

L'ACCÈS aux SOINS

réalisé avec le soutien de la Fondation MACIF



Unccas

Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale



L'UNCCAS remercie tout d'abord la **Fondation Macif** pour son soutien à la réalisation de la journée nationale thématique "Tous égaux dans l'accès aux soins ?", organisée le 21 juin 2014, dont les réflexions ont servi de base à ce guide ainsi que pour le soutien à l'édition de cet ouvrage.

L'UNCCAS remercie également le **Fonds CMU** pour son soutien à la réalisation d'une étude menée par l'Union en 2013, auprès du réseau des CCAS et CIAS, visant à établir un état des lieux des actions menées par ceux-ci pour faciliter l'accès aux soins et à la santé des publics fragiles.

L'UNCCAS souhaite enfin remercier le groupe de travail composé d'élus et de techniciens qu'elle a réuni à plusieurs reprises entre 2013 et 2015, pour leur implication et leur contribution à ce travail de valorisation des actions mises en place par les CCAS sur ce champ.

INTRODUCTION

Quel paradoxe... Si la qualité de l'offre de soins et la couverture assurantielle en matière de santé dans notre pays sont reconnues, pour ne pas dire enviées, de nombreuses personnes en sont encore exclues ou n'y ont pas recours.

Ce non recours aux soins est une réalité à la fois économique et sociale, en grande partie liée à l'accentuation des phénomènes de précarité mais aussi à des inégalités territoriales et des obstacles culturels ou financiers. Bien souvent, sans même parler de prévention, les dépenses de santé sont ainsi les premières sacrifiées par les personnes en situation de précarité.



Certes, l'instauration de dispositifs légaux tels que la CMU, la CMU-C ou l'ACS ont grandement contribué à faire progresser l'accès aux soins des plus démunis. Pourtant, le constat est aujourd'hui sans appel. Outre les ménages aux ressources à peine supérieures aux barèmes d'attribution des dispositifs légaux, le non recours concernerait ainsi plus d'un quart des bénéficiaires potentiels de la CMU-C, et plus de la moitié des bénéficiaires potentiels de l'ACS.

Ces constats appellent immanquablement des réponses structurelles. L'UNCCAS en a évoqué certaines, à plusieurs reprises : relèvement du seuil d'accès à la CMU-C au niveau du seuil de pauvreté, réflexion autour de produits d'assurance véritablement adaptés aux personnes en situation de fragilité, généralisation du tiers payant sur la partie tiers-payable, etc. Puisse le projet de loi santé proposé en 2015 apporter quelques avancées en la matière.

Sans attendre, et à leur niveau, les CCAS ont en tout cas fait de l'accès aux soins et à la santé un important levier de lutte contre l'exclusion. Informer, orienter, accompagner, aider financièrement, coordonner ou animer des partenariats locaux... : les modalités d'intervention des CCAS en faveur de l'accès au droit à la santé sont particulièrement nombreuses. Elles sont à l'image de la diversité des situations individuelles auxquelles le service public de proximité répond de manière à la fois réactive et préventive.

Ce guide pratique témoigne ainsi des multiples actions menées par les CCAS en la matière. Il illustre la façon dont les CCAS contribuent à l'effectivité du droit aux soins et à la santé, sur l'ensemble des territoires. Une effectivité dont il importe que l'ensemble des acteurs - professionnels de santé, collectivités, pouvoirs publics, acteurs sociaux et médico-sociaux, etc. - se saisisse pleinement afin de faire de l'accès aux soins un champ exemplaire de l'accès aux droits.

Joëlle Martinaux
Présidente de l'UNCCAS



SOMMAIRE

6 I. UNE MISSION LÉGALE DES CCAS : LA PRÉ-INSTRUCTION DES DEMANDES D'AIDES LÉGALES DE SANTÉ

A. L'accès aux droits en matière de santé	7
1. La couverture maladie universelle de base (CMU)	7
2. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	7
3. L'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)	8
4. L'Aide Médicale d'Etat (AME)	8
B. Les actions des CCAS/CIAS dans la pré-instruction des demandes d'aide légale et d'accès aux droits	9
1. La pré-instruction des demandes d'aides légales en matière de santé par les CCAS	9
2. Les modalités de travail entre la CPAM et les CCAS/CIAS	9
C. Les Actions des CCAS/CIAS dans la lutte contre le non-recours aux droits de santé	10
1. La formation et la sensibilisation des agents aux problématiques de santé	11
2. La communication du CCAS sur les droits des personnes en matière de santé	11

12 II. LES AIDES FINANCIÈRES OCTROYÉES PAR LES CCAS EN MATIÈRE DE SANTÉ

A. Les différents motifs de demande d'aide	13
B. Evolution du volume et de la nature du public des demandeurs d'aides directes adressées aux CCAS/CIAS	13
1. Des demandes en hausse constante	13
2. Profil socio-économique des demandeurs d'aide financière à la santé auprès des CCAS	14
C. Les différentes modalités d'octroi d'une aide financière	14
1. Les critères d'octroi de l'aide	14
2. Le versement de l'aide	14

16 III. LES ACTIONS SPÉCIFIQUES MISES EN PLACE AUTOUR DE L'ACCÈS AUX SOINS : UNE GRANDE DIVERSITÉ D'ACTIONS

A. Les actions de prévention et de bien-être à destination de l'ensemble de la population	17
B. L'accès à une meilleure complémentaire santé	18
C. Des initiatives portées par les CCAS pour favoriser l'accès aux soins et à la santé de certains publics	20
D. Les initiatives auprès des personnes avec des troubles psychiques	22
E. La gestion d'une structure de santé	23

24 IV. LES AUTRES MODALITÉS D'INTERVENTION DES CCAS : PARTENARIATS ET COORDINATION

A. L'orientation vers d'autres acteurs	25
1. Les différents partenaires associatifs	25
2. Les structures de soins santé	26
3. Le financement d'actions portées par d'autres acteurs	27
B. La permanence des partenaires santé dans les CCAS	27
C. La coordination	29
1. Modalités de coordination par les CCAS	29
2. La participation des CCAS à des dispositifs de coordination	30

32 V. L'ACCÈS AUX SOINS EN EUROPE

A. État des lieux de la santé dans l'Union Européenne	33
B. L'Europe finance des projets de santé	33
C. Zoom sur la Belgique	33

GROUPE DE TRAVAIL

Véronique BARTEBIN, Directrice du CCAS de GRIGNY - veronique.bartebbin@grigny91.fr

Nathalie JOUFFRE, Directrice du CCAS de NICE - nathalie.jouffre@ccas-nice.fr

Gwenaëlle LAURENT, Référent Santé Solidarité du CCAS de BESANCON
- gwenaëlle.laurent@besancon.fr

Frédéric LOUSSOUARN, Responsable du pôle usagers, accès aux droits du CCAS de NANTES
- frederic.loussouarn@mairie-nantes.fr

Philippe METGE, Directeur du CCAS de ROYAN - p.metge@mairie-royan.fr

Sylvia PANTALEO, Psychologue/Animatrice "atelier santé mentale" du CCAS de BESANCON
- sylvia.pantaleo@besancon.fr

Marie-Françoise VEZIN, Directrice du CCAS de COLOMBES - vezinmf@gmail.com

Edith LEVY, Chargée de mission de la Fondation MACIF - elevy@macif.fr

Roselyne SERAC, Chargée de mission de la Fondation MACIF - contact@macif.fr

Juliette BOUREAU, Responsable des politiques de lutte contre les exclusions et d'accès aux droits de l'UNCCAS - jboureau@unccas.org

Eléonora BUSI, ancienne Responsable des politiques "Personnes âgées/personnes handicapées à domicile" de l'UNCCAS

BIBLIOGRAPHIE

ENQUÊTES & OBSERVATIONS SOCIALES, n°7, juin 2014, UNCCAS.

BAROMÈTRE DE L'ACTION SOCIALE LOCALE, octobre 2014, UNCCAS.

LES AIDES ET SECOURS DÉLIVRÉS PAR LES CCAS ET CIAS, 2009, UNCCAS.

BUDGETS ET COMPTABILITÉ DU CCAS ET DU CIAS, "Les indispensables de l'action sociale et locale", 2014, UNCCAS.

LES COMPTES DE LA SECURITÉ SOCIALE, septembre 2014.

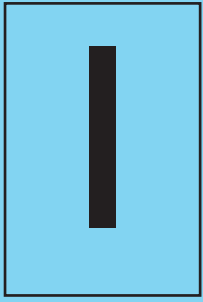
Site internet :

www.caseli.fr

www.ameli.fr

www.cmu-c.fr

www.info-acf.fr



I. UNE MISSION LÉGALE DES CCAS : LA PRÉ-INSTRUCTION DES DEMANDES D'AIDES LÉGALES DE SANTÉ

La pré-instruction des demandes d'aides légales est une des trois prérogatives des CCAS et des CIAS, avec la domiciliation et l'analyse des besoins sociaux. Dans cette logique, les CCAS et CIAS, établissements publics de proximité, épaulent les citoyens, notamment les plus précaires, dans leur démarche d'accès aux droits. Malgré leur éligibilité, certains ne recourent pas aux dispositifs d'accès aux soins et à la santé auxquels ils peuvent prétendre.

A. L'ACCÈS AUX DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ

L'accès à la santé et aux soins est un droit garanti par le Code de Santé Publique. La qualité de l'offre de soins et de la couverture assurantielle est souvent reconnue. Néanmoins, de nombreux obstacles subsistent dans l'accès aux soins des plus vulnérables, en dépit des dispositifs d'aide légale mis en place par l'Etat.

Quatre dispositifs ont été spécifiquement mis en place afin de permettre l'accès de tous à la santé. Votées en 1999, la Couverture maladie universelle (CMU) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ont été mises en place en 2000. L'Aide à la complémentaire santé (ACS) existe depuis 2005. Sa vocation est de réduire l'impact des effets de seuil constatés de la CMU-C. A ces dispositifs s'ajoute également l'aide médicale d'Etat (AME).

Ils sont instruits par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

1) La couverture maladie universelle de base (CMU)

Elle permet d'être remboursé de la part obligatoire des dépenses de santé (dont hôpital) dans les mêmes conditions que n'importe quel assuré. Il reste à la charge de la personne la part complémentaire, le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales.

Pour en bénéficier, il faut résider en France de manière stable et régulière et ne pas pouvoir prétendre à l'assurance maladie à un autre titre.

En fonction de ses revenus, la personne peut être redevable d'une cotisation. Le revenu pris en compte est le revenu fiscal de référence de l'année civile précédente. Cette cotisation s'établit à 8% d'un plafond fixé chaque année

en octobre (voir www.cmu.fr/plafonds).

Le dossier de demande est à retirer à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou à télécharger sur www.ameli.fr.

Les personnes sans domicile stable lors de leur demande doivent élire domicile auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale.

2) La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Elle offre la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (dont hôpital) à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale. Elle inclut des forfaits de prise en charge spécifiques, en plus des tarifs de sécurité sociale pour les soins dentaires, lunettes, prothèses auditives... Les bénéficiaires sont dispensés d'avance de frais, les professionnels de santé étant payés



directement par l'assurance maladie. L'intéressé n'a pas à payer la participation forfaitaire de 1€, ni les franchises médicales.

Pour en bénéficier, il faut résider en France de manière stable et régulière. Les ressources perçues au cours des douze derniers mois précédant la demande ne doivent, par ailleurs, pas être supérieures à un plafond fixé tous les ans. Son montant varie également selon la composition du foyer (voir www.cmu.fr).

Le droit à la CMU-C est accordé pour un an ; son renouvellement doit être demandé deux mois avant la date d'échéance.

Les personnes sans domicile stable lors de leur demande doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale.

3) L'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

L'ACS est une aide financière venant en déduction des cotisations à payer pour un contrat de complémentaire santé. L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C (dans la limite de 35% au-dessus du plafond).

Pour en bénéficier, il faut résider en France de manière stable et régulière. Les assurés sans domicile stable lors de leur demande doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé par l'autorité préfectorale.

Le dossier de demande d'ACS est à déposer ou à envoyer à la caisse d'assurance maladie dont dépend le domicile ou l'adresse administrative. Lorsque la demande d'ACS est acceptée, le foyer et chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans reçoit une "attestation de droit à l'ACS". Le bénéficiaire dispose d'un délai de 6 mois à compter de la date de décision d'attribution pour utiliser son attestation-chèque santé auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance).

