

SESSION 2014

**AGRÉGATION
CONCOURS INTERNE
ET CAER**

Section : SCIENCES MÉDICO-SOCIALES

**EXPLOITATION PÉDAGOGIQUE D'UN DOSSIER
SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE**

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

« Par lettre du 20 mars 2013, Monsieur le Premier ministre a confié à Madame Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis, parlementaire en mission auprès de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, une mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux. Cette mission répond au constat de taux de non-recours élevés en matière d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et d'aide médicale d'État (AME).

[...]

Après avoir insisté sur le caractère multidimensionnel et cumulatif des facteurs d'exclusion, la mission fait le constat d'un décalage croissant entre d'un côté, le discours des pouvoirs publics sur la lutte contre la précarité et les objectifs de qualité de service et d'accessibilité affichés par l'assurance maladie, et de l'autre la réalité vécue par les personnes en situation d'exclusion.. »

Présentation du rapport « L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité »,
Espace éthique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, octobre 2013

Première partie

Bien qu'inscrit dans la loi, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, notamment dans le domaine de la santé, n'est pas encore atteint. Des expérimentations portées par des acteurs de terrain visent toutefois à s'en approcher.

L'expérimentation portée par ATD-Quart Monde pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité répond-elle aux difficultés de mise en œuvre de l'accès au droit à la santé ?

Deuxième partie

A partir du dossier scientifique et technique, élaborer une activité permettant l'évaluation des connaissances et méthodes acquises par les élèves de la série ST2S au cours du cycle terminal.

Votre proposition comportera une explicitation des objectifs cognitifs et méthodologiques évalués et situera l'activité dans un processus d'apprentissage. Vous justifierez clairement vos choix.

Annexes :

N°	Documents, sources des extraits
1	<i>C. DESPRES., P DOURGNON., R FANTIN., F JUSOT., Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique</i> , Questions d'économie de la santé Irdes n° 170, novembre 2011
2	<i>C. DESPRES., P DOURGNON., R FANTIN., F JUSOT, Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique</i> , Questions d'économie de la santé Irdes n° 169. Octobre 2011
3	<i>Aline ARCHIMBAUD, L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité</i> , Rapport au Premier ministre, septembre 2013
4	<i>H. BOISSONNAT PELSY, C. SIBUE de CAIGNY, M. BERNARD , M-F. ZIMMER, G. SOUVAY, M- C. WEINLAND, E. KACI , Evaluation de la mise en place d'un « contrat collectif » de complémentaire santé en direction des plus démunis « MUTUELLE RESEAU »</i> , août 2012, ATD Quart-Monde, En ligne sur http://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php
5	Compte-rendu du <i>Laboratoire d'usage - Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité</i> , février 2013, ATD Quart-Monde
6	Code de la sécurité sociale - Article L863-7
7	<i>Marie Agnès IUNG ; Micheline ADOBATI, Les ressources santé d'ATD Quart-Monde, Message présenté au 8ème Congrès des centres sociaux de France, LYON 21, 22 et 23 juin 2013</i>

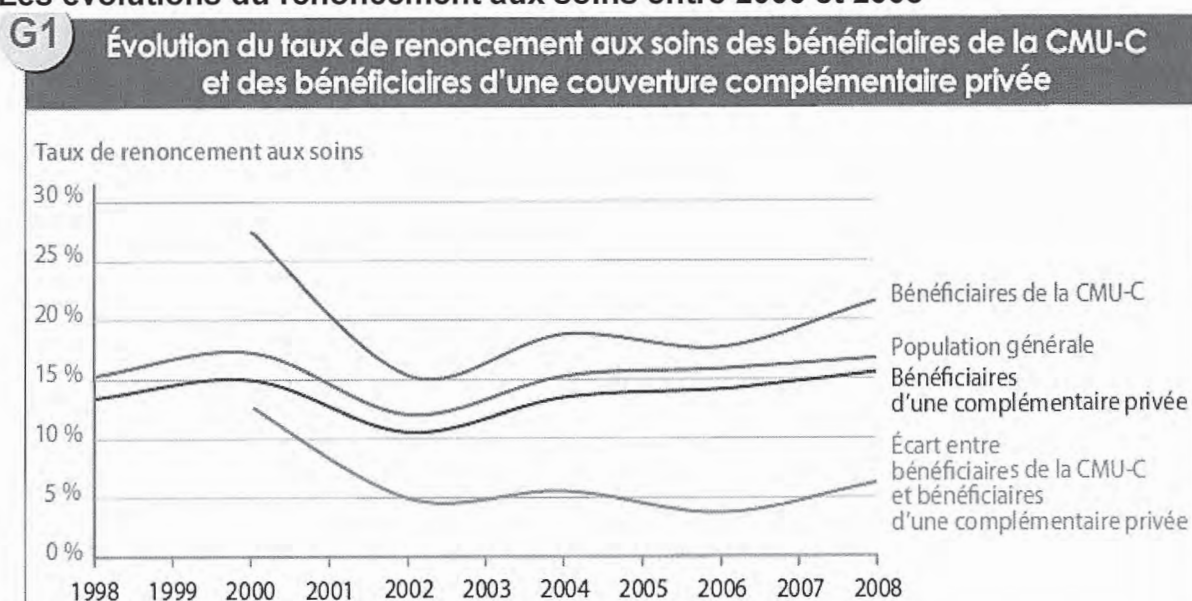
Annexe 1 :**Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique**

[...]En France comme dans la plupart des pays européens pourvus de systèmes de protection sociale, on observe des inégalités dans l'utilisation des services de santé. (Couffinhal *et al.*, 2004 ; Jusot, 2011).

[...]

Le renoncement financier aux soins en France

En 2008, 15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne 10 % de la population, devant la lunetterie (4,1 %) et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus).

Les évolutions du renoncement aux soins entre 2000 et 2008

Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18- 64 ans.

Télécharger les données :

www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls

[...]

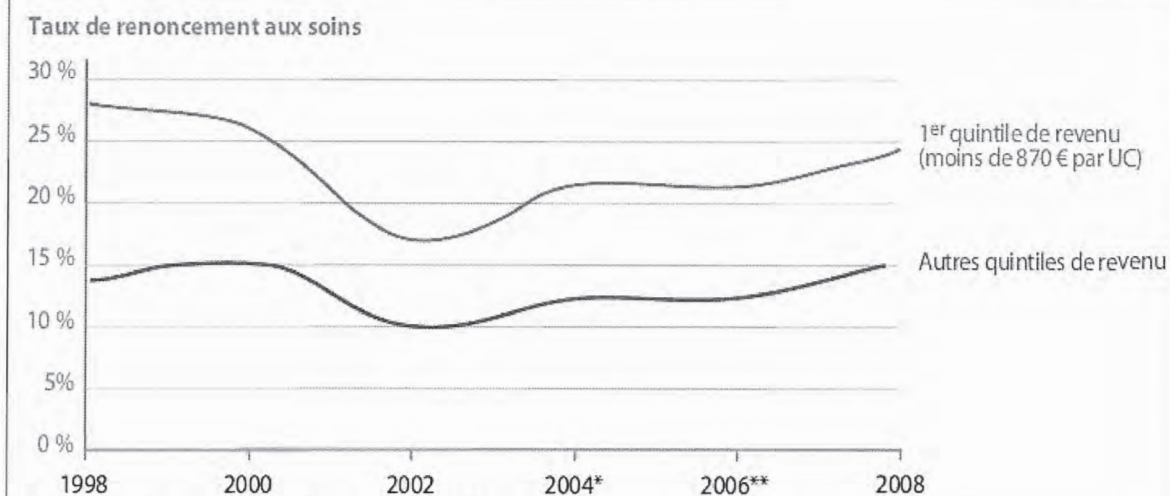
A toutes les périodes, les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation¹ renoncent davantage à des soins que les autres (graphique 2)..[...]

Renoncement et besoins de soins

[...] Le lien entre âge et taux de renoncement suit une courbe en cloche : le renoncement déclaré augmente continûment de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 (maximum à 42 ans, mais qui peut varier selon les soins), puis la tendance s'inverse et suit une pente descendante, quel que soit le type de soins. Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

¹ Il s'agit des revenus du ménage corrigés de la composition de celui-ci.

Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu



* Modification de la question à cette date.

** Ajout d'un suréchantillon de CMU-Cistes à partir de cette date.

Source : Irdes.

Champ : 18-64 ans.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Télécharger les données : www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls

[...]

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en affection de longue durée (ALD) ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat traduit sans doute le fait que les personnes renonçant à des soins sont en moins bonne santé, mais aussi que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et le risque de renoncer augmente. Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins

L'étude des déterminants du renoncement montre que le pouvoir d'achat ou le fait d'être couvert par une complémentaire santé jouent sur le renoncement aux soins. Elle met aussi en évidence les rôles joués par d'autres facteurs dans l'accès aux services de santé, rôles qui n'avaient pu être mis en évidence de façon significative dans les études portant sur des mesures objectives de la consommation de soins.

Les données utilisées proviennent de l'enquête Santé protection sociale (ESPS), appariée avec des données administratives issues des fichiers de remboursement de la Sécurité sociale. L'enquête ESPS, réalisée par l'Irdes tous les deux ans, compte environ 8 000 personnes échantillonnées dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA) ainsi que l'ensemble de leur ménage, soit un total de 22 000 participants. **Les questionnaires** portent sur la situation sociale et économique des participants, leur état de santé, l'assurance complémentaire, le recours aux services de santé. Le questionnaire [...] est administré par un enquêteur et est posé uniquement à la personne échantillonnée, soit un échantillon de 8 000 personnes chaque année d'enquête. Nous utilisons les enquêtes 1998 à 2008 selon les besoins de l'étude, en concentrant l'analyse sur les années d'enquête les plus récentes. La plupart des analyses a été répliquée sur plusieurs années d'enquête pour vérifier leur robustesse. Le travail sur le rôle du prix des soins dans les différences départementales a été réalisé sur les échantillons 2006 et 2008 mis en commun.[...]

Le renoncement est lié à la situation sociale passée, présente et future

Le pouvoir d'achat influence le renoncement financier aux soins. Le taux de renoncement augmente de façon régulière quand le revenu par unité de consommation diminue. Cependant, ce gradient disparaît une fois prises en compte les dimensions de précarité décrites plus loin, ne laissant plus apparaître qu'un effet de seuil entre les catégories plus aisées et le reste de la population. Les 20 % [...] de personnes les plus aisées se démarquent du reste de la population par leur taux de renoncement plus faible. Ce résultat est particulièrement tangible pour les soins dentaires. De même, l'origine sociale semble jouer un rôle, avec un moindre renoncement des personnes dont le père est ou était chef d'entreprise.

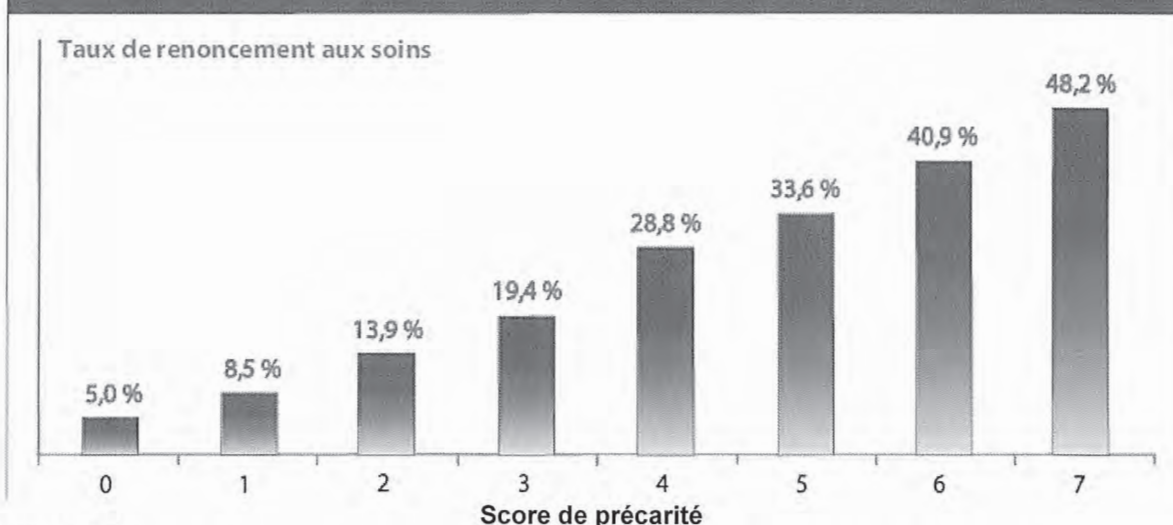
Les effets socio-économiques de long terme observés à travers les dimensions de précarité jouent particulièrement, c'est-à-dire même après avoir pris en compte le revenu et les autres variables socio-économiques, sur le renoncement aux soins. Différentes dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore conjuguées. [...]

