

ENQUÊTES & OBSERVATIONS SOCIALES

JUIN 2014
N° 7

www.unccas.org

Sommaire

Page 2

Méthodologie de l'étude

Page 3

Principaux résultats

Page 4

Glossaire sur les dispositifs légaux

Page 5

I - Les aides financières pour l'accès aux soins ou à la santé octroyées par les CCAS

Page 11

II - Actions spécifiques et partenariats mis en place autour de l'accès aux soins

Page 20

Conclusion

Les enquêtes de l'UNCCAS

➤ Accès aux soins et à la santé : l'action des CCAS

■ La qualité de l'offre de soins et la couverture assurantielle en matière de santé dans notre pays sont souvent reconnues. Pourtant, de nombreux obstacles financiers, organisationnels, culturels ou géographiques demeurent et réduisent l'accès aux soins et à la santé des personnes les plus vulnérables. Certains ménages, dont les ressources sont situées juste au dessus des barèmes d'attribution des dispositifs légaux d'accès aux soins, renoncent à souscrire à une complémentaire santé, voire aux soins eux-mêmes, pour des raisons financières. Plus préoccupant, le renoncement aux soins s'observe aussi parmi les bénéficiaires des dispositifs légaux. Alors qu'après la mise en place de la CMU-C le taux de renoncement aux soins avait sensiblement diminué (chutant de 29 % en 2000 à 15 % en 2002), on constate depuis une nouvelle hausse qui semble suivre celle du taux d'intensité de la pauvreté. Ce phénomène concerne en premier lieu les personnes les plus défavorisées (32,6 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé et 20,4 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à des soins en 2010, principalement dentaires et dans une moindre mesure d'optique)¹.

D'autres, pourtant éligibles à des dispositifs d'accès aux soins, n'y recourent pas. Le non recours aux droits à la santé concerne entre 20 et 35 % des bénéficiaires potentiels de la CMU-C et entre 55 et 70 % des bénéficiaires potentiels de l'ACS². Ces freins à l'accès aux soins et à la santé recouvrent donc de nombreuses réalités auxquelles sont confrontés quotidiennement les centres communaux d'action sociale (CCAS), établissements publics de proximité, investis d'une mission de prévention et de développement social local, mais aussi d'accès aux droits.

C'est dans ce contexte que l'UNCCAS a souhaité réaliser, dans le cadre d'une convention nationale signée avec le Fonds CMU, une étude afin de mieux connaître la nature et l'ampleur des actions menées par les CCAS dans le champ de l'accès aux soins et à la santé. Il s'agissait notamment de comprendre le rôle essentiel joué par les CCAS dans la lutte contre le non-recours aux soins à travers leur implication dans l'accès aux dispositifs légaux existants en matière de santé (CMU de base, CMU-C, ACS).

Cette étude souligne aussi toute la diversité de l'implication des CCAS, que ce soit au travers de leurs aides financières (aide à la prise en charge de frais médicaux, acquisition d'une mutuelle, etc.), mais aussi de l'accompagnement des personnes, les diverses actions d'information ou de prévention ou encore la coordination ou l'animation de partenariats entre les différents acteurs de santé.

Patrick Kanner

Président de l'UNCCAS

¹ - Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 - Institut de recherche et de communication en économie de la protection sociale.

² - Selon la dernière évaluation de la DREES, la population cible en métropole, pour 2012, se situe dans une fourchette allant de 5 à 5,9 millions de personnes pour la CMU-C et de 2,7 à 3,9 millions pour l'ACS, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit une fourchette corrigée allant de 2,1 à 3,1 millions de personnes (Source : DREES, étude réalisée pour le fond CMU).

Document édité par l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale. Les enquêtes de l'UNCCAS sont entièrement réalisées par les services de la délégation générale de l'association. Retrouvez ce document en version pdf sur www.unccas.org, rubrique L'UNCCAS > Enquêtes.

Tous droits de reproduction réservés. Toute reproduction, même partielle, ne peut être faite sans l'autorisation expresse de l'UNCCAS. Copyright 2014. Document imprimé par un imprimeur certifié Imprim'vert sur du papier PEFC. Conception : DesignbyFredGreeneron

UNCCAS - Villa Souchet
105 avenue Gambetta
BP 3 - 75960 Paris Cedex 20
Tél. 01 53 19 85 50 - Fax 01 53 19 85 50



Réalisé avec le soutien du Fonds CMU



PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Modalités d'administration de l'enquête

Cette enquête repose sur deux démarches distinctes et complémentaires :

- un questionnaire à saisir en ligne pour connaître les modalités d'implication des CCAS/CIAS dans le champ de la santé et de l'accès aux soins (3 000 CCAS sollicités, 500 retours obtenus) : aides financières, actions spécifiques, partenariats et actions de coordination.
- un tableau récapitulatif du contenu de dossiers de demandes d'aides financières à la santé traités

par les CCAS, afin de dresser le profil des bénéficiaires de ces aides (930 CCAS sollicités, 144 dossiers de demandeurs retournés) : sexe, âge, situation familiale, couverture santé, origine et montant des ressources.

N.B. : ces deux volets de l'étude ont été adressés à des groupes d'adhérents distincts afin de limiter leur charge de travail.

Précisions sur le questionnaire en ligne relatif aux modalités d'implication dans l'accès aux soins :

- sur les 500 adhérents répondants, 375 ont déclaré être investis dans le champ de la santé (les autres ont répondu mais en précisant qu'ils ne menaient pas d'actions spécifiques dans ce champ) : **c'est à partir de cet échantillon de 375 CCAS/CIAS qu'ont été étudiées les modalités d'interventions des CCAS en matière d'accès aux soins et à la santé.**
- les éléments de contexte (existence d'une politique de santé coordonnée sur le territoire, présence de dispositifs tels que les ateliers santé

ville ou les contrats locaux de santé) ont eux été étudiés à partir de l'ensemble des 500 réponses.

*N.B. : lors du recensement des domaines d'intervention des CCAS/CIAS réalisé par l'UNCCAS¹ en 2010 (3 000 répondants), 534² d'entre eux avaient déclaré intervenir dans ce champ. **Le taux global d'implication des CCAS/CIAS en matière de santé et d'accès aux soins, toutes modalités d'intervention confondues, peut donc être estimé à environ 15 %.***

Détail des taux de retour au questionnaire en ligne

selon les strates démographiques d'implantation des répondants

Strates démographiques	Nombre de répondants	Part du total des répondants
Moins de 5 000 hab.	194	39 %
De 5 000 à 9 999 hab.	127	25 %
De 10 000 à 19 999 hab.	98	20 %
De 20 000 à 49 999 hab.	51	10 %
De 50 000 à 79 999 hab.	14	3 %
De 80 000 à 199 999 hab.	10	2 %
200 000 hab. et plus	6	1 %
Total	500	100 %

¹ - Voir Panorama des domaines d'intervention des CCAS/CIAS, Enquêtes et Observations Sociales n°1, mai 2011, téléchargeable sur www.unccas.org.

² - Ce qui ne signifie pas pour autant que ce soient les mêmes CCAS qui aient répondu à cette enquête.

- L'échantillon de répondants a été légèrement redressé pour compenser la sous-représentation des adhérents implantés sur un territoire de moins de 5 000 habitants, fréquente lors des enquêtes.

A noter : 23 centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) ont répondu à cette enquête, soit 5 % du total des répondants (ce qui correspond environ à leur poids parmi l'ensemble des adhérents à l'UNCCAS, soit 4,4 %). Dans un souci de simplification de lecture, en raison du volume limité de CIAS, le terme "CCAS" sera utilisé de manière générique pour désigner l'ensemble des répondants (CCAS et CIAS).

