



PRÉCARITÉ : L'ACCÈS AUX SOINS

CONTEXTE NATIONAL

Un demi-siècle a été nécessaire pour mettre en œuvre ce que prévoyaient les ordonnances de la sécurité sociale de 1945, un droit universel à l'assurance maladie, qui est effectif depuis le 1er janvier 2000 avec l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU). C'est au terme d'une longue évolution historique qu'est consacrée l'idée d'un droit de chacun à la sécurité sociale. Initialement appliqué aux salariés, le régime général de sécurité sociale est ensuite étendu à des couches de plus en plus importantes de la population, en particulier à des personnes n'ayant pas ou plus d'activité professionnelle.

La loi du 2 janvier 1978, relative à la généralisation de la sécurité sociale, crée le régime de l'assurance personnelle facultative pour toutes les personnes en dehors du champ de l'assurance maladie. En 1988, un nouveau pas est franchi avec l'affiliation automatique à l'assurance personnelle des bénéficiaires du RMI non couverts par un régime obligatoire d'assurance maladie. Puis avec la loi du 29 juillet 1992 qui a profondément rénové l'aide médicale et accordé la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle aux titulaires de l'allocation veuvage et aux jeunes de moins de 25 ans, qui répondent aux conditions de revenu et de résidence prévues pour l'octroi du RMI. La loi du 25 juillet 1994 a mis en place un mécanisme d'affiliation provisoire à l'assurance personnelle pour toute personne dont le régime ne pouvait être déterminé a priori, avec prise en charge des cotisations pendant une période de trois mois. A l'issue de ce délai, l'intéressé était réintégré dans son régime d'appartenance ou maintenu à l'assurance personnelle. Toutefois, les mécanismes d'affiliation n'étant pas automatiques, 150 000 personnes échappaient encore à toute protection sociale en 1998. De plus, les régimes de sécurité sociale obligatoires ne remboursent en moyenne que 74 % des dépenses de santé : restaient posés les problèmes de l'avance des frais et du paiement du ticket modérateur. L'enquête du CreDES "Santé, soins et protection sociale", en 1998, confirme que ce sont le statut socio-économique et le degré de précarité qui déterminent largement l'accès à la couverture complémentaire. 30 % des chômeurs et 28 % des personnes sans couverture complémentaire déclaraient avoir renoncé à se soigner pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (contre 14 % pour l'ensemble des personnes interrogées). Les restrictions les plus fréquentes concernent le domaine dentaire (43 % des soins cités), les soins médicaux et examens (29 %) et l'optique (13 %).

C'est pourquoi la loi du 27 juillet 1999 instaure une obligation d'affiliation à l'assurance maladie sur seul critère de résidence et supprime le régime de l'assurance personnelle.

L'affiliation à la "CMU de base" est immédiate dès le dépôt de la demande et automatique. La "CMU complémentaire" donne accès, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite assortie d'une dispense d'avance de frais. Il s'agit d'une prestation en nature, définie légalement, et qui peut être servie au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'affiliation, soit par un organisme complémentaire. L'objectif est de ne pas marginaliser les populations les plus pauvres dans des filières de soins spécifiques mais de leur donner accès à l'ensemble du système de soins, en particulier au secteur libéral. Cette couverture complémentaire devrait toucher six millions de personnes dont les revenus sont inférieurs à 534 € pour une personne seule. Constituant un droit objectif reconnu à tous les résidents stables et réguliers, la CMU marque un véritable progrès et un changement radical dans les procédures d'accès aux soins. Toutefois, l'effet de seuil institué par la loi interdit l'accès aux titulaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse, le plafond de ressources étant fixé en dessous du seuil de pauvreté défini à 580 € par l'INSEE. Mais ce dispositif juridique et financier ne règlera pas le problème des inégalités de santé liées à la précarité.

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

L'accès aux soins et à la prévention est désormais pensé comme un moyen de mettre en évidence les besoins de santé des populations en difficulté. Cette démarche, nécessitant un accompagnement et une prise en charge globale médico-sociale des individus, est de plus en plus utilisée comme véritable point d'appui menant vers l'insertion. De nombreux acteurs ont développé des actions dans ce domaine, c'est notamment le cas de grands organismes (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Conseils Généraux, Médecins du monde,...) qui disposent d'informations pour qualifier la demande de ceux qui y ont recours et ainsi contribuer à une approche des situations de difficultés d'accès aux soins, notamment à l'échelle régionale.