Les expériences de la précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent sur l'accès financier aux soins, ceci même quand le revenu et les autres variables socio-économiques sont pris en compte. Elles participent d'un même mécanisme de construction d'une vulnérabilité de long terme. La précarité apparaît multifactorielle, toutes ses dimensions ayant une influence sur le renoncement aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné. La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur le renoncement aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative, ce que l'on peut interpréter en termes de comportement de précaution (« J'anticipe des lendemains difficiles donc j'économise aujourd'hui, en évitant les soins onéreux et non directement utiles ») ou comme un effet psychosocial. De même, que les difficultés liées à l'accès à l'emploi soient présentes, passées ou probables, elles augmentent le risque de renoncer à des soins.

En additionnant ces dimensions, nous construisons un score de précarité (ce qui revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels), de façon à identifier un effet de cumul de ces dimensions de précarité sur l'accès financier aux soins (graphique 3). Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, et ceci quels que soient les soins concernés et à niveau de revenu donné.

G3

Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité



Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008

Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données : www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls

L'étude fait ainsi apparaître la nature complexe de l'accès financier aux soins qui ne se résume pas à la question de la prise en charge financière des soins même si elle y contribue fortement. Nos résultats confirment que l'on ne peut appliquer à la santé un modèle économique minimaliste qui ferait du soin un bien consommé selon des préférences individuelles, lesquelles se résumeraient à un état de santé effectif ou désiré, par un individu disposant d'un budget limité. Cette étude montre tout autant les limites d'un modèle médicalisant qui voudrait que les besoins de soins existent en dehors des malades et qu'à chaque état de santé corresponde une façon unique de se soigner.

Le rôle protecteur de la CMU-C

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France (Caussat, Raynaud, 2004 ; Raynaud, 2005). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. L'analyse est affinée dans ESPS qui rend possible la comparaison entre la protection apportée par la CMU-C et celle des complémentaires privées. Deux éléments permettent d'approcher la qualité de la couverture complémentaire : la valeur de la prime et le niveau de satisfaction déclaré par type de soins remboursés (information uniquement connue pour les contrats individuels).

[...]

Le taux de renoncement des personnes ayant la CMU-C est de 22 % en 2008. Quel serait-il en l'absence de CMU-C ? En estimant le taux de renoncement des CMUistes s'ils n'avaient pas la CMU-C de façon contrefactuelle, c'est-à-dire en attribuant au sous-échantillon des CMUistes les probabilités de renoncer des personnes ayant les mêmes caractéristiques dans l'autre partie de l'échantillon, on obtient un taux de renoncement de 40 % . [...]

Source : Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., *Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique*, Questions d'économie de la santé Irdes n° 170, novembre 2011

Annexe 2 :

Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique

[...] Si le renoncement aux soins se réfère le plus souvent dans les enquêtes à un renoncement pour raisons financières, une approche socio-anthropologique, à partir d'entretiens non directifs, permet d'analyser plus largement les significations du renoncement pour les individus ainsi que les logiques sociales, économiques et culturelles qui les déterminent. [...] (Després et al. , 2011)

[...]

Les significations du renoncement aux soins pour les acteurs

[...]

Le renoncement aux soins vu par les experts

[...]

Nous proposons (...) une définition [*du renoncement aux soins*] qui permet un regroupement des diverses significations produites : « Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit.

Méthode

Entretiens semi-directifs

35 entretiens semi-directifs ont été menés dans la région métropolitaine de Lille et ses marges [...], d'une durée d'une heure et demie à trois heures. Les entretiens ciblaient principalement des personnes aux conditions de vie marquées par la précarité, mais le corpus a été élargi aux autres catégories sociales afin d'approfondir l'analyse par une dimension comparative.