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Les aides financières à la santé octroyées par les CCAS

- 59 % des CCAS engagés dans le domaine de l'accès à la santé déclarent attribuer des aides financières (83 % des CCAS des villes de plus de 30 000 habitants)
- Les aides financières octroyées par les CCAS dans le domaine de l'accès à la santé financent en majorité l'achat de petits appareils (prothèse auditive, orthodontie, lunettes) et l'aide pour l'acquisition d'un contrat de complémentaire (concerne respectivement 73 % et 70 % des CCAS accordant des aides financières pour la santé)
- Le budget global consacré par les CCAS aux aides financières pour l'accès aux soins ou à la santé en 2013 peut être estimé à un peu plus de 3 millions d'euros

Le profil des demandeurs d'aides financières pour l'accès aux soins

- 68 % des personnes sollicitant une aide financière pour l'accès aux soins auprès des CCAS sont des femmes ; 42 % de ces personnes sont retraitées
- 83 % des demandeurs sont affiliés à la sécurité sociale ; plus d'un quart (27 %) ne sont couverts par aucune complémentaire santé
- La moitié (49 %) des demandeurs d'aides a des ressources mensuelles comprises entre 500 € et 1 000 €

Positionnement par rapport aux aides légales et autres acteurs de la santé

- Parmi les CCAS impliqués dans une action relative à l'accès aux soins, 80 % instruisent des demandes d'aides légales : en majorité la CMU (96 %) et la CMU-C (92 %), puis l'ACS (75 %)
- La CPAM est le premier partenaire des CCAS investis dans l'accès aux soins (citée par 48 % des CCAS déclarant un partenariat) ; le partenariat vise en priorité à faciliter l'accès aux dispositifs légaux relatifs à la santé (CMU, CMU-C, ACS)
- 20 % des CCAS répondants disent avoir constaté des difficultés en matière d'ouverture des droits à la santé
- Les principaux axes d'amélioration des dispositifs légaux proposés par les CCAS concernent une meilleure information des personnes et une simplification administrative des dispositifs (notamment des procédures d'instruction)
- Lorsqu'un atelier santé ville existe sur leur territoire, 68 % des CCAS y participent
- Un tiers des CCAS investis dans l'accès aux soins ont sensibilisé leurs agents à cette thématique

GLOSSAIRE SUR LES DISPOSITIFS LEGAUX¹

CMU de base : Couverture Maladie Universelle de base

- permet d'être remboursé de la part obligatoire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) dans les mêmes conditions que les autres assurés.
- reste à la charge de la personne la part complémentaire, le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales.
- pour en bénéficier il faut résider en France de manière stable et régulière et ne pas pouvoir pré-

tendre à l'assurance maladie à un autre titre.

- en fonction de ses revenus, l'intéressé peut être redevable d'une cotisation. Le revenu pris en compte est le revenu fiscal de référence de l'année civile précédente. Au-delà de 9 534 € (plafond fixé pour la période allant du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014), la cotisation due s'élève à 8 %. Elle est assise sur la part des revenus excédant le plafond de 9 534 €.

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

- donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire de vos dépenses de santé (y compris à l'hôpital) : les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.
- inclut des forfaits de prise en charge spécifiques, en sus des tarifs de sécurité sociale, pour les soins dentaires, lunettes, prothèses auditives...
- la dispense d'avance des frais est de droit, le

professionnel de santé est réglé directement par l'assurance maladie.

- au 01/07/2013, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 593 € (soit 716 € par mois) en métropole, de 9 564 € en outre mer.
- le droit est accordé pour un an, le renouvellement doit être demandé deux mois avant la date d'échéance.

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

- réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C (dans la limite de 35 % au-dessus du plafond de la CMU-C).
- donne droit durant un an à une aide financière pour payer la complémentaire santé de son choix (contrat en cours ou contrat nouvellement choisi).
- permet de disposer d'une dispense d'avance de frais sur la part obligatoire des consultations médicales.
- permet de bénéficier des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires, dans le cadre d'un par-

cours de soins coordonnés, quel que soit le médecin et même s'il pratique des honoraires libres (professionnels en "secteur 2").

- au 01/07/2013, le plafond annuel pour une personne seule est de 11 600 € (soit 966,67 € par mois)².
- le montant accordé varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 € pour une personne de moins de 16 ans ; 200 € de 16 à 49 ans ; 350 € de 50 à 59 ans ; 550 € pour les personnes de 60 ans et plus.
- le droit est accordé pour un an, le renouvellement doit être demandé entre deux et quatre mois avant la date d'échéance.

AME : Aide Médicale d'Etat

- concerne les étrangers ne disposant pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que qu'ont été entamées des démarches pour obtenir un titre de séjour.
- prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie.

■ la dispense de l'avance de frais est de droit, le professionnel de santé est réglé directement par l'assurance maladie.

- le plafond d'attribution de l'AME est identique à celui de la CMU-C, au 01/07/2013, le plafond annuel pour une personne seule est de 8 593 € (soit 716 € par mois).

¹ - Informations extraites du site internet du Fond CMU, www.cmu.fr.

² - En application de la mesure annoncée dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 8,3 % à compter du 1^{er} juillet 2013. Grâce à cette mesure, le plafond de l'ACS se situe désormais quasiment au niveau du seuil de pauvreté (seuil de pauvreté estimé par l'INSEE pour 2011 à 60 % du revenu médian, pour une personne en métropole) et le plafond de la CMU-C à 73,3 % de ce dernier, soit au même niveau qu'en 2000.

I Les aides financières pour l'accès aux soins ou à la santé octroyées par les CCAS

59 % des CCAS engagés dans le domaine de l'accès à la santé déclarent attribuer des aides financières. La proportion passe à plus des deux-tiers (68 %) des CCAS de territoires de plus de 5 000 habitants et 83 % des CCAS des villes de plus de 30 000 habitants.

Rappelons qu'à l'occasion du Baromètre de l'action sociale locale réalisé en juin 2013, plus de la moitié (54 %) des CCAS impliqués dans des actions de santé disaient avoir constaté une augmentation globale des demandes d'aides dans ce domaine*.

A - Typologie des dépenses de santé auxquelles participent les CCAS via l'octroi d'aides financières

1. Détail des aides octroyées

■ Les aides financières - non remboursables - octroyées par les CCAS en matière d'accès aux soins ou à la santé répondent à une grande diversité de motifs et de situations. Toutefois, les **deux raisons principales au versement d'une aide** concernent d'une part les **frais relatifs aux petits appareillages** (prothèse auditive, orthodontie, lunettes, etc.), d'autre part les **dépenses liées à l'acquisition d'une complémentaire de santé (hors ACS)**.

■ En tête des aides octroyées, les aides liées aux **frais relatifs aux petits appareillages** sont citées par les trois-quarts (73 %) des répondants octroyant des aides financières pour l'accès aux soins. Les **frais de cotisations pour l'acquisition d'une mutuelle** (pour des personnes non bénéficiaires de l'ACS) sont cités dans les mêmes proportions (70 %). Les aides visant à la prise en charge des cotisations de complémentai-