L'ACS permet de disposer d'une dispense d'avance de frais sur la part obligatoire des consultations médicales et de bénéficier des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés quel que soit le médecin (même s'il pratique des honoraires libres). Le bénéfice de l'ACS ouvre droit également aux tarifs sociaux de l'énergie. Les caisses d'assurance maladie obligatoire transmettent aux fournisseurs d'énergie les coordonnées des bénéficiaires de l'ACS.

Le montant accordé varie selon l'âge du bénéficiaire (plus il est âgé, plus il perçoit). Le plafond est fixé annuellement.

L'ACS est réformée depuis le 1^{er} juillet 2015 afin d'offrir aux bénéficiaires des contrats de complémentaire santé à un meilleur rapport qualité prix.

Depuis cette date, pour faire valoir ses droits à l'ACS, le bénéficiaire doit souscrire à un contrat éligible à l'ACS. Il peut choisir entre trois niveaux de garanties en fonction de ses besoins (Contrat A, B ou C). La liste des contrats éligibles à l'ACS est disponible sur le site www.info-acis.fr. Un comparateur d'offres permet d'accéder au détail de l'ensemble des organismes complémentaires retenus.

- Les contrats en cours au 1^{er} juillet 2015 sur lesquels s'applique déjà une ACS, restent éligibles à l'ACS jusqu'à leur date d'échéance (y compris si l'ACS est renouvelée au cours de l'année 2015).

- Les personnes qui se voient attribuer l'ACS pour la première fois alors qu'elles ont déjà un contrat en cours peuvent modifier leur contrat actuel en un "contrat sélectionné" si celui-ci est souscrit auprès d'un organisme sélectionné ou bien, dans le cas contraire, obtenir la résiliation anticipée de leur contrat.

- L'ACS ne peut pas s'appliquer au contrat collectif d'entreprise. Pour faire valoir ses droits, le bénéficiaire peut demander à son entreprise une dispense d'affiliation au contrat collectif si l'acte juridique instituant les garanties collectives obligatoires le prévoit. Il peut ensuite souscrire à un contrat éligible à l'ACS auprès d'un organisme sélectionné. Il disposera alors du tiers payant intégral chez le médecin : il n'aura rien à payer lors des consultations.

4) L'Aide Médicale d'Etat (AME)

Elle prend en charge les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie (soins, prescriptions médicales, forfait hospitalier). Le bénéficiaire est dispensé de l'avance de frais, le professionnel de santé étant réglé directement par l'assurance maladie.

Elle concerne les étrangers en France depuis plus de 3 mois, qui ne disposent pas d'un titre de séjour ou d'un document prouvant que des démarches pour obtenir un titre de séjour ont été entamées.

Il existe un plafond d'attribution de l'AME, identique à celui de la CMU-C (voir www.cmu.fr).

Elle est accordée pour une durée d'un an. Il faut renouveler la demande auprès de la CPAM deux mois avant l'expiration des droits.

Pour bénéficier de l'AME, les personnes ne pouvant recevoir et consulter leur courrier peuvent se faire domicilier au sein d'un CCAS ou d'une association agréée.

B. LES ACTIONS DES CCAS DANS LA PRÉ-INSTRUCTION DES DEMANDES D'AIDE LÉGALE ET D'ACCÈS AUX DROITS

1) La pré-instruction des demandes d'aides légales en matière de santé par les CCAS

a) Une mission légale

Selon la lecture combinée des articles L 123-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles et L 861-5 du Code de la Sécurité Sociale, les CCAS sont habilités à pré-instruire les demandes d'aides légales et d'accès aux droits, l'instruction (c'est à dire l'ouverture du droit) relevant des prérogatives de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Huit CCAS sur dix impliqués dans une action d'accès aux soins instruisent des demandes d'aides légales concernant la santé, selon l'étude menée par l'UNCCAS auprès de son réseau en 2013. Cette publication indique en outre que l'aide légale la plus fréquemment pré-instruite par les CCAS est la CMU de base (environ 96% des CCAS citent cette instruction), suivie de très près par la CMU-C (92%). Les trois-quarts pré-instruisent l'ACS et ils sont 37 % à le faire pour l'AME.

Cette forte proportion de CCAS instructeurs, ajoutée aux liens entretenus avec leurs partenaires, souligne la place essentielle des CCAS en tant que relais pour accompagner le recours aux aides légales sur l'ensemble du territoire.

b) Les modalités d'accueil du public et la pré-instruction des demandes

Les modalités d'accueil du public et la pré-instruction des demandes d'accès aux soins diffèrent selon les territoires et la taille des CCAS, ainsi que selon leurs moyens et les priorités du territoire.

On peut constater néanmoins qu'un nombre important de CCAS mettent en place des accueils spécifiques afin de mieux répondre à la problématique de l'accès aux soins et à la santé. Après une première approche informative, les agents des CCAS accompagnent les usagers dans leurs démarches. Ils effectuent un travail de fond grâce à un rendez-vous personnalisé pour établir un diagnostic de la situation du demandeur :

- Quelle situation pour quels droits en termes d'accès aux soins de l'utilisateur (CMU, CMU-C, ACS...)?
- Quels documents/justificatifs pour quels droits ?
- Comment remplir le dossier ?

Ainsi, de plus en plus fréquemment et quand la taille des CCAS le permet, des agents sont dédiés à l'accueil du public et à la pré-instruction de leur dossier. Ils s'assurent que ces derniers soient complets.

L'enquête de l'UNCCAS indique par ailleurs que 33% des CCAS y ayant répondu disent avoir sensibilisé leurs agents aux questions de santé et d'accès aux soins. Il en résulte que les agents se sentent plus à l'aise face aux questions des usagers. Ils les aident plus efficacement dans leur démarche car ils ont une meilleure compréhension du sujet.

Les modalités d'accueil du public varient selon les structures afin d'épouser au mieux les besoins et la demande. Un diagnostic de tous les droits accessibles est souvent effectué dès le premier rendez-vous. Ainsi le bénéficiaire peut préparer tous les documents indispensables à l'ouverture de ses droits pour le deuxième rendez-vous.

Dans certains CCAS, des écrivains publics peuvent également intervenir pour aider le bénéficiaire à remplir le dossier (une demi-journée par semaine).

2) Les modalités de travail entre la CPAM et les CCAS

La CPAM est le partenaire privilégié des CCAS dans la pré-instruction des demandes d'aides légales relatives aux soins et à la santé. Si le dossier est complété en bonne et due forme, il est instruit plus rapidement. Un partenariat formalisé entre les deux entités facilite l'accès aux droits des personnes.

a) Le conventionnement avec la CPAM :

L'ACCORD-CADRE UNCCAS/CNMATS :

Le 30 avril 2013, l'UNCCAS et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont signé une convention pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité et développer l'accès aux tarifs sociaux de l'énergie. Ce protocole d'accord pose le principe d'un échange de moyens et de compétences entre les CCAS et les organismes d'assurance afin :

- d'organiser l'information et la formation continue des agents du CCAS pour assurer l'accompagnement des publics précaires dans leurs démarches relatives à l'assurance maladie (droits de base et complémentaires) ;
- d'optimiser la gestion et la transmission des dossiers de demande de CMU-C, d'ACS et d'AME, pour simplifier l'accueil, l'information et la prise en charge des publics reçus par le CCAS, et accélérer l'ouverture des droits ;
- de renforcer l'accès des publics précaires aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité.

Cette action est expérimentale. Elle s'inscrit dans le cadre de l'axe "Réduire les inégalités et prévenir les ruptures" du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté.

Cet accord est décliné en partenariats locaux entre les CCAS/CIAS ou les Unions départementales de CCAS/CIAS et les Caisses primaires d'assurance maladie et permet d'optimiser la gestion des dossiers de demandes de CMU-C, d'ACS et d'AME et de transmettre directement l'ensemble des pièces justificatives aux CPAM, ces dernières s'engageant à rendre leur décision dans des délais rapides.

A ce jour, plus d'une centaine de CCAS ont formalisé un partenariat avec une CPAM (sur la base de l'accord-cadre UNCCAS/CNAMTS ou de leur propre initiative).

b) Les modalités de travail entre la CPAM et les CCAS

La CPAM arrive en tête des organismes partenaires des CCAS, selon l'étude précitée menée par l'UNCCAS. Dans la moitié des cas, il s'agit d'une déclinaison locale de la convention CNAMTS/UNCCAS, mais un certain nombre de CCAS avaient, avant la signature de l'accord cadre au niveau national, déjà engagé un travail de partenariat avec la CPAM.

Dans un souci d'efficacité, tant en termes d'explication que de capacité à remplir les dossiers de demande de CMU-C, d'ACS ou d'AME, les agents des CCAS sont formés ou sensibilisés. Cette sensibilisation emprunte plusieurs voies :

- des réunions internes ou des colloques organisés sur le sujet ;
- des formations collectives ou individuelles.

Pour optimiser le travail entre les deux organismes, certains CCAS ont des contacts directs avec un référent à la CPAM ou des numéros de téléphone dédiés à la CPAM : devant la complexité des dossiers et des pièces demandées à l'usager, les réponses aux questions des agents sont plus rapides.

C. LES ACTIONS DES CCAS DANS LA LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS AUX DROITS DE SANTÉ

La convention CNAMTS/UNCCAS montre la volonté des deux parties de lutter contre le non-recours en matière d'accès aux soins. Néanmoins, selon Vincent Beaugrand, directeur du Fonds CMU, "la CMU-C totalise entre 65 et 80% de recours et l'ACS entre 30 et 45%."

"la CMU-C totalise entre 65 et 80% de recours et l'ACS entre 30 et 45%."

La longueur et la complexité du dossier, le nombre de pièces justificatives, un renouvellement annuel pour la CMU-C, l'ACS et l'AME sont autant de barrières qu'une formation des agents et qu'une information claire et simple peuvent lever. Les CCAS sont donc une structure centrale en la matière.

1) La formation et la sensibilisation des agents aux problématiques de santé

Grâce à la convention CNAMTS/UNCCAS, les CCAS et la CPAM ont accru leur collaboration.

Elle se traduit à plusieurs niveaux. Des agents du CCAS sont formés par la CPAM afin d'apporter une réponse de qualité aux demandeurs : ces formations sont jugées par les CCAS comme un préalable indispensable à la bonne collaboration entre CCAS et CPAM. Par ailleurs, dans la mesure du possible, il faut que ces sessions de formations soit reconduites annuellement en raison du taux de rotation des agents dans le service d'accueil du CCAS mais aussi des évolutions législatives qui nécessitent une mise à jour régulière des connaissances des agents.

Au-delà de la formation, un des aspects les plus positifs de la collaboration entre CCAS et CPAM porte sur la mise en place d'un interlocuteur privilégié par les CPAM (via notamment un numéro de téléphone et/ou adresse e-mail dédiés). Cela a permis dans un grand nombre de cas de réduire de manière significative les délais de traitement des dossiers. En outre, la CPAM et les CCAS, dont la culture sociale peut diverger, s'efforcent de dialoguer, de se réunir pour fluidifier les échanges, d'assurer une traçabilité et une réactivité.



LE CCAS DE CLAPIERS (34) : PRIORITÉ À L'INFORMATION

La signature de la convention date de du 27 novembre 2013. Avant cette date, les agents instruisaient déjà les demandes de CMU-C ou d'ACS et aidaient les usagers dans leurs démarches auprès de la CPAM. La signature de la convention permet un échange en temps réel avec un délégué social avec qui les agents peuvent correspondre rapidement sur les dossiers qui posent problèmes mais aussi avoir un traitement plus rapide des diverses demandes (attestations, dépôts de dossiers, demande d'intervention du délégué dans notre commune...). Grâce à ce partenariat, il a été possible de mettre en place des journées d'informations sur les droits existants à la CPAM et les tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité. Ainsi, trois demi-journées ont été dédiées à différents publics : les aînés, les bénéficiaires sur RSA et les jeunes de moins de 25 ans. A ces occasions, le public a pu poser des questions au délégué présent et des dépliants informatifs ont été remis à chacun en fin de journée.

A noter que d'autres partenaires extérieurs comme la CARSAT, certaines mutuelles, des professionnels de santé ou le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES) interviennent également auprès des agents des CCAS pour clarifier certains dispositifs ou créer des partenariats.



