

CONTRIBUTION AU GROUPE DE TRAVAIL A – « ACCES A LA SANTE, ACCES AUX SOINS »

Bernard MORIAU MDM - 04/11/2015

LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les PASS sont des cellules de prise en charge médicale et sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En 2014, **430 PASS** sont implantées dans les établissements de santé. La plupart sont des PASS généralistes (368)) mais, depuis 2012, des PASS d'un nouveau type ont été développées : dans des établissements autorisés en psychiatrie, pour les soins dentaires, à vocation régionale pour renforcer les moyens de coordination et l'expertise des PASS de la région. Beaucoup (55%) sont situées dans des établissements où le service des urgences a une activité importante. Tous les centres hospitaliers universitaires et les centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR) en ont une, ce sont alors des permanences de taille plus importante en nombre de patients, comme en effectifs de professionnels. Pourtant, « selon une récente étude de la Direction générale de l'offre de soins, seul **un quart des PASS satisfait aux critères d'exigence fixés** (à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10% de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, signalétique au sein de l'établissement, protocoles entre les services de l'établissement ». *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les cahiers du CNLE. Octobre 2015.*

A partir de ses observations Médecins du Monde constate en 2015 que :

- le dispositif des PASS est toujours très hétérogène et multiforme, selon les hôpitaux et les territoires,
- que le dispositif marche bien dans certains endroits (à Paris avec de nombreuses PASS fonctionnelles) et que dans d'autres il y a de gros dysfonctionnement (Marseille, Lyon),
- s'il est une avancée, le référentiel annexé à la circulaire de 2013 reste flou sur le financement de la prise en charge des personnes sans droits potentiels : les PASS « peuvent » prendre en charge les patients sans droits.../pas d'obligation. Ainsi **dans de nombreuses PASS les personnes sans droits potentiels ne sont pas reçues** (personne n'ayant pas ou ne pouvant pas prouver trois mois de présence en France, personnes sous visa, européens communautaires dans certains cas). Ainsi près d'une personne sur 5 rencontrée en 2014 dans les programmes de MDM reste exclue de tout dispositif de couverture maladie, principalement du fait du critère de stabilité de résidence de 3 mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME ,
- de plus en plus de directeurs d'hôpitaux qui se disent en déficit, indiquent ne pas pouvoir prendre en charge les personnes sans droits potentiels au risque de creuser le déficit hospitalier.
- de nombreuses PASS sont surchargées, peu d'heures d'ouverture, pas d'ouverture sans rendez-vous (exemple à l'hôpital E. Herriot à Lyon : 8 patients par matinée...).
- des PASS qui, de fait, n'ont pas les moyens qui leur sont officiellement attribuées (pas de temps de consultation médical alors qu'il est financé),
- les PASS dentaires sont un manque majeur sur la plupart des territoires. Les PASS pédiatriques et psychiatriques sont trop peu nombreuses.

L'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (qui regroupe 20 associations dont MDM, MSF, la CIMADE, le COMEDE) rappelle le 4 avril 2014 que :

- « le dispositif PASS **doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement**, possédant une couverture médicale incomplète **ou dépourvue de droits**

(potentiels ou non) aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale, et plus généralement pour toute personne en difficulté d'accès quelles que soient ces difficultés,

- les soins délivrés, pour l'utilisateur démuné financièrement, au titre de la PASS, incluant les hospitalisations, doivent être gratuits (c'est-à-dire sans facturation à l'utilisateur) et doivent être dispensés de l'avance des frais, avec ou sans ouverture de droit effective au jour des soins,

- ces soins doivent être financés :

a) pour les personnes ayant des droits ouverts à une protection maladie intégrale (CMU-C ou AME) à la date des soins : par facturation auprès de la caisse selon le processus de droit commun, mais avec dispense complète d'avance de frais par la procédure de tiers-payant intégral ;

b) pour les personnes avec droit potentiel à une protection intégrale (ou dans le cadre du Fonds pour les soins urgents et vitaux) à la date des soins : par la mise en route de la demande de protection maladie adéquate (intégrale ou en complément d'une protection de base déjà acquise) et facturation auprès de la caisse seulement après l'ouverture des droits ;

c) pour les personnes sans droit potentiel à la date des soins : sur financement dédié MIGAC PASS ».