En 1998, plus de 30 000 personnes ont été accueillies dans les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde dont un tiers sont des nouveaux cas. En 1998, 140 000 bilans de santé ont concerné des personnes en situation de précarité (stagiaires âgés de 16 à 25 ans en voie d'insertion professionnelle, bénéficiaires du RMI, chômeurs de longue durée).

Source : Fnors – Base Score Santé



FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Plus de 50 000 personnes bénéficient de la Couverture Maladie Universelle en Limousin en 2004 (soit 71,3 ‰ habitants) : 9 522 bénéficient de la CMU de base et 41 149 de la CMU complémentaire.

Définitions :

- La **CMU complémentaire** permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressource fixée par décret. Elle remplace l'aide médicale dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée. Les personnes qui bénéficiaient en 1999 de l'aide médicale y compris les titulaires du RMI ont été transférées automatiquement à la CMU complémentaire au 1er janvier 2000.
- La **CMU de base** permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie.

◆ Un taux de bénéficiaires inférieur au taux national

En Limousin, en 2004, 41 149 personnes affiliées au régime général, au régime agricole et au régime des professions indépendantes sont assurées au titre de la CMU complémentaire. Le taux de bénéficiaires en Limousin est de 57,9 pour 1 000 habitants (60,7 ‰ en 2000), un taux inférieur à celui observé sur l'ensemble du pays (taux France métropolitaine = 67,6 bénéficiaires pour 1 000 habitants). Entre 2000 et 2004, le taux de bénéficiaires dans la région est passé de 60,7 ‰ à 57,9 ‰.

◆ En Limousin, 9 522 bénéficiaires de la CMU de base en 2004

En 2004, soit cinq ans après l'entrée en vigueur de la Couverture Maladie Universelle, le Limousin compte 9 522 personnes affiliées à un organisme de protection sociale au titre de la CMU de base. En 2000, la région comptait 7 412 bénéficiaires de la CMU de base. Le taux de bénéficiaires est passé de 10,4 ‰ à 13,4 ‰ entre 2000 et 2004 et reste toujours très inférieur au taux observé au niveau national (21,2 ‰).

Nombre et taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire* en Limousin en 2004

	Bénéficiaires de la CMU complémentaire		Bénéficiaires ‰ habitants	
	2000	2004	2000	2004
Limousin	43 116	41 149	60,7 ‰	57,9 ‰
France métrop.	4 377 218	4 029 118	74,8 ‰	67,6 ‰

Sources : DREES, DRASS du Limousin

* régime général, régime agricole et professions indépendantes

Exploitation ORS

Nombres et taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle de base du régime général et agricole en 2004

	Nombre d'affiliés à la CMU de base		Bénéficiaires pour 1 000 habitants	
	2000	2004	2000	2004
Limousin	7 412	9 522	10,4 ‰	13,4 ‰
France*	906 201	1 266 168	15,5 ‰	21,2 ‰

Source : DREES

* métropolitaine

Exploitation ORS

Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, par département, en Limousin, en 2004

	Corrèze	Creuse	Hte-Vienne	Limousin
CMU complémentaire	9 951	8 406	22 792	41 149
Bénéficiaires de la CMU complémentaire pour 1 000 hab.	42,5 ‰	68,5 ‰	64,4 ‰	57,9 ‰
CMU de base (critères de résidence)	1 887	1 561	6 074	9 522
Bénéficiaires de la CMU de base pour 1 000 hab.	8,1 ‰	12,7 ‰	17,2 ‰	13,4 ‰
Total Effectifs	11 838	9 967	28 866	50 671
Total Taux	50,6 ‰	81,2 ‰	81,6 ‰	71,3 ‰

Source : DREES

Exploitation ORS

En 2004, le Limousin compte 50 671 bénéficiaires de la couverture maladie universelle, 9 522 pour la CMU de base et 41 149 pour la CMU complémentaire.

Au niveau départemental, la Haute-Vienne regroupe 63,8 % des bénéficiaires de la CMU de base et 55,4 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire.