

La lettre de l'Odas

Numéro spécial

1^{er} décembre 1998



Lettre d'information de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée - 37, boulevard Saint-Michel - 75005 Paris

AVERTISSEMENT

Des diverses compétences de l'aide sociale confiées aux départements, c'est probablement l'accès aux soins des plus démunis qui a connu la plus grande évolution depuis la décentralisation.

C'est pourquoi, dès sa création, l'Odas a lancé différents travaux sur cette question.

Ainsi, en 1991, l'Odas réalise pour le compte de la Commission nationale d'évaluation du RMI une étude sur les dispositifs d'accès aux soins mis en place par les départements. Elle débouchera sur la publication de l'ouvrage "Santé et précarité, du droit à la réalité".

En 1993, l'Odas créera un groupe de travail "Observation et accès aux soins pour les plus démunis" qui effectuera une enquête auprès des conseils généraux, afin de faire le point sur la mise en place de la loi du 29 juillet 1992, et analyser les expériences locales en matière d'observation de l'accès aux soins.

Enfin, en 1998, en réponse à une demande de M. Jean-Claude BOULARD, Député, chargé de la Mission de concertation et de propositions sur la couverture maladie universelle, l'Odas a actualisé son enquête de 1994. Ses résultats permettent de compléter les informations recueillies récemment par le bureau RV3 de la DAS dans une enquête effectuée auprès des départements en 1997.

L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS : OÙ EN EST L'AIDE MÉDICALE ?

PARMI LES DROITS SOCIAUX inscrits dans le Préambule de notre Constitution, le droit à la "protection de la santé" constitue l'un de ceux qui ont trouvé leur traduction la plus concrète. L'amélioration de l'accessibilité aux soins a été constante, et tout particulièrement ces dernières années en direction des personnes en situation de grande précarité.

Ainsi, la loi du 1^{er} décembre 1988, en instituant l'affiliation obligatoire à l'assurance personnelle des bénéficiaires du RMI, non couverts à un autre titre, a constitué une avancée importante en matière d'accès aux soins. Pour plus de 200 000 ménages, on est passé en quelques années d'un système assistanciel à un système de prise en charge automatique de la couverture minimum (par le biais de l'assurance personnelle). Cette réforme aura le mérite de provoquer par ailleurs une évolution importante de la couverture complémentaire proposée au titre de l'aide sociale.

Dès 1991, près d'un département sur deux s'engage ainsi dans la mise

en œuvre de dispositifs dénommés "carte santé", aboutissant à la couverture automatique du ticket modérateur et de certains autres frais non couverts par la Sécurité sociale pour les publics en difficulté.

La loi du 29 juillet 1992 permet alors la consolidation et l'extension de ce processus en offrant aux départements une base juridique pour organiser la prise en charge automatique de la totalité des dépenses de santé pour les bénéficiaires du RMI et de la couverture de base pour les autres ménages en situation de précarité.

Le système français d'accès aux soins des plus démunis peut alors être considéré comme particulièrement performant, même s'il révèle encore quelques faiblesses dans sa mise en œuvre pour deux raisons :

- le choix de l'aide sociale pour garantir cet accès aux soins engendre des problèmes d'inégalité de traitement entre départements. En effet, l'aide sociale ayant été décentralisée, les départements conservent une marge de manœuvre sur l'application

suite page 2

des réglementations nationales : certains départements peuvent renforcer les garanties offertes par le législateur, tandis que d'autres les mettent en œuvre avec une prudence excessive, parfois dissuasive.