LA FORMATION UNCCAS : "L'ACCÈS AUX SOINS DES FAMILLES EN PRÉCARITÉ"

*Outre les partenaires institutionnels du domaine de la santé, il existe une nouvelle formation spécifique proposée par l'UNCCAS pour répondre aux besoins des agents : "L'accès aux soins des familles en précarité". Son objectif est de comprendre l'accès aux soins (CMU, CMU-C, l'ACS, l'AME), de connaître les conditions d'ouverture des droits en fonction du statut de l'interlocuteur (par exemple, les détenus, les mineurs étrangers, les étrangers sans papiers...), de savoir orienter les personnes pour l'ouverture des droits et effectuer les démarches pertinentes pour défendre les personnes lésées (le défenseur des droits, les recours juridictionnels, l'aide juridictionnelle...).*¹

2) La communication et l'information sur les droits des personnes en matière de santé

Les personnes en situation de précarité peuvent négliger leur santé car ils ne la considèrent pas comme leur priorité. La difficulté est alors de les repérer et de leur faire prendre conscience de l'importance de la prévention pour éviter l'action curative, qui arrive souvent tard, et qui peut être lourde. Pour lutter contre le non-recours à l'accès aux soins, plusieurs axes de communication peuvent ainsi être développés pour mettre en valeur l'action du CCAS, que ce soit :

- en interne ;
- auprès des partenaires ;
- auprès de la population en général.

Il est nécessaire que les usagers soient sensibilisés à la nécessité de se soigner, à l'existence des dispositifs ou encore aux démarches à suivre. L'information est diffusée sous diverses formes :

- écrite (affichage, dépliant, carte) ;
- verbale (réunion, échange, théâtre, accompagnement, atelier) ;
- vidéo (qui peut mêler le verbal et le visuel).

Au sein des CCAS, l'affichage peut être utilisé. Mais, les agents sont aussi des bons vecteurs de communication. Certains CCAS créent des initiatives en termes de prévention. Elles peuvent être destinées aux personnes âgées grâce à des ateliers de prévention de chute, de stimulation cognitive, de lutte contre les troubles d'audition... Elles prennent aussi la forme de rencontres dans les EPHAD, ou de réunions d'information.

Les campagnes de communication s'adressent également à une population plus large ciblant alors la vaccination, le dépistage des cancers, de pathologies comme le diabète ou le cholestérol, l'hygiène bucco-dentaire, l'équilibre alimentaire...

Certains CCAS utilisent le site internet de la ville ou du CCAS, le journal municipal ou les panneaux d'affichage municipaux pour diffuser l'information. Le CCAS de Colombes, par exemple, adapte et relaie systématiquement les campagnes nationales (vaccination pour la grippe...) en travaillant avec une agence de communication.

L'information ne doit pas être stigmatisante et doit rester simple. L'interactivité est un moyen intéressant pour diffuser l'information car elle implique les publics ciblés.

¹ Plus d'information sur le site de l'UNCCAS : www.unccas.org/formation/



II. LES AIDES FINANCIÈRES OCTROYÉES PAR LES CCAS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Selon l'enquête publiée par l'UNCCAS en juin 2014, 60% des CCAS engagés dans l'accès à la santé proposent des aides financières en matière de santé. Cette proportion dépend de la taille du territoire. Ainsi, une aide financière est proposée dans 83% des CCAS des villes de plus de 30 000 habitants.

A. LES DIFFÉRENTS MOTIFS DE DEMANDE D'AIDE

En matière d'accès aux soins ou à la santé, les aides financières (non remboursables) octroyées par les CCAS répondent à une grande diversité de motifs et de situations. Selon l'enquête de l'UNCCAS, deux raisons principales au versement d'une aide émergent : les frais relatifs aux petits appareillages et les dépenses liées à l'acquisition d'une complémentaire santé (hors ACS). Les CCAS constatent par ailleurs une augmentation de demande d'aides financières sur ces deux postes. Le CCAS de Grigny (91) indique, par exemple, qu'en 2013, 15% du budget total des aides facultatives a eu pour objet l'acquisition d'appareils ou le paiement de complémentaire santé.

1) L'aide au financement d'un appareillage

Les petits appareillages incluent les prothèses auditives, l'orthodontie, les lunettes.... Ces petits appareillages ne bénéficient pas d'une bonne prise en charge par l'assurance maladie en raison de leur coût élevé. Les usagers n'ont donc pas les moyens financiers d'y recourir seuls.

Les frais liés à ces petits appareillages représentent la plus grosse part des aides financières dédiées à l'accès aux soins. L'enquête réalisée par l'UNCCAS montre que 25% des CCAS attribuent des aides remboursables (prêt à taux zéro ou microcrédit personnel) pour pourvoir à ces frais spécifiques. Les gros appareillages (fauteuils roulants...) peuvent être également concernés et font parfois l'objet d'aides remboursables ou non.

2) L'aide au financement d'une mutuelle

Le deuxième poste d'aide au financement est l'acquisition d'une mutuelle pour les personnes non bénéficiaires de l'ACS. Cela représente 70% des aides octroyées. Une des raisons du renoncement aux soins est un reste à charge trop élevé.

Afin de financer le reste à charge pour l'acquisition, les

bénéficiaires de l'ACS demandent également des aides pour atteindre le coût de la complémentaire. Cet octroi représente 33% des demandes d'aide financière auprès des CCAS.

3) Les autres motifs de demande d'aide

Les autres motifs de demande d'aide concernent notamment les dépenses d'actes courants (consultations, examens, pharmacie...), les frais d'hospitalisation, les frais de transport (ambulance, taxi pour rendez-vous médicaux), les frais de prise en charge pour une expertise psychologique (demande de mesure de protection).

Ces motifs démontrent l'intérêt du développement du tiers payant, pour les consultations médicales en particulier. Ce dispositif est entré en vigueur en juillet 2015 pour les bénéficiaires de l'ACS et devrait être généralisé en 2017 à tous les usagers.

B. EVOLUTION DU VOLUME ET DE LA NATURE DU PUBLIC DES DEMANDEURS D'AIDES DIRECTES ADRESSÉES AUX CCAS

Le baromètre annuel de l'UNCCAS 2014 a révélé que, pour la sixième année consécutive, plus des deux-tiers des CCAS (68%) constatent une hausse des demandes d'aides qui leur sont adressées. Près de la moitié des CCAS estiment que les ménages en difficulté renoncent à assumer leurs dépenses de santé (64% dans les villes de plus de 10 000 habitants).

1) Des demandes en hausses constantes

Selon l'enquête de l'UNCCAS, il est estimé qu'en 2013, les CCAS ont octroyé environ 22 500 aides financières pour l'accès aux soins. En 2013, en moyenne, le budget consenti aux aides financières spécifiques à l'accès aux soins est de 1 812 €. Les disparités sont grandes entre les territoires : de 714€ en moyenne pour les CCAS de villes de moins de 5 000 habitants à 7 684€ dans les villes de plus de 10 000 habitants.

Par extrapolation des résultats obtenus, le budget global consacré par les CCAS aux aides financières pour l'accès aux soins et/ou à la santé en 2013 s'élèverait à environ trois millions d'euros.

2) Profil socio-économique des demandeurs d'aide financière à la santé auprès des CCAS

a) Profil des demandeurs

Selon l'enquête menée par l'UNCCAS en juin 2014, il apparaît que les femmes sont surreprésentées en tant que demandeurs d'une aide à la santé auprès des CCAS (68% des demandes). En outre, une majorité de personnes de plus de 60 ans (44%) est à l'origine de la demande (20% pour les personnes de 50 à 59 ans et 31% de 25 à 49 ans).

Les personnes seules représentent près des deux-tiers des demandeurs.

Le statut socioprofessionnel des demandeurs se décline comme suit : 42% des demandeurs sont des retraités (ce qui correspond au public historique des CCAS) ; 30% des demandeurs sont bénéficiaires des minima sociaux, 12% sont des personnes au chômage et 10% sont des salariés.

b) Situation par rapport aux aides légales

Il apparaît que 83% des demandeurs d'aides en matière de santé sont affiliés à la sécurité sociale pour leur assurance maladie ; 12% bénéficient de la CMU ; les bénéficiaires de l'AME sont marginaux. Environ la moitié des demandeurs dispose de leur propre complémentaire santé sans avoir eu recours à l'ACS pour l'acquérir. 15% des demandeurs bénéficient de l'ACS et 14% sont couverts par la CMU-C. A noter que près d'un tiers des demandeurs ne sont couverts par aucune complémentaire santé.

C. LES DIFFÉRENTES MODALITÉS D'OCTROI D'UNE AIDE FINANCIÈRE

1) Les critères d'octroi de l'aide

Les aides aux soins et à la santé sont des aides facultatives. Il appartient aux conseils d'administration des CCAS de créer, par délibération, les différents types d'aides, ainsi que leurs formes, en fonction de leurs priorités et des besoins de la population mais aussi d'en définir leurs conditions d'attribution (l'article R.123-21 du CASF faisant référence à "l'attribution des prestations dans des conditions définies par le conseil d'administration").

Ainsi, comme pour toute aide facultative, leurs critères d'octroi peuvent être les suivants (cumulables ou non et non exhaustifs) : les conditions de ressources (situation financière, reste pour vivre), la composition familiale (personne seule avec ou sans enfant, couple avec ou sans enfant), la situation professionnelle, les conditions de nationalité, les conditions de résidence, les conditions d'âge (personnes âgées...), l'urgence du soin...

2) Le versement de l'aide

Les aides peuvent prendre plusieurs formes : les aides en espèces (argent liquide ou chèque), un règlement direct au créancier (hôpital, opticien, transporteur) selon les règles basiques de la comptabilité publique (voir *Budgets et comptabilités du CCAS et du CIAS*, édité par l'UNCCAS).

Pour ne pas être pris au dépourvu, des CCAS ont créé un fonds dédié à l'accès aux soins pour répondre, notamment aux urgences.



LE CCAS DE BESANÇON (25) (117 599 HABITANTS) : UN FONDS DÉDIÉ À L'ACCÈS AUX SOINS

Le CCAS de Besançon a créé un fonds spécifique santé. Il permet de financer des consultations dans l'urgence, des aides au financement pour des examens médicaux pour les bénéficiaires de la CMU en attente de la validation de leur dossier. Ce fonds peut également contribuer au montage de projet de santé coûteux, en complément d'un microcrédit personnel (appareillages légers ou lourds). Il peut également servir à avancer des frais de transport.

A noter que les prêts remboursables ou le microcrédit personnel sont des solutions préconisées et mises en place par certains CCAS pour les demandes d'aides d'appareillages (petits ou lourds). Dans le cas du microcrédit, des CCAS peuvent aider à la création du dossier et à l'obtention du crédit bancaire.



LE CCAS DE LAVAL (53) (50 658 HABITANTS) : UN MICROCRÉDIT POUR FAVORISER L'AUTONOMIE

Le CCAS de Laval a créé en 2012 le microcrédit autonomie. Il s'adresse aux Lavallois en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie et ne pouvant obtenir un crédit bancaire. Ce microcrédit est notamment dédié à l'acquisition d'équipement ou d'appareillage en lien avec la situation du bénéficiaire. Il permet d'augmenter le montant maximum du prêt par rapport à un microcrédit classique. Le prêt peut atteindre 6 000 euros, remboursable en 60 mois tout en bénéficiant de la garantie du fonds de cohésion sociale à titre dérogatoire dans le cadre des accidents de la vie.

Ce type de microcrédit dédié est une alternative aux crédits revolving. Il ne génère pas de frais d'assurance ni de questionnaire santé. Le CCAS de Laval a créé un partenariat financier avec le Crédit Municipal de Nantes et la Caisse des dépôts et consignations. Une initiative transposable.



CCAS

médecin

hôpital

vaccins

Vos Droits

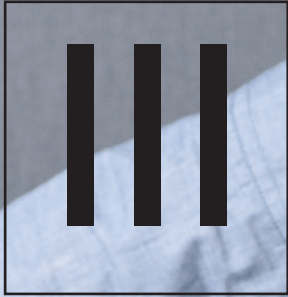
santé

dentiste

maladie

patients

diagnostique



III. UNE GRANDE DIVERSITÉ D'ACTIONS VOLONTARISTES MISES EN PLACE AUTOUR DE L'ACCÈS AUX SOINS

Comme le montre le baromètre de l'UNCCAS 2014, 48% des CCAS estiment que les ménages confrontés à des difficultés financières renoncent à assumer leurs dépenses de santé. Plus le territoire est grand, plus l'estimation est importante : ainsi, 66% des CCAS de communes comprenant entre 10 000 et 30 000 habitants pensent que les ménages renoncent aux soins. Dans ce cadre, les CCAS ont développé des actions innovantes pour encourager un large public à s'informer sur l'importance de l'accès aux soins.

A. LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE BIEN-ÊTRE À DESTINATION DE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

Les CCAS développent des actions destinées à l'ensemble de la population en matière de prévention santé en ciblant tous les publics. Les interactions familiales, intergénérationnelles ont pour objectif d'éveiller les consciences par rapport à la nécessité d'être attentif à sa santé et peut-être de faire évoluer les comportements.



LE CCAS DE GRIGNY (91) (27 713 HABITANTS) : LA SEMAINE SANTÉ BIEN-ÊTRE

Depuis 2010, le CCAS de Grigny (91) est maître d'œuvre de la Semaine Santé Bien-être dont l'objectif est la prévention pour tous en matière de santé. Elle conjugue animations et interventions des partenaires sanitaires et sociaux. Le contenu du programme de la semaine est en partie déterminé par un questionnaire qui recueille les besoins et souhaits des habitants. Formalisées, les thématiques prioritaires seront portées spécifiquement par le Pôle Santé du CCAS lors de la semaine. Un programme quotidien combine prévention, information, accès aux droits et bien-être. Ont ainsi été abordés les thèmes suivant : sommeil, addiction aux jeux virtuels, capital santé, dépistage du diabète, conseil de nutrition, estime de soi, relaxation, sports doux... Des ateliers interactifs, des conférences, une palette d'intervenants très diversifiée (réflexologues, praticiens de Qi Gong, coiffeur...) coexistent pendant cette période. Tous les publics sont concernés : les écoliers, collégiens, lycéens, adultes jeunes et moins jeunes, personnes en situation de handicap, personnes âgées... La Semaine Santé Bien-être est dimensionnée pour que chacun trouve des réponses ou une orientation. Au total, plus d'une trentaine de partenaires (dont des bailleurs) participent à l'événement. Le Pôle Santé du CCAS s'appuie sur ces thèmes pour étoffer son plan d'actions annuel.



LE CCAS DE PRIVAS (07) (8 312 HABITANTS) : LE BUS SANTÉ

Le CCAS de Privas en partenariat avec les acteurs médico-sociaux du territoire fait circuler un bus prévention santé visant à lutter contre le renoncement aux soins de santé. Il est le fruit d'un constat : une difficulté de compréhension entre un public précaire ayant une approche curative et non préventive des soins et une sphère médicale qui ne prend pas suffisamment en compte l'aspect social dans la prise en charge des patients. Ainsi en lien avec la CPAM, la CARSAT et le Conseil Général, le "Bus prévention santé" est né. L'action se déroule en trois temps.

- L'intervention sociale d'aide à la personne pour détecter les problématiques et constituer un groupe de bénéficiaires.
- L'intervention sociale d'intérêt collectif qui se déroule sur trois demi-journées, dont une consacrée à l'information sur les aides légales d'accès aux soins.
- Et enfin, une journée au centre d'examen d'Avignon (grâce au bus) pour établir individuellement un bilan qui sera ensuite communiqué au médecin traitant.

Une action similaire existe à La Rochelle (8 312 habitants).



LE CCAS DE COLMAR (68) (67 257 HABITANTS) : LA SANTÉ ET LA SOCIALISATION GRÂCE AU SPORT

Dans le cadre de l'accompagnement vers l'insertion sociale des bénéficiaires du RSA, l'assistante sociale du CCAS de Colmar a constaté que les personnes concernées étaient pour beaucoup sédentaires, démotivées, sans confiance en elles, qu'elles avaient des difficultés à sortir de chez elles, présentaient des problèmes de santé, des douleurs physiques, des comportements addictifs et des troubles du sommeil. En complément de l'accompagnement social, une pratique physique et/ou sportive a été proposée afin que ces personnes puissent se maintenir en forme et en tirer un bénéfice sur leur santé physique et sur leur moral. L'action s'est déroulée un vendredi sur deux, de 14h à 17h. Elle se concluait par un goûter et une sensibilisation à la santé (bonnes habitudes alimentaires, troubles du sommeil). Les sites sportifs retenus étaient facilement accessibles à pied. Le programme des activités comprenait trois cycles de trois séances d'activités de nature différente : gym douce, tennis de table, jeux collectifs de ballon et marche. Au bout d'un an, tous les participants ont amélioré leur capacité à l'effort.



LE CCAS DE GRASSE (06) (51 021 HABITANTS) : CAP SANTÉ

Cap Santé Grasse est l'une des principales actions d'information, de sensibilisation et de prévention santé, mais aussi un lieu de rendez-vous des partenaires sociaux de la commune. L'événement se déroule sur trois jours. Organisé sous forme de 10 Pôles thématiques (prévention hygiène de vie, prévention cancer, agir pour bien vieillir...), Cap Santé Grasse a présenté 40 ateliers interactifs. Des conférences-débats, des représentations théâtrales sur la toxicomanie, sur le bon usage du médicament, sur les comportements alimentaires et des séances de relaxation ont complété le dispositif. Tous les publics sont concernés : environ 7 000 visiteurs sont accueillis en 3 jours, dont des scolaires. 160 partenaires ont participé à l'opération.



LE CCAS DE SENS (89) (25 106 HABITANTS) : UN MÉDECIN TRAITANT POUR TOUS VIA UNE CONVENTION AVEC SOS MÉDECIN

La Ville de Sens et SOS Médecins Sens ont initié en 2015 un projet expérimental d'un an pour pallier le manque de médecins sur la commune. Ce projet appuyé par l'Agence régionale de santé (ARS) vise à offrir une solution notamment aux personnes âgées fragilisées, car isolées et atteintes de pathologies chroniques, qui se retrouvent sans médecin traitant quand le leur part à la retraite. Le CCAS est chargé d'établir la liste de patients en s'appuyant sur le listing de veilles sociales. Les personnes seront ensuite prises en charge par SOS Médecins, en tant que "structure collective traitante". Dans le cadre de cet accord, les membres de l'association peuvent, comme tout praticien référent, renouveler des ordonnances (leur activité est normalement limitée à la permanence de soins). Le dispositif se veut en outre transitoire, les patients devant le quitter dès qu'ils ont trouvé un médecin traitant.

B. L'ACCÈS À UNE MEILLEURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

L'absence de couverture maladie complémentaire est un obstacle à l'accès aux soins, en particulier pour les personnes à revenus modestes.

Le dispositif de l'ACS vise à atténuer l'effet de seuil de la CMU-C basée sur des conditions de ressources en aidant les personnes qui se trouvent au-dessus du seuil d'accès à la CMU-C à pouvoir néanmoins acquérir une assurance complémentaire. Parallèlement à l'ACS et dans le cadre de leur action sociale, certaines CPAM ont créé des dispositifs locaux de complément afin de limiter le reste à charge des assurés et de lever ainsi un blocage à l'accès aux soins.

Fin 2013, 1,16 million de personnes détenaient une attestation ACS, soit une augmentation de 15% par rapport à 2012. (voir Les Comptes de la Sécurité Sociale-septembre 2014, p. 112). Mais, un peu moins de la moitié de la population visée recourt à l'ACS : en 2012, le taux de recours était compris entre 30% et 43%.

La non souscription d'une couverture complémentaire est une des manifestations les plus sensibles des difficultés d'accès aux soins et à la santé. Celle-ci peut s'expliquer à la fois par le coût du contrat et/ou l'inadaptation du panier de soins. Partant de ce constat, certaines communes ont pris l'initiative de proposer à leurs habitants l'accès à une mutuelle à un tarif modéré via la souscription d'un contrat collectif.

Des CCAS ont fait le choix d'aider les usagers à acquérir une mutuelle à un prix raisonnable avec un volet assurantiel, qui même s'il est de base, couvre un champ de soins adaptés à la population. Diverses méthodes

ont été retenues par les CCAS : chercher la meilleure mutuelle et négocier pour que les tarifs soient adaptés à la commune, trouver plusieurs mutuelles pour laisser un choix aux usagers, s'adosser à une mutuelle pour créer une mutuelle communale pour tous les habitants.



LE CCAS D'ANNEMASSE (74) (33 166 HABITANTS) : UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE À PRIX ABORDABLE

Face aux difficultés de certains usagers de recourir à une couverture assurantielle, des CCAS ont créé des partenariats avec des mutuelles. C'est le cas à Annemasse, précurseur en la matière puisque le dispositif existe depuis 1987. Sont concernés les foyers qui se situent en dehors des cadres CMU-C et ACS en raison du dépassement des barèmes. Son objectif : obtenir une couverture santé complémentaire à prix abordable. Trois organismes ont été contactés. Le choix s'est porté sur Mutuelles de France. Les usagers concernés doivent respecter un processus déterminé par le CCAS : s'adresser à l'assistante sociale municipale de leur secteur, constituer un dossier détaillant la situation, les problèmes de santé éventuels, les ressources et les charges du demandeur. Après étude, la commission permanente du CCAS donne suite ou non. Si la réponse est favorable, un dossier (pièces justificatives, bulletin d'adhésion, RIB, attestation de sécurité sociale...) est alors constitué lors d'un rendez-vous. Un quotient familial est défini afin d'établir le montant de la cotisation. Le CCAS a choisi l'option de base pour ce contrat de groupe. Il ne requiert pas de limite d'âge, pas de délais de carence, pas de questionnaire santé, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires... Ce choix satisfait les assurés.



LE CCAS DE NANTES (44) (291 604 HABITANTS) : SOUTIEN À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

En 2012, afin de lutter contre les inégalités face à la santé, le CCAS de Nantes a lancé une démarche innovante visant à soutenir les nantais dans l'acquisition d'une complémentaire santé. Le dispositif se déroule en quatre temps : un diagnostic "couverture sociale et complémentaire" pour tout nantais qui s'adresse à la Direction des solidarités, une information neutre sur le choix d'une complémentaire santé, le soutien dans l'acquisition d'une complémentaire santé, le développement d'actions de prévention territorialisées. Le CCAS a retenu quatre mutuelles suite à l'appel à partenariat. Depuis le début du dispositif, 181 contrats ont été signés couvrant plus de 200 personnes. Dans le cadre du contrat avec ces 4 mutuelles, il n'y a pas de délai de carence et pas de questionnaire santé.

Le CCAS octroie par ailleurs une aide financière pour l'acquisition de la mutuelle si la somme à régler reste encore trop élevée, malgré l'ACS ou l'aide supplémentaire de la CPAM (on parle du reste à charge situé à 25%).

En dépit de l'intérêt des dispositifs pré-cités, l'UNCCAS attire néanmoins l'attention de ses adhérents sur les risques encourus, notamment juridiques.

En effet, la souscription d'un contrat collectif à adhésion facultative ou le fait de relayer une offre spécifique de mutuelle renvoient à des professions réglementées et nécessitent de respecter les règles de mise en concurrence et de passer par une procédure de marché public.

LE CONTEXTE « MOUVANT » DU SECTEUR DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

- La loi prévoit à compter du 1er janvier 2016 l'obligation pour tous les employeurs de proposer une mutuelle d'entreprise à leurs salariés, ce qui devrait permettre l'accès à la complémentaire santé de nombreux salariés non couverts aujourd'hui.
- Le gouvernement a engagé un processus de renforcement des dispositifs légaux d'accès à la complémentaire santé :
 - ✓ Relèvement des seuils d'accès à la CMU-C et à l'ACS
 - ✓ Lancement d'une campagne nationale d'information sur l'ACS afin de lutter contre le non recours
 - ✓ Revalorisation des paniers de soins et appel

d'offres national pour sélectionner les mutuelles autorisées à proposer les contrats de complémentaire santé afférents

- La réglementation européenne va contraindre dans les années à venir les mutuelles à se rassembler afin de répondre aux exigences du droit européen : les fusions qui vont intervenir risquent de compromettre la "survie" des mutuelles communales, mutuelles souvent proposées par des opérateurs locaux dont l'absorption par des mutuelles nationales questionnera la pérennité de ces contrats de mutuelles communales bénéficiant à un nombre très limité de personnes au regard des volumes nationaux de "clients".