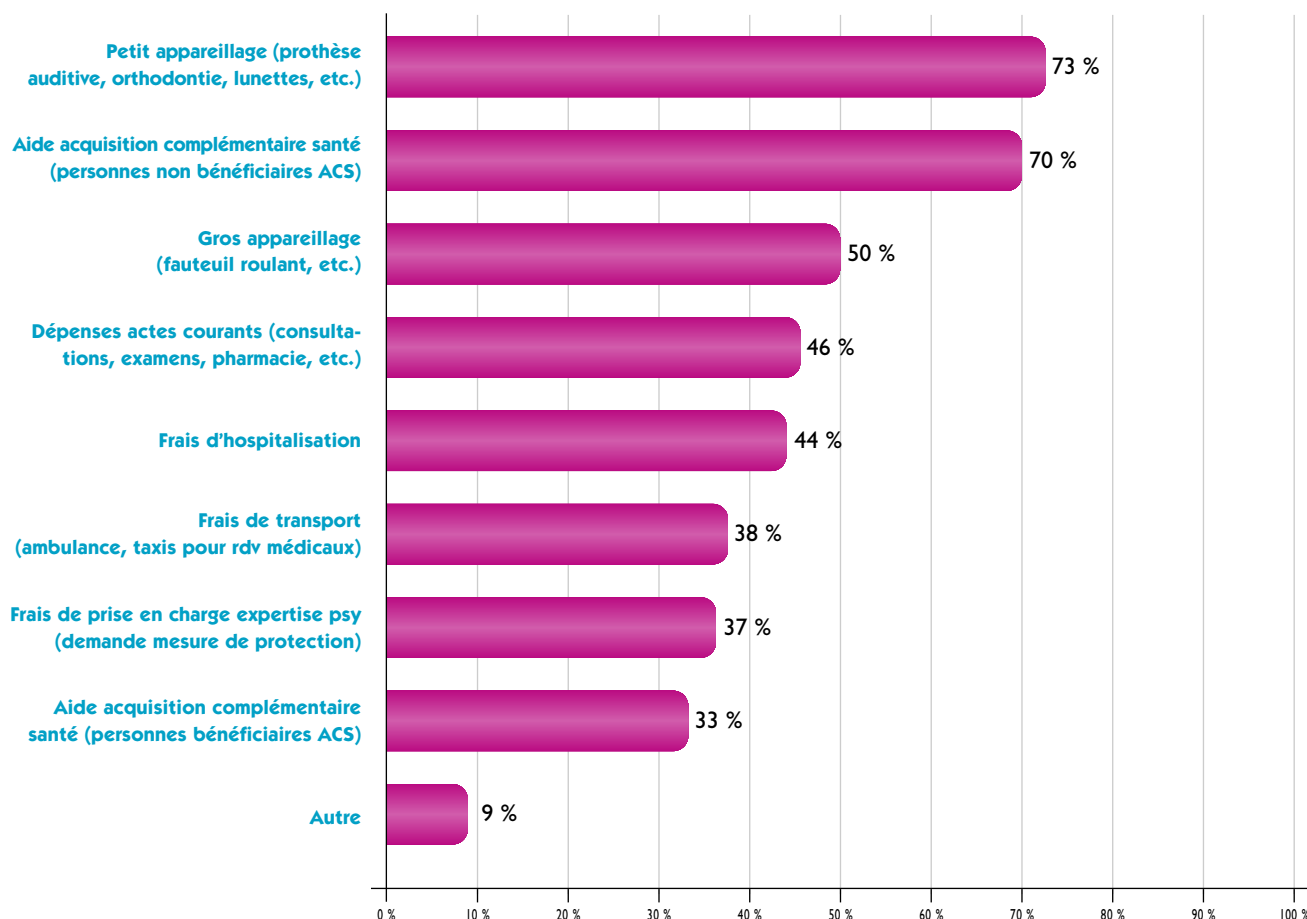
res pour des personnes bénéficiant d'ores et déjà d'une ACS attribuée par leur caisse d'assurance maladie ne sont mentionnées que par un tiers (33 %) des répondants attribuant des aides financières. Un peu plus de la moitié (52 %) des CCAS concernés citent la participation aux **frais de gros appareillages** (fauteuil roulant par exemple) et la moitié (50 %) les aides à la **prise en charge des dépenses d'actes courants** comme les consultations médicales, les frais relatifs à un examen, ou de pharmacie. 42 % mentionnent en outre le **soutien à la prise en charge de frais d'hospitalisation**. Enfin, la participation aux frais de transport (taxis ou ambulance) pour se rendre à des consultations ou examens médicaux est citée par 38 % des CCAS concernés, tout comme les frais relatifs à la prise en charge d'une expertise psychiatrique dans le cadre d'une demande de mesure de protection de majeur.

* Etude téléchargeable sur le site de l'UNCCAS, www.unccas.org/services/barometre.asp

■ Un quart des CCAS concernés par l'octroi d'aides financières déclarent attribuer des aides remboursables (ou prêts à taux zéro) pour la participation à des

frais de petits appareillages (9 % citent également dans ce cadre l'octroi d'un microcrédit personnel) et 20 % dans le cas des gros appareillages.

Les aides financières accordées par les CCAS en matière d'accès aux soins et à la santé



Note de lecture : 73 % des CCAS octroyant des aides financières dans le domaine de l'accès aux soins accordent des aides pour l'acquisition de petits appareillages.

■ En toute logique, les aides financières octroyées répondent aux demandes les plus fréquemment adressées aux CCAS, notamment pour faire face aux dépenses liées à l'acquisition d'une complémentaire de santé (pour des personnes ne bénéficiant pas de l'ACS). Ce motif de demande (étudié plus longuement infra) pose la question du recours à l'ACS. Dans la mesure où une faible partie des aides financières (accordées et sollicitées) vise à financer le reste à charge pour l'acquisition d'une complémentaire santé pour des personnes bénéficiant d'ores et déjà de l'ACS, deux hypothèses peuvent être faites : soit le montant de l'ACS est suffisant pour l'acquisition de la

complémentaire, soit cette dernière reste peu connue de ses potentiels bénéficiaires (les verbatim collectés dans le cadre de l'enquête témoignent plutôt en faveur de cette seconde piste).

■ Précisons enfin que seul un quart des répondants (27 %) déclare avoir fixé un plafond au nombre d'aides octroyées par ménage et par an. Plus d'un tiers (39 %) a déterminé un plafond de ressources pour les ménages bénéficiaires.

2. Estimation des volumes nationaux *

■ On peut estimer que les CCAS ont octroyé en 2013 environ 22 500 aides financières pour l'accès aux soins. Au-delà de ces volumes, c'est leur répartition selon les différentes strates démographiques qui est intéressante puisqu'elle met à jour le poids spécifique des CCAS implantés dans un territoire comprenant entre 50 000 et 80 000 habitants : ces derniers octroient 36 % des aides alors qu'ils ne constituent que 17 % des adhérents.

■ En moyenne, le budget relatif aux aides financières accordées par les CCAS pour l'accès aux soins en 2013 est de 1 812 €. Mais là encore, les disparités d'un territoire à l'autre sont grandes (de 714 € en moyenne dans les CCAS de villes de moins de 5 000 habitants à 7 684 € dans ceux de territoires de plus de 10 000 habitants).

■ Selon le même principe d'extrapolation que celui utilisé pour les volumes d'aides octroyés, on peut estimer à un peu plus de 3 millions d'euros le budget global consacré par les CCAS aux aides financières pour l'accès aux soins ou à la santé en 2013.

■ Un tiers des CCAS attribuant des aides estime que la part de leur budget consacré aux secours financiers pour l'accès aux soins ou à la santé a plutôt augmenté au cours de ces deux dernières années. 43 % estiment qu'elle a stagné (seuls 8 % considèrent qu'elle a baissé).

Budget moyen en 2013
d'aide pour l'accès
aux soins : 1 812 €

Estimation des budgets consacrés aux aides financières à la santé pour l'ensemble des CCAS selon la strate démographique d'implantation (hors Paris)

	Estimation à partir de la moyenne	Part du total
Moins de 5 000 hab.	398 041	13 %
De 5 000 à 9 999 hab.	430 319	14 %
De 10 000 à 19 999 hab.	350 471	12 %
De 20 000 à 49 999 hab.	637 806	21 %
De 50 000 à 79 999 hab.	577 863	19 %
De 80 000 à 199 999 hab.	541 185	18 %
200 000 hab. et plus	104 739	3 %
TOTAL	3 040 424	100 %

* Données calculées en appliquant au nombre d'adhérents UNCCAS présents dans chaque strate démographique un coefficient d'attribution des aides et en utilisant les volumes moyens d'aides accordés. Les estimations des volumes nationaux sont effectuées à partir des 158 réponses exploitables sur les données budgétaires, hors Paris dont les volumes très importants, même par rapport aux autres CCAS de la même strate démographique, peuvent contribuer à surestimer les extrapolations.