- le choix de l'aide sociale pour garantir l'accès aux soins des plus démunis peut sembler aujourd'hui inadapté à l'évolution des publics concernés par la précarité. On se trouve en effet face à un public beaucoup plus large, fragilisé par la précarisation de l'ensemble de l'environnement socio-économique. L'opportunité du rattachement de la protection de la santé des plus démunis au système de l'aide sociale, par définition assistanciel, se pose donc avec plus d'acuité aujourd'hui. Les conditions de mise en œuvre de l'aide sociale avec notamment le risque de stigmatisation que peut entraîner la délivrance d'une carte spécifique d'accès aux soins, l'appel aux obligés alimentaires, encore appliqué dans certains territoires, peuvent renforcer cette conviction. C'est pourquoi le projet de couverture maladie universelle trouve aujourd'hui un accueil globalement favorable même si la réforme envisagée aura des incidences sur l'organisation des collectivités qui instruisent et gèrent actuellement les dossiers d'aide médicale.

Le débat devant s'ouvrir ce mois-ci, il était important d'apporter des éléments d'information pouvant y contribuer.

C'est pourquoi l'Odas, en s'appuyant sur ses propres résultats d'enquête et ceux de la direction de l'Action sociale a souhaité faire le point sur l'évolution des conditions d'accès aux soins des plus démunis et sur l'évolution des modes de gestion mis en place dans les départements^{*}.

* Les chiffres cités ici portent sur la France métropolitaine, la situation étant trop spécifique dans les DOM.

L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS D'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

CETTE ÉVOLUTION porte tout à la fois sur les conditions d'ouverture des droits, les modalités concrètes d'admission et sur le contenu de la prise en charge en découlant.

L'OUVERTURE DES DROITS

Avant les lois n° 88-088 du 1^{er} décembre 1988 et n° 92-722 du 29 juillet 1992, le droit de l'aide médicale s'appuyait essentiellement sur les dispositions des décrets du 29 novembre 1953 (procédures et conditions d'admission à l'aide sociale) et du 2 septembre 1954 (contenu de l'aide médicale). Ces dispositions fortement marquées par les principes de l'aide sociale ouvraient l'admission à l'aide médicale aux seuls individus (et non pas à leur famille), qui devaient au demeurant apporter la preuve du besoin de soin ce qui impliquait, sauf dans les cas d'urgence, une consultation médicale préalable. En outre, les prestations étaient limitées, par l'intermédiaire de bons de soins, à la durée du traitement, lequel ne pouvait excéder six mois. Avec la réglementation actuelle, seuls quelques cas exceptionnels sont privés d'un accès familial et annuel aux soins : dans la plupart des cas, cette admission est automatique, à partir du moment où les critères d'admission sont remplis.

1. La généralisation de l'admission automatique

L'admission automatique instituée par la loi du 29 juillet 1992 étend à d'autres catégories de bénéficiaires les dispositions retenues pour les bénéficiaires

du RMI par la loi du 1^{er} décembre 1988.

- Les bénéficiaires du RMI et de l'allocation veuvage bénéficient d'une admission automatique permettant la prise en charge totale de leurs soins par l'aide médicale. Celle-ci couvre leur cotisation d'assurance personnelle s'ils ne sont pas assurés par ailleurs. En outre, tous les bénéficiaires du RMI et leurs ayants droit ont automatiquement droit à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier.

- Les jeunes de 17 à 25 ans ayant un niveau de ressource inférieur à celui du RMI bénéficient également de plein droit à la prise en charge de la cotisation d'assurance personnelle.

- Dans les autres cas, la loi invite les départements à mettre en place un système de barème s'inspirant de la loi du 1^{er} décembre 1988 sur le RMI, pour permettre la prise en charge au titre de l'aide médicale de personnes bénéficiant de revenus supérieurs à ceux du RMI. Huit départements sur dix ont mis en place un barème d'admission totale de plein droit, fixant souvent un seuil de ressources de l'ordre du RMI majoré de 25 %. Il permet la prise en charge totale de personnes ayant des ressources supérieures au RMI dans près de la moitié de ces départements, ce qui confirme le constat fait par l'Odas en 1993.

