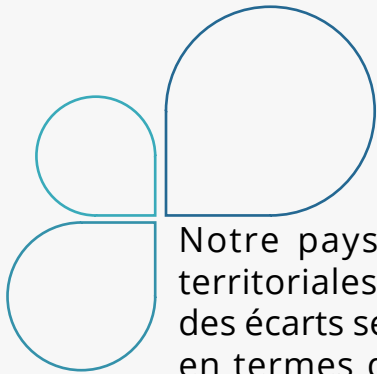




**LUTTER CONTRE LES INEGALITES  
SOCIALES ET TERRITORIALES  
D'ACCES A LA SANTE**



Notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Malgré un bon niveau de santé, on constate des écarts selon les territoires et les catégories socioprofessionnelles en termes de risques pour certaines pathologies ou d'espérance de vie en bonne santé. Les inégalités concernent l'exposition aux risques, mais aussi l'accès à l'offre de soins, que celui-ci soit limité par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre. Des dispositifs spécifiques doivent permettre de répondre aux besoins des personnes particulièrement éloignées de l'offre de santé.

## Lever

# les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé

### Le renoncement aux soins pour des raisons socioéconomiques reste trop élevé en France.

Dû à des contraintes financières ou à une méconnaissance du système de santé, il est encore plus fréquent parmi les catégories les plus vulnérables de la population. En 2014, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières [16]. Pour y remédier, il est nécessaire d'assurer une meilleure prise en charge mais aussi de mener une politique volontariste de réduction du reste à charge pour les bénéficiaires.



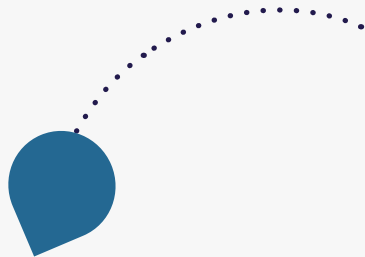
## RENFORCER L'ACCES AUX DROITS SOCIAUX A LA COUVERTURE MALADIE

### La qualité de la prise en charge financière des soins dans notre pays est reconnue.

La réforme de la protection maladie universelle mise en œuvre depuis 2016 tend à limiter autant que possible les ruptures de droits sociaux liées à des changements de situation personnelle. Deux dispositifs de couverture santé complémentaire contribuent à renforcer l'accès aux soins. En 2016, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) a permis à 5,5 millions de personnes avec des faibles revenus de bénéficier d'une couverture gratuite, tandis que 1,1 millions de personnes avec des revenus légèrement au-dessus de ce seuil ont souscrit une complémentaire santé en recourant à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [20].

### Pour autant, des situations de non recours persistent,

notamment du fait de la complexité des démarches administratives et des dispositifs. En outre, le système de l'ACS est à l'origine d'effets de seuil importants pour les foyers situés juste au-dessus des plafonds de ressources, en particulier pour les personnes de 60 ans et plus.



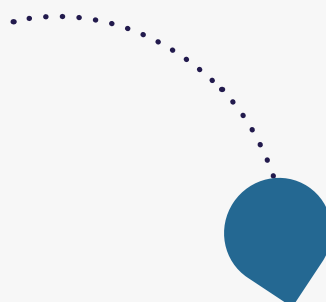
### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Mener** jusqu'à son terme la réforme de la Protection Universelle Maladie (PUMA)
- **Porter** une attention particulière aux publics les plus fragiles en informant sur leurs droits, en les orientant, en les accompagnant, et en aidant financièrement les populations qui en ont le plus besoin en s'appuyant sur des réseaux de proximité tels que les Maisons de service au public
- **Poursuivre** les simplifications des démarches des assurés (téléservices, échanges d'informations entre administrations, allègement des formalités administratives, possibilités de domiciliation pour les personnes sans domicile)
- **Lutter contre** le phénomène de refus de soins par les professionnels de santé par l'objectivation des pratiques et l'identification des outils les plus adaptés (conciliation, sanction, etc.) et par l'information des assurés sur leurs droits et les recours possibles
- **Lisser** les effets de seuil de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé afin de favoriser l'accès à une couverture de qualité pour les personnes juste au-dessus des plafonds actuels

## LIMITER LES DEPENSES DE SANTE RESTANT A LA CHARGE DES ASSURES, NOTAMMENT POUR LES PROTHESES DENTAIRES ET AUDITIVES ET POUR L'OPTIQUE MEDICALE

En 2016, la dépense de santé (consommation de soins et de biens médicaux) est financée à hauteur de 78 % par la Sécurité sociale et l'Etat, et à hauteur de 13 % par les complémentaires santé. Le « reste à charge », c'est-à-dire ce qu'il reste à payer par les assurés eux mêmes, s'élève à 8 % de des dépenses de santé. Parmi les plus faibles de l' Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ce reste à charge concerne les consultations, les médicaments, les transports sanitaires et les dépenses non couvertes [21].

Toutefois, pour certaines dépenses de santé, il est beaucoup plus élevé et peut parfois conduire à des phénomènes de renoncement aux soins. C'est le cas notamment pour les soins dentaires, les équipements d'optique médicale et les audioprothèses. En 2014, 17 % des personnes déclarent avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières, et 5 % à des soins médicaux. Les dépassements sur les prothèses dentaires ont augmenté de 66 % en 10 ans, et le taux de dépassement moyen des médecins de secteur 2 s'élève encore en 2016 à plus de 33 % des honoraires malgré les mesures d'encadrement mises en place depuis 2011 [22].



### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Inciter** les professionnels libéraux à modérer leurs dépassements d'honoraires, par le biais combiné des contrats responsables et des contrats de maîtrise de la pratique tarifaire
- **Parvenir** à un reste à charge nul sur les prothèses dentaires, l'optique, les audioprothèses d'ici 2022, ce qui suppose de définir un panier de soins indispensables, de qualité, à prix réglementés, et un partage de la prise en charge entre assurance maladie obligatoire et complémentaire
- **Faire évoluer** d'ici 2020 les modalités de détermination du reste à charge hospitalier afin de les rendre plus compréhensibles et équitables pour les patients

## ACCOMPAGNER LE RECOURS AUX SERVICES DE SANTE DES PERSONNES VULNERABLES OU QUI EN SONT ELOIGNEES

### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

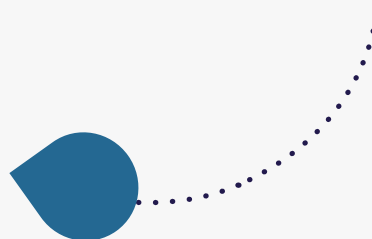
- **Renforcer** la sensibilisation des professionnels de santé aux spécificités de ces publics afin qu'ils adaptent leur discours et leurs stratégies de prévention, d'alerte et de prise en charge
- **Faciliter** le décloisonnement et les liens entre les acteurs médicaux et médico-sociaux et les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion
- **S'appuyer** sur les compétences des personnes et leur implication tout au long du parcours de santé
- **Repérer** les situations de non-recours et éviter les ruptures de parcours par la médiation sanitaire, en développant les structures de type permanence d'accès aux soins de santé (PASS), en déployant des plateformes d'accès aux soins et à la santé dans chaque caisse primaire et en organisant la continuité de la prise en charge lors des sorties d'hospitalisation
- **Apporter** des solutions complémentaires aux publics les plus vulnérables, dont notamment l'accès à la domiciliation et à l'interprétariat (préalable à l'accès aux droits), l'accès à l'information sur les lieux de soins, et le développement des solutions innovantes associant approches sociale et sanitaire (lits halte soins santé et de lits d'accueil médicalisés)
- **Lutter contre** les pathologies liées aux situations de grande précarité, notamment pour les personnes à la rue, en soutenant les projets d'insertion dans le logement, les méthodes de pair-aidance, les dispositifs d'« aller vers » (équipes mobiles psychiatrie précarité) et la connaissance du milieu sanitaire par les professionnels sociaux et médico-sociaux
- **Améliorer** le repérage des situations à risque et renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes en fragilité sociale
- **Repérer et mobiliser** des structures de proximité intervenant auprès des jeunes en fragilité sociale (Points Accueil Ecoute jeune, Centres sociaux, Prévention Spécialisée)
- **Repérer** les situations de handicap, de troubles psychiques ou psychiatriques, et de perte d'autonomie des personnes incarcérées, afin de mettre en œuvre les soins, les mesures de compensations individuelles et les aménagements nécessaires des conditions de détention
- **Développer** la prévention de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées incarcérées, et faciliter leur accès aux actions de prévention et de promotion de la santé
- **Organiser** la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention

Certaines catégories de personnes ont moins recours au système de santé par méconnaissance de leurs droits ou des dispositifs, ou en raison d'obstacles pratiques, tels que leur manque de mobilité ou leur absence de domiciliation.

Le non-recours au droit commun est plus fréquent chez les jeunes peu qualifiés sans emploi ni formation (28 % contre 18 % en moyenne), les jeunes chômeurs (27 %), les inactifs non-étudiants (24 %), les parents (26 %), les bas revenus (26 %), ainsi que les femmes (21 %). Les personnes en situation d'exclusion, les gens du voyage et les personnes migrantes, ainsi que les personnes placées sous main de justice, qu'elles soient incarcérées ou suivies en milieu ouvert sont concernées. **Les jeunes vulnérables**, pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et par la protection judiciaire de la jeunesse ou sortant de ces dispositifs, les jeunes en errance, les mineurs non accompagnés et les mineurs de retour de zones de combat doivent également bénéficier d'une attention particulière.

**Les publics vulnérables cumulent des difficultés qui peuvent être sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun.**

Leur prise en charge nécessite donc de concilier plusieurs logiques d'intervention (santé, logement, mobilité, ressources financières, formation/emploi, environnement familial) afin de répondre à leurs besoins et d'éviter les ruptures dans leurs parcours de santé. Le programme expérimental «un chez-soi d'abord» a ainsi démontré que le logement (accès à la sécurité et à l'intimité) est un prérequis à l'accès à la santé pour les personnes en situation d'exclusion.

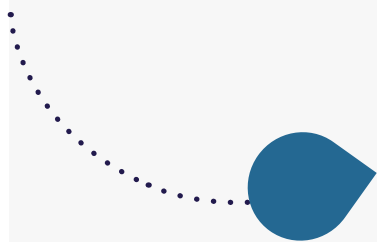


## PREVENIR LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE DES MALADES, DES BLESSES ET DES VICTIMES D'ACCIDENTS SANITAIRES OU TRAUMATIQUES

Les blessés par accidents de la route, par accident du travail, mais aussi les malades chroniques ou les victimes d'événements traumatiques (attentats ou fait de guerre), rencontrent souvent des difficultés de désinsertion professionnelle et sociale.

Les parcours de soins sont souvent déconnectés des parcours de soutien social et professionnel qui contribuent pourtant à l'amélioration et au maintien de leur état de santé. La réinsertion des personnes dont l'état de santé est altéré nécessite une coordination de l'ensemble des acteurs intervenant sur ce champ (structures de soin, caisses de sécurité sociale), mais également un dialogue plus approfondi avec le monde du travail (employeur, services de santé au travail).

L'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce du patient et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser tant que possible le retour à l'emploi. En cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle des patients.



### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Promouvoir** l'intégration du soin dans une démarche globale de réhabilitation sociale et professionnelle de la personne malade ou blessée, ou durablement handicapée
- **Favoriser** la prise en compte précoce du contexte professionnel par le milieu soignant
- **Davantage structurer** le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, pour gagner en efficacité dans les politiques de maintien dans l'emploi
- **Renforcer** le repérage et l'intervention précoces des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle pilotées par l'assurance maladie
- **Favoriser** le recours aux dispositifs de formation et de reconversion professionnelle ouverts aux personnes exposées à certains risques professionnels ou victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (compte professionnel de prévention, compte personnel de formation)



## Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

### Tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins.

En médecine générale, en 2013, l'accessibilité des 10 % des Français les mieux dotés est trois fois meilleure que celle des 10 % des Français les plus éloignés de l'offre. Les inégalités territoriales sont encore plus marquées pour l'accès aux praticiens de santé et aux spécialistes hors médecine générale : ce rapport atteint 5 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, 6 pour les ophtalmologues, 14 pour les pédiatres, 19 pour les psychiatres. Les spécialistes sont en moyenne 3 fois moins nombreux en quartier prioritaire de la politique de la ville que dans les autres unités urbaines [23]. Une action déterminée doit être entreprise pour garantir à chaque citoyen l'accès à des soins de qualité, quel que soit l'endroit où il vit. Il s'agit de définir une nouvelle organisation des soins, fondée sur l'accompagnement des dynamiques issues des territoires et le soutien à l'innovation.

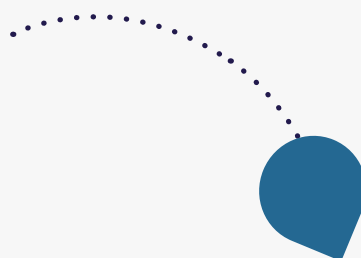




## RENFORCER LA PRESENCE MEDICALE ET SOIGNANTE DANS LES TERRITOIRES

Les tensions démographiques risquent de s'aggraver dans les prochaines années en raison de la diminution probable du nombre de médecins généralistes en exercice jusqu'en 2025 et du prochain départ à la retraite de générations de médecins.

Tous les leviers doivent être mobilisés pour accroître la présence de professionnels de santé dans les territoires et la disponibilité de leur temps médical. Ainsi, les tâches administratives comptent en moyenne pour 7 % du temps des médecins généralistes [24]. Les efforts de coordination avec les autres professionnels de santé consomment également une part importante du temps de travail des professionnels.



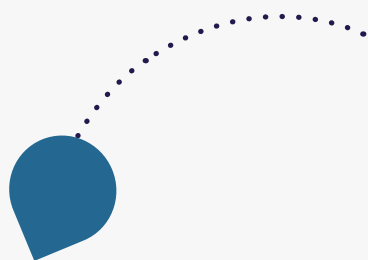
### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Favoriser** la diversification de l'exercice des professionnels entre libéral et salarié, entre les activités de soins, de prévention et de recherche, ainsi qu'entre ville, médico-social et hôpital et accroître les possibilités d'exercice multi sites et d'évolutivité des carrières professionnelles au cours du temps
- **Favoriser** un nouveau partage des tâches au sein des équipes de soins, fondée sur un rôle accru des professionnels non médecins, le déploiement de la pratique avancée des praticiens de santé et le développement de formes innovantes de coopération
- **Développer** la maîtrise de stage et les stages extrahospitaliers proposés aux professionnels de santé au cours de leur formation initiale pour mieux les former à l'exercice en ville
- **Augmenter** le temps des professionnels disponible pour les patients en les aidant à se décharger des tâches administratives et à se recentrer sur leurs activités cliniques directes et de prévention, en s'appuyant par exemple sur des services numériques mutualisés

## GENERALISER LES USAGES DU NUMERIQUE EN SANTE POUR ABOLIR LES DISTANCES

Les promesses du numérique doivent être saisies par les professionnels de santé afin de développer l'accès à une médecine innovante et de qualité sur l'ensemble du territoire.

La télémédecine abolit les distances et étend la capacité d'action des professionnels de santé, en leur permettant d'obtenir par exemple des avis cliniques par la téléexpertise. Elle offre à la population de nouvelles possibilités de consultation à distance aux médecins généralistes et aux spécialistes de recours difficiles d'accès, par exemple en psychiatrie.



### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Assurer** la bonne couverture numérique du territoire, et notamment de chacun des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que des structures d'exercice coordonné dans les territoires ruraux

- **Généraliser** dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine, en premier lieu des téléconsultations et les téléexpertises

- **Favoriser** le partage sécurisé des données médicales entre les professionnels de santé consultés par les patients, en développant l'interopérabilité des systèmes d'information et la mise en commun des dossiers au travers du dossier médical partagé

- **Permettre** aux patients d'utiliser, en routine, des services numériques pour un meilleur accès au système de santé : prendre des rendez-vous, obtenir un conseil médical, consulter en ligne un professionnel de santé, effectuer les démarches de préadmission, faire renouveler une ordonnance, transmettre des données à un professionnel ou accéder à son dossier médical partagé

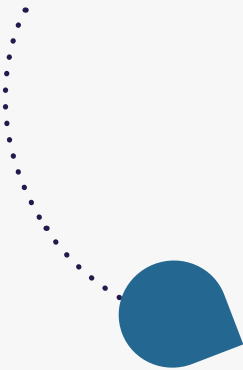
- **Equiper** les professionnels de santé et les intervenants médico-sociaux de services numériques d'appui à la coordination pour favoriser les échanges en temps réel entre eux et avec les patients notamment grâce à un système de messagerie sécurisée

- **Déployer** la prescription électronique qui permettra aux professionnels en charge d'un patient de partager les informations de prescription et de délivrance de produits de santé ou d'actes

## FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS DES TERRITOIRES POUR CONSTRUIRE DES PROJETS ET INNOVER

Pour remédier à ce problème complexe de disparité d'accessibilité à l'offre de santé, la solution ne peut venir d'une mesure unique, mais d'un ensemble d'outils innovants, souples et adaptables au niveau local.

Ceci nécessite une structuration des soins primaires et leur articulation avec les spécialistes de recours, qu'ils exercent en ville ou en établissement de santé. Plus généralement, il s'agit de libérer les capacités des acteurs locaux de développer des projets adaptés aux caractéristiques des territoires.



### Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Améliorer** l'attractivité des territoires, en commençant par les plus fragiles, en intégrant l'organisation en matière de santé à une politique globale d'aménagement des territoires
- **Développer** des systèmes de transports efficaces desservant les services de santé et promouvoir les services de santé itinérants notamment en milieu rural
- **Faciliter** la venue des étudiants et des internes dans les territoires fragiles, afin de leur faire connaître ces zones et les modalités d'exercice possible
- **S'appuyer** sur la responsabilité territoriale et populationnelle en réunissant les acteurs au niveau régional et territorial (professionnels de santé, usagers, institutions, services de l'Etat et élus) pour co-construire des projets d'animation et d'aménagement des territoires
- **Donner** les moyens aux agences régionales de santé de conduire une politique intégrée de soutien à l'exercice coordonné et aux projets de territoire via le fonds d'intervention régional (FIR)
- **Mettre en place** au niveau national un cadre commun permettant d'expérimenter et d'évaluer de nouvelles pratiques et organisations et l'adosser à un Fonds national pour l'innovation organisationnelle