

PREMIER MINISTRE



Conseil national des politiques de lutte
contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Paris, le 19 février 2015.

Avis du CNLE sur le projet de loi de santé

Le projet de loi présenté par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes comporte des **avancées évidentes**, répondant en partie à certains besoins des bénéficiaires les plus vulnérables en termes d'accès effectif aux soins. Le CNLE salue en particulier la généralisation du tiers-payant et le changement de stratégie dans la lutte contre les risques liés à l'usage des drogues avec l'adoption d'une approche éducative plutôt que policière.

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé (SNS), présentée en 2013, était structurée autour de trois axes :

- prioriser le préventif sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ;
- mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale ;
- miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire.

Cependant, le projet de loi, tel qu'il est actuellement présenté¹, se révèle globalement en-deçà de ce que laissait espérer ce document. Il est notamment **assez décevant en matière de prévention et de promotion de la santé**. Alors que la démocratie sanitaire était affichée comme un pilier de la SNS, le processus d'élaboration du projet de loi n'a comporté que peu de réunions de concertation et beaucoup d'opacité.

A regret, nous constatons que le projet de loi comporte des **manques importants** : nous craignons que cette loi ne modifie en rien le sort de centaines de milliers de personnes éloignées du système de santé et qu'elle n'ait pas de réel impact sur l'état de santé des bénéficiaires les plus précaires. Nous pensons que cette loi doit servir à repenser notre système de santé afin de le rendre plus solidaire, et donc plus à même de faire face à de nouveaux enjeux.

Promouvoir l'accès aux soins des populations les plus précaires reste un enjeu majeur alors qu'un rapport de la DREES qui vient de paraître nous rappelle que **les inégalités sociales de santé persistent**². Tous les indicateurs de santé (espérance de vie, recours aux soins, morbidité...) le montrent : l'existence et l'importance des problèmes de santé sont étroitement liées à la position sociale et au niveau d'études. Ces disparités sociales se traduisent par exemple par une mortalité plus élevée pour les populations les plus défavorisées. La différence d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3,0 ans pour les femmes - **un écart stable au cours des quarante dernières années**.

¹ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302.asp>

² Drees, *L'état de santé de la population en France*, 2015.

I. Simplifier l'accès aux droits et aux soins

1. Mettre fin à la spécificité du dispositif AME : pour une CMU vraiment universelle³

Les **264 000 bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat** - et tous ceux qui n'en font pas la demande⁴ - sont oubliés dans le projet de loi, alors que la protection sociale est un préalable à l'accès à la prévention, axe majeur de la feuille de route de la Stratégie nationale de santé.

La distinction AME/CMU a des conséquences négatives, tant humaines qu'administratives : demandes abusives de justificatifs, complexités administratives, inégalités d'accès aux soins, renoncements aux soins, refus de soins, stigmatisation des demandeurs... Dans le débat public, nous déplorons que l'AME, dont le budget propre est sans cesse remis en cause, **demeure un sujet de tension opposant les personnes sans titre de séjour et les assurés sociaux**.

Suite à la mise en place du dispositif de la CMU, Médecins du Monde a constaté une diminution du nombre de patients français reçus dans ses centres, ce qui signifie leur meilleur accès aux soins grâce à cette couverture médicale. En fusionnant l'AME et la CMU, comme le recommande un rapport de l'IGAS⁵ ainsi que le Défenseur des Droits⁶, on peut espérer les mêmes résultats pour les étrangers en situation irrégulière.

Recommandations

- **Démystifier les idées reçues sur l'AME** : les cas de fraude ou de tourisme médical sont en réalité très résiduels, alors que le problème se situe plutôt au niveau d'un taux de non-recours très important.
- **Intégrer l'AME dans le dispositif CMU⁷, qui serait ainsi rendu accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté**. Cette fusion serait une grande réforme humaniste, à même de renouer avec le caractère solidaire de notre système de Sécurité sociale et l'esprit dans lequel il a été pensé à la Libération. Ce serait également une réforme pragmatique sur le plan économique permettant de réduire les coûts de gestion engendrés par la cohabitation de deux systèmes. Enfin ce serait une mesure de santé publique majeure améliorant la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accès aux soins.
- Un véritable accès à ce dispositif est conditionné par un droit d'accès à la **domiciliation** (Cf. p. 4).

2. La généralisation du tiers-payant : une mesure qui améliore l'accès aux soins

Article 18 du projet de loi

Pour les personnes qui connaissent des difficultés financières, l'avance d'une vingtaine d'euros chez un généraliste est très dissuasive. **C'est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'une consultation chez un spécialiste**. L'avance de frais constitue donc un facteur majeur de non-recours aux soins et de retards de soins.