Il semblerait que l'augmentation rapide des dépenses ainsi que la progression du nombre de bénéficiaires du RMI auxquelles les départements sont confrontés depuis 1990 ont conduit certains d'entre eux à adopter une attitude plus restrictive en matière d'admission : certains barèmes ont été revus à la baisse. C'est le cas notamment dans des départements fortement urbanisés qui avaient pourtant été précurseurs dans la réforme de l'aide médicale.

Parmi les départements ayant mis en place un barème d'admission totale, les trois quarts ont fixé en complément un barème d'admission partielle : le niveau retenu est supérieur ou égal au minimum vieillesse deux fois sur trois. En général ce barème se décline selon le niveau de revenu de la personne, avec des modalités différentes pour l'aide à domicile et l'aide hospitalière.

Enfin, il reste souvent des admissions particulières hors barèmes.

2. Les conséquences de l'admission automatique

L'application par tous les départements de cette réglementation a entraîné une progression considérable des dépenses d'aide médicale, essentiellement due pendant les premières années à la prise en charge des dépenses d'assurance personnelle. On est ainsi passé d'une dépense de 2,6 milliards en 1989, à une dépense estimée en 1997 à 6,7 milliards. Cette progression a été particulièrement importante en 1994 et 1995 : plus 2,0 milliards de francs en deux ans, en raison de l'application de la loi de 1992.

Il faut distinguer deux périodes dans l'augmentation des dépenses (cf. tableau ci-contre) :

- de 1989 à 1993, on passe de 2,6 milliards de francs à 4,2 milliards, en raison de la seule augmentation des cotisations d'assurance personnelles (de 0,7 à 2,3 MF, alors que les dépenses complémentaires de soins restent inchangées à 1,9 MF) ;
- de 1994 à 1997, les dépenses de cotisations sont stables mais les dépenses complémentaires de soins augmentent (on passe de 1,9 MF à 4,0 MF pour les dépenses de soins, les cotisations passant, elles, de 2,3 à 2,7 MF). Parallèlement à l'augmentation des dépenses, on constate que le nombre de bénéficiaires des cotisations d'assurance personnelle a augmenté fortement lors de l'instruction du RMI, puis plus lentement. Ce ralentissement s'explique par les améliorations du repérage des droits préexistants au RMI (c'est le cas notamment à Paris pour 1996). Il faut en effet noter que sur près d'un million de bénéficiaires du RMI, la grande majorité a des droits ouverts à un autre titre. Dès la création du RMI, le nombre de

ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'AIDE MÉDICALE (France métropolitaine)

(en milliards de francs)	1989	1993	1994	1995	1996	1997
Cotisations d'assurance personnelle	0,7	2,3	2,6	2,7	2,5	2,7
Soins	1,9	1,9	2,9	3,7	3,8	4,0
Total	2,6	4,2	5,5	6,4	6,3	6,7

Sources : SESI jusqu'en 1994 ; estimations Odas pour la période 1995-1997. Ces données portent sur l'aide médicale. L'Odas relève en outre, selon les années, de 100 à 300 millions de francs d'aide extra-légale.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE PERSONNELLE (MÉNAGES) (France métropolitaine)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Milliers de ménages	160	208	236	220	233	247	259	241	255

Sources : SESI jusqu'en 1995 ; estimations Odas pour la période 1996-1997.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DU RMI (MÉNAGES) (France métropolitaine)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Milliers de ménages	422	488	575	697	803	841	885	957

Source : Délégation interministérielle au RMI. En 1997, 1,8 million de personnes étaient couvertes par le RMI.

bénéficiaires de l'assurance personnelle passe en un an de 97 000 ménages à 160 000. Il dépasse 250 000 ménages en 1997 dont 220 000 au titre du RMI.

Quant au nombre de bénéficiaires de l'aide médicale proprement dite (ticket modérateur) il serait en 1997 de l'ordre de 2,5 millions de personnes, dont 1,4 million au titre du RMI (bénéficiaires ou ayants droit) et 1 million admis sur barème. Ainsi 400 000 des 1,8 million de personnes couvertes par le RMI n'utilisent pas leur droit d'accès à l'aide médicale.

la demande, en s'inspirant du dispositif mis en place pour le RMI. Les CCAS perdent le monopole de l'instruction des dossiers de l'aide médicale, au profit notamment d'associations agréées et des organismes d'assurance maladie conventionnés.