Des entretiens reposant sur des récits de soins

Les entretiens reposaient sur des récits de soins (Saillant, 1999), c'est-à-dire la description par les intéressés de leurs histoires de santé et de maladie et la manière dont elles avaient été prises en charge à différents moments de l'existence : maladies graves ou épisodes pathologiques inscrits dans la banalité du quotidien, recherche ou maintien de la santé. Afin de comprendre la place qu'occupait le vocable de « renoncement aux soins » (ou le verbe « renoncer ») dans les discours des individus, les personnes ont été invitées à relater les événements avec leurs propres mots et leurs propres catégories de pensée, les termes « renoncement » et « renoncer » ayant été censurés de nos propos. Au-delà de son usage spontané au cours de l'entretien, il s'agissait de comprendre la signification que les individus « ordinaires » accordaient au concept de renoncement aux soins, en analysant les situations qualifiées ou non de renoncement aux soins, permettant d'en affiner le sens. Pour cela, le terme a été introduit en mobilisant un questionnement proche de celui de l'enquête ESPS, sans toutefois préciser « pour raisons financières » dans un premier temps, mais en l'indiquant dans un second temps. Enfin, troisième angle d'approche, les personnes ont été invitées à produire une définition du renoncement aux (à des soins) soins, ce qui est apparu difficile pour nombre d'entre elles compte tenu de leur difficulté à élaborer de manière relativement théorique. Les données empiriques fournies par les entretiens ont été mises en perspective avec les définitions académiques (dictionnaires) qui contribuent à la construction du sens commun, les significations institutionnelles et celles qui sont mobilisées dans le champ de la recherche du renoncement aux soins.

Comprendre les causes des renoncements aux soins : l'analyse des itinéraires thérapeutiques

Pour comprendre l'origine et les causes des renoncements aux soins et leurs différentes formes, nous les avons réinsérées plus largement dans une analyse globale des itinéraires thérapeutiques (parcours de soins), à différentes périodes de la vie. Cette approche plus large permettait de resituer une conduite de renoncement dans une perspective diachronique (en lien avec des événements antérieurs) et, pour chaque itinéraire thérapeutique en lien avec un problème de santé précis, d'en restituer la complexité en explorant les divers univers de soins parcourus et en identifiant les contraintes exercées sur ces itinéraires. De même que pour la signification du renoncement, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des déterminants afin de replacer la dimension financière dans l'ensemble des logiques sociales concourant à la déclaration d'un renoncement et pouvoir analyser les articulations entre les différentes dimensions. La notion d'itinéraires thérapeutiques renvoie à une série de choix au sein du parcours de soins, en fonction des possibles. Ces itinéraires (préventifs et curatifs) ont été analysés au sein d'un espace thérapeutique (Saillant, 1999) envisagé de manière large et non réduit au seul secteur de la médecine conventionnelle. Il comprend également deux autres secteurs, celui de l'espace familial et domestique et celui des « médecines douces » ou « médecines parallèles », que nous appellerons non conventionnelles (encore appelées médecines douces, *complementary and alternative medicine*, dans la littérature anglo-saxonne) (Cohen, Rossi, 2011). Cet espace thérapeutique est à la fois espace de production de soins et espace social, lieu d'interactions entre acteurs sociaux, entre usagers et institutions, et lieu de production de normes.

Le renoncement aux soins est fondé sur le besoin subjectif de l'individu

L'individu projette de recourir à un soin en fonction de l'identification et de l'interprétation qu'il fait de ses symptômes et en fonction des normes sociales quant à la manière d'y faire

face. Ce besoin est socialement différencié ; il est configuré par des normes qui varient en fonction des groupes d'appartenance, ce qui est une limite lors de l'analyse des renoncements aux soins en fonction des catégories sociales.

[...]