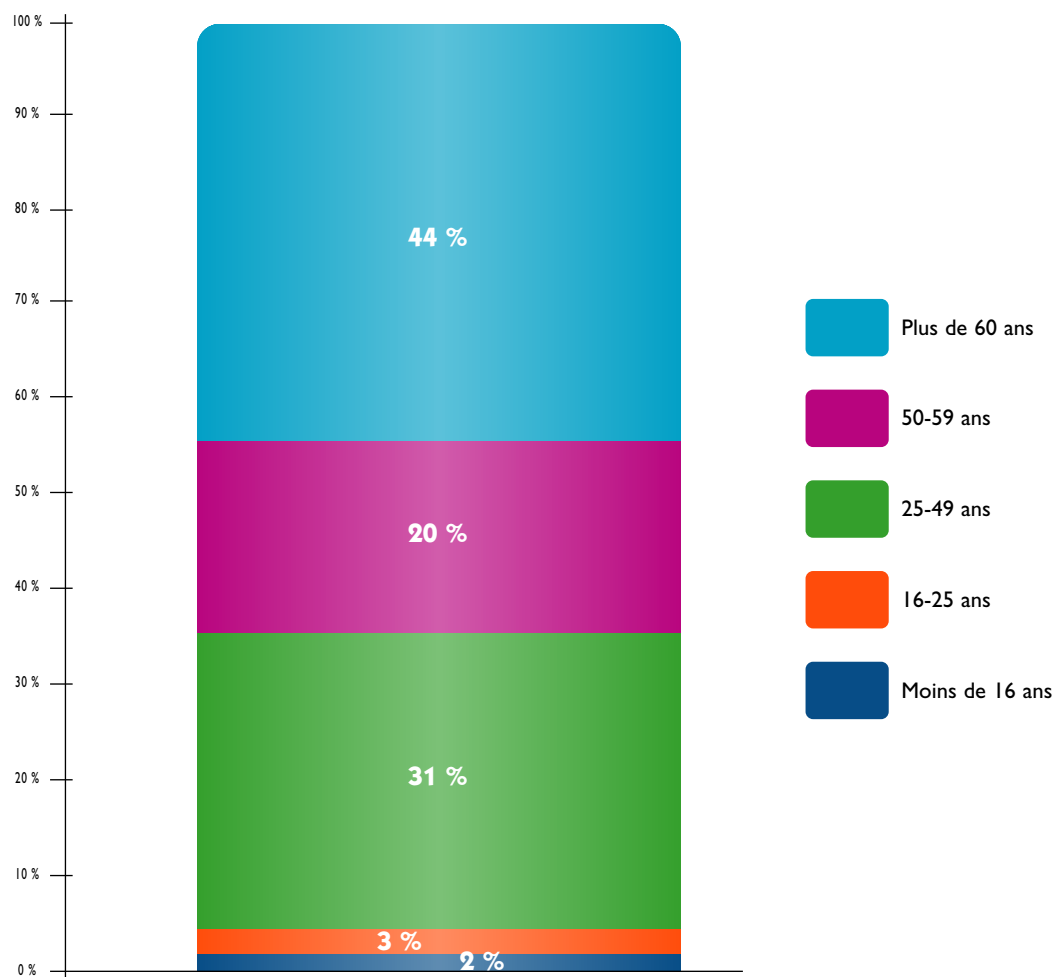
B - Le profil des demandeurs d'une aide financière pour l'accès aux soins*

1. Données sociodémographiques

■ Les données détaillées relatives au profil des demandeurs fait clairement apparaître une **surreprésentation des femmes** parmi les demandeurs d'une aide à la santé auprès des CCAS (elles sont à l'origine de plus des deux-tiers des demandes étudiées, 68 %).

■ On constate en outre une **majorité de personnes de plus de 60 ans** : ces dernières sont à l'origine de 44 % des demandes, contre 20 % pour les personnes de 50 à 59 ans et 31 % pour les personnes de 25 à 49 ans.

Répartition des bénéficiaires d'aides financières pour l'accès aux soins selon la tranche d'âge



Note de lecture : 44 % des personnes sollicitant une aide financière relative à l'accès aux soins auprès des CCAS ont plus de 60 ans.

* Données issues des éléments constitutifs de 144 dossiers de demandes d'aides financières instruites par 17 CCAS. Sur 144 demandes, 119 ont fait l'objet d'un octroi (89 %), 14 d'un refus (10 %) et 11 sont en cours (7 %).

■ Les résultats relatifs à la situation familiale sont cohérents avec la forte présence de personnes âgées puisqu'on constate une surreprésentation **des personnes seules : elles représentent 68 % des demandeurs**, contre 10 % pour les couples sans enfants, 7 % pour ceux avec enfants et 15 % pour les familles monoparentales : ceci porte à **22 % la part de dossiers émanant de personnes vivant avec des enfants**.

■ Les données concernant le statut socioprofessionnel confirment ces tendances puisque **42 % des demandeurs sont retraités**. Viennent ensuite les bénéficiaires

“ **30 % des demandeurs
bénéficient
de minima sociaux** ”

de minima sociaux (30 % des demandeurs), suivis par les personnes au chômage (12 %) et les salariés (10 %). Une part résiduelle (6 %) des dossiers mentionne un autre statut socioprofessionnel sans que ce dernier soit précisé.

2. Situation par rapport aux aides légales existantes en matière de santé

■ Dans leur **très grande majorité (83 %)**, les demandeurs sont **affiliés à la sécurité sociale** pour leur assurance maladie ; 12 % seulement bénéficient de la CMU de base (un seul dossier rapporte un cas de bénéficiaire de l'aide médicale d'État).

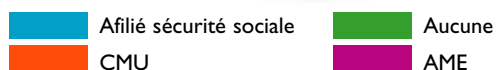
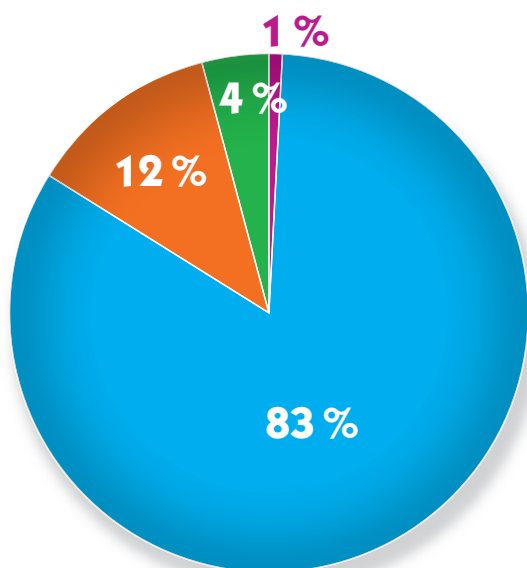
“ **Plus d'un quart (27 %)
des demandeurs
ne sont couverts par aucune
complémentaire santé** ”

■ En parallèle, **près de la moitié (43 %) dispose de leur propre complémentaire santé sans avoir eu recours à l'ACS** pour l'acquérir. 15 % en revanche bénéficient de l'ACS, 14 % sont couverts par la CMU-C (deux-tiers de ces derniers bénéficient par ailleurs de la CMU de base). Fait notable, **plus d'un quart (27 %) des demandeurs ne sont couverts par aucune complémentaire santé**.

■ Il apparaît donc, qu'au-delà de la couverture santé de base, la plupart des personnes s'adressant au CCAS pour une aide financière à la santé ne sont pas intégrées dans les circuits des aides légales existantes en la matière : ACS, CMU-C.

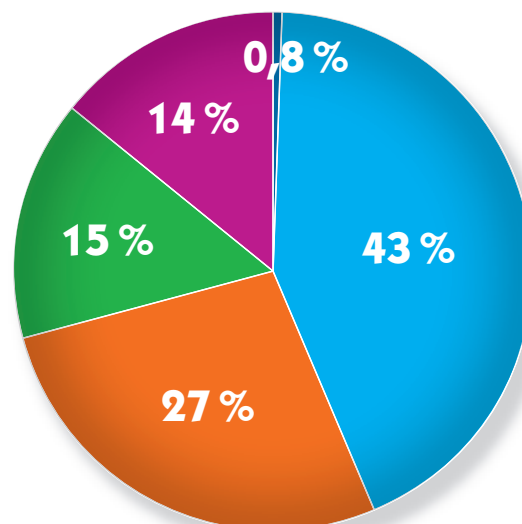
Répartition des demandeurs

selon leur couverture santé de base



Répartition des demandeurs

selon leur complémentaire santé



Note de lecture : 83 % des personnes sollicitant une aide financière relative à l'accès aux soins auprès des CCAS sont affiliés à la sécurité sociale ; 43 % seulement disposent d'une assurance complémentaire propre (acquise sans contribution de l'ACS).

