



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 14633

Texte de la question

M. Henri Jibrayel attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le rapport 2012 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ZUS). Il montre en effet que les adultes vivant en ZUS se déclarent en moins bonne santé que ceux ne vivant pas en ZUS et qu'ils éprouvent des difficultés dans leur accès au soin. Les adultes vivant en ZUS déclarent également plus fréquemment avoir une moins bonne santé dentaire et être limités dans leurs activités du fait d'un problème de santé. Les femmes habitant en ZUS sont également plus souvent en surpoids ou obèses que celles résidant hors ZUS : 49 % d'entre elles sont en surpoids, contre 34 % dans le reste de leurs agglomérations. Le fait que les habitants des ZUS se déclarent en moins bonne santé peut être lié à des difficultés financières et d'accessibilité géographique dans l'accès aux soins. De fait, les habitants des ZUS présentent un profil particulier dans le recours aux soins. Ils ont moins souvent consulté des médecins spécialistes : seuls 56 % se sont rendus au moins une fois dans l'année chez un spécialiste, contre 64 % dans le reste de leurs unités urbaines. En outre, près d'un résident sur quatre des ZUS (23 %) déclare avoir déjà renoncé à des soins pour raisons financières, contre 15 % dans le reste de la France ; cet écart entre les ZUS et le reste de leurs agglomérations est particulièrement marqué pour les consultations chez le spécialiste et les soins dentaires. Trois adultes sur dix ne disposent pas d'une couverture maladie privée en ZUS. Plus de la moitié de ces derniers sont cependant couverts par la CMUC. Ceci laisse un adulte sur dix sans aucune couverture maladie dans ces quartiers, plus du double de ce qui est observé dans le reste de leurs unités urbaines. Il lui demande si le Gouvernement envisage des mesures ciblées afin de corriger ces inégalités et d'améliorer la santé des habitants de ces zones urbaines.

Texte de la réponse

Garantir un meilleur recours au droit des personnes constitue une préoccupation majeure du Gouvernement et un objectif prioritaire qu'il s'est fixé dans la suite des engagements du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté en janvier 2013. L'enquête sur la santé et la protection sociale de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) de 2012, a montré le rôle déterminant de la complémentaire santé, et notamment de la CMU-c, dans l'accès aux soins puisque les personnes sans complémentaire santé renoncent deux fois plus que celles qui en ont une, aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. Sur ce point, la France se situait à cette date en tête des pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), avec 96 % des assurés couverts par une complémentaire, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Ce niveau élevé a pu être atteint grâce notamment à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), complémentaire santé gratuite et de qualité, et à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS). La généralisation de la complémentaire santé en entreprise permettra à 7 à 8 millions de personnes d'améliorer leur couverture en bénéficiant d'un contrat collectif, et à 1 à 1,5 million de personnes sans couverture d'être couvertes. Par ailleurs, plusieurs mesures améliorent la couverture des personnes pauvres : le plafond de ressources permettant d'ouvrir droit à la CMU-c a ainsi été relevé de 8,3 % dès le 1er juillet 2013, permettant d'ouvrir les dispositifs d'aide à la complémentaire santé (CMU-c et ACS) à toutes les personnes dont les

ressources sont inférieures ou égales au seuil de pauvreté, soit 600 000 bénéficiaires supplémentaires. En parallèle, les garanties offertes par la CMU-c en matière de niveau de prise en charge dans le cadre du « panier de soins », notamment dans le secteur de l'optique, de l'audioprothèse et des prothèses dentaires, ont été améliorées en mai 2014 afin de supprimer les situations de reste-à-charge encore constatées pour ces publics. En complément, à la suite du rapport de juillet 2013 du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), l'ACS a été réformée afin d'améliorer le recours au dispositif et la qualité des contrats. Avec la procédure de mise en concurrence des contrats éligibles à l'ACS instaurée par la LFSS pour 2014, le recours au dispositif est facilité, grâce à une offre de complémentaire de qualité au meilleur tarif : 11 offres sélectionnées pour leur bon rapport qualité-prix et distribuées par environ 170 organismes complémentaires ont ainsi été sélectionnées. Elles permettent une amélioration de la couverture ou une baisse des prix. De plus, cette réforme de l'ACS s'accompagne de l'ouverture, au profit de ses bénéficiaires, du tiers payant intégral et de l'exonération des franchises et participations forfaitaires. Les conditions d'accès à la CMU-c des jeunes en rupture familiale sont par ailleurs assouplies. Au-delà, la généralisation du tiers-payant d'ici 2017 permettra aux assurés de ne plus avoir à faire l'avance des frais, au minimum pour la partie correspondant au remboursement de l'assurance maladie obligatoire, pour les soins dispensés en ville, levant ainsi, au moins partiellement, le frein potentiel que constitue cette avance de frais dans l'accès aux soins. Ces évolutions constituent des avancées importantes en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins des plus précaires et donc en particulier au niveau des territoires de la politique de la ville du fait des caractéristiques socio-économiques des populations qui y résident. Elles serviront par ailleurs l'action territoriale des agences régionales de santé, compte tenu de la réforme de la politique de la ville opérée en 2014 notamment en termes de géographie prioritaire. Les besoins spécifiques de ces territoires trouveront, d'ici peu, une réponse plus affirmée grâce au renforcement des projets régionaux de santé et, en leur sein, des schémas régionaux de santé qui viendront mettre un terme à l'approche segmentée de l'offre en santé en région (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins - SROS, et schéma régional d'organisation médico-social - SROMS). Ces nouveaux schémas, unifiés, permettront de concentrer, plus encore, les réponses aux inégalités sociales et territoriales en santé, en s'intéressant non seulement aux questions de prévention, mais aussi de soin, y compris dans sa dimension médico-sociale. Ainsi les ARS seront à même d'amplifier les actions menées depuis 2012 au profit des territoires fragiles, tout particulièrement en renforçant les actions menées en faveur de l'implantation des professionnels de santé à travers le pacte territoire-santé. Ce programme destiné à améliorer l'accès aux soins de proximité a été enrichi en novembre 2015 avec l'annonce d'un second volet ; parmi les mesures annoncées, figure notamment le nouveau partenariat avec la caisse des dépôts et consignations en matière d'investissements pour la création ou la rénovation de maisons ou de centres de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Données clés

Auteur : [M. Henri Jibrayel](#)

Circonscription : Bouches-du-Rhône (7^e circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 14633

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [25 décembre 2012](#), page 7632

Réponse publiée au JO le : [12 juillet 2016](#), page 6562