En ce qui concerne l'agrément d'associations (par décision conjointe du préfet et du président du conseil général), seuls un tiers des départements ont utilisé cette possibilité. En outre, peu de conventions passées avec la sécurité sociale prévoient une délégation pour l'instruction des dossiers.

En Ile-et-Vilaine, ce type de convention a été passé pour les ressortissants du régime général qui constituent 90 % des bénéficiaires de l'aide médicale. Elle est effective sur l'ensemble du département depuis le 1^{er} janvier 1997.

En règle générale, ce sont donc les CCAS qui continuent d'instruire les demandes en liaison avec le service social départemental.

LES MODALITÉS CONCRÈTES D'ADMISSION

1. Sur le dépôt des demandes d'admission à l'aide médicale

Avec la loi du 29 juillet 1992, on a souhaité diversifier les lieux de dépôt de

2. Sur les délais de traitement

Les délais prévus par la loi, en ce qui concerne les bénéficiaires de plein droit de l'aide médicale, sont majoritairement respectés. 60 % des départements prononcent l'admission dans les huit jours qui suivent la demande, et 75 % dans les quinze jours. En outre, le titre d'admission est adressé au bénéficiaire du RMI dans les quinze jours après transmission du dossier au conseil général dans 75 % des cas.

Pour les autres bénéficiaires les délais sont plus inégaux, mais dans 60 % des départements est prévue la délivrance d'un titre provisoire pour éviter l'avance de frais par les particuliers.

Enfin, il faut relever que les départements interviennent suffisamment en amont pour renouveler le titre d'admission et éviter ainsi une rupture des droits. Le bénéficiaire est autorisé à renouveler sa demande dans un délai de deux à trois mois en général avant la date d'expiration de son titre annuel. Deux tiers des départements considèrent que ce délai est toujours suffisant pour assurer la continuité des droits. Dans les cas plus difficiles entraînant des traitements plus longs (difficulté pour réunir les pièces nécessaires...), peuvent intervenir des solutions transitoires pour éviter des avances de frais ou pour les rembourser.

LE CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

1. Le titre d'accès

Le titre d'accès aux soins prend la forme d'une "carte santé" dans 70 % des départements. Ailleurs, l'admission à l'aide médicale est mentionnée sur la carte d'assuré social. Dans les deux hypothèses il convient de noter que l'utilisation d'étiquettes ou de bons de soins persiste, mais qu'en général ils ne sont utilisés que pour des cas particuliers (les personnes qui ne sont pas bénéficiaires du RMI le plus souvent, ou les ressortissants de caisses

non conventionnées), ou à titre provisoire dans l'attente de l'établissement de la carte santé¹. Dans trois quarts des cas, le titre d'admission mentionne l'ensemble des ayants droit mais un quart des départements établit encore un titre individuel pour chaque personne du foyer admis à l'aide médicale.

2. La période d'admission

Dans la plupart des départements la période d'admission, conformément à la loi, est d'un an. Dans neuf départements, cette période est supérieure à un an. Dans les cas prévus par la loi, les départements peuvent établir des périodes plus courtes.

Enfin, l'utilisation du titre d'admission est rarement limitée au territoire départemental (10 % des départements), ce qui va dans le sens de la souplesse du dispositif et de son rapprochement avec le système général de couverture des soins.