Recommandation

La mesure proposée à l'article 18 du projet de loi constitue un **outil efficace pour l'accès à la médecine de ville**, la lutte contre les retards de soins et les renoncements aux soins. L'importance de

³ AME : Aide médicale de l'Etat ; CMU : couverture médicale universelle.

⁴ Médecins du monde observe un taux de non-recours à l'AME d'environ 91 % chez les personnes reçues dans ses centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) en 2013.

⁵ Alain Cordier, Frédéric Salas, Igas, *Analyse de l'évolution de l'aide médicale d'Etat*, novembre 2010.

⁶ Défenseur des droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014.

⁷ Dispositif comprenant la CMU, la CMU-C (CMU complémentaire) et l'ACS (aide à la complémentaire santé).

la médecine de ville dans la promotion de la santé et de la prévention suppose un suivi régulier des patients auquel aucun obstacle ne doit être opposé.

Par ailleurs, la généralisation progressive du tiers-payant va permettre de lutter contre la stigmatisation des titulaires de la CMU-C et de l'AME en mettant fin à un discours qui fait des plus pauvres des « profiteurs » au prétexte qu'ils n'ont pas à effectuer l'avance des frais, alors même qu'ils sont les premières victimes des inégalités de santé et d'accès aux soins.

Le CNLE soutient la généralisation du tiers-payant à l'horizon 2017. Cependant, cette généralisation ne doit pas se faire au détriment de la qualité d'exercice de la médecine générale, dont les pratiques sont déjà souvent en difficulté dans un système saturé. **Les modalités techniques de mise en place doivent être confiées à un organisme centralisé** (à l'image de la gestion confiée au Fonds CMU) : tout doit être fait pour sécuriser des procédures de paiement simples et rapides, sans surcharge administrative pour les professionnels de santé.

3. Lutter contre les refus de soins : pour un dispositif exemplaire

Article 19 du projet de loi

Les refus de soins constituent une réalité insuffisamment prise en compte, bien que plusieurs enquêtes depuis une dizaine d'années aient montré des refus de soins conséquents à l'égard des personnes titulaires de la CMU-C, et plus encore pour les bénéficiaires de l'AME⁸ (respectivement 25 % et 37 % de refus de soins). Plus récemment, **le Défenseur des Droits a appelé le gouvernement à prendre de réelles mesures pour lutter contre les refus de soins**⁹.

En plus de constituer une violation du droit et de la déontologie médicale, les refus de soins ont des conséquences sérieuses sur la santé de personnes qui vivent dans la précarité (renoncements ou retards de soins, aggravation des pathologies), qu'en termes de soins plus coûteux pour la collectivité : prise en charge urgente avec complications, engorgement de l'hôpital et des urgences...

Alors que les dispositions du Code de santé publique sont insuffisantes pour faire disparaître ces pratiques, le présent projet de loi donne pour mission au Conseil national de l'Ordre des médecins d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, notamment **en réalisant ou en faisant réaliser des testings**. Nous ne pouvons pas nous satisfaire d'une mesure aussi ambiguë et fragile : d'une part, on peut douter de la totale objectivité des Ordres en la matière (comment les médecins peuvent-ils être juges et parties ?), d'autre part, la loi ne prévoit pas de **définir clairement et strictement la notion de refus de soins**, ce qui est pourtant indispensable pour identifier les pratiques discriminatoires. Enfin, il était attendu de ce projet de loi des sanctions significatives et dissuasives à l'encontre des professionnels pratiquant des refus de soins.

Recommandations

- **Elargir la notion de refus de soin** qui doit comprendre notamment :
 - une attitude et un comportement discriminatoires du professionnel de santé ;
 - l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale justifiée ;
 - le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par ce professionnel ;
 - une demande de dépassement d'honoraires faite à des bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS.

⁸ IRDES, *Les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, 2009. Médecins du Monde, *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat dans 10 villes de France*, 2006.

⁹ Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014.

- Mettre en place un **observatoire national des refus de soins, paritaire et indépendant**, décliné en observatoires régionaux, qui créera les outils nécessaires pour évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Leur composition doit permettre la participation des personnes directement concernées et des associations de santé.
- Les personnes qui estiment être victimes d'une situation de refus de soins doivent **pouvoir se faire accompagner et/ou représenter par une association** dans les procédures de conciliation ou de recours devant les Ordres. Les associations dont l'objet social est l'aide aux plus démunis ou l'accès aux soins doivent pouvoir exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins.