C. DES INITIATIVES PORTÉES PAR LES CCAS POUR FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS ET À LA SANTÉ DE CERTAINS PUBLICS

Sur leur territoire, les CCAS ont identifié des populations prioritaires en termes de prévention santé et d'accès aux soins. Des initiatives ciblées, impliquant divers partenaires

médico-sociaux ou associatifs, ont vu le jour.

Les initiatives destinées aux personnes âgées et portées par les CCAS sont nombreuses et diverses. Beaucoup privilégient la prévention (nutrition, chute, audition, santé bucco-dentaire) afin de modifier les comportements de cette population qui vit soit en établissement, soit chez elle (et qui risque donc l'isolement). Le but est de les encourager à aller vers de bonnes pratiques en matière de santé et d'accès aux soins.



LE CIAS DE VENDÔME (41) (17 024 HABITANTS) : PRÉVENTION NUTRITION

L'isolement, la perte d'autonomie, les troubles digestifs, les maladies chroniques sont autant de facteurs déclenchant ou accentuant la dénutrition des personnes âgées. L'information sur l'équilibre alimentaire s'effectue par le biais de conférences interactives durant une après-midi dans les 11 communes du Pays de Vendôme. L'équilibre alimentaire est traité par une diététicienne, un tableau magnétique rappelant les différents aliments à consommer chaque jour est remis aux participants ainsi qu'une pyramide pour calculer les besoins alimentaires quotidiens. Après les questions-

réponses, une collation est partagée. Le mois suivant, un bilan est établi en recontactant les participants. Ces conférences ont permis de chasser beaucoup d'idées reçues sur l'alimentation. Elles sont aussi l'occasion d'aller plus loin dans la sensibilisation car un temps est dédié à la prévention des chutes, au dépistage audition et vision. Enfin, elles permettent de lutter contre l'isolement. Les partenaires : le Groupement de Santé publique, la CNSA, la CARSAT, la Mutualité du Loir et Cher...



LE CCAS DE MONTPELLIER (34) (268 456 HABITANTS) : PRÉVENTION POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES RÉSIDENTS D'EHPAD

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut entraîner de graves conséquences sur la qualité de vie : risque de dénutrition, perte de goût, pathologies cardiaques, articulaires, rhumatismes... Le CCAS de Montpellier gère 7 EHPAD. Il a donc mis en place une action préventive pour les résidents des établissements en coopération avec l'UFR d'odontologie de l'université de Montpellier et l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSB). 15 étudiants ont réalisé un bilan bucco-dentaire physiologique et fonctionnel sur les

résidents consentants (ou avec l'accord écrit de leur responsable légal). Les étudiants interviennent 30h réparties sur 15 jours ; le matériel utilisé est jetable. En 2013, 281 résidents ont bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire et 344 en 2014. Ce dépistage a permis d'adapter les pratiques des soignants : brossage, entretien des prothèses... Dans la continuité, le personnel soignant des EHPAD doit être formé pour maintenir la bonne hygiène bucco-dentaire des résidents.

Au-delà des personnes âgées, les personnes en situation de handicap peuvent également faire l'objet d'une attention particulière. Bien souvent, les démarches engagées en direction de ces publics touchent

l'ensemble de la population et mobilisent un certain nombre d'acteurs parmi lesquels les professionnels de santé.



LE CCAS DE VIENNE (38) (29 077 HABITANTS) : UN FORUM POUR SENSIBILISER AU HANDICAP

La ville et le CCAS de Vienne sont très engagés en matière de handicap. Cet engagement s'est concrétisé au travers d'une charte. Le CCAS a formé les différents personnels communaux à l'accueil de personnes en situation de handicap, qu'il soit physique, auditif, visuel ou mental. Placé sous l'égide du bicentenaire de la naissance de Louis Braille, un forum éponyme a été organisé en novembre 2009. Toutes les associations locales impliquées dans le handicap ont collaboré avec le CCAS. Ils ont créé un événement

de deux jours où se sont côtoyés tous les publics. Les objectifs étaient de favoriser les rencontres, changer le regard sur la différence, mieux intégrer le handicap dans la ville au quotidien, faire émerger des projets culturels ou artistiques de personnes en situation de handicap. Conférences, ateliers, stands, projections débats, expérimentation, représentations artistiques, en tout 450 professionnels ont participé au forum.



LE CCAS DE ROYAN (17) (17 690 HABITANTS) : PERMANENCE HANDICAP-AUTONOMIE

Depuis juillet 2011, une permanence handicap autonomie accueille le public deux demi-journées par mois à la maison des associations, proche du CCAS. Cette initiative est née suite aux nombreux courriers adressés à la vice-présidente du CCAS, déléguée au handicap, à l'accessibilité et à l'autonomie. Ces courriers montraient combien les personnes en situation de handicap méconnaissaient leurs droits. Cette permanence est gérée par un binôme : l'adjointe à l'origine du projet et un agent formé aux problématiques du handicap. A elles deux, elles reçoivent 9 à 10 personnes par session. Elles accueillent, écoutent, conseillent et accompagnent les bénéficiaires dans leurs démarches auprès de la

MDPH. En 2012, 600 personnes de toute la Charente-Maritime s'y sont rendues. Parmi ce public, 70% sont des personnes âgées. Parmi les demandes de tous les publics confondus 85% concernent l'obtention d'une carte d'invalidité et de stationnement auprès de la MDPH et 15% une demande de logement adapté auprès de la ville de Royan. En raison de l'engagement de l'élue auprès de la CDPCH, le traitement de certains dossiers prioritaires peut être accéléré. Cette permanence alimente la prospective de la ville en termes d'aménagement pour l'accessibilité et de services à la personne.

Les femmes peuvent rencontrer des problématiques d'accès aux soins spécifiques, liées à des vulnérabilités qui prennent différentes formes : violences conjugales,

non dépistage de cancers du sein, isolement, barrière de la langue, différence de culture... Des CCAS ont créé des dispositifs pour tenter d'y remédier.



LE CCAS DE MONTPELLIER (34) (268 456 HABITANTS) : ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE ET DE LEURS ENFANTS

Le CCAS de Montpellier est précurseur dans le développement des dispositifs d'aide et d'accompagnement des femmes victimes de violence conjugale et de leurs enfants. Une équipe pluridisciplinaire anime un service d'hébergement, un service d'accueil et d'orientation (SAO) et un accueil de jour spécialisé dans les violences conjugales (ADJ). Le SAO diagnostique la situation des demandeuses, l'ADJ les accompagne dans leur parcours. Le SAO et l'ADJ s'appuie sur un réseau de

professionnels (avocats, tribunaux, psychologues, médecine légale...). Des ateliers collectifs, éducatifs et thérapeutiques sont offerts aux femmes, mais aussi aux enfants qui ne sont pas mis de côté dans le processus. En 2013, la plateforme téléphonique a reçu 854 appels, un entretien psychologique ou social a été proposé à 210 personnes. 88 personnes ont été hébergées en urgence et en long séjour.



LE CCAS DE TRÉLAZÉ (49) (12 929 HABITANTS) : DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le CCAS de Trélazé a constaté que le taux de participation au dépistage du cancer du sein sur la commune était plus faible que la moyenne départementale. Parallèlement, une association de femmes d'origine turque a pointé la difficulté d'accompagner les femmes membres de leur association vers le dépistage. Un groupe de travail collectif réunissant des élus, des professionnels de la santé et des habitants a développé

des outils et des actions adaptés pour encourager le dépistage du cancer du sein. Sur la même période, un atelier santé ville a été créé pour lever les freins à l'accès aux soins des publics les plus fragiles. Le résultat a été l'élaboration d'une plaquette rassurante, illustrée de dessins et de vignette. Une version traduite en turc et en arabe a été produite.

Le public étranger peut être pénalisé dans le recours et l'accès à la santé et aux soins, en raison d'une mauvaise compréhension de la langue française. Il en est de même

pour des bénéficiaires victimes d'illettrisme. Des initiatives ont été mises en place pour pallier ce déficit.



LE CCAS DE VOULTE-SUR-RHÔNE (07) (5 115 HABITANTS) : UNE ORDONNANCE VISUELLE

Le CCAS de la Voulte sur Rhône a créé une ordonnance visuelle afin d'aider les personnes illettrées, analphabètes ou étrangères ne maîtrisant pas le français à bien comprendre la posologie médicamenteuse. Lors d'un cours d'alphabétisation, un père de famille a expliqué l'intoxication médicamenteuse d'un de ses enfants car l'ordonnance lui était incompréhensible. Il n'avait pas osé s'adresser aux professionnels de santé, ni aux professionnels sociaux pour expliquer son problème. L'ordonnance visuelle est un recours en cas de non capacité à lire le français. Elle permet de gérer en autonomie et en sécurité les prescriptions

médicales. Grâce à des gommettes de couleur et un tableau de suivi, le traitement médical est prescrit : les différents médicaments, la quantité, la périodicité, la durée. Le pharmacien intervient pour coller les gommettes. Le document en question est distribué par le CCAS aux professionnels de santé et médico-sociaux mobilisés, ainsi qu'aux familles et aux institutions en charge de la santé et de la lutte contre l'illettrisme. Les partenaires opérationnels : préfecture de l'Ardèche, les acteurs du contrat local de santé (Etat, ARS, Conseil départemental, CARSAT, CPAM, ville).

D. LES INITIATIVES AUPRÈS DES PERSONNES AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES

La souffrance psychique des publics vulnérables est souvent négligée. Elle est pourtant réelle et constitue plusieurs freins : la peur d'en parler, la peur d'accéder aux soins, l'exclusion... Les CCAS constatent ainsi une prégnance de troubles psychiques parmi le public accompagné et/ou accueilli. Les acteurs sociaux ne sont pas toujours formés pour aborder ce type de souffrance.

A noter que les conseils locaux de santé mentale peuvent être un outil pour travailler en partenariat sur les problématiques rencontrées. Intervenant en majorité à l'échelle communale et regroupant des acteurs du secteur social, de la psychiatrie et de la santé, ces conseils traitent en général des questions liées au logement, à l'information en santé mentale ou encore à la santé mentale des mineurs. Au-delà de l'implication des élus, dans plus de trois quart des cas, les CCAS et CIAS sont membres de leur comité de pilotage.



LE CCAS DE NICE (06) (343 629 HABITANTS) : EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE

Le CCAS de Nice a établi une convention de partenariat avec l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). L'EMPP intervient notamment dans les structures d'accueil de jour et de nuit du CCAS. L'EMPP est rattachée au CHU de Nice. Elle est composée à plein temps d'un psychiatre et d'une infirmière. Elle facilite le dépistage des troubles psychiques chez les personnes en situation de précarité et d'exclusion, elle oriente ces personnes vers des professionnels médico-sociaux publics. Elle améliore les liaisons entre les acteurs de santé et sociaux qui exercent auprès de ces publics. L'EMPP insiste sur l'importance de la formation en matière de santé mentale des acteurs intervenant en première ligne auprès de ces publics.



LE CCAS DE CHALON-SUR-SAÔNE (71) (44 564 HABITANTS) : POINT ÉCOUTE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Suite à un diagnostic réalisé par l'observatoire régional dans le cadre de l'atelier santé ville de Chalon-sur-Saône, les problèmes psychologiques ont été identifiés comme un des axes prioritaires pour les jeunes comme pour les adultes en état de précarité. Il a été constaté que les professionnels se trouvent à leur tour démunis car ils ne savent pas toujours où orienter ce public, ni comment faire face aux délais d'attente dans les structures spécialisées. Un point écoute a donc été créé par le CCAS dans une pièce dédiée à l'Espace santé Prévention. Une psychologue intervient 12h par semaine avec ou sans prise de rendez-vous selon les jours ou les heures de permanence. L'information peut être dispensée par une infirmière conseillère de santé. Le nombre d'entretiens a augmenté au fil des années (hommes, femmes entre 25 et 60 ans, dont la moitié est au chômage). Les services scolaires y ont également recours pour des élèves repérés en difficulté.