■ Le volet général de l'enquête confirme ces éléments puisque près des deux-tiers (64 %) des CCAS octroyant de telles aides disent se trouver

confrontés à des demandes de personnes en situation de rupture de droits en matière de santé.

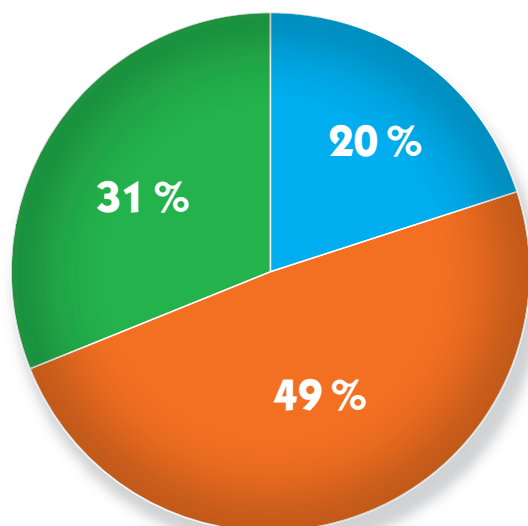
3. Données relatives aux ressources

■ Logiquement, l'origine des ressources des demandeurs correspond aux tendances relatives au statut socioprofessionnel : **42 % des demandeurs tirent leur revenus de leur retraite**, 15 % de l'allocation pour adulte handicapé (AAH), 13 % du revenu de solidarité active (RSA), 11 % de revenus salariés, 10 % des indemnités chômage. 2 % des dossiers citent les pensions d'invalidités ou les indemnités journalières et 2 % un autre type de ressources. En outre, 5 % des dossiers font état de l'absence de ressources de la personne formulant la demande d'aide*.

■ La moitié (49 %) des personnes sollicitant une aide financière relative à l'accès aux soins auprès des CCAS disposent de **ressources mensuelles comprises entre 500 € et 1 000 €** ; près d'un tiers (31 %) touchent plus de 1 000 € et un cinquième (20 %) ont des ressources inférieures à 500 €. Notons que les personnes de plus de 60 ans sont plus nombreuses que la moyenne à toucher plus de 1 000 € par mois (37 % contre 31 % pour l'ensemble).

* Attention, ceci correspond à des effectifs très faibles.

Répartition des demandeurs d'aides financières par fourchette de ressources mensuelles



Note de lecture : 49 % des personnes sollicitant une aide financière relative à l'accès aux soins auprès des CCAS disposent de ressources comprises entre 500 € et 1 000 €.

■ Ces résultats sur les ressources laissent à penser qu'une part non négligeable des personnes s'adressant aux CCAS pour une aide financière relative à la santé ne recourt pas aux dispositifs légaux auxquels ils pourraient pourtant prétendre. En effet, les plafonds mensuels de revenus pour bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS sont respectivement de 716 € et de 967 €. Or 20 % des demandeurs touchent moins de 500 €, ce qui les place automatiquement en situation d'éligibilité à la CMU-C (dont le recours n'est que de 14 %), et près de la moitié touche entre 500 et 1 000 € ce qui rend une partie d'entre eux éligibles à la CMU-C (en plus de ceux qui gagnent moins de 500 €) et une autre éligible à l'ACS (dont le recours n'est que de 15 %).

Des personnes éligibles à l'ACS et à la CMU-C mais qui n'en bénéficient pas

II Actions spécifiques et partenariats mis en place autour de l'accès aux soins

📌 A - Les actions spécifiques mises en place en matière d'accès aux soins

■ 57 % des CCAS investis dans le champ de la santé déclarent mettre en place des actions spécifiques en la matière. Cette probabilité augmente avec la taille du territoire d'implantation du CCAS : 79 % des CCAS de communes de 30 000 habitants sont

concernés (76 %), contre 53 % dans les territoires de moins de 5 000 habitants (52 % des CCAS des territoires de 5 000 à 10 000 habitants et 62 % de ceux de villes ou intercommunalités de 10 000 à 20 000 habitants).

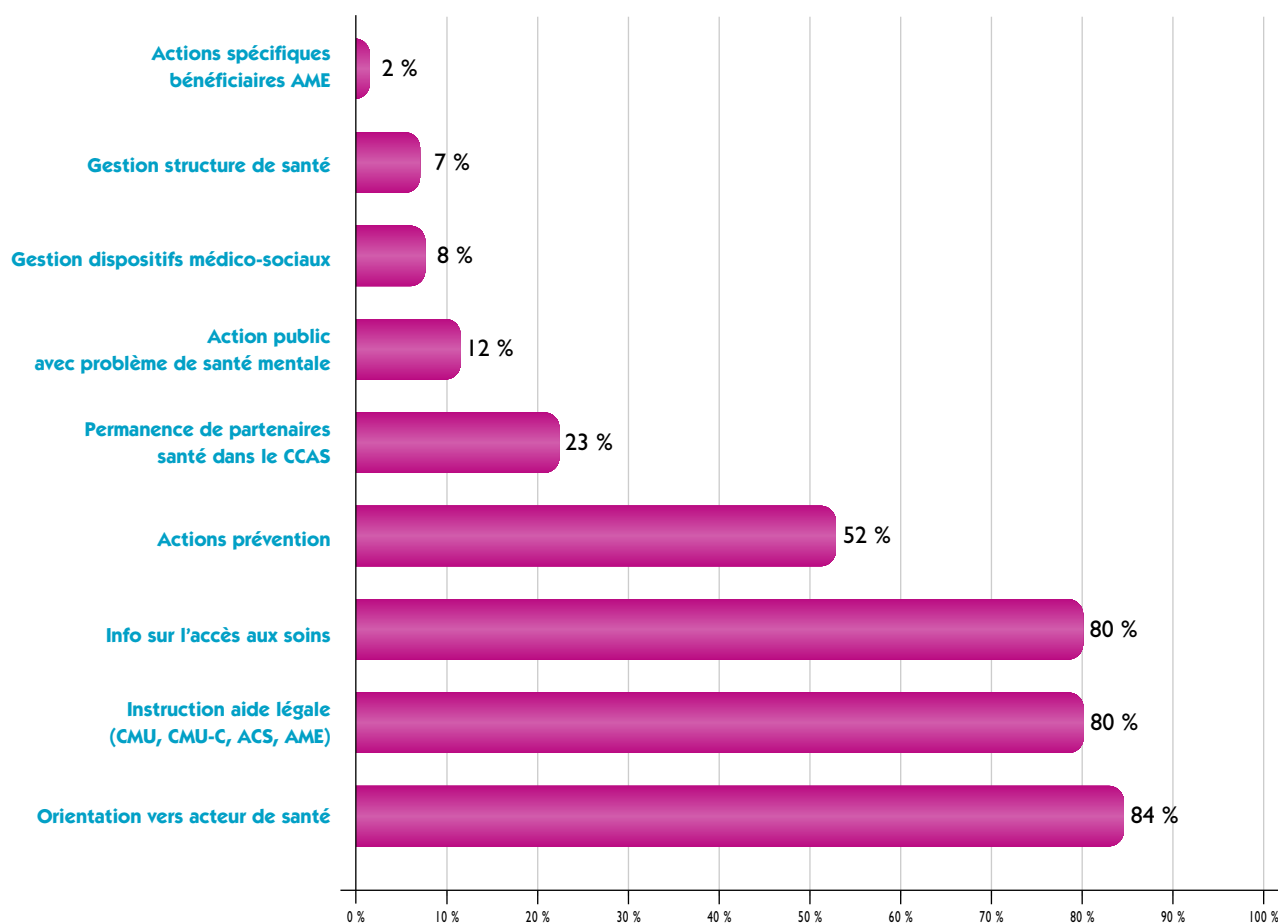
1. Détail des actions engagées

■ Les actions les plus fréquentes sont liées au rôle de proximité du CCAS, en lien avec ses partenaires : il s'agit en premier lieu de l'**orientation vers un autre acteur de santé**, citée par 84 % des CCAS concernés (il s'agit en grande partie des CPAM), suivie de l'**instruction des demandes d'aides légales** (CMU, CMU-C, ACS, AME) réalisée dans 80 % des CCAS mettant

en place des actions spécifiques en matière d'accès aux soins*. La même proportion de répondants dit mettre en place des **actions d'information** (on peut supposer que cela concerne les dispositifs légaux et les acteurs nationaux de la santé). Les **actions de prévention** sont mentionnées par plus de la moitié des répondants concernés (52 %).