Le renoncement-barrière : un environnement de contraintes qui ne permet pas d'accéder au soin désiré

Deux types de renoncements procédant de logiques sociales différentes ont été distingués : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

Dans le cas du renoncement-barrière, l'individu doit faire face à un environnement de contraintes qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le renoncement-barrière questionne l'efficacité du système de protection sociale contre la maladie et l'organisation de l'offre de soins, c'est-à-dire des dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins, le plus souvent à travers des contraintes budgétaires. L'individu procède dans ce cas à des arbitrages entre la santé et d'autres dimensions de son existence.

Le renoncement « pour raisons financières »

Les raisons financières du renoncement aux soins sont constituées d'un faisceau d'éléments qui se combinent souvent entre eux : le prix du soin, son niveau de remboursement et le reste à charge qui varient en fonction du type de protection sociale et de la qualité de la couverture, le niveau de revenus, la disponibilité financière du moment, en particulier quand l'individu doit avancer les frais. Cette dernière est en lien avec les ressources (revenus, réserves, allocations) et les autres dépenses non médicales, notamment les dépenses incompressibles (Després et al., 2011) [...]

Renoncements aux soins et droits sociaux

Si les individus sont en partie protégés des renoncements pour raisons financières par les droits sociaux, dans certains cas toutefois, ceux-ci sont mal connus ou non respectés par les professionnels. La méconnaissance des droits amène à des erreurs de jugement et, donc, à renoncer pour raisons financières alors que le soin aurait été pris en charge. La complexité du système de soins n'en facilite pas la compréhension : coexistence des secteurs 1 et 2 avec dépassements d'honoraires et complexité des règles de remboursement partagés entre l'Assurance maladie et les complémentaires, dispositifs empilés. Quant à la CMU-C, elle est largement connue, surtout dans les milieux précaires, mais les droits concrets qu'elle autorise – le panier de soins ainsi que les règles à respecter par les médecins – sont souvent ignorés.

L'ACS fait l'objet d'un taux élevé de non-recours (proche de 75 %) en grande partie lié au fait que les personnes éligibles ignorent l'existence de cette aide, ont du mal à déchiffrer les courriers d'information venant des caisses et que les démarches d'obtention sont complexes (Guthmuller et al., 2011). Notamment, le choix d'une complémentaire santé dans un environnement de marché concurrentiel est difficile, nécessitant de maîtriser le langage, comprendre les différentes tarifications et les modalités de remboursement par étages, et anticiper ses besoins de soins. [...]

Le renoncement-refus : un acte d'autonomie à l'égard de la médecine

Ce renoncement-refus témoigne de l'expression d'un choix, se traiter par soi-même ou solliciter des formes de soins du secteur non conventionnel. Il est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé (médecine conventionnelle) et constitue à cet égard un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. [...]

Le renoncement-barrière et le renoncement-refus, deux formes fréquemment associées

Si les personnes qui vivent des situations de précarité mobilisent plutôt le renoncement-barrière, elles évoquent pour une part d'entre elles les deux formes de renoncement, le même mot qualifiant des situations différentes et dont les logiques sont également distinctes. Un même individu peut mettre en œuvre à différents moments de sa vie, en fonction du type de soins dont il a besoin, les deux catégories de renoncement. Pour les catégories précaires, celles-ci sont fréquemment associées, l'une participant à la production de l'autre.

Source : Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot, *Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique*, Questions d'économie de la santé Irdes n° 169. Octobre 2011

Annexe 3 :

L'accès aux soins : un « parcours du combattant »

L'idée du « parcours du combattant » est dans tous les esprits pour décrire les contacts avec l'administration ou les organismes d'assurance maladie en vue d'obtenir une prestation. [...]

Au-delà de **l'accès aux droits**, c'est souvent **l'accès aux soins** eux-mêmes qui pose problème pour un ensemble de facteurs touchant aux comportements individuels : du refus de soins opposé directement ou insidieusement par certains professionnels de santé au renoncement aux soins des intéressés eux-mêmes pour des raisons très variées, financières mais pas uniquement et parfois très en amont de la démarche d'accès aux droits.

Plus généralement, force est de constater qu'accès aux droits, accès aux soins et **accès à la santé** sont étroitement imbriqués.

L'accès aux droits

La mission s'est interrogée, au fil de ses contacts avec les acteurs de terrain, sur ce qui pouvait différencier, en termes de parcours, un bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME), de personnes en situation de non recours ou a fortiori de renoncement aux soins.

