



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

lutte contre l'exclusion

Question écrite n° 37293

Texte de la question

M. Yvan Lachaud attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur le rapport annuel rendu par l'observatoire de Médecins du monde sur l'accès aux soins des plus démunis. Il apparaît que la situation se dégrade, et que l'accès aux soins pour tous n'est plus garanti. Il est à craindre que la crise ne plonge des milliers de personnes dans la précarité, et que le nombre de personnes qui n'ont plus accès aux soins augmente. Les centres de soins de Médecins du monde reçoivent de plus en plus de malades français, dont certains ont la CMU, mais qui ne peuvent acheter les médicaments, ou qui sont au-dessus du seuil de revenus pour y avoir droit, ou des travailleurs pauvres. Par ailleurs, se pose une difficulté d'accès aux soins hospitaliers : les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) ne sont pas assez nombreuses et près de la moitié refusent les patients sans couverture maladie, alors que leur mission est de recevoir tous les patients. Enfin, il y a aussi les refus de soins des médecins envers les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Il souhaite donc savoir quelles mesures le Gouvernement entend prendre pour assurer l'accès effectif de tous aux soins.

Texte de la réponse

Le développement de l'accès aux soins est une préoccupation constante du Gouvernement. Les solutions mises en oeuvre pour y parvenir diffèrent en fonction des catégories de personnes concernées. Les personnes les plus défavorisées résidant en France dans des conditions régulières et stables peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire qui permet le tiers payant intégral chez tous les professionnels de santé et prend en charge des frais de santé non couverts par l'assurance maladie, notamment les soins dentaires et d'optique. Cette prestation est servie lorsque les ressources annuelles sont inférieures à 7 446 EUR au 1er juillet 2008 pour une personne seule. Pour répondre à la situation des personnes qui ne bénéficient pas de la CMU complémentaire mais qui ont des revenus faibles, un dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, sous condition de ressources, a été instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le Gouvernement s'attache à renforcer et à simplifier l'accès des assurés à ce dispositif qui a évolué depuis le mois de janvier 2008. À présent, les personnes qui bénéficient de cette mesure reçoivent un chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé. D'un montant de 100 à 400 euros en fonction de leur âge, il permet de réduire en moyenne de moitié la cotisation annuelle payée à un organisme complémentaire. L'amélioration de l'information entreprise depuis le début 2008 en direction des bénéficiaires potentiels du dispositif commence en outre à porter ses fruits. Le nombre de bénéficiaires ayant effectivement recouru à l'assurance complémentaire de santé (ACS) est en effet en augmentation de 34 % en novembre 2008 par rapport à novembre 2007. Par ailleurs, le montant de l'aide a été majoré dans le cadre du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST). Il convient également de mentionner que la généralisation de fait du tiers payant, notamment pour les frais pharmaceutiques et de laboratoire, permet à l'ensemble des assurés de ne pas faire l'avance de frais. S'agissant des refus de soins, le projet de loi HPST prévoit à son article 18 de renforcer le contrôle et la sanction de ce manquement grave à la déontologie professionnelle. Un renforcement du cadre légal s'intègre dans une démarche plus large visant à mieux détecter et prendre en compte les refus de

soins. Ainsi la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a réalisé un document d'information relatif aux droits et obligations des patients bénéficiaires de la CMUc à l'automne 2007. Elle a en outre mis en place un protocole de traitement systématique au niveau de chaque caisse des signalements de refus de soins par les missions locales de conciliation. Enfin, chaque caisse d'assurance maladie a reçu l'instruction par lettre réseau de la CNAMTS du 13 janvier 2009, d'assurer le suivi et le contrôle des 5 % de praticiens recevant le moins de bénéficiaires de la CMUc.

Données clés

Auteur : [M. Yvan Lachaud](#)

Circonscription : Gard (1^{re} circonscription) - Nouveau Centre

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 37293

Rubrique : Politique sociale

Ministère interrogé : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 9 décembre 2008, page 10629

Réponse publiée le : 14 juillet 2009, page 7095