

## À la une : Le renoncement aux soins, une réalité : les réponses de la CNAMTS

Malgré les différents dispositifs d'aide à l'accès aux soins : la PUMA (Protection universelle maladie), la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé), près d'un quart des assurés sociaux renonceraient aux soins. C'est ce que révèle une étude menée par l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et aux services) auprès de 28.452 usagers de l'assurance maladie, dans 18 départements répartis sur l'ensemble du territoire.

« La surmédicalisation coûte cher sur le long terme mais tout ce qui relève d'une sous-médicalisation entraîne des dépenses parfois très importantes à moyen terme » souligne Nicolas Revel, directeur général de la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Cette dernière a décidé de lutter contre ce phénomène par des actions concrètes.

### Rappel des différents dispositifs d'aide à l'accès aux soins actuellement en place

La PUMA que nous vous avons présentée dans notre lettre n°101 de juillet 2016, garantit la prise en charge des frais de santé pour les personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière.

Au-delà de ce socle, pour les personnes à faibles revenus, 2 dispositifs d'aide à la prise en charge de la part complémentaire des frais de santé sont également prévus :

- ◆ La CMU-C qui donne droit, selon un plafond de ressources, à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital),
- ◆ L'ACS, qui commence là où la CMU-C s'arrête : elle est réservée aux personnes dont les ressources sont juste supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C et jusqu'à 135% de ce plafond et donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé.

Ces 2 dispositifs prévoient en outre :

- ◆ la dispense totale d'avance des frais,
- ◆ des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires,
- ◆ l'exonération des franchises et de la participation forfaitaire de 1 euro.

### Une personne sur 4 renoncerait encore aux soins

D'après l'étude menée par l'Odenore sur les différents sites de l'assurance maladie, le taux moyen de renoncement serait même de 26.5%.

#### ◆ Des populations plus ou moins touchées

Les résultats sont très variables selon les régions : les taux de renoncement sont par exemple bien plus élevés en région PACA et en Rhône-Alpes-Auvergne et nettement plus faibles dans le Hainaut et en Moselle.

Quel que soit le département, les femmes sont plus touchées par le renoncement que les hommes. Les « renonçants » sont également plus souvent des personnes vivant seules et, dans une moindre mesure des familles monoparentales. Partout, les personnes en couple et sans enfant à charge sont en revanche moins concernées.

#### ◆ Effet des complémentaires santé

L'étude montre également que l'absence de complémentaire expose très fortement au renoncement aux soins : 20.1% des « renonçants » n'en disposent pas.

Enfin, elle met en évidence une meilleure protection des bénéficiaires de la CMU-C contre ce phénomène que ceux de l'ACS. L'Odenore émet l'hypothèse que ces derniers choisiraient une complémentaire avec de faibles garanties pour éviter un reste à payer.

#### ◆ Les types de soins renoncés

Les soins auxquels les personnes interrogées déclarent le plus renoncer sont, dans l'ordre : les soins dentaires prothétiques (38,6% des « renonçants »), suivis de près par les soins dentaires conservateurs. Arrivent ensuite les consultations en ophtalmologie (20,4%) et les achats d'optique (18,7%). Puis les consultations chez un spécialiste (14,3%) et celles chez un généraliste (13,3%).

On peut souligner que 17,5% des femmes « renonçantes » déclarent avoir renoncé à des consultations ou à des soins gynécologiques au cours des douze derniers mois.

#### ◆ Les raisons du renoncement

La principale raison invoquée est d'ordre financier : le reste à charge (pour 59% des « renonçants ») et les avances de frais (32,7%) sont les premiers obstacles à l'accès aux soins, et un peu en retrait, le fait de ne pas connaître le coût de la prestation (10,5%).

Outre ces raisons économiques, 2 autres motifs sont fréquemment cités : les délais pour obtenir les RDV avec les professionnels de santé (12,2%) et le manque de disponibilité des personnes interrogées pour se rendre aux consultations médicales (11,2%).

### Les actions de la CNAMTS pour apporter des réponses

Fort de ces constats, la CNAMTS lance son dispositif de lutte contre le renoncement aux soins des assurés dès le mois prochain dans plus d'une quarantaine de CPAM. Expérimenté dans la CPAM du Gard depuis novembre 2014 puis dans 21 départements, il devrait être étendu à l'ensemble du territoire d'ici mai 2018.

Son principe est de repérer les personnes en situation de renoncement aux soins au niveau des CPAM, des services médicaux et sociaux, des centres de santé ou encore des mutuelles... et de les accompagner dans leurs démarches. Ces dernières peuvent prendre la forme :

- ◆ d'un montage financier afin de réduire le reste à charge via l'aide d'un réseau de partenaires (fonds de secours des mutuelles...),
- ◆ d'une prise de contact avec les professionnels de santé afin d'orienter l'assuré dans le parcours de soins,
- ◆ d'une aide à l'ouverture ou la mise à jour des droits à la CMU-C ou à l'ACS.

Aujourd'hui, sur les 9.400 dossiers ouverts, 26% ont conduit à l'attribution de la CMU-C ou de l'ACS, 19% à la réalisation d'un montage financier et 19% à une orientation dans le parcours de soins. Pour ce qui concerne l'accès aux soins, près d'un dossier sur trois a débouché sur la réalisation effective de soins, 42% sont en cours et 28% classés sans suite.