ces établissements au sein des LHSS. Elle indique également les modalités selon lesquelles la structure LHSS peut avoir, s'il y a lieu, accès aux plateaux techniques et à la pharmacie à usage intérieur et recours à des consultations hospitalières, et à des hospitalisations pour les personnes accueillies par la structure dont l'état sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence.

Les structures LHSS peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés afin que soient réalisés les actes ne pouvant être entrepris par ses personnels.

Les soins sont coordonnés par des professionnels de santé placés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure. Ce dernier établit le diagnostic, les prescriptions, le suivi des soins et traitements et s'assure de leur continuité. Il réalise, en lien avec les professionnels de santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Il effectue toute démarche contribuant à l'accès à des soins, non délivrés par l'établissement. En cas d'urgence, il est fait appel au 15.

Conformément aux articles L.174-9-1 et R.174-7 du code de la sécurité sociale et L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, les structures LHSS sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette dotation couvre les soins, l'accueil, l'hébergement, la restauration, et le suivi social des personnes accueillies. « Les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie. »

B. Les lits d'accueil médicalisés (LAM)

Les LAM sont destinés à des personnes majeures sans domicile fixe, avec une pathologie lourde et chronique irréversible pouvant engendrer une perte d'autonomie. La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.

Ils sont ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par an, avec une mission d'hébergement, de restauration et de blanchisserie.

Ils dispensent des soins médicaux et paramédicaux, une aide à la vie quotidienne adaptée, un accompagnement social et un projet de vie.

Ils sont gérés par une personne morale de droit privé ou public conventionné avec des établissements assurant des soins somatiques et psychiatriques.

Ils bénéficient d'une équipe pluridisciplinaire composé de médecins, d'infirmiers présents 24 heures sur 24, d'aides-soignants et d'auxiliaires de vie sociale, d'un directeur et de personnel administratif. Ils proposent de 15 à 25 lits en chambre individuelle (si le nombre de lits est inférieur à 18, dans la même structure que les LHSS), sans durée limitée de séjour.

L'accueil de l'entourage proche et des animaux accompagnants est assuré.

Les structures LAM signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques. Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé de ces établissements au sein des LAM. Elle indique également les modalités selon lesquelles ces structures peuvent avoir, s'il y a lieu, accès aux plateaux techniques et à la pharmacie à usage intérieur et recours à des consultations hospitalières, à des hospitalisations pour des personnes accueillies dans la structure dont l'état sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence.

Les structures LAM peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés afin que soient réalisés les actes ne pouvant être entrepris par ses personnels.

Dans les conditions prévues aux articles R.6121-4-1 et D.6124-311 du code de la santé publique, une convention peut être conclue avec une structure d'hospitalisation à domicile afin de répondre aux besoins sanitaires d'un patient tout en le maintenant en LAM.

Les soins sont coordonnés par des personnels de santé placés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure. Ce dernier établit le diagnostic, les prescriptions, le suivi des soins, des traitements et s'assure de leur continuité. Il réalise, en lien avec les professionnels de santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Il effectue toute démarche contribuant à l'accès à des soins, non délivrés par l'établissement. Il peut, si la personne le souhaite, être désigné comme le médecin traitant de celle-ci. En cas d'urgence, il fait appel au 15.

Un accompagnement social adapté est réalisé sous la responsabilité du directeur de la structure. Il doit s'attacher à faire émerger, à construire, à réaliser voire à faire évoluer le projet de vie de la personne. Ce suivi doit se faire en continuité avec les démarches réalisées par les référents sociaux antérieurs à l'admission dans la structure.

L'orientation vers les structures LAM est réalisée par un médecin au regard de la situation sanitaire de la personne et suite à une évaluation de sa situation sociale par un travailleur social.

L'admission est prononcée, sur demande de la personne accueillie, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable de la structure. Le refus d'admission prononcé par le directeur est motivé.

Conformément à l'article L.174-9-1 du code de la sécurité sociale, les LAM sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'ONDAM. Cette dotation couvre l'accueil, l'hébergement, la restauration, le suivi social, l'accompagnement à la vie quotidienne, l'animation et les soins des personnes accueillies.

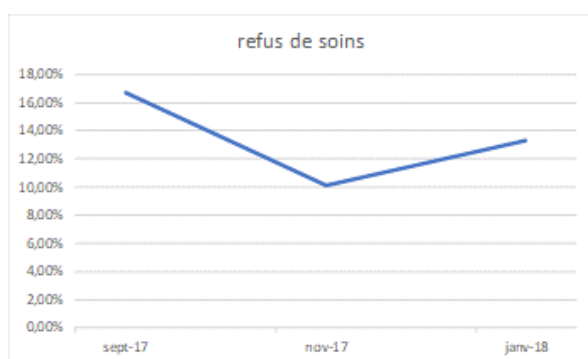
Les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie.

Une participation financière à l'hébergement peut être demandée à la personne accueillie. Cette participation est liée à l'existence de ressources de la personne accueillie et ne peut excéder 25% de celles-ci.

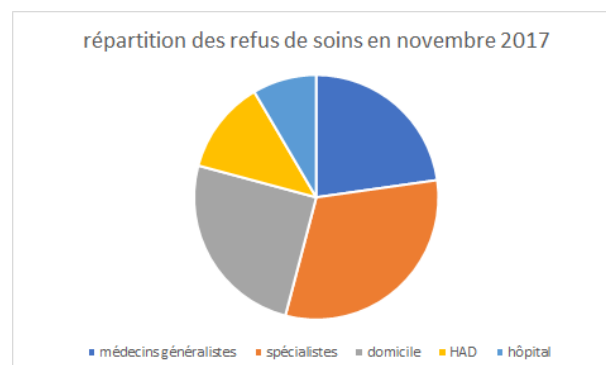
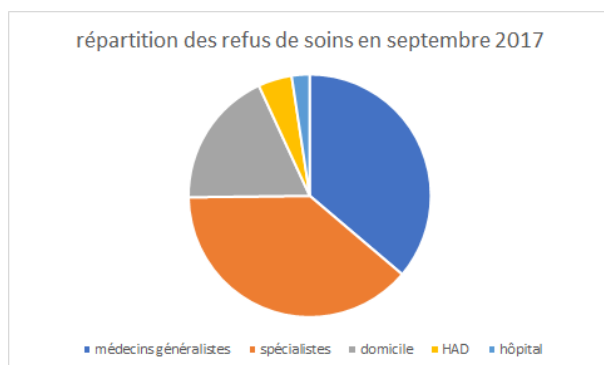
Annexe 18. Résultats de l'enquête « Handisfaction » de l'association Handidactique concernant le refus de soins

L'enquête menée par Handidactique a eu lieu entre le 10 novembre 2015 et le 10 janvier 2018. Elle repose sur la participation volontaire des personnes handicapées soignées. Il ne s'agit pas d'une enquête scientifique mais d'un sondage recueilli dans des lieux publics et des lieux de soins fréquentés par les personnes handicapées.

S'agissant des refus de soins, les résultats sont les suivants



Les refus de soins, selon les déclarants, ont eu lieu dans les proportions suivantes :



Il ressort de ces chiffres - sous toutes les réserves que suppose la méthode utilisée - que la difficulté principale se concentre sur l'accès à un spécialiste en médecine de ville. Mais les difficultés d'accès à un généraliste n'en sont pas moins significatives, sous réserve d'en explorer plus précisément la nature (déserts médicaux, généralistes n'accueillant plus de patientèle nouvelle, autres motifs).

Il paraît également significatif que dans une période où la HAD est de plus en plus préconisée et développée pour des patients difficilement mobiles, le taux de refus soit aussi important. Les refus de déplacements à domicile sont inquiétants car ils seraient également plus adaptés à la situation. Mais ils sont sans doute liés au manque de médecins généralistes.

Ces deux constats interrogent sur les déterminants du refus : temps de trajets parfois importants, s'ajoutant au temps de consultation, manque de disponibilité du matériel, de personnels paramédicaux, de services permettant un suivi à distance ? L'hôpital reste en tout état de cause clairement le dernier recours pour ne pas être refusé, même si des cas de refus de soins y sont également indiqués.