* L'édition 2013 du Baromètre de l'action sociale locale avait déjà mis en lumière le fait que la demande d'aide la plus fréquente en matière de santé concernait l'aide à l'instruction des dossiers de demande d'aides légales avec les demandes d'usagers souhaitant connaître ou faire valoir leurs droits aux dispositifs légaux.

Actions mises en place en matière d'accès aux soins et à la santé



Note de lecture : 80 % des CCAS mettant en place des actions spécifiques en matière de santé proposent des sessions d'information sur l'accès aux soins.

■ Près d'un quart des CCAS engagés dans une action spécifique de promotion de l'accès aux soins déclare accueillir dans ses locaux des permanences

de partenaires intervenant dans le secteur de la santé : 26 répondants citent la CPAM et 13 un CMP (centre médico-psychologique).

■ En revanche, la gestion d'une structure de santé par un CCAS reste marginale : 6 répondants citent les centres municipaux de santé et deux autres une équipe mobile de santé psychologique. Il en va de même pour les autres actions recensées dans le cadre de cette enquête (actions auprès des publics atteints de troubles de santé mentale ou des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, gestion de dispositifs médico-sociaux).

■ Une étude plus détaillée des verbatim permet d'appréhender la **diversité des actions mises en place**. On peut les regrouper en plusieurs catégories. On trouve ainsi les initiatives à destination des personnes âgées : ateliers de prévention des chutes, de stimulation cognitive, de lutte contre les troubles de l'audition, parfois en partenariat avec la CARSAT. Plus largement, sont également dévelop-

« Actions de prévention, promotion de l'équilibre alimentaire... »

pées des **actions de prévention à destination de l'ensemble de la population** : information sur la vaccination, le dépistage des cancers, des pathologies comme le diabète ou le cholestérol, l'hygiène bucco-dentaire, les addictions, etc. De nombreux CCAS citent également les actions relatives à la nutrition et à la promotion de **l'équilibre alimentaire**. Un dernier groupe désigne enfin les interventions plus spécifiques de **promotion de l'accès aux soins via les actions d'information sur les dispositifs légaux** en général ou plus spécifiquement auprès des personnes en difficulté ou bénéficiaires de minimas sociaux (bien être, sensibilisation, etc.). Les dispositifs partenariaux que sont les ateliers santé ville¹ ou les contrats locaux de santé² sont dans ce cadre cités plusieurs fois.

2. Zoom sur l'instruction d'aides légales

■ Nous l'avons vu, **8 CCAS sur 10 impliqués dans une action d'accès aux soins instruisent des demandes d'aides légales concernant la santé**. Rappelons que cette activité d'instruction des demandes d'aides sociales des personnes résidant sur le territoire communal fait partie des missions légales des CCAS.

■ **L'aide légale la plus fréquemment instruite par les CCAS est la CMU de base** (citée par 96 % des CCAS effectuant des instructions d'aides légales), suivie de près par la **CMU-C** (92 %) ; l'ACS est mentionnée par trois quarts des répondants (75 %), et l'AME par un tiers (37 %). En outre, les trois-quarts des CCAS disent instruire ces demandes d'aide légale depuis plus de 5 ans³.

■ Si 43 % des CCAS estiment que la charge de travail liée à l'instruction des demandes d'aides légales est moyenne, 14 % la jugent importante (on ne constate pas de différence notable selon les territoires considérés).

■ **Cette forte proportion de CCAS instructeurs**, ajoutée aux liens entretenus avec leurs partenaires, témoignent de la place essentielle des CCAS en tant que relais de recours aux aides légales sur l'ensemble du territoire.

« Une forte proportion de CCAS instructeurs »

1 - "Les ateliers santé ville (ASV) ont été impulsés en 2000 conjointement par la Délégation interministérielle à la ville, la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'action sociale dans un souci de réduction des inégalités de santé. L'ASV a pour objet de favoriser la mise en réseau et la coordination des acteurs et des actions en lien avec la santé sur un territoire". Source : site du Centre de ressources pour le développement social urbain (CR DSU).

2 - "Le contrat local de santé est construit à partir d'un diagnostic participatif partagé élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires, qui décrit la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre en santé du territoire donné". Source : site de l'agence régionale de santé d'Ile de France.

3 - Votées en 1999, la CMU et la CMU-C ont été mises en place en 2000 ; l'ACS est intervenue un peu plus tard en 2005, de manière à réduire l'impact des effets de seuil constatés pour la CMU-C.



3. La formation des agents aux problématiques de santé

■ Si 5 % seulement des répondants engagés dans le domaine de la santé déclarent disposer de personnel médical ou paramédical dans leurs équipes (en dehors du cadre des établissements ou services gérés par le CCAS), **un tiers (33 %) disent en revanche avoir sensibilisé leurs agents sur les questions de santé et d'accès aux soins** (la proportion est de 39 % dans les CCAS de plus de 5 000 habitants et de 64 % dans les villes de 30 000 habitants et plus). Les CCAS qui ont formé leurs agents présentent des taux d'implication beaucoup plus importants que la moyenne des répondants : 70 % octroient des aides financières dans ce domaine, 73 % mettent en place des actions spécifiques et 60 % ont développé des partenariats.

“ **33 % des répondants ont sensibilisé leurs agents à ces questions** ”

■ La sensibilisation des agents des CCAS aux problématiques de santé emprunte plusieurs voies. Elle peut être réalisée directement par le CCAS via la participation des agents à des réunions internes ou des colloques organisés sur le sujet. En parallèle, de nombreux CCAS citent des actions de formation ou d'information réalisées par des partenaires extérieurs, en tête desquels la CPAM (sur la question des dispositifs légaux d'accès aux soins), mais aussi des CARSAT, certaines mutuelles, des professionnels de santé, ou encore via le CODES (Comité départemental d'éducation pour la santé).

■ Parmi les CCAS ayant sensibilisé leurs agents à la problématique de l'accès aux soins, plus de la moitié (57 %) déclarent que ces derniers ont suivi pour cela une session de formation assurée par le CNFPT, un tiers (36 %) via des organismes associatifs, et 17 % via des acteurs privés. Les formations suivies recouvrent des thèmes divers : souffrance psychique ou de santé mentale, santé des publics précaires, pratiques addictives, nutrition, lutte contre les inégalités de santé, accès aux dispositifs légaux, etc.

4. Éléments d'évaluation des actions mises en place

■ Les répondants à l'enquête évoquent plusieurs types de difficultés relatives aux actions qu'ils mettent en place : en dehors de la dimension financière, citée plusieurs fois, nombreux sont ceux qui évoquent des obstacles à l'accès aux soins du fait de la complexité administrative des dispositifs légaux, mais aussi du manque de visibilité qui caractérise ces derniers. Une simplification des procédures est souvent réclamée et plusieurs d'entre eux évoquent non seulement la nécessité de développer l'information sur les dispositifs auprès du public, mais également de former les professionnels du secteur social, voire médico-social. La difficulté à animer les partenariats autour des actions relatives à l'accès à la santé est aussi plusieurs fois mentionnée,

notamment du fait de la différence de culture professionnelle entre les filières sociale et sanitaire. Enfin, les situations de refus de soins par certains professionnels de santé sont aussi citées dans ce cadre.