3. L'étendue de la prise en charge

Plus d'un département sur deux effectue une prise en charge de dépenses au-delà des tarifs de la sécurité sociale pour certains actes médicaux, comme les prothèses auditives et dentaires, et les frais liés aux soins d'ophtalmologie. En règle générale, les départements remboursent jusqu'à deux fois le tarif de responsabilité de la sécurité sociale pour les soins dentaires et les lunettes et en fonction de chaque dossier pour les prothèses. Le financement de ces dépassements n'est pas toujours exclusivement à la charge des départements. Certaines CPAM prévoient aussi leur participation par l'intermédiaire de leur fonds d'action sanitaire et sociale, comme par exemple en Haute-Vienne.

¹ Ainsi, dans le département du Nord, il est prévu de ne plus délivrer de bons et de faire porter une mention "bénéficiaires de l'aide médicale" sur la carte de sécurité sociale ; pour les personnes qui n'ont pas encore de carte, quelques bons seront remis avec la mention "assurance personnelle en cours".

LE POINT SUR L'ÉVOLUTION DES MODES DE GESTION MIS EN PLACE DANS LES DÉPARTEMENTS

ACCOMPAGNANT L'AMÉLIORATION des conditions d'accès à l'aide médicale, des évolutions importantes peuvent être constatées dans les départements concernant la gestion des dispositifs d'accès aux soins et leur contrôle.

LE CONVENTIONNEMENT DANS LA GESTION DE L'AIDE MÉDICALE

Le recours au conventionnement avec les organismes de protection sociale

dans la gestion de l'aide médicale existait bien avant les évolutions importantes de l'aide médicale provoquées par la mise en place du RMI. Toutefois les bases juridiques de ces conventionnements étaient incertaines. C'est pourquoi, avec la loi du 11 janvier 1990 complétée par celle du 29 juillet 1992, ce type de conventionnement est autorisé. En outre, la loi du 29 juillet 1992 ouvre davantage cette possibilité en prévoyant que, en ce qui concerne les bénéficiaires admis de plein droit à l'aide médicale, les départements peuvent déléguer aux caisses l'instruction et l'admission des demandes.

Le conventionnement peut aussi introduire la dynamique mutualiste en

poursuivant un double objectif : optimiser économiquement et socialement la gestion de l'aide médicale.

1. Le conventionnement avec les organismes d'assurance maladie

Avant la mise en œuvre de la loi du 29 juillet 1992, seuls trois départements sur dix avaient conclu une convention avec les CPAM concernant le remboursement des prestataires de soins et de services. En 1994, neuf départements sur dix avaient passé ce type de convention, généralement élargi à la MSA. Les progrès plus récents portent donc davantage sur le contenu des conventions. Alors que les premières conventions portaient essentiellement sur la liquidation des dépenses de soins, actuellement, une quinzaine de départements ont passé ou vont passer une convention prévoyant en outre l'instruction et l'admission des demandes.

Il faut enfin noter que huit conventions sur dix prévoient des frais de gestion sur la base de forfait et/ou d'un pourcentage de la dépense. Les situations sont extrêmement variées d'un département à l'autre et de ce fait difficilement comparables, comme le montre le tableau ci-contre.

On note que, pour un département donné, la somme totale correspondant aux frais de gestion peut varier de 1 à 25 fois plus, en fonction du système retenu. Ces frais sont parfois élevés, mais correspondent à la facturation des postes nécessaires pour assurer la gestion déléguée par le conseil général.

Seul un département sur dix rembourse directement et systématiquement les professionnels de santé, mais la plupart des départements procèdent dans certains cas à un remboursement direct des prestations : il s'agit pour l'essentiel de rembourser les soins des personnes qui ne sont pas affiliées aux caisses conventionnées (CPAM, MSA, régime des non salariés non agricoles) et qui sont donc ressortissants de caisses particulières (Mines, Marine...).

Certains professionnels sont davantage concernés que d'autres, comme les dentistes et les opticiens. Enfin certains

remboursements sont directement effectués par le département pour des prestations non prévues dans la convention (comme les prothèses), ou pour des soins qui ont eu lieu hors du département concerné.