Le CNLE considère que :

- la mise en œuvre du dispositif PASS est encore loin de répondre aux ambitions fixées par la loi de lutte contre les exclusions datant maintenant de 17 ans,

- les PASS doivent permettre les soins aux personnes ne relevant d'aucun dispositif d'assurance maladie/AME,

- le caractère obligatoire du dispositif doit s'imposer aux établissements de santé.

LES LITS HALTES SOINS SANTE (LHSS) ET LES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES (LAM)

Les LHSS sont des structures chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. Elles accueillent 24 heures sur 24 et 365 jours par an. **1 246 LHSS** ont été référencés en 2014 contre 1 171 en 2011. Selon une évaluation ministérielle de 2013, « **86%** des patients souffrent (...) de pathologies sous-jacentes, le plus souvent déjà connues : pathologies chroniques (**59%**), addictions (**54%**), troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques avérées. La durée du séjour est inférieure à quatre mois (deux mois renouvelables une fois) pour **78,8%** des personnes accueillies. Soulignons cependant qu'à la sortie des LHSS, le problème aigu ayant justifié l'admission n'est pas réglé pour **21,9%** et que les problèmes préexistants ou découverts durant le séjour ne sont pas stabilisés dans **35,7%** des cas ».

C'est de ce constat qu'est né un autre mode de prise en charge plus adapté à ce public : **les lits d'accueil médicalisés (LAM)** qui permettent aux personnes atteintes de pathologies chroniques de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. Ces lits étaient au nombre de 95 en 2013, ils sont **135** en 2014. (*Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les cahiers du CNLE. Octobre 2015*)

Dans le rapport 2014 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France, Médecins du Monde souligne :

-« En 2014, 20% des personnes ayant fréquenté les CASO sont sans domicile ou dans un dispositif d'hébergement d'urgence pour une courte durée,

-la proportion de personnes sans domicile est plus importante chez les hommes et chez les Français,

-89% des sans domiciles n'ont pas de couverture maladie,

-ces patients sont plus souvent affectés de troubles d'ordre psychologique et de pathologies dermatologiques ».

Le CNLE demande la poursuite du développement des LHSS, des LAM et une meilleure articulation entre tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existant. Cela permettra une prise en charge des personnes mieux adaptée, plus humaine et plus économique par le désengorgement des hôpitaux où les patients séjournent au-delà du temps nécessaire à la prise en charge strictement hospitalière de leur problème de santé.

L'ALLER VERS

Comme l'indiquait le CNLE dans son « Avis du CNLE sur le projet de loi de santé » du 19/02/2015 : « 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 ». Le CNLE fait le même constat dans de la feuille de route 2015-2017.

« L'aller vers » c'est avant tout des actions de proximité qui doivent traduire la volonté des pouvoirs publics d'aller vers des personnes qui ne peuvent, quel qu'en soit le motif, faire la démarche de venir d'elles-mêmes vers des structures fixes. Ces actions s'adressent en particulier aux personnes à la rue, en squats ou bidonvilles, aux migrants en transit, aux usagers de drogues et aux personnes proposant des services sexuels tarifés. Mais pas seulement, ainsi en 2013 MDM a ouvert une action de proximité en Auvergne pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité en milieu rural et depuis 2014, en partenariat, développe un programme expérimental auprès des personnes détenues au centre de détention et à la maison d'arrêt de Nantes dans l'objectif de promouvoir la santé et améliorer l'accès aux soins.

Le CNLE demande le développement de ces actions de proximité qui constituent pourtant un levier efficace de lutte contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins.

PROGRAMME MEDIATION SANITAIRE ET INTERPRETARIAT

Dans la feuille de route 2015-2017 le programme de médiation sanitaire a été étendu aux gens du voyage. La loi de santé comportera, si elle est votée, une avancée importante puisqu'un article prévoit l'élaboration d'un référentiel métier de la médiation sanitaire : « Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent le recours à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique en vue de protéger et d'améliorer la santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils définissent et encadrent les interventions des professionnels et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé qui les mettent en œuvre, ainsi que leur place dans le parcours de soin des personnes. Ils sont élaborés ou validés par la Haute Autorité de Santé, en concertation avec les acteurs concernés ».