4. Simplifier l'accès aux droits

Le projet de loi présenté ne prévoit aucune mesure de simplification de l'accès aux droits. Pourtant de nombreux acteurs institutionnels attestent que **la complexité du système est un frein à l'accès aux soins** (rapport Archimbaud¹⁰, rapport du Défenseur des Droits¹¹ ou encore avis du CNLE¹²...). Selon l'Observatoire de Médecins du monde, les principaux obstacles mentionnés par les patients qui ont des droits théoriques mais non ouverts sont la méconnaissance des droits et des structures (30 %) et les difficultés administratives, dont les difficultés d'accès à la domiciliation administrative (28 %)¹³.

Les démarches d'ouverture de droits sont souvent longues. De manière générale, la file d'attente et la durée écoulée entre deux rendez-vous dans les CPAM retardent l'accès aux droits et donc aux soins. Ce sont également les demandes de justificatifs, leur complexité et leur multiplicité qui pénalisent les bénéficiaires.

De plus, la **domiciliation** constitue un frein majeur pour l'accès aux droits, en raison notamment d'une saturation des structures de domiciliation et du manque de respect par les CPAM du principe déclaratif de l'adresse. Enfin, le renouvellement annuel de la CMU ou de l'AME ou le changement de régime de protection sociale peuvent entraîner des retards ou des non-recours aux droits en raison des délais administratifs.

Recommandations

Le CNLE considère que ce projet de loi relatif à la santé devrait permettre de **simplifier l'accès aux droits**. En s'appuyant notamment sur les recommandations très pertinentes des rapports Chérèque¹⁴ et Vaugrenard¹⁵, le CNLE demande en priorité :

- que soit reconnu dans la loi le **principe déclaratif de l'adresse**¹⁶ pour l'affiliation à la couverture sociale, et qu'un véritable service public de la domiciliation administrative soit promu ;
- que les renouvellements de la CMU et de l'ACS soient facilités **et que les périodes de rupture de droits soient évitées** par un maintien des droits pendant le réexamen des revenus. Le rapport Chérèque préconise également l'allègement des pièces justificatives à produire lors du renouvellement des droits à ces dispositifs (recommandation 20) ;

¹⁰ Aline Archimbaud, *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013

¹¹ Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, mars 2014

¹² Avis du CNLE, *Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, juin 2011.

¹³ Médecins du Monde, *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, rapport 2013*, octobre 2014.

¹⁴ François Chérèque, Christine Abrossimov, Mustapha Khennouf, *Evaluation de la 2^e année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, rapport Igas, 2015 (Cf. recommandations 3 à 6 sur l'accès aux droits).

¹⁵ Yannick Vaugrenard, *Comment enrayer le cycle de la pauvreté ? Osons la fraternité !*, rapport d'information du Sénat, février 2014.

¹⁶ Décret n° 2000-1277 du 26 décembre 2000.

- la généralisation du **guichet unique d'accueil et d'orientation** facilitant l'accès aux droits : les bonnes initiatives telles que les « Rendez-vous prestations » initiés par la Mutualité sociale agricole (MSA)¹⁷ et les « Rendez-vous des droits » mis en place par les Caf doivent être consolidées et étendues à l'ensemble des caisses.
- que l'objectif de « parcours de santé coordonné » mentionné dans le projet de loi soit remplacé par la notion de « **parcours de santé personnalisé** », comme l'a proposé ATD Quart Monde, pour tenir compte des personnes en rupture et de leurs besoins spécifiques d'accompagnement auxquels ne peut répondre un cadre standard.

Accès aux droits : ce qu'en disent les usagers*

Les causes du renoncement aux soins et du non-recours à la CMU, CMU-C :

- Les personnes en précarité n'ont pas accès à l'information sur leurs droits. La CMU-C n'est pas versée automatiquement. Les personnes ne connaissent pas forcément son existence.
- Pour obtenir l'attestation d'affiliation et la carte Vitale, c'est tout un problème :
 - il y a une forte incitation à faire la démarche sur Internet, ce qui est un obstacle pour certains (cf. fracture numérique) ;
 - si on commet une erreur, le code se bloque ; il faut alors écrire à l'Assurance maladie et attendre un certain temps la réponse...
- Pour les personnes qui ne sont pas accompagnées, les démarches pour obtenir la CMU sont ardues. Les demandes de documents sont réitérées.
- Les délais d'obtention des droits sont trop longs : minimum 2 mois pour une première démarche et parfois un an, pour des démarches ayant rencontré une difficulté spécifique. Pendant ce temps, la personne ne peut pas se faire soigner.
- Les files d'attente pour être reçu dans les centres sont extrêmement longues.