LE CCAS DE BESANÇON (25) (116 353 HABITANTS) : PARRAINAGE D'UN GROUPEMENT D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM)

Le CCAS de Besançon parraine le GEM Les amis de Ma Rue Là. Les objectifs sont de faciliter l'accès aux dispositifs de droit commun et aux soins pour les usagers défavorisés, mais aussi de soutenir le recours aux soins pour les populations qui présentent des troubles psychiques afin d'éviter le risque de rupture dans l'accompagnement médico-social. En complément du soin, il s'agit d'ouvrir un lieu caractérisé par un travail éducatif pour identifier les possibilités d'insertion et de remobilisation de cette population fragilisée. L'accueil est inconditionnel. Le GEM, accompagné par une assistante sociale du CCAS, travaille sur l'élaboration de projets. Afin de faire vivre les liens de parrainage entre la GEM et le CCAS, une convention a été signée, une assemblée générale est organisée, un comité technique se réunit deux fois par an et un membre du CCAS siège au conseil d'administration du GEM. Ce projet s'inscrit dans le cadre d'un Contrat Local de Santé.

E. LA GESTION D'UNE STRUCTURE DE SANTÉ

Selon leur taille et leur compétence, des CCAS peuvent gérer des structures de santé afin d'encourager l'accès aux soins pour les plus démunis et les plus vulnérables, parfois réfractaires au monde médical.



LE CCAS DE GRENOBLE (38) (158 346 HABITANTS) : SOINS MÉDICAUX POUR SANS-ABRIS MALADES

Le CCAS de Grenoble dispose de 9 places de Lit Halte Soins Santé (LHSS) répartis sur deux sites : au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale La Boussole et au Centre d'Accueil Intercommunal. Y sont reçues les personnes sans abri nécessitant des soins infirmiers. L'hébergement proposé est adapté à la réalisation du soin. L'admission se fait par l'intermédiaire du service social du demandeur et sur prescription médicale, après décision de la commission compétente. L'objectif de la structure est de permettre l'accès aux soins médicaux à des personnes sans abri, malades, mais dont l'état ne justifie pas ou plus une hospitalisation. On évite ainsi l'aggravation des pathologies et les situations d'exclusion du système de soins. L'équipe des LHSS mène également un réel accompagnement social afin d'éviter un retour à la rue à l'issue de la période de soin.



LE CCAS DE NICE (06) (343 629 HABITANTS) : LE CARREFOUR SANTÉ

Le CCAS de Nice a pris le parti de mettre la santé et l'accès aux soins à la portée de tous. « Le carrefour santé pour tous » est une structure médicale, sociale et de soutien psychologique. Il est géré par le CCAS. La volonté était de rassembler en un même lieu plusieurs approches de l'accès aux soins, adaptées à la diversité des besoins recensés.

Une antenne de premier accueil médicalisé est dédiée à un public en très grande précarité et sans couverture sociale. Des consultations de médecine générale, des soins infirmiers, la délivrance de médicaments gratuits, une aide à l'instruction des dossiers CMU-CMUC AME et ACS par un travailleur social et une orientation vers les services spécialisés dans la prise en charge de la précarité sont les principales missions de cette antenne. Le but est d'aider ce public particulier à accéder à ses droits et de l'encourager à se soigner.

Le Centre de santé assure des consultations médicales, des soins infirmiers et peut orienter vers des services médicaux spécialisés. Le tiers payant et la télétransmission y sont pratiqués : les personnes bénéficiant d'une couverture sociale totale, par le biais de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME sont prises en charge à titre gratuit. Le ordonnances émises par le Centre de Santé sont honorées dans toutes les officines de la ville de Nice.

"Le Carrefour Santé pour tous" inclut un partenariat avec le CHU de Nice pour le public précaire et/ou âgé afin d'assurer une continuité de prise en charge médicale ou paramédicale (pendant l'hospitalisation et à la sortie).

Des permanences de partenaires associatifs offrent aux personnes en difficulté aide, soutien et accompagnement (traducteurs, alphabétisation...).

Des actions d'éducation à la santé et de prévention sont également organisées par le biais de conférences pour tout public (usagers et professionnels).

IV



IV. LES AUTRES MODALITÉS D'INTERVENTION DES CCAS : PARTENARIATS ET COORDINATION

A. L'ORIENTATION VERS D'AUTRES ACTEURS

Si les CCAS repèrent, sensibilisent, soutiennent les usagers dans l'accès aux droits, ils les orientent également vers des partenaires qui du fait de leur expertise sauront les prendre en charge. L'inverse est également vrai.

1) Les différents partenaires associatifs

Les CCAS collaborent en toute logique avec les partenaires associatifs présents sur le territoire. Redondance dans les actions, engagement sur des voies existantes ou engorgement de certains services sont ainsi évités. Les CCAS s'appuient également sur des associations pour mettre en place des dispositifs ciblés d'accès aux soins. Les associations peuvent être nationales avec une antenne communale ou d'origine locale. Les partenariats peuvent le cas échéant prendre la forme d'un conventionnement. Les exemples sont évidemment nombreux puisque la pratique est courante.



LE CCAS DE MONTPELLIER (34) (268 456 HABITANTS) : UNE ACTION IMPOSSIBLE SANS PARTENAIRES

Le CCAS de Montpellier dans le cadre de l'accompagnement des femmes et des enfants victimes de violences conjugales travaille avec des associations nationales ancrées localement comme le Secours Catholique, Médecins du Monde, les Restos du Cœur, la Croix Rouge Française, la banque alimentaire. Le CCAS s'appuie également sur des associations locales comme l'Avitarelle (urgence sociale, hébergement, logement), le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociales (CHRS) Regain, le CHRS l'Oustral, Adage (Association de Développement d'Animation et de Gestion d'Etablissements Spécialisés), Arc-en-Ciel (lutte contre la toxicomanie), Via Voltaire (lutte contre l'exclusion et clinique du lien social, conjugal et familial). Grâce à ces partenariats, les femmes victimes de violences conjugales peuvent être relogées soit en urgence, soit en appartements relais, soit en logement autonome ; suivre des ateliers collectifs et thérapeutiques avec leurs enfants... plan d'actions annuel.



LE CCAS DE MONTBÉLIARD (25) (26 024 HABITANTS) : S'APPUYER SUR LE SAVOIR DES ASSOCIATIONS

Le CCAS de Montbéliard a organisé un forum de la santé et du bien-être « Prendre soin de soi » en 2008. Tout comme d'autres CCAS, Montbéliard a coopéré avec beaucoup d'associations en vue de mettre en place des actions de prévention ou d'information : FrancheComté Alzheimer, l'association de cardiologie de Franche Comté, le comité Montbéliardais de la ligue contre le cancer, nutrition conseil 25, la Gym Volontaire, l'association AVC (avec différents médecins). Des partenaires institutionnels (CPAM, CODES) ont également participé à la manifestation.



LE CCAS DE GRENOBLE (38) (158 346 HABITANTS) : UNE MEILLEURE ALIMENTATION

Le CCAS de Grenoble, le service de promotion de la santé de la ville et l'association Soli'gren ont défini un projet pour atteindre les objectifs suivants : combattre les inégalités alimentaires en termes d'équilibre et d'apports nutritionnels, renforcer le lien et la mixité sociale et favoriser le développement de l'agriculture locale. Concrètement, un panier de fruits et légumes de 3,5kg est distribué aux bénéficiaires. Le prix du panier dépend du quotient familial du foyer bénéficiaire. Le panier est un point d'entrée pour sensibiliser le public grâce à des actions sur l'alimentation santé, des ateliers cuisine, des visites chez les producteurs. Le CCAS collabore avec Soli'gren (association de promotion de l'agriculture locale – label "Terre d'Ici"). L'association Altervie (association de promotion de l'agriculture locale – fournisseur EARL "Les fruits de ma passion") et le fonds de promotion des marchés (producteur local : EARL Scaringella) ont été retenus comme fournisseurs.



LE CCAS DE NICE (06) (343 629 HABITANTS) : LA PRISE EN CHARGE DES SANS-ABRIS

A Nice, le CCAS travaille en partenariat avec l'Equipe Mobile d'Urgence sociale de jour de la Mutualité Française et avec la Croix Rouge Française la nuit. Les associations interviennent soit sur signalement du 115 ou de tout intervenant, soit dans le cadre d'une maraude classique. Leur vocation est d'entamer un dialogue, instaurer une relation de confiance afin d'offrir aux sans-abris aide, réconfort, assistance et information. Les équipes proposent un accompagnement social et médical et s'assurent de la prise en compte de la demande des bénéficiaires par les dispositifs de droit commun.

La nuit, la Croix-Rouge Française est en contact permanent avec le CHU de Nice et le SAMU 06 afin de mettre en œuvre une prise en charge sanitaire si nécessaire. En outre, si l'intervention médicalisée n'induit pas d'hospitalisation, le bénéficiaire sera conduit dans un lieu d'hébergement adapté. Par ailleurs, la Croix-Rouge Française collabore avec les associations et institutions ouvertes la nuit (accueils de nuit du CCAS, Médecins du Monde et PSA Nice) dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie.

2) Les structures de soins

Il existe plusieurs structures créées pour prendre en charge les plus démunis. Les CCAS peuvent y orienter les bénéficiaires en fonction des disponibilités sur les territoires. Revenons sur deux types de structures qui maillent l'hexagone.

a) Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes précaires au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement. Ce dispositif a été créé par la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. La permanence est située dans un établissement public de santé ou un dans un établissement privé assurant une ou plusieurs missions de service public définies à l'article L.61121 du Code de la Santé Publique. Elle peut également être installée hors de l'établissement. Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), environ 410 PASS fonctionnaient en 2013.

La PASS s'adresse aux personnes en situation de précarité qui ont besoin de soins et ne peuvent y accéder pour diverses raisons : conditions de vie (désocialisation, difficultés à s'orienter, absence de logement), freins économiques (dépenses lourdes, couverture sociale insuffisante ou inexistante), absence de droits (non recours, complexité administrative, migration), incapacité à suivre le parcours de prise en charge.

Une PASS accueille, informe et engage des actions de prévention, d'orientation et de soins. Les soins de santé se déclinent au sens large : consultation médicale généraliste ou spécialisée, soins d'odontologie ou infirmiers, délivrance de médicaments, etc. La PASS peut recourir à un service d'interprétariat. Elle assiste également la personne dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de ses droits (dont la couverture sociale). A l'issue de sa prise en charge, le patient est orienté vers les dispositifs de droit commun. Les actes effectués par la PASS sont gratuits.

La PASS fonctionne avec au moins un médecin et une assistante de service social qui travaillent en binôme. D'autres professionnels peuvent intervenir.

Si les CCAS orientent les bénéficiaires vers les PASS ou s'adjoignent leurs compétences, d'autres peuvent être à l'origine de la création d'une PASS, à l'instar du CCAS de Royan, dont l'analyse des besoins sociaux du territoire avait montré le besoin de la création d'une telle structure.



CCAS DE SAINT-DENIS (93) (108 274 habitants) : PASS ET DOMICILIATION

Depuis juillet 2013, le CCAS de Saint-Denis a mis en place une PASS dans deux centres de soins de ville. Les bénéficiaires sans couverture maladie peuvent s'y présenter. Ils seront accueillis par une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmières, psychologue, agents...). Si les professionnels détectent que les bénéficiaires n'accèdent pas à tous leurs droits (CMU, CMU-C...), ils les orientent vers une médiatrice administrative pour discuter de leur situation et leur ouvrir leurs droits. Le PASS de ville coopère avec la CPAM pour accélérer l'ouverture des droits. Si la médiatrice constate que ces usagers ne sont pas domiciliés, elle établit une fiche de liaison pour la référente du pôle santé de la direction de la santé au CCAS afin d'entamer les démarches de domiciliation auprès de ce dernier. Ce dispositif a été créé pour répondre à plusieurs problématiques : désengorger les urgences du Centre Hospitalier, éviter que les usagers ne reçoivent que des soins curatifs, sensibiliser les usagers à l'accès aux soins, établir des relations de confiance pour un suivi pérenne des usagers. Ce dispositif est financé par l'ARS.

b) Centres de soins

Les centres de soins ou de santé se trouvent généralement en ville. Leur création répond à une procédure d'autorisation gérée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à un conventionnement avec l'assurance maladie (CPAM) qui leur impose :

- le strict respect des tarifs conventionnels du secteur 1 de la convention entre les praticiens et l'assurance maladie ;
- l'obligation de la pratique du tiers payant ;
- l'autorisation de pratiquer des actes dit "hors nomenclature" avec une tarification élaborée avec

mesure, qui concerne en premier lieu les actes de prothèses dentaires.