Il s'avère que le bénéficiaire a emprunté avec succès un parcours long et compliqué qui l'a tout d'abord conduit à s'interroger sur ses droits potentiels, à identifier le bon interlocuteur, à établir un contact avec ce dernier, à remplir un dossier, à obtenir l'aide ou les aides correspondantes, enfin à en demander et obtenir le renouvellement. Autant d'étapes, autant de difficultés et de risques de venir gonfler les chiffres du non recours ou du renoncement en cours de procédure.

Connaître ses droits

L'accès aux droits se heurte en premier lieu à **un énorme problème d'information** et de compréhension.

Information des bénéficiaires potentiels avant tout, information des professionnels de santé et travailleurs sociaux également : au-delà du déficit de notoriété dont souffrent certaines aides et en particulier l'ACS depuis sa création en 2004, la complexité des règles d'ouverture des droits est un obstacle à l'évaluation par les intéressés eux-mêmes de leurs droits potentiels. Et le souci manifesté par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de proposer sur son site internet www.ameli.fr des simulateurs de droits ne règle

qu'une petite partie du problème, surtout à l'égard de publics fragiles, coupés des administrations, peu au fait de leurs droits et qui ont peu accès aux outils numériques.

De façon encore plus élémentaire, la liste des interlocuteurs et lieux d'information n'est pas suffisamment diffusée auprès des bénéficiaires potentiels, dans les lieux publics notamment (panneaux publics, bureaux de Poste, halls de mairie, Pôle emploi, etc.).

Les conditions de ressources en matière de CMU-C en offrent une bonne illustration. En effet, elles ne se limitent pas aux revenus, imposables ou non, du foyer fiscal au cours des douze derniers mois mais font intervenir, entre autres, une évaluation forfaitaire de l'avantage procuré par un logement, un traitement au cas par cas des autres allocations perçues et la prise en compte des revenus des capitaux placés.

L'intrication de différentes aides avec des plafonds de ressources proches mais distincts génère beaucoup d'incompréhension de la part des bénéficiaires potentiels, quand ce n'est pas un sentiment d'injustice si le plafond vient à être dépassé de quelques dizaines d'euros. [...]

Ces effets de seuil frappent une partie significative de la population et ont parfois des conséquences dramatiques.

La plupart des démarches font intervenir à un moment ou à un autre d'autres documents individuels (identité, filiation, naissance par exemple) qui constituent autant de sources de difficultés et de blocages parfois insurmontables. Il en va de même de ces événements *a priori* assez anodins que constituent un déménagement ou un changement professionnel entraînant un changement de caisse ou de régime mais qui peuvent, pour des publics en situation de précarité, se transformer en situations inextricables.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont eu la possibilité d'organiser, en lien avec des associations, des permanences juridiques pour leurs bénéficiaires n'ont eu qu'à s'en féliciter et l'on ne peut que regretter que cela ne figure pas dans le cahier des charges de ces structures.

[...]

Au total, **la juxtaposition de dispositifs distincts pour répondre à des problématiques proches est une vraie difficulté**, qu'elle renvoie à une tradition bien établie de « millefeuille » administratif ou qu'elle soit la conséquence d'interventions concurrentes peu ou mal coordonnées. Loin de se limiter à l'ACS, l'aide au financement des complémentaires santé mobilise aussi, et de plus en plus fréquemment, des ressources du fonds d'action sociale des CPAM (dispositifs de type « coup de pouce santé » ou « ACS + ») ou d'autres aides extra-légales versées par certains centres communaux d'action sociale. Le fonds CMU indique ainsi dans son rapport d'activité pour 2012 que 67 CPAM ont proposé en 2010 des aides de type « complément ACS » et/ou des aides visant à atténuer l'effet de seuil de l'ACS, pour un budget total d'environ 25 millions d'euros.

Finalement, nul ne dispose de la vision d'ensemble permettant d'évaluer *a priori* l'aide totale proposée, ce qui pose problème par exemple pour effectuer un choix entre plusieurs niveaux de garanties d'une complémentaire.

Source : Aline ARCHIMBAUD, *L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au Premier ministre, septembre 2013