Le recours à une complémentaire santé reste difficile :

- L'absence de lisibilité des garanties se double d'une offre disparate et multiple.
- L'Aide à la complémentaire santé (ACS), versée par l'Assurance maladie, est loin d'être suffisante pour souscrire à une mutuelle offrant une bonne couverture : par exemple, pour une personne de plus de 60 ans, le montant de l'ACS ne dépasse pas 550 €/an, soit moins de 50 €/mois. Le prix exorbitant de la plupart des mutuelles frappe de plein fouet les bénéficiaires d'une petite retraite ou de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Pour ceux dont le revenu dépasse de quelques euros le plafond de l'ACS, il ne reste que le recours aux aides extra-légales mises en place par quelques communes (tel le « Complément Santé Paris », de 39 €/mois, accordé aux personnes âgées ou handicapées ayant des ressources modestes pour les aider à acquérir une complémentaire santé).

Des offres de soins au rabais sont adressées aux personnes ayant une faible couverture complémentaire

Exemples : on propose à une personne en précarité de se faire arracher les dents et de porter un dentier alors qu'à une personne plus aisée on propose de préserver sa dentition et de se faire poser un bridge. Idem pour les lunettes ou les appareils auditifs proposés à bas prix qui se révèlent parfois de mauvaise qualité, s'abîment au bout de trois mois ou sont difficiles à supporter.

* Contributions fournies par un groupe d'usagers accompagnés par les Petits Frères des pauvres, à Paris.

¹⁷ La MSA a été un précurseur dans ce domaine, les Rendez-vous Prestations y étant généralisés depuis 2008. En 2013, à l'issue de ces entretiens, environ 50 % des droits potentiels détectés ont été effectivement ouverts, et plus de la moitié concernaient la santé. Source : CCMSA, *Rendez-vous Prestations MSA - Bilan 2013*, juillet 2014.

Précisons toutefois que le bilan 2014 du plan pluriannuel contre la pauvreté¹⁸ relève quelques avancées positives concernant l'ACS, même si des problèmes subsistent et que le taux de non-recours pourrait se maintenir à un niveau élevé (en 2012, il se situait autour de 65 %). Au 1er juillet 2015, le tiers payant intégral sera appliqué aux bénéficiaires de l'ACS, ainsi que la suppression des franchises. La dispense d'avance de frais ainsi que la diminution du reste à charge devraient entraîner une diminution du renoncement aux soins pour raisons financières. Encore faut-il que le coût net du contrat soit supportable pour le niveau de revenus ouvrant droit à l'ACS et que la couverture des risques se situe à un niveau suffisant. La mise en concurrence prévue à la même date devrait permettre de proposer des contrats lisibles et négociés, améliorant la situation des bénéficiaires de l'ACS sur les deux champs du niveau des garanties et du reste à charge sur prestations.

Pour les ménages n'ayant pas droit à l'ACS mais dont les revenus sont précaires ou modestes, il faudrait également permettre un accès à des contrats collectifs adaptés, à des tarifs négociés avec des mutuelles, à l'exemple de ce qu'offre l'initiative ACS-P¹⁹ aux bénéficiaires de l'ACS.

II – L'accès aux soins de premier recours : des structures et dispositifs de prévention et/ou de soins de premier recours à renforcer et à pérenniser

Alors que l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est dans la Stratégie nationale de santé, **rien n'est dit dans la loi sur les dispositifs permettant un accès aux soins et/ou à la prévention pour les plus précaires**, tels que les centres de PMI (Protection maternelle et infantile), les missions locales, les centres de santé, les PASS (permanences d'accès aux soins)... Il n'y a pas non plus de dispositions visant à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins pour une **meilleure accessibilité des zones rurales aux services**.

Les structures de soins de premier recours connaissent aujourd'hui des difficultés et certaines d'entre elles sont menacées. Le texte de loi devrait donc garantir la pérennité et le renforcement de ces structures et une meilleure articulation entre elles afin de favoriser la circulation au sein du parcours de soin.

Le rôle central des **PMI**, qui s'adressent aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 6 ans, aux enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance et aux professionnels des modes de garde, est unanimement reconnu²⁰. Ces services apportent une réelle valeur ajoutée du fait de leur accessibilité (notamment géographique), de leur approche globalisée et des nombreux partenariats qu'ils entretiennent au niveau départemental. Pourtant, **ils sont extrêmement fragilisés et parviennent de moins en moins à remplir leur rôle**, alors que plusieurs indicateurs récents montrent une régression en France en matière de périnatalité²¹ : le dispositif connaît d'importantes disparités territoriales, du fait d'une plus ou moins grande intensité d'implication des élus départementaux dans ces politiques. D'autres difficultés perdurent quant à l'accès des plus précaires à ces structures de prévention, notamment dû à un manque de volonté de prendre en charge certaines populations, alors même que leurs conditions de vie et de précarité sociale en font des publics à cibler.

Bien que la santé ne soit pas le cœur de métier des missions locales, leur approche spécifique de la situation des jeunes, le profil des jeunes qu'elles accompagnent, majoritairement de faible niveau

¹⁸ Ibid 14, pages 61 et 67.