Le tiers payant permet à l'assuré social, à jour de ses droits, une dispense d'avance de frais qui peut être :

- soit totale, si le centre est conventionné avec les mutuelles,
- soit partielle, si le centre n'a pas de convention avec les mutuelles. Dans ce dernier cas, l'assuré doit régler le "ticket modérateur" correspondant à la part non prise en charge par l'assurance maladie, puis adresser à sa mutuelle le reçu pour être remboursé.

Il existe plusieurs typologies de centre de soins : gérés par des mutuelles, par le réseau national mutualiste, par une association, par une ville.

Le réseau national de centres de santé mutualistes regroupe 500 centres de santé en France.

Les centres de santé médicaux ou polyvalents mettent à la disposition des usagers une équipe médicale diversifiée, tout en assurant une médecine de proximité sans dépassement d'honoraires. Toutes les disciplines médicales sont représentées : gynécologie, dermatologie, cardiologie, ORL, radiologie, etc.

La prévention et l'éducation thérapeutique font aussi partie des missions des centres de santé médicaux ou polyvalents mutualistes. De nombreuses actions sont proposées soit de façon systématique, soit à l'occasion de journées nationales (dépistage du cancer du sein, du risque cardio-vasculaire, consultation d'aide au sevrage tabagique, test mémoire, etc.)

Les grandes villes gèrent également de Centres de soins, comme à Nice ou à Paris (6 centres). Leurs prérogatives sont similaires aux centres gérés par le réseau mutualiste.

Dans les zones moins urbaines, les municipalités peuvent regrouper plusieurs professionnels (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes, diététiciennes, podologues...) dans les maisons de santé ou des maisons prévention santé, là encore conventionnées avec l'ARS.

3) Le financement d'actions portées par d'autres acteurs

Les CCAS peuvent également financer des actions portées par d'autres acteurs pour favoriser la prévention en matière de santé ou l'accès à la santé et aux soins. Le subventionnement a des associations spécialisées dans l'accès aux soins et à la santé ou à d'autres associations pour des actions spécifiques sur ce champ est une des multiples façons qu'ont les CCAS de s'investir.



LE CCAS DE DUNKERQUE (59) (90 995 HABITANTS) :

REPAS ÉQUILIBRÉ POUR LES SANS-ABRIS AVEC L'ARMÉE DU SALUT

Le CCAS de Dunkerque possède un restaurant social pour les personnes en difficulté. En partenariat avec la Banque Alimentaire, 40 déjeuners sont distribués par jour. Dans la même veine, mais dans un autre quartier, le CCAS a voulu proposer aux sans-abris un déjeuner chaud et équilibré au quotidien car rien n'existait. Ainsi avec au moins un repas consistant par jour, les sans-abris limitent les carences. La nutrition a un fort impact sur la santé. Un mauvais équilibre alimentaire ou la dénutrition peut entraîner des problèmes bucco-dentaires, digestifs, de carences... En mangeant un repas chaud par jour, les sans-abris peuvent prévenir certains maux. En outre, s'attabler, respecter quelques mesures d'hygiène sont autant de moyens pour ce public précaire de se socialiser et de ne pas rester isolé. Le CCAS s'est rapproché de l'Armée du Salut. Cette association est hébergée dans des locaux de la ville, propres à accueillir de la restauration (respect de la chaîne du froid notamment...). Y sont livrés tous les midis des plateaux repas. Ils sont élaborés par le prestataire qui assure les repas de la livraison à domicile pour les personnes âgées. Le menu est identique. Le CCAS investit 45 000€ par an dans cette action portée par l'Armée du Salut.

B. LA PERMANENCE DES PARTENAIRES SANTÉ DANS LES CCAS

Sur certains territoires, les CCAS prennent le parti de créer des permanences avec des partenaires santé pour faciliter l'accès aux soins. En effet, les publics vulnérables n'ont pas toujours la possibilité, ou une confiance suffisante pour aller consulter un professionnel médico-social.

Pour pallier tous ces écueils, des partenariats ont vu le jour entre les CCAS et les professionnels de santé. Ils diffèrent d'un territoire à l'autre. De nombreuses collaborations sont possibles : présence d'un référent santé dans chaque antenne ou d'une psychologue comme à Besançon, présence d'une psychologue détachée de la Maison de la promotion de la santé dans les différentes antennes du CCAS à Dunkerque, intervention de la PASS à Vernouillet, intervention de personnel hospitalier et de professionnels de santé à l'Île de Groix, coopération avec le Centre de médecine préventive à Pompey ou avec la CPAM et l'UFSBC à Grigny...





LE CCAS DE VERNUILLET (28) (11 899 HABITANTS) : PERMANENCE SANTÉ À L'ÉPICERIE SOCIALE

Le CCAS de Vernouillet a décidé de lutter contre le renoncement aux soins en proposant des permanences aux publics en difficulté financière. L'épicerie sociale a été le lieu retenu pour accueillir la PASS de l'hôpital de Dreux. La peur de se rendre à l'hôpital ou les difficultés de transport pour se rendre à l'hôpital sont des freins à l'accès aux soins identifiés par l'ABS. Alors pourquoi ne pas amener le CHU de Dreux aux habitants précaires ? L'épicerie sociale est un lieu connu des personnes en difficulté, un lieu d'échanges et de convivialité. En janvier 2008, les consultations ont ainsi commencé à raison de 2 matinées par mois. L'équipe présente était composée d'un médecin, d'une assistante sociale et d'une infirmière. Cette approche a permis de détecter des personnes n'ayant jamais bénéficié d'un suivi médical ou encore des personnes dépressives. Malgré le succès, le nombre de jours de présence de la PASS a drastiquement baissé en raison de difficultés financières du CHU : 5 matinées par an. Néanmoins, le projet se poursuit et devrait se développer, avec des locaux plus adaptés. Le partenariat PASS/CCAS a facilité la prise en charge du public visé.



LE CCAS DE L'ILE DE GROIX (56) (2 223 HABITANTS) : UNE ANTENNE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE SUR L'ÎLE

L'île de Groix est une commune qui fait partie de la Communauté d'agglomération du Pays de Lorient. Son caractère insulaire est un frein pour que les familles se rendent sur le continent pour une consultation chez l'orthophoniste ou rencontrer une assistante sociale. Le CCAS a donc pris l'initiative de créer une plateforme médico-psychologique. L'acquisition de locaux attenants à la mairie a favorisé la mise à disposition d'un endroit neutre pour les consultations. L'antenne médico-psychologique a démarré avec une orthophoniste et une psychologue, présentes deux fois par mois. Puis, les consultations sont devenues hebdomadaires. La demande a augmenté pour les deux spécialistes. Les soins ont alors été organisés par catégories d'âge. Une consultation psychiatrique a vu le jour, avec deux équipes d'infirmiers chaque semaine, prenant en charge les personnes de moins de 60 et de plus de 60 ans en alternance. Un psychiatre intervient une fois par mois. Des assistantes sociales assurent également des permanences selon des fréquences différentes. Le SESSAD de Lorient assure des soins à domicile. Un véhicule est à disposition du personnel. Le CCAS s'est adossé au Centre hospitalier Charcot de Lorient, au Conseil départemental, à la CRAM, à l'ENIM et au SESSAD de Lorient pour les interventions de professionnels médico-sociaux.



LE CCAS DE POMPEY (54) (4 888 HABITANTS) : UN DENTISTE À L'ÉPICERIE SOCIALE

Le CCAS de Pompey a orienté son dispositif d'accès aux soins vers l'intervention d'un dentiste du Centre de Médecine Préventive du CHU de Brabois. Lors des permanences sociales, des dégradations bucco-dentaires avaient été observées chez les usagers précaires. Il a été constaté également que certains dentistes sur le territoire étaient réticents à soigner les bénéficiaires de la CMU. Le CCAS a donc lancé une action de prévention bucco-dentaire en partenariat avec le comité de prévention dentaire de Meurthe et Moselle et le centre de médecine préventive. Il s'agissait d'encourager les

familles à faire un bilan dentaire et de les amener à changer leurs habitudes et de les informer sur les dispositifs facilitant l'accès à une mutuelle. La permanence a lieu une fois par mois, dans le local de l'épicerie sociale lors de son ouverture, afin de toucher le public fréquentant l'épicerie. Les usagers se sont montrés réceptifs aux conseils du dentiste. Les enfants ont également été suivis lors de séances au centre aéré. La participation est bonne depuis que les patients connaissent la dentiste.

C. LA COORDINATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

La coordination entre les CCAS, les associations existantes et les professionnels de santé est nécessaire pour mener à bien les actions et répondre aux besoins détectés sur le territoire.

1) Modalités de coordination par les CCAS

A la lumière des exemples précédents, les CCAS qui

mettent en œuvre des dispositifs ou des événements récurrents identifient en interne un ou des porteurs de projet (aussi appelé personne ressource). Il peut émerger grâce à sa spécialisation au sein du CCAS ou grâce à son réseau externe sur lequel il va s'appuyer ou encore parce qu'il a la volonté de gérer ce projet.

La coordination s'effectue aussi bien auprès des partenaires opérationnels, que des partenaires institutionnels, voire financiers. La coordination est synonyme de gestion de projet. Il s'agit d'établir un diagnostic, de programmer des objectifs, d'organiser les groupes de travail, de piloter

le projet, d'effectuer des points d'étape, de l'évaluer, de le rectifier...

Les échanges et la communication entre toutes les parties prenantes est la clé de voute de la coordination. Elle peut s'avérer complexe à mettre en oeuvre comme sur des projets de type Cap Santé à Grasse ou la semaine du Bien-être à Grigny avec plusieurs partenaires à coordonner. Elle peut également être compliquée par des aléas financiers (baisse de financement d'un des partenaires) ou politiques ; ou être facilitée par ces mêmes facteurs.

Tous les projets cités dans ce guide s'appuient sur un constat des besoins chiffrés, soit issu d'une enquête de terrain, soit issu de l'analyse des besoins sociaux du territoire (ABS). Tous ces projets ont également été assortis de bilans annuels afin de montrer la portée de leurs actions et d'en envisager leur poursuite, leur modification, leur pérennisation ou leur arrêt.

Les CCAS peuvent également participer à des dispositifs de coordination, sans en être maître d'œuvre.

La coordination entre les acteurs du monde médico-social du territoire est indissociable de la mise en place d'actions visant l'accès aux soins. Instances administratives, organismes départementaux, structures médico-sociales se rencontrent régulièrement, établissent des conventions, des chartes afin de répondre aux besoins du territoire. A titre d'exemple, citons les conventions entre les CPAM et les CCAS dont le but est de mieux se connaître (au sens large) pour octroyer les droits plus rapidement. Ou encore le contrat local de santé qui implique l'ARS sur le territoire et auquel peuvent s'adosser (voire déclencher le dispositif) les CCAS et auquel s'associent des acteurs de santé (hôpitaux, MDPH, centres de soins, EPHAD, universités...) Tous les acteurs concernés par la santé sont impliqués dans les diagnostics pré-CLS. Ou encore citons les associations qui peuvent collaborer avec le CCAS et les acteurs de santé pour la mise en œuvre ou la délégation de dispositifs...

Cette coordination comporte un volet financier important. Elle permet de trouver les financements pour les actions, mais aussi d'éviter les redondances.

2) La participation des CCAS à des dispositifs de coordination

a) Les Ateliers Santé Ville

Les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été créés en 2001 à titre expérimental dans le cadre de la politique de la ville. C'est une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En toute logique, les ASV ont perduré et sont ancrés dans le paysage urbain.

Les Ateliers Santé Ville ont vocation à améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public.

Les Ateliers Santé Ville s'appliquent aux quartiers, aux communes ou aux territoires intercommunaux suivant l'échelle définie par le diagnostic territorial. C'est aussi le lieu de coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un plan d'actions concertées, de leur réalisation et de l'évaluation régulière des résultats obtenus.

Ils aident à définir des objectifs d'amélioration de l'état de santé et facilitent l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé des publics les plus fragiles. Ils sont aussi des lieux de rencontre pour les professionnels qui peuvent ainsi échanger et croiser leurs analyses et pratiques au service des populations ciblées par les ASV. Ils visent à associer des habitants des quartiers et des professionnels aux choix et aux décisions prises en termes d'actions pour améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention santé.