2. Le conventionnement avec des mutuelles

Le passage par une mutuelle correspond généralement à la volonté de placer les personnes en situation de précarité dans des conditions similaires aux salariés de droit commun. Le choix de la mutuelle évite la stigmatisation et permet également une part de prise en charge financière des cotisations par les bénéficiaires.

Actuellement, une dizaine de départements ont fait le choix de passer une convention avec une mutuelle, généralement en complément d'une convention passée avec les organismes d'assurance maladie. Dans chacun de ces départements, on trouve des modalités particulières.

La convention prévoit que le département prend en charge une partie ou la totalité de la cotisation mutuelle de certains bénéficiaires de l'aide médicale². La convention peut concerner exclusivement un public

ciblé (en Gironde les personnes âgées et personnes handicapées hébergées) ou certains actes médicaux (dans le Doubs, soins dentaires prothétiques et soins d'optiques).

La Meurthe-et-Moselle propose une des démarches les plus achevées et particulièrement significative en raison de sa durée. Ce département a fait très tôt le choix de mutualiser les bénéficiaires de l'aide sociale en finançant les cotisations à une mutuelle (Union des Mutuelles Départementales). Celle-ci assure la gestion de l'aide médicale et fait office de caisse pivot en recevant toutes les factures de soins (aide médicale à domicile et hospitalière). Elle assure l'interface avec les régimes d'assurance maladie pour obtenir le remboursement de la part obligatoire, y ajoute sa contribution en part complémentaire, et renvoie au prestataire des soins l'ensemble du remboursement. Ce montage simplifie les procédures, car il ne nécessite pas de négocier avec divers partenaires. Les délais de remboursement sont par ailleurs satisfaisants pour les professionnels (inférieurs à un mois).

² Par exemple, dans le département de l'Eure, en ce qui concerne la catégorie de bénéficiaires non admis de plein droit (niveaux RMI jusqu'à RMI+50%), le conseil général prend en charge 55 % de la cotisation à la mutuelle.

SYSTÈMES DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE GESTION	Nombre de départements concernés (sur 67 réponses)
• Forfait annuel de 100 000 à 800 000 F	4
• Avance de trésorerie sans frais de gestion	4
• Valeur des timbres poste	4
• Frais de personnel	1
• Montant par décompte : de 0,20 F à 5,50 F ou de 3 % à 8 % du ticket modérateur et du forfait hospitalier (varie parfois selon les régimes)	40
• Montant par bénéficiaire et par an de 3 F à 60 F et variable selon les régimes	5
• Systèmes mixtes. Exemple dans un département : 5 F/bénéficiaire/an + 2 F/décompte + 50% des timbres poste	9

LE CONTRÔLE DE GESTION ET L'OBSERVATION

L'observation dans le domaine de l'accès aux soins (réponses et besoins) est fort peu développée. Seuls quelques départements, en collaboration avec les CPAM, ont mis en place ce type d'observation. En revanche, une majorité des départements a mis en place un système de contrôle de gestion.

I. Le contrôle de gestion

Le contrôle global des dépenses est effectué par six départements sur dix qui suivent les dépenses directes. Le suivi plus approfondi des dépenses, par la mise en œuvre d'indicateurs permettant des comparaisons, est beaucoup plus rare (deux départements sur dix). Toutefois il faut noter que l'organisation complexe du dispositif ne favorise pas le contrôle de gestion.

En matière de paiement des soins, les systèmes d'avances prévus dans les conventions avec les caisses, avec une régularisation qui intervient parfois au bout de deux ou trois ans, rendent très délicat le rapprochement entre la dépense effectuée une année et l'activité de soins sur cette même année. En matière de cotisations d'assurance personnelle, la difficulté de repérer parfois les droits préexistants multiplie les doubles affiliations. De même, le bénéficiaire du RMI retrouvant un emploi n'est pas instantanément rayé des listes de l'assurance personnelle.