¹⁹ L'ACS-P est une association créée à l'initiative d'ATD Quart Monde et qui regroupe les grandes mutuelles interprofessionnelles : Adréa Mutuelle, Apréva Mutuelle, Eovi Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Océane et Groupe Istya. Elle propose une complémentaire spécifiquement dédiée aux bénéficiaires de l'ACS, assurant pour une cotisation réduite une couverture santé de qualité.

²⁰ Leurs missions, telles qu'elles sont définies par le code de santé publique, sont vastes : consultations prénuptiales, prénatales et postnatales, actions de prévention médico-sociale, activités de planification familiale et d'éducation familiale, pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, actions médico-sociales préventives à domicile.

²¹ Danielle Jourdain-Menninger, Bernadette Roussille, Patricia Vienne, Christophe Lannelongue, *Etude sur la protection maternelle et infantile en France*, rapport Igas, novembre 2006.

scolaire et peu qualifiés, ainsi que leur présence sur l'ensemble du territoire les désignent comme des relais stratégiques pouvant faciliter l'accès aux droits et aux soins de jeunes en situation de fragilité. Elles financent des postes de référents santé et de psychologues ainsi que les actions santé qu'elles mènent soit sur leurs fonds propres soit par le biais de mises à disposition, soit le plus souvent dans le cadre d'appels à projet. De nombreuses missions locales parviennent ainsi à porter des actions santé, mais sans pouvoir les pérenniser. Des ressources financières insuffisantes et disparates, et parfois inexistantes, ne permettent pas à toutes les missions locales de mener de telles actions.

Les **Centres de santé et les centres de soins infirmiers** constituent une offre de soins de premier recours essentielle pour les populations précaires ; ils ont des missions d'accueil et d'orientation sociale et pratiquent bien souvent le tiers-payant. Pourtant, « leur modèle économique est structurellement boiteux²² » : leur mode de rémunération est calqué sur celui de la médecine libérale et ils sont fortement dépendants des situations budgétaires des collectivités locales. Il convient donc de revoir leurs règles de financement.

Les **PASS** constituent une porte d'entrée via l'hôpital dans le système de santé pour les personnes ayant des difficultés d'accès aux droits et aux soins. Alors qu'aujourd'hui chaque établissement de santé doit mettre en place une PASS, le projet de loi les rend facultatives. Elles devraient pourtant être reconnues et citées dans la loi dans leur rôle de passerelles vers l'ouverture des droits et vers le droit commun, et non vers des structures de soins pour les plus précaires. Or le nombre de PASS est insuffisant et, dans celles qui existent, les permanences assurées couvrent rarement les besoins. Par ailleurs, les PASS spécialisées (pédiatrie, psychiatrie, odontologie...) restent trop rares.

Le projet de loi fait l'impasse sur le développement des dispositifs « **d'aller vers** » qui constituent pourtant un levier de lutte contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins. La présence d'un médiateur sanitaire, dont l'approche facilite et optimise les premiers contacts entre patient et institution, constitue un moyen efficace d'améliorer l'accès à la prévention et aux services de santé. Car à quoi servent des droits s'ils ne sont pas ouverts ? A quoi sert un système de santé performant si les plus pauvres ne sont pas capables de s'y retrouver ?

Recommandations

- Le CNLE demande que les missions et le **rôle des PMI** soient reconnus et réaffirmés dans la loi, et leurs moyens renforcés (en particulier en milieu rural). Les PMI doivent pouvoir assurer notamment l'accès à l'IVG, le suivi des femmes enceintes et celui des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, développer des actions hors les murs et aller vers les populations les plus éloignées du système de santé.

Le CNLE demande que dans la loi de santé soit déclinée une composante du Service territorial de santé au public dédiée à la "Santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille". Il s'agit à la fois :

- de confirmer la place des services publics de PMI dans le système de santé en incitant les départements à assumer l'ensemble des missions qui leur sont confiées à ce titre ;
- de spécifier dans la loi le renforcement de l'organisation territoriale de la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, en cohérence avec les objectifs de la Stratégie nationale de santé et dans le même esprit que les dispositions prévues à l'article 13 du projet de loi relatif au renforcement de l'organisation territoriale de la santé mentale.

- Pour renforcer le **rôle des missions locales**, il conviendrait de réintroduire, comme prévu dans la précédente mouture du projet de loi²³ : « L'article L. 5314-2 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé "*Les missions locales participent à l'éducation à la santé, à la prévention, au repérage des situations nécessitant un accès aux droits sociaux, aux soins et à l'orientation des jeunes vers des services de droit commun. Elles mènent des actions de prévention en direction des*

²² Philippe Georges et Cécile Wacquet, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, rapport Igas, juillet 2013.