Les ASV élaborent des actions de prévention santé avec et pour les habitants en partenariat avec les associations et les professionnels implantés dans les quartiers. Ils informent et sensibilisent les habitants sur les questions de santé qui les intéressent. Ils suscitent la mobilisation et l'implication des habitants (démarche participative). Ils renforcent le travail en réseau et développent les partenariats. Ils développent des actions collectives à partir de groupes de travail.

En tant qu'acteurs majeurs dans la politique sociale de leurs villes, voire de leurs quartiers, les CCAS s'insèrent dans les ASV sur les communes où le dispositif existe : 68% des CCAS y participent quand ils existent.



LE CCAS DE CHALON-SUR-SAÔNE (71) (44 564 HABITANTS)

Le CCAS a mis en place un point d'écoute psychique suite au diagnostic effectué par l'Observatoire Régional de santé sur Chalon-sur-Saône dans le cadre de l'atelier santé ville (voir précédemment). Sans ce diagnostic, le dispositif n'aurait probablement pas été créé. Il répond à un besoin clairement chiffré. Il fédère plusieurs acteurs dont l'espace santé prévention, des structures

d'insertion (épicerie sociale, accueil de jour, CCAS). Les résultats des deux premières années montrent l'intérêt du dispositif pour les publics ciblés (bénéficiaires du RSA, demandeurs d'emploi, jeunes adultes, personnes atteintes d'un trouble psychiatrique) : 148 entretiens en 2009 et 165 l'année suivante.

b) Les contrats locaux de santé

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Art. L.1434-17 du Code de santé publique.

Les contrats locaux de santé (CLS) permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Le CLS est un outil souple et modulable. Il crée une dynamique collective et engage les parties prenantes dans un projet participatif. La stratégie et les objectifs sont définis en commun, le programme d'actions pluriannuel co-construit à partir des besoins locaux, un suivi et une évaluation du projet réalisés. La réponse est ajustée aux besoins de la population.

Le CLS facilite notamment les parcours de soins, de santé et d'accompagnement médico-social. En termes d'application, citons la promotion de l'autonomie des personnes âgées ou des actions de promotion et d'éducation pour la nutrition des enfants.

Le CLS a pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et la mise en œuvre de solutions pour une offre de santé de proximité. Ainsi, la commune est l'échelon le plus utilisé. Deux milieux d'application sont privilégiés : les zones rurales isolées (pour éviter la désertification médico-sociale) et les quartiers urbains en difficulté (pour éviter la désocialisation qui entraîne des problèmes de santé). Le CLS est inclus dans les initiatives préexistantes comme l'ASV.



LE CLS DE LA ROCHELLE (17) (74 123 HABITANTS)

La Ville de La Rochelle a signé un CLS avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Préfecture en juin 2012. Les acteurs locaux impliqués ont participé au comité de pilotage pour déterminer les éléments de diagnostic. Le CCAS en était un des membres. Il est intervenu notamment pour fournir des données sociodémographiques, mais aussi pour dresser un portrait de ses actions avec des bilans chiffrés et argumentés (lutte contre la précarité et insertion sociale, accompagnement des personnes âgées notamment grâce à la gestion du CLIC en partenariat avec le Conseil départemental, les SSIAD, l'accès aux soins...)



V. L'ACCÈS AUX SOINS EN EUROPE

La problématique de l'accès aux soins n'est pas une exception française. En Europe, les caractéristiques liées à la santé et à l'accès aux soins ont des traits communs. Que ce soit via l'investissement de l'Union Européenne ou du fait des Etats, des projets sont réalisés qui peuvent parfois être essayés.

A. ETAT DES LIEUX DE LA SANTÉ DANS L'UNION EUROPÉENNE

L'Union Européenne élabore des stratégies en matière de santé, notamment vers la population âgée. Elle effectue également des études pour présenter les dernières informations sur la santé et les systèmes de santé des 35 pays européens (dont les membres de l'UE, les Etats candidats à l'entrée dans l'UE et les pays de l'EFTA (Association du libre échange en Europe). Voici les chiffres clés de la 3^{ème} édition de Health at a Glance (La santé en un coup d'œil).

La plupart des pays de l'UE ont maintenu la couverture universelle (ou quasi universelle) pour un ensemble clé de services de santé, à l'exclusion de la Bulgarie, de la Grèce et de Chypre, où une part importante de la population n'est pas assurée. Pourtant, même dans ces pays, des mesures ont été prises pour assurer une couverture aux personnes non assurées.

Le nombre de médecins et d'infirmiers ou d'infirmières par habitant a continué de croître dans presque tous les pays européens, mais la pénurie de certaines catégories de médecins, tels les généralistes, dans les régions rurales et éloignées est une réalité.

La qualité des soins s'est améliorée dans la plupart des pays, mais il subsiste des disparités.

Le vieillissement de la population renforcera la pression exercée sur les systèmes de soins santé et de soins de longue durée dans les années à venir. En 2012, la direction générale des affaires économiques et financières a prévu que les dépenses publiques consacrées aux soins de santé progresseraient en moyenne de 1% à 2% du PIB dans les pays de l'UE entre 2010 et 2060 et qu'il y aurait un accroissement similaire des dépenses publiques en faveur des soins de longue durée. Dans un contexte de contraintes budgétaires strictes, l'enjeu consistera à maintenir l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population et à un coût abordable.

B. L'EUROPE FINANCE DES PROJETS DE SANTÉ

L'Europe a financé grâce au fonds FEDER des projets en France afin d'améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales, touchées par la désertification médicale, comme partout en Europe.



RESATER DANS LE SUD OUEST

Le projet Réseau de santé et de télémédecine en zones rurales (RESATER) a vu son origine sur le territoire de Couserans en Ariège (09). Il était question de relier les acteurs publics et les professionnels de la santé pour offrir un meilleur service aux habitants de la région. Cofinancé par le Fonds européen de développement régional (FEDER), ce projet contribue à l'attractivité des zones rurales du Programme de coopération territoriale de l'espace Sud-ouest européen (SUDOE), en maintenant et en développant une offre médico-sociale adaptée et novatrice.



LE PAYS DE SAUXILLANGES EN AUVERGNE

Comme beaucoup de régions rurales, l'Auvergne souffre d'un déficit de professionnels de santé sur son territoire. Pour ces zones fragiles, les Fonds européens soutiennent la création d'équipements contribuant à enrayer le déclin de la population. La Communauté de Communes du Pays de Sauxillanges (Puy de Dôme) a décidé en 2007 d'initier un projet pour la construction d'une maison de santé. Le projet a été en partie financé par le FEDER. La maison de santé permet aux 2 000 habitants des 20 communes environnantes d'accéder plus facilement à des soins grâce aux professionnels de santé résidant sur le territoire (médecins, infirmières, dentiste...).

C. ZOOM SUR LA BELGIQUE

Le système de protection sociale de la Belgique est complexe. Néanmoins, des dispositifs ont été mis en place pour favoriser l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables.

1) Mesures mises en place

Les mesures ciblent des personnes et ménages à faible revenu :

- Le BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) permet d'obtenir de meilleurs remboursements des prestations et consultations chez les médecins, des médicaments moins chers, le tiers payant mais aussi des tarifs préférentiels pour le gaz et l'électricité, le téléphone, les transports en commun...
- Le tiers payant social permet au patient de ne pas avancer de frais liés aux dépenses de santé. Il s'adresse à plusieurs catégories de personnes : les BIM, certains chômeurs, les personnes en situation occasionnelle de détresse financière.
- Le maximum à facturer (MAF) a pour but de plafonner le montant total annuel en tickets modérateurs à payer par les bénéficiaires, en fonction de leurs revenus et/ou de leur statut. Dès que la somme des tickets modérateurs payés pour les prestations de santé atteint un montant plafond, les honoraires officiels sont remboursés par la suite à 100 % pour les membres du ménage concerné.
- La médecine au forfait offre une première ligne de soins très accessible, en particulier pour les patients plus défavorisés sur le plan socio-économique : le patient ne paie pas de ticket modérateur, ni de supplément.

Ces différents dispositifs combinés à la politique de maîtrise des prix et des suppléments ont permis de limiter la facture du patient pour ses soins de santé. Mais le reste à charge du patient est élevé en comparaison d'autres pays européens. La couverture de l'assurance maladie obligatoire est insuffisante pour certains besoins en matière de santé mentale, de matériel médical (comme l'optique, les appareils auditifs, les aides à la mobilité...) et d'implants, de certains soins dentaires, de médicaments non-remboursés importants dans le traitement de certaines pathologies chroniques...

2) Les Centres publics d'action sociale

Un CPAS, centre public d'action sociale, assure la prestation d'un certain nombre de services sociaux et veille au bien-être de chaque citoyen. Chaque commune ou ville a son propre CPAS offrant un large éventail de services. Le CPAS est l'équivalent des CCAS en France.

En matière d'accès aux soins, le CPAS peut intervenir sous plusieurs formes.

- Pour les frais médicaux et pharmaceutiques :
 - ✓ La carte médicale est octroyée par le CPAS pour une durée déterminée et pour un type précis de prestations. Elle mentionne le médecin généraliste et parfois l'hôpital. La carte pharmaceutique mentionne le nom du pharmacien. Le CPAS paie la plus grande partie de la facture.
 - ✓ Le réquisitoire est un moyen de paiement octroyé par le CPAS. Il permet d'obtenir des soins gratuitement. Le professionnel médical a la garantie que le CPAS paiera la facture.
 - ✓ Le CPAS peut également aider l'utilisateur à financer une partie de sa mutuelle.
 - ✓ Certains médicaments peuvent être remboursés en partie s'ils sont prescrits par un médecin agréé ou s'ils sont achetés dans une pharmacie agréée.
- L'aide médicale urgente recouvre l'ensemble des frais de soins de santé couverts par l'aide sociale : médicaux, pharmaceutiques, hospitalisation, frais de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins. Elle peut s'appliquer pour des soins préventifs ou curatifs. Le caractère urgent de l'aide médicale doit être attesté par un certificat médical.



LIÈGE (197 013 HABITANTS) : LE RELAIS SANTÉ

Le CPAS de Liège dispose d'un relais santé destiné aux habitants de la ville "en mal de soins". Il est composé d'une équipe comprenant : un médecin conseil, deux médecins consultants, quatre secrétaires, une infirmière sociale, une assistante sociale et un psychologue.

Quatre dispositifs sont proposés :

- *L'aide médicale cible des usagers qui ont un problème de santé, pas de mutuelle et pas ou peu de revenus : une analyse du besoin, un examen clinique, un certificat médical d'urgence et un relais vers les services et professionnels compétents sont proposés. A noter que les demandeurs d'asile et les sans-papiers ont accès à ce dispositif.*
- *Le bilan de santé préventif est destiné aux usagers du CPAS : un bilan médical (examen clinique, radio du thorax, analyse de sang vaccination...) peut déclencher un suivi de la part du CPAS si une maladie est détectée. L'utilisateur est orienté vers les professionnels médicaux adéquats.*
- *Les conseils de prévention visent à améliorer la santé à moindre coût grâce à des conseils sur le mode de vie (alimentation, hygiène...), grâce à l'information concernant les avantages financiers pour se soigner (médicaments génériques, tiers payant, dossier médical global, aides du CPAS...)*
- *Le bilan de santé mentale aide les bénéficiaires en détresse psychologique grâce aux conseils et au soutien d'un psychologue et propose une orientation vers un professionnel si nécessaire.*

L'accès aux soins est une problématique européenne et non une spécificité française. L'exemple de la Belgique montre que ce pays a, comme en France, créé des dispositifs légaux qui cohabitent avec l'aide locale dispensée par les CPAS.

L'Union Européenne finance également des projets pour lutter contre la désertification médicale, un enjeu auquel sont confrontés de nombreux Etats.

Union Nationale des Centres Communaux
d'Action Sociale
Villa Souchet
105 avenue Gambetta - BP3
75960 Paris cedex 20
Tél. : 01 53 19 85 50 - Fax : 01 53 19 85 51
E-mail : contact@unccas.org
www.unccas.org
Retrouvez-nous sur  unccas
et suivez-nous sur  @unccas

maladie

CCAS

médecin

hôpital

vaccins

diagnostique

Vos Droits

patients

santé

dentiste