Certains départements ont affecté du personnel à la seule tâche de comparaison minutieuse des fichiers, ce qui a permis de diminuer de manière sensible le nombre de cotisations d'assurance personnelle, mais au prix d'efforts importants. Ces réalités militent en faveur d'une simplification du dispositif.

2. L'observation des besoins et des réponses

Le suivi du niveau de consommation des bénéficiaires de l'aide médicale est effectué par quatre départements sur dix. Cette observation ne porte généralement que sur le coût par bénéficiaire et sur la consommation par type de prestations. En ce qui concerne les caractéristiques de la population (âge, catégorie socioprofessionnelle, distinction entre érémites et non érémites...), des études à cette fin n'ont été réalisées que dans trois départements sur dix.

L'observation des besoins est encore plus rare que le contrôle de gestion (deux départements sur dix). Quand elle existe, elle repose sur les "retours" des professionnels de santé, et un peu moins souvent sur des sondages auprès des bénéficiaires eux-mêmes. Il est vrai que l'observation des besoins exige de mobiliser temps et moyens pour assurer une étude de qualité.

Ce type d'observation semble par ailleurs de moins en moins prioritaire. Ainsi, le Territoire de Belfort qui avait mené des enquêtes de besoins préalablement à la mise en place de sa carte santé, afin de saisir notamment quelles étaient les difficultés de l'accès aux soins, a développé son propre système statistique, suffisant semble-t-il aujourd'hui pour observer son dispositif. La collaboration avec la CPAM est donc apparue moins prioritaire sur le plan de l'observation, d'autant qu'elle exige des procédures relativement lourdes. C'est la même évolution qu'a suivi le département de la Haute-Vienne, qui a renoncé à élaborer des systèmes d'échanges avec la CPAM pour évaluer l'efficacité du dispositif. Le département estime d'ailleurs que le dispositif d'accès aux soins n'entraîne que peu de dysfonctionnements en terme de consommation, et que les besoins sont couverts.

Ces constats sur l'absence de dérive en matière de consommation médicale sont aujourd'hui admis par la plupart

des départements ayant procédé à des analyses sur ce point. La dernière étude réalisée par l'Ille-et-Vilaine, en partant d'une analyse comparative avec d'autres départements, d'une étude de la CPAM sur l'évolution de l'aide médicale sur trois années et d'une étude qualitative de l'ORS, s'inscrit dans ce type de constat. Cette évaluation a permis par ailleurs de constater l'amélioration réelle de l'accessibilité à l'aide médicale et de noter quelques difficultés restantes, comme par exemple la lourdeur de certaines procédures administratives.

EN GUISE DE CONCLUSION...

Sous la double influence d'une volonté de modernisation de l'aide sociale et d'une meilleure protection des droits des plus démunis, l'aide médicale a profondément évolué dans notre pays depuis dix ans. N'échappent théoriquement aujourd'hui au bénéfice du dispositif d'accès aux soins que des personnes en situation irrégulière au regard des lois sur l'immigration, des personnes refusant explicitement ou implicitement l'instruction de leur droit, et des jeunes de moins de 25 ans.

Et même si certains départements paraissent moins engagés que d'autres sur l'aide médicale, il faut relever qu'aucun d'entre eux ne cumule l'ensemble des dysfonctionnements.

En outre, les arguments ne manquent pas pour promouvoir une évolution sur le plan, notamment, du développement de la protection sociale au détriment de l'aide sociale, de la simplification gestionnaire, et du renforcement de la citoyenneté.

Si les propositions du rapport BOULARD rencontrent un accueil plutôt favorable, il reste cependant à vérifier la capacité des caisses de sécurité sociale à prendre en charge les difficultés spécifiques aux familles précarisées.

• La Lettre de l'Odas est une publication de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée • 37, boulevard Saint-Michel, 75005 Paris • Tél : 01 44 07 02 52 • Fax : 01 43 25 85 34 • www.odas.net • Directeur de la publication : Jean-Louis Sanchez • Ce numéro spécial a été tiré à 5 000 exemplaires •