²³ Au titre I « Renforcer la prévention et la promotion de la santé » du Chapitre 1er « Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé ».

jeunes et avec les jeunes. » Le projet de loi devrait aussi favoriser le développement sur l'ensemble du territoire national des partenariats entre les missions locales et les services territoriaux de santé publique et entre les animations régionales des missions locales et les instances régionales de santé, et consolider ou développer les moyens leur permettant d'assurer les bilans de santé et les temps d'intervention de psychologues.

- Le projet de loi ne peut rendre les **PASS** facultatives pour les établissements de santé. Elles doivent être renforcées et développées, notamment les PASS mobiles et spécialisées.
- Si cette loi vise vraiment à simplifier l'accès aux soins et aux droits, elle doit ouvrir la voie à la médiation et à l'interprétariat en santé. C'est pourquoi nous appelons à la reconnaissance du **métier de médiateur en santé**, y compris par son inscription dans le référentiel des métiers du champ social.
- Le CNLE demande à ce que les **centres de santé et centres de soins infirmiers** soit pérennisés financièrement, y compris en élaborant de **nouveaux modes de rémunération** prenant en compte le profil économique et social des patients.
- Le CNLE demande également une reconnaissance législative et une stabilité financière des **maisons d'accueil hospitalières** qui organisent un hébergement pour les personnes hospitalisées ou leurs proches (250 000 nuitées/an), en contiguïté des établissements de santé et dans des conditions très sociales. Cette disposition s'inscrit logiquement dans celles relatives à l'amélioration des parcours de santé pour les usagers et leurs proches, sans pour autant constituer une obligation pour les établissements de santé.
- Le CNLE appelle à améliorer **l'articulation et la cohérence des schémas de prévention** comme cela était prévu par la Stratégie nationale de santé. L'articulation de l'offre de premier recours doit garantir cohérence et pérennité aux structures de soin et de prévention. Il est nécessaire de réintroduire le **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) dans les outils de programmation**, sinon les problématiques de santé des personnes vulnérables ou en précarité risquent d'être diluées et de ne plus être déclinées sur les territoires.

En matière d'articulation des interventions sanitaires et sociales, une attention particulière doit être apportée aux personnes sans domicile souffrant de troubles psychiques, afin de favoriser leur insertion en milieu ordinaire. Il est nécessaire de prévoir pour les activités de psychiatrie de secteur et d'accompagnement médicosocial et social une organisation géographique, avec des territoires de proximité et des coopérations, dont le bon fonctionnement serait garanti par une commission départementale.

III – Autres mesures pour favoriser l'accès à la santé des plus exclus

1. Revoir les modalités de fixation des prix des médicaments

La loi Santé ne prépare pas notre système de santé à l'arrivée de nouveaux traitements qu'il ne pourra pas absorber financièrement en raison de leur coût très important : un tri des patients sur des critères non-médicaux est à craindre. Les usagers de substances psychoactives et les détenus risquent par exemple d'être les premiers éloignés d'un nouveau traitement contre l'hépatite C (coûtant 41 000 euros pour une cure de trois mois), alors même que les experts priorisent leur accès aux soins.

Recommandation

- La loi doit affirmer le principe d'une égalité des patients face aux traitements coûteux. Afin de garantir ce droit, il est important de réformer notre démocratie sanitaire en prenant en compte

l'avis des associations de lutte contre les inégalités de santé qui rencontrent des publics que personne d'autre ne rencontre.

2. Faire participer les associations de lutte contre les inégalités de santé aux instances de décision

A l'**article 43**, le projet de loi propose l'entrée de représentants d'associations d'usagers du système de santé dans les instances dirigeantes de plusieurs organismes d'administration sanitaire. Cependant, le CNLE déplore que le Comité économique des produits de santé, le Haut Conseil de la santé publique et la Haute Autorité de santé, institutions pourtant majeures du point de vue de l'accès aux soins pour tous, ne soient pas ouverts aux associations d'usagers du système de santé et aux associations de lutte contre les inégalités de santé. Il souligne également la nécessité que la participation citoyenne des personnes en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale soit renforcée au sein de ces associations, notamment par le recours aux démarches d'accompagnement méthodologique qui ont aujourd'hui fait leurs preuves pour leur participation au sein du CNLE ainsi que dans quelques instances consultatives²⁴.

Recommandation

- Un élargissement de la démocratie sanitaire doit être impulsé dans la loi, tant au niveau des instances nationales que dans les nouvelles commissions prévues par la loi pour le suivi des projets territoriaux de santé.
- La participation des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité à l'élaboration et au suivi de la politique de santé doit être assurée à deux niveaux :
 - à un échelon stratégique, au niveau du **Projet régional de santé**, qui doit prévoir les modalités de participation de ces publics aux concertations préalables et à son adoption ;
 - à un échelon territorial, au niveau des **conseils territoriaux de santé**.

