

PLAIDOYER

Rappel du contexte :

La mise en place de ce groupe de travail fait suite aux constats de certaines UDAF des difficultés de prise en charge des personnes les plus démunies, notamment des publics accompagnés par les UDAF. Pour rappel ce groupe de travail s'est mis en place au moment du déploiement du dispositif de l'ACS.

Le groupe de travail avait deux objectifs :

- Identifier les prestations pouvant améliorer le panier de biens actuel de la CMU C
- Négocier la mise en place d'une complémentaire santé en faveur des personnes les plus défavorisées.

Suite aux premiers travaux de ce groupe, un questionnaire a été élaboré et adressé aux UDAF afin de recueillir des données chiffrées concernant les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique ou d'une d'accompagnement. 24 UDAF ont répondu au questionnaire mais certaines de façon insuffisamment renseignée ou peu détaillées.

Les premiers résultats ont permis au groupe de travailler à partir d'un panel important (46 213 personnes accompagnées) avec un montant de frais de soins remboursés de 4,4 millions, ce montant ne prenant pas en compte des tiers payants (frais directement payés aux professionnels de santé ou aux établissements de santé et les versements faits directement sur les comptes bancaires des usagers) et un montant de cotisations de complémentaire santé de 18 millions.

Ce travail porte le débat de l'intérêt particulier à l'intérêt général, **l'intérêt général étant l'accès de soins de tous**, l'intérêt particulier étant celui du déficit de l'assurance maladie qui occupe plus les pouvoirs publics qui oublie trop souvent **l'universalité de l'assurance maladie**, valeur fondamentale de notre système de protection sociale français de l'après-guerre.

Rappelons enfin que notre travail s'inscrit dans les échéances 2017/2018, s'agissant notamment des contrats ACS et de la discussion autour du panier de biens CMU C par la prise en compte de la difficulté de prise en charge de tous les publics par le prisme des personnes accompagnées par les UDAF.

I / Les premiers chiffres et les premiers constats.

Ce questionnaire nous a permis :

- De mieux connaître qui sont les personnes accompagnées par les UDAF
- De déterminer le coût de la complémentaire santé
- D'affiner nos données en matière de remboursement de frais de soins.

Remarques générales :

- Pour les UDAF qui se sont mobilisées, elles ont pu nous fournir assez facilement les données mais il faut préciser que le système de collecte de données est hétérogène.
- Si les UDAF ont pu nous donner sans difficultés le nombre de bénéficiaires du RSA ou de l'AAH mais, aussi ceux de l'ACS et de la CMU C, par contre concernant l'ALD, compte tenu du secret médical, il a été plus difficile de les recenser. Cet item n'est pas sans incidence sur le montant des frais de santé engagés
- Les disparités des territoires et des bassins de vie impactent à la fois sur la démarche de soins et le coût de la santé (déserts médicaux, absence d'offre de soins spécialisée à tarif opposable) mais aussi difficulté de l'assuré de s'orienter dans son parcours de soins.

Les premiers enseignements chiffrés ;

- le public est majoritairement bénéficiaire des complémentaires santé (ACS ou pas). Il apparaît que les bénéficiaires de la CMU C sont inférieurs à 10%. **C'est pourquoi nos préoccupations peuvent être étendues à la société française dans son ensemble.**
- les cotisations des complémentaires santé sont en moyenne de 500 euros par an soit 42 euros par mois
- Le montant de remboursement des frais de soins annuels remboursés sont en moyenne de 160 euros dont 60 euros par les complémentaires santé (étant rappelé que ces montants n'intègrent pas le tiers payant et les versements directement faits sur les comptes bancaires des usagers)¹.
- L'étude montre que les remboursements varient selon le type de dépenses, le premier poste de dépenses restant celui des soins liés aux consultations, analyses et pharmacie.

¹ Sur ce point il est important de souligner que le tiers payant est quasi systématique dans les pharmacies et dans les établissements de soins et auprès des auxiliaires médicaux libéraux. Par contre il est beaucoup moins appliqué par les médecins généraliste et spécialistes libéraux (y compris pour les consultations externes à l'hôpital).

- L'étude montre toute la difficulté à recueillir les données s'agissant des frais non remboursés (prescrits ou non).
- Cependant les données recueillies indiquent des écarts de restes à charge variant de 64 euros à 303 euros.
- Il nous paraît tout à fait essentiel de rappeler que la récupération des montants des différentes franchises médicales par la CPAM reste opaque puisque l'assuré ne connaît pas le montant total à devoir et n'est pas informé des modalités de prélèvements sur les remboursements de soins à venir. De ce fait il nous est impossible d'évaluer précisément ces sommes qui n'apparaissent pas dans notre étude.

L'analyse de ces chiffres nous permet de conclure que bien qu'il y ait des avancées en matière de droit à la santé (ACS ou CMU C), force est de constater que quelque soit la catégorie de soins et le profil de l'utilisateur, l'accès aux soins nécessite systématiquement un effort financier de l'assuré.

II/ Amélioration du panier de soins CMU C

Le groupe tient tout d'abord à souligner que la CMU C n'est pas une fin en soi elle est une réponse en matière d'accès aux soins d'individu à un moment donné. Elle est encore très stigmatisante pour les bénéficiaires. Sans remettre en cause leurs compétences, la complexité administrative et l'organisation des dispositifs restent très prégnants.

La préoccupation des UDAF porte prioritairement sur les domaines de prestations suivants :

- les frais de transports, dont les conditions de prise en charge sont très encadrées,

Nous avons bien conscience que la prise en charge des frais de transports est très encadrée y compris pour les bénéficiaires de la CMU C. Néanmoins plusieurs facteurs entraînent des ruptures de parcours de soins : le coût du transport, le sous-équipement de transports collectifs dans certains territoires et l'absence de cohérence dans la déclaration par le médecin traitant d'une prise en charge de leur pathologie au titre d'une ALD

- la parapharmacie (préconisations médicales mais déremboursées : ex : la biafine pour le cancer du sein, supplémentation alimentaire et médicale, ex : lait maternisé anti régurgitation ou vitamine préconisées dans certains traitements...) et l'automédication responsable,
- la prise en charge par un psychologue prescrite par un médecin, (accompagnement hors champ médical psychiatrique par exemple dans l'annonce d'un diagnostic lourd et complexe).

A côté de ces trois postes prioritaires, d'autres frais de soins mal pris en charge avaient été mis en évidence.

Le groupe avait notamment mis en évidence les difficultés liées aux sorties d'hôpitaux. Il existe des dispositifs tels que PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile) qui permettent d'organiser la sortie d'hôpital et le retour à domicile de la personne.

Ce dispositif est intéressant, mais il est utilisé de façon très spécifique (sortie maternité) et est exclu d'autres domaines de la santé (centre de rééducation « classique » ou de centre de rééducation suite à un accident vasculaire cérébral). L'implication des services hospitaliers reste déterminant dans sa mise en œuvre.

III/ Nos préconisations

Pour améliorer la prise en charge de ces frais de parapharmacie et d'auto médication responsable jugés prioritaires, la mise en place d'un forfait annuel nous paraît une solution cohérente compte tenu de la politique santé. De tels forfaits sont déjà proposés par certains contrats complémentaires à hauteur de 150 euros par an.

Concernant la prise en charge des frais de transports ; une campagne d'informations pourrait d'une part être mise en place vers les médecins généralistes sur l'importance de la déclaration d'ALD, d'autre part un système de relance automatisée pour éviter les ruptures de droit pourraient être organisé par les CPAM. La prise en charge financière d'accompagnants (associatifs ou réseau familial ou social) faciliterait le parcours de soins de l'assuré dans le cas où celui-ci ne remplit pas les critères de prise en charge des frais de transports. Un forfait annuel peut être proposé (à hauteur de 150 euros) et/ou une prise en charge par la commission de prestations supplémentaires de la CPAM.

S'agissant de la prise en charge des séances de psychothérapie il est nécessaire d'avoir une prescription d'un médecin. Le nombre de séances prises en charge par la CPAM serait de six séances ou à hauteur de 215 euros (soit six séances de 35 euros).

Conclusion

Le groupe souhaite alerter sur la triple contrainte qui s'oppose à l'accès aux soins des assurés :

- difficultés à ouvrir les droits à la CMU C, à les faire valoir : opacité de l'information
- fort d'un système de santé où l'absence d'avance financier de frais devait permettre une prise en charge globale du bénéficiaire, on déplore l'apparition de reste à charge qui devient un frein au parcours de soins.

- Loin de faciliter les relations patients/médecins nous sommes confrontés dans nos UDAF à de plus en plus de refus de soins.

La CMU C a trouvé ses limites à la fois pour des questions d'organisation du système de soins français (existence de déserts médicaux, de bassins de vie...) mais aussi en ne s'adaptant pas aux nouvelles connaissances médicales.

En outre en l'absence d'adaptation du panier de soins CMU C va aggraver l'éloignement de l'assuré de son parcours de soins.