■ Certains CCAS évoquent en outre des projets d'actions autour de la prise en charge des problèmes de santé mentale, mais aussi des initiatives plus précises comme la mise en place d'un groupement d'achat de complémentaire santé via un contrat de groupe.

B - Partenariats et coordination

1. Partenariats mis en place en matière d'accès aux soins et à la santé

■ Près de la moitié (42 %) des CCAS investis dans le champ de la santé déclare avoir mis en place un partenariat avec un autre acteur de la santé (la proportion est de 51 % si l'on considère les seuls CCAS des villes de plus de 5 000 habitants et 58 % pour les territoires de plus de 10 000 habitants).

■ La CPAM arrive en tête des organismes partenaires (par 48 % des CCAS déclarant un partenariat). Dans plus la moitié des cas (53 %), il s'agit d'une déclinaison locale de la convention CNAMTS/

UNCCAS signée en avril 2013. L'objet des conventions vise en priorité à faciliter l'accès aux dispositifs légaux (CMU, CMU-C, ACS) : mise en place de procédures ou modalités d'organisation permettant d'accélérer le délai de traitement des dossiers, désignation d'un contact référent du CCAS au sein de la CPAM, délocalisation d'antenne CPAM au sein du CCAS, information et formation des agents du CCAS aux dispositifs légaux, etc.

La convention UNCCAS / CNAMTS


Le 30 avril 2013, l'UNCCAS et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont signé une convention pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et développer l'accès aux tarifs sociaux de l'énergie. Ce protocole d'accord pose le principe d'un échange de moyens et de compétences entre les CCAS/CIAS et les organismes d'assurance maladie afin :

- d'organiser l'information et la formation continue des agents du CCAS/CIAS pour assurer l'accompagnement des publics précaires dans leurs démarches relatives à l'assurance maladie (droits de base et complémentaires) ;
- d'optimiser la gestion et la transmission des dossiers de demande de CMU-C, d'ACS et d'AME, pour simplifier l'accueil, l'information et la prise en charge des publics reçus par le CCAS/CIAS, accélérer l'ouverture du droit ;
- de renforcer l'accès des publics précaires aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité.

« Des accords CCAS/CPAM pour optimiser la gestion des dossiers de demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME »

Cette action expérimentale s'inscrit dans le cadre de l'axe « Réduire les inégalités et prévenir les ruptures » du Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté.

Cet accord est décliné en partenariats locaux entre les CCAS et les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et devrait permettre notamment d'optimiser la gestion des dossiers de demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME. Les CCAS seraient ainsi chargés de pré-instruire les demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME et de transmettre directement l'ensemble des pièces justificatives aux CPAM, ces dernières s'engageant à rendre leur décision dans des délais rapides.



■ Les autres principaux partenaires cités sont les **associations et les mutuelles**, même si les effectifs concernés sont beaucoup plus faibles (respectivement 18 % et 15 % des CCAS déclarant avoir mis en place des partenariats). Parmi les associations, figurent les acteurs de la lutte contre les addictions (et notamment l'ANPAA - Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), les réseaux de santé, l'UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques), France Alzheimer, etc. Dans le cas des mutuelles, les partenariats visent fréquemment à obtenir des tarifs négociés pour certaines personnes suivies par le CCAS, à faciliter les sorties d'hospitalisation ou à contribuer au financement d'un service d'aide à domicile.

■ Quelques CCAS déclarent également avoir signé une convention avec un **centre hospitalier** : actions de prise en charge de santé mentale auprès de personnes précaires, coordination pour le traitement de dossiers complexes, permanence de soins (au sein

de l'épicerie sociale du CCAS ou via des vacations d'un médecin dans le CCAS), collaboration autour des actions de vaccination, etc.

■ Une dizaine de CCAS ont par ailleurs signé une convention avec un **Centre d'examen de santé (CES)**, parfois dans le cadre d'une déclinaison de la convention nationale UNCCAS/CETAF¹, afin de favoriser l'orientation des personnes en situation de précarité vers les centres pour bénéficier de bilans de santé.

■ Enfin, les CCAS peuvent également subventionner **d'autres organismes impliqués sur le champ de la santé** (clubs de prévention proposant des actions de prévention de l'addiction, Centres de santé, représentations locales d'association nationales telles que : UNAFAM, SOS Mucoviscidose, Association des Paralysés de France, France Alzheimer, Croix Rouge, etc.).

2. Participations aux actions et dispositifs de coordination des interventions autour de la santé

■ Un quart (24 %) des CCAS répondants à l'enquête estime que les questions de santé font l'objet d'une politique coordonnée sur leur territoire d'intervention (la proportion est de 31 % dans les territoires comprenant entre 10 000 et 30 000 habitants et de 43 % dans ceux de plus de 30 000 habitants). Le plus souvent, ce sont la commune ou l'intercommunalité qui sont désignées comme pilotes de cette politique, à laquelle participent de nombreux acteurs : conseil général, ARS, professionnels, réseaux de santé, centres hospitaliers, associations, centres sociaux, conseil régional, etc. Le plus souvent, les réunions de coordination se tiennent une fois par trimestre (dans 29 % des cas).

■ En outre, 14 % des répondants déclarent qu'un

Atelier santé ville (ASV)² existe sur leur territoire d'intervention ; ceci concerne les deux-tiers (62 %) des CCAS implantés dans une ville de plus de 30 000 habitants. Lorsqu'il existe, plus des deux-tiers des CCAS (68 %) participent à l'ASV, surtout en tant que simple partenaire (49 % des CCAS concernés), mais aussi, pour près d'un cinquième d'entre eux (19 %), en tant que pilote du dispositif. Les CCAS participant aux ASV soulignent plusieurs points forts de ce dispositif : réalisation de diagnostics partagés, impulsion d'une véritable dynamique partenariale, facilitation de l'implication des professionnels de santé (rapprochement des secteurs de la psychiatrie et du social par exemple). Certaines difficultés sont aussi mentionnées, notamment la difficulté à mobiliser le public autour des actions.

¹ - La convention UNCCAS/CETAF signée en 2010 vise à promouvoir les collaborations conventionnelles entre les Centres d'examen de santé et les CCAS/CIAS afin de favoriser l'orientation des personnes en situation de précarité pour qu'elles puissent bénéficier d'examen de santé gratuits et d'un accompagnement du CCAS.

² - Mis en place en 2000 par la Délégation interministérielle à la ville, la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'action sociale dans un souci de réduction des inégalités de santé, les ASV ont pour objectif de favoriser la mise en réseau et la coordination des acteurs et des actions en lien avec la santé sur un territoire.

■ Une trentaine de CCAS répondants déclare également être impliquée dans un Contrat local santé* (10 parmi eux sont implantés dans un territoire de plus de 30 000 habitants). Les principales actions

mises en place dans ce cadre concernent l'information sur l'offre de services et de dispositifs de santé et l'accès aux droits en matière de santé.

3. Les démarches de repérage et d'analyse des besoins de santé sur le territoire

■ Un CCAS sur 10 déclare avoir réalisé une évaluation des besoins et/ou dispositifs de santé sur son territoire d'intervention (ce cas de figure est plus fréquent, 17 %, en milieu urbain). Lorsque c'est le cas, ce travail s'inscrit (32 %) dans le cadre d'une analyse de besoins sociaux (ABS). On note que le **taux d'intervention dans les différentes actions d'accès à la santé est plus élevé parmi ces derniers** (leur taux d'implication globale dans l'accès à la santé est de 82 %, 58 % octroient des aides financières dans ce domaine, 59 % mettent en place des actions spécifiques et 52 % ont développé des partenariats avec des acteurs de la santé).

■ Parallèlement, 17 % des répondants déclarent qu'une telle analyse des besoins en matière de santé a été effectuée par un autre acteur de la santé. Cette

proportion monte à 25 % en territoire urbain. Dans ce cas, en revanche, les taux d'implication dans le domaine de l'accès aux soins ne sont pas différents des tendances moyennes de l'ensemble des répondants.