3. Former le corps médical à la prise en charge des patients en situation de précarité

L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité soulève des **problématiques spécifiques** : droits et dispositifs d'aide particuliers, cumul de difficultés (ressources, logement, langue, santé...). La méconnaissance par les professionnels de santé de ce public, des difficultés qu'il rencontre, des inégalités et des déterminants de santé, ainsi que des dispositifs existants constitue l'un des obstacles à l'accès aux soins de ces personnes.

Recommandations

- Inclure un enseignement obligatoire sur les questions de santé/précarité dans le cursus initial et la formation continue des études médicales et paramédicales.
- Inclure un enseignement sur la santé publique dans la formation des acteurs du secteur sanitaire et social.
- Promouvoir des formations croisées entre professionnels médicaux, sociaux et médico-sociaux pour partager une culture commune et renforcer le lien santé-social.

²⁴ Cf. le rapport publié par le CNLE : *Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques* (2011), ainsi que de nombreuses expériences de participation en cours : <https://www.cnle.gouv.fr/La-participation-citoyenne-des.html>

4. Promouvoir un environnement favorable à la santé

Concernant l'impact de l'environnement sur l'état de santé, le présent projet de loi se limite à la pollution atmosphérique et aux risques liés à l'amiante. Sans négliger ces deux aspects, bien d'autres éléments peuvent être pris en compte. L'accès à l'eau potable et à l'hygiène est un droit fondamental, pourtant des personnes sans domicile fixe ou vivant en habitat insalubre (bidonvilles, cabanes...) en sont privées. Aucune disposition législative ne prévoit de garantir l'accès à l'eau pour les personnes les plus fragiles alors que le manque d'accès à l'eau et à l'hygiène constitue un des facteurs majeurs de dégradation de la santé et d'exclusion. De plus, la loi sur la transition énergétique et la loi ALUR n'ont rien modifié à la situation de nombreux ménages souffrant de précarité énergétique ou vivant en logement insalubre. L'insalubrité des logements entraîne une dégradation de la santé physique (maladies respiratoires) et mentale, et du bien-être en général (anxiété, stress, dépression, perte d'estime de soi). Améliorer les conditions de logement, c'est donc améliorer la santé des plus précaires.

Recommandations

- Dans les procédures parlementaires, inclure une **évaluation systématique de l'impact en santé** de l'ensemble des politiques publiques.
- La loi de santé pourrait marquer un rattrapage au regard du rôle de **l'habitat comme déterminant de la santé des personnes**. Elle doit être l'occasion d'améliorer les conditions de vie des personnes, notamment en **garantissant un accès universel à l'eau potable et à l'hygiène**.
- Les communes devraient être incitées à (re)créer **des bains-douches et des fontaines à eau** en nombre suffisant, en bon état, gratuits, accessibles à tous et visibles.

5. L'accès à une alimentation saine et durable pour les plus démunis

La première priorité du **Programme nationale pour l'alimentation** (PNA 2014) est : « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité ».

Les résultats des études ABENA, faites en 2004-2005 puis en 2011-2012²⁵, mettent en évidence : la forte dépendance des personnes à l'aide alimentaire, principale source d'approvisionnement pour de nombreux types d'aliments ; la faible consommation de certains groupes d'aliments, recommandés pour leur valeur nutritionnelle (en particulier, les fruits et légumes et les produits laitiers, moins consommés qu'en population générale) ; les fréquences particulièrement élevées de pathologies liées à la nutrition. On note ainsi, depuis 2004-2005, une augmentation de la prévalence de l'obésité chez les femmes, qui concerne 35 % d'entre elles (soit le double de ce qui est observé en population générale). L'hypertension artérielle est aussi en augmentation chez les hommes (48,5 % contre 34,2 % en population générale). Néanmoins, l'évolution favorable de certains marqueurs biologiques de l'état nutritionnel, comme la baisse de l'anémie par carence en fer, encourage à poursuivre les actions entreprises pour améliorer l'organisation de l'aide alimentaire (diversité des aliments proposés, choix donné aux usagers...).

Recommandation

- Inclure dans la loi de santé **le lien entre alimentation et santé**, en se référant au Programme national nutrition santé (PNNS) et aux objectifs nutritionnels de santé publique fixés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

²⁵ Rapport Abena, mars 2013 : <http://www.inpes.sante.fr/etudes/pdf/2013-abena2-rapport.pdf>

IV - Mayotte

A Mayotte, l'exclusion d'une grande partie de la population du bénéfice de l'Assurance maladie et l'absence d'AME constituent les causes centrales des difficultés d'accès aux soins, dans un contexte de pauvreté, d'indicateurs de santé très dégradés²⁶, de risques sanitaires d'épidémies et de maladies et de faiblesse des dispositifs et infrastructures sanitaires. En l'absence d'AME, les enfants ne peuvent être affiliés à la sécurité sociale qu'en tant qu'ayant droit, ce qui, selon le Défenseur des droits²⁷, rejette hors de toute protection maladie 75 % d'entre eux.

La loi de santé ne prend aucune des mesures attendues et demandées par de nombreuses associations et institutions depuis longtemps. Elle renvoie au gouvernement la tâche de légiférer par voie d'ordonnance, donc sans débat public. Elle ne saisit donc pas l'opportunité d'améliorer le cadre existant à Mayotte.

Recommandations

Le CNLE demande :

- a minima, une inscription dans la loi du **principe d'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie** ;
- **l'harmonisation du droit mahorais** sur le droit en vigueur en métropole en matière de protection maladie (CMU, CMU-C, AME), dans l'attente d'une assurance maladie universelle fusionnant CMU et AME ;
- **le respect du code de santé publique**, et en particulier des dispositions qui doivent permettre, pour les personnes à faibles ressources²⁸, la prise en charge en totalité des frais concernant les mineurs et destinés à préserver la santé de l'enfant à naître.

IV - La réduction des risques

Articles 7, 8 et 9 du projet de loi

Le présent projet de loi redéfinit la politique de réduction des risques en direction des usagers de substances psychoactives. Il ouvre ainsi un nouveau modèle dans la façon de traiter les usagers de drogues : **la pénalisation n'est pas considérée comme la seule solution.** Au contraire, le cadre institué offre aux professionnels de santé et aux acteurs associatifs de nouvelles possibilités pour innover en matière de réduction des risques.

En effet, la guerre à la drogue débouche sur une guerre aux usagers de drogues qui se traduit par un éloignement des structures de soins et un regard stigmatisant de la société qui les pousse à adopter des pratiques à risques dans des conditions sanitaires dégradées. Dès lors, le risque de transmission de maladies comme le VIH ou le VHC est très important, de même que l'exposition au risque d'overdose, **principale cause de décès liés à l'usage de drogues en Europe.**

Dans cette optique, le projet de loi propose d'autoriser l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (comme cela se fait dans d'autres pays européens), pour une durée de six ans, dans des locaux distincts de ceux utilisés dans le cadre des autres missions. Cependant, la force de frappe des salles de consommation à moindre risque pourrait être limitée aux grandes villes.

Par ailleurs, sur le plan du dépistage, nous saluons la mesure (article 7) qui vise à **faciliter l'accès aux autotests de maladies infectieuses transmissibles ainsi qu'aux tests rapides d'orientation**

²⁶ Le taux de mortalité maternelle y est six fois plus élevé qu'en métropole, le taux de mortalité infantile quatre fois plus.

²⁷ Compte-rendu de la mission conduite par Mme Yvette Mathieu, préfète, chargée de mission auprès du Défenseur des droits, sur la protection des droits de l'enfant à Mayotte, mars 2013, p. 50.

²⁸ Conformément à l'Ordonnance du 31 mai 2012, les ressources de ces personnes doivent être inférieures à un montant fixé par une décision du représentant de l'Etat - montant non encore fixé à ce jour.

diagnostique (TROD). Toutefois, il conviendrait de les rendre plus accessibles financièrement pour atteindre les populations les plus démunies.

Recommandations

- Le CNLE soutient le gouvernement dans **la mise en place à titre expérimental d'espaces de consommation supervisée ou salles de consommation à moindre risque, prévus dans la loi**. Cette mesure permettra un usage de produits psychoactifs dans des conditions sanitaires saines et de façon accompagnée, réduisant alors considérablement les risques d'overdose et de transmission de maladies infectieuses. Du fait de leur coût d'implantation, les villes souhaitant mettre en place de tels dispositifs doivent être soutenues financièrement.
- Pour que le prix des **autotests** ne soit pas un frein à leur accès aux populations défavorisées, ils doivent pouvoir **être gratuits pour les bénéficiaires de l'AME et de la CMU** et/ou mis à disposition à titre gratuit par des associations impliquées en matière de prévention sanitaire.
- Dans le champ de la prévention des addictions, il reste à renforcer toutes les actions des **CSAPA** (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). En 2007, le législateur a reconnu leur **mission de prévention**. Cette première étape, saluée par les acteurs concernés, en appelle désormais une autre, celle d'une simplification et d'une pérennisation des financements qui leur sont alloués.