■ L'analyse des conclusions établies dans le cadre de ces diagnostics met à jour deux types principaux de besoins repérés sur les territoires : les problématiques liées au phénomène de **désertification médicale** d'une part avec notamment le manque de spécialistes (gynécologues, sages femmes, ophtalmologues et dentistes) et/ou de généralistes non remplacés après un départ en retraite ; la carence dans l'offre de soins en **psychiatrie et santé mentale** d'autre part (pour l'intervention auprès des publics précaires, dont les SDF, mais connaissant des problèmes d'addiction).

📌 C - Éléments de réflexion sur les freins à l'accès aux droits en matière de santé

1. La question du refus de soins

■ 15 % des répondants déclarent avoir déjà été confrontés à des signalements de situations de refus de soins pour les personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME. La quasi-totalité de ces bénéficiaires (9 sur 10) estime par ailleurs ne pas connaître suffisamment le cadre légal et les dispositifs de signalement et de sanction existants en la matière.

■ Lorsqu'ils sont confrontés à des signalements de

situations de refus de soins, les CCAS mettent en place plusieurs types de démarches et notamment l'orientation du bénéficiaire vers un autre praticien, le signalement de la situation auprès de la CPAM (la moitié des répondants concernés par chacun des items) ou encore le signalement auprès de l'ordre départemental des médecins (16 % des répondants concernés) ou d'une association (10 % des répondants concernés).

* Les Contrats locaux de santé, construits à partir d'un diagnostic partagé élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires, visent à établir un état des lieux de la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre en santé du territoire donné.



Repères sur les refus de soins pour lutter contre le non-recours

- L'expression « refus de soins » désigne les attitudes par lesquelles les professionnels de santé refusent d'offrir au bénéficiaire de la CMU-C les prestations de santé dans des conditions de délai et de qualité identiques à celles offertes à tout autre assuré, dans le respect des principes de dispense d'avance des frais et de non dépassement des tarifs réglementés inhérents à la CMU-C.
- Ce phénomène pourrait également concerner les bénéficiaires de l'ACS, compte tenu des dispositions contenues dans l'avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 (renforcement du tiers payant social et opposabilité des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale).
- La personne s'estimant victime d'un refus de soins a la faculté de saisir le directeur de la caisse d'assurance maladie (en pratique, le signalement peut être fait auprès du conciliateur de la caisse d'assurance maladie) ou le président du conseil de l'ordre territorialement compétent.
- N.B. : le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) propose sur son site internet, des modèles de lettres de signalement. Le Fonds CMU peut aussi guider les personnes dans leurs démarches.

2. Les difficultés d'ouverture des droits et les pistes d'amélioration des dispositifs légaux

■ 20 % des CCAS répondants disent avoir constaté des difficultés en matière d'ouverture des droits à la santé. Cette proportion croît avec la taille du territoire d'implantation (30 % des répondants issus d'un territoire comptant entre 10 et 30 000 habitants et 42 % pour ceux de plus de 30 000 habitants).

■ Les verbatim collectés renvoient vers plusieurs constats. Le premier est la **complexité des dossiers de demande d'accès aux dispositifs légaux** (CMU-C et ACS). Sont fréquemment évoqués le nombre et la nature des justificatifs demandés mais aussi le fait que ces pièces portent sur une période antérieure (les douze derniers mois) à la situation de la personne au moment où cette dernière formule sa demande (ce qui peut l'exclure du dispositif alors qu'au vu de sa

« Complexité des dossiers, lenteur de traitement... »

situation actuelle elle pourrait y prétendre). Aux difficultés rencontrées par le demandeur dans la constitution du dossier succède la **lenteur de traitement de celui-ci par la CPAM**, problème aussi très souvent pointé, auquel s'ajoute parfois la difficulté à avoir un contact avec celle-ci pour suivre l'avancement de l'instruction. En outre, plusieurs CCAS déplorent l'éloignement des **permanences CPAM** voire la fermeture de certaines antennes. Selon le témoignage de plusieurs CCAS, l'ouverture des droits des personnes étrangères issues de l'union européenne

Des dispositifs légaux méconnus du public

semble constituer un cas spécifiquement complexe. A cette complexité s'ajoute une **méconnaissance des dispositifs par le public et en particulier de l'ACS**. Autre difficulté souvent mentionnée dans les verbatim : **l'accès financièrement de plus en plus**

difficile à une complémentaire santé pour une partie du public et ce même si ce dernier bénéficie de l'ACS.

- Les propositions relatives à l'amélioration des dispositifs légaux existants faites par les répondants s'articulent logiquement autour de deux axes en totale cohérence avec les difficultés pointées précédemment : une meilleure information des personnes et une simplification administrative des dispositifs et notamment des procédures d'instruction.

Travaux de simplification du SGMAP

- Dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, une recherche-action est menée depuis novembre 2012 par le secrétariat général à la modernisation de l'action publique (SGMAP), avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) visant à mieux comprendre les motifs de non-recours aux prestations sociales (RSA, mais aussi CMU-C, ASPA et aides au logement) et à tester certaines réponses opérationnelles pour infléchir le phénomène.

- Les recommandations du SGMAP :

- simplifier les démarches de demandes et les formulaires
- automatiser le renouvellement des aides pour les situations peu évolutives et l'attribution de certaines aides (ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA)
- simplifier la justification des revenus
- harmoniser les bases de calcul des droits : périodes de références et types de revenus
- obtenir des services fiscaux le revenu fiscal pour chaque démarche pertinente
- utiliser l'EIRR (échanges inter-régimes de retraite) pour justifier des pensions de retraites dans le cadre de l'ASPA
- lutter contre le non-recours : créer une doctrine et un cadre juridique pour éviter les effets de seuils (ex : CMU vs AAH) ou de concurrence (prime pour l'emploi vs RSA) et de chevauchement (allocation de solidarité spécifique vs RSA) et mettre en cohérence voire fusionner le RSA et l'ASS, a minima mettre en place une subrogation

- Lors des expérimentations, certaines actions ont permis d'augmenter significativement le recours aux prestations, jusqu'à 60 %. Les actions qui combinent information ciblée (sur un type de personne et à un instant précis de son parcours personnel comme lors du passage à la retraite ou la sortie du chômage indemnisé) et simplification des démarches ont un effet plus fort sur l'augmentation du recours. C'est le cas notamment pour l'ACS dont le recours par des allocataires du minimum vieillesse a augmenté de 33 à 60 %, une fois couplées information et simplification.

CONCLUSION

■ Les résultats de cette étude confirment différents constats spécifiques au champ de la santé et notamment les difficultés d'accès aux dispositifs légaux que rencontrent encore un part importante des publics auxquels ces derniers sont pourtant destinés. **C'est pourquoi il apparaît utile à l'UNCCAS de rappeler ici certaines des préconisations** qui lui semblent essentielles aujourd'hui pour un meilleur accès de tous à la santé et en particulier des publics fragilisés :

■ **Elargir l'accès aux dispositifs légaux (CMU, CMU-C, ACS et AME)**

L'UNCCAS avait en effet proposé un relèvement des seuils d'accès de ces prestations au niveau du seuil de pauvreté (964 € par mois pour une personne seule). Aujourd'hui, l'ACS s'en approche mais pas la CMU-C.

■ **Généraliser le bénéfice du tiers payant, qui dispense les personnes de l'avance de frais, aux bénéficiaires de la CMU de base sans cotisation**, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'ACS (aujourd'hui, seuls les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont éligibles au tiers payant pour l'ensemble de leurs dépenses de santé). Cela permettrait d'éviter de nombreux renoncements aux soins, notamment dans le secteur des soins dentaires.

■ **Sanctionner le refus de soins de certains professionnels de santé pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME.**

■ **Améliorer l'information des publics et le recours aux dispositifs, en développant par exemple les permanences par les agents des CPAM au sein des organismes et institutions recevant des personnes en situation de précarité.**