De nombreux arguments issus de la pratique médicale de terrain plaident en faveur du développement de la médiation sanitaire :

- la complexité du système de santé,
- la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits provoquent non-recours et retards des soins,
- la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiels,
- la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes,

- les barrières linguistiques compliquent les soins et l'accompagnement de nombreux patients. Le développement de la médiation sanitaire, le médiateur étant un tiers facilitant les premiers contacts entre patients et institutions de santé, constituerait un moyen d'améliorer l'accès aux services de santé ainsi qu'un outil de lutte contre les discriminations dans l'accès au système de santé.

Le CNLE rappelle qu'il demande la reconnaissance du métier de médiateur santé et le financement des postes.

LA REDUCTION DU NON-RECOURS

La réduction du non-recours est un des enjeux majeurs du plan pluriannuel. Elle implique une simplification de l'accès aux droits et aux soins.

La généralisation du tiers-payant au 1^{er} janvier 2017.

Le CNLE soutient cette mesure car il considère qu'elle est 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 la médecine de ville dans la promotion de la santé et de la prévention suppose un suivi régulier des patients auxquels aucun obstacle ne doit être opposé. Par ailleurs, la généralisation 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. Cependant, cette généralisation ne doit pas se faire au détriment de la qualité d'exercice de la médecine générale, dont les pratiques sont 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.

L'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

Le recours à l'ACS a peu progressé. En novembre 2013 le nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation était de 774 041, en février 2015 il s'établissait à 942 242. Depuis le 1^{er} juillet 2015 l'extension du tiers-payant intégral, la suppression des franchises, de la participation financière de 1 euro et l'amélioration des garanties des contrats devraient améliorer le recours. Mais la vigilance s'impose car près d'un demi mois de revenu annuel reste nécessaire pour financer la complémentaire santé.

Le CNLE demande que le plafond de l'ACS soit relevé afin d'intégrer les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASPA à ce jour exclus de l'ACS.

L'Aide Médicale d'Etat

Les 264 000 bénéficiaires de l'AME - et tous ceux qui n'en font pas la demande (taux de non-recours à l'AME de 89,8% en 2014 parmi les patients reçus par Médecins du Monde) - sont oubliés dans le plan pluriannuel.

Le CNLE réaffirme sa demande d'intégration de l'AME dans le dispositif CMU (comprenant la CMU, la CMU-C et l'ACS), qui serait ainsi rendu accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté.

Suite à la mise en place du dispositif de la CMU, Médecins du Monde a constaté une diminution du nombre de patients français reçu dans ses centres (21,7% en 2000, 12,6% en 2007 et 6,8% en 2014), ce qui signifie leur meilleur accès aux soins grâce à cette couverture médicale. En fusionnant l'AME et la CMU, comme le recommande le rapport de l'IGAS ainsi que le Défenseur des Droits, on peut espérer les mêmes résultats pour les étrangers en situation irrégulière.

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. Par ailleurs la dernière étude de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE confirme que les Etats membres réduiraient leurs dépenses relatives aux soins de santé des migrants si les traitements étaient délivrés avant qu'ils ne deviennent urgents (*Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. September 2015*).

LA SANTE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Les mineurs isolés étrangers, le constat de Médecins du Monde

En 2014, 517 mineurs isolés étrangers ont été accueillis dans les centres de soin de Médecins du Monde. Leur nombre, multiplié par 8 depuis 2011, ne cesse d'augmenter. Les autorités françaises mettent davantage l'accent sur les dimensions sécuritaires et la gestion des flux migratoires que sur la protection de l'enfance. De fait ces jeunes sont accueillis la plupart du temps dans un climat de suspicion généralisée, leur minorité est très souvent remise en cause sur la base de la contestation de leurs documents d'état civil ou d'examen médicaux pourtant largement décriés par la communauté scientifique. De nombreux dysfonctionnements existent pour ces jeunes : absence de mise à l'abri pendant la durée de l'évaluation, absence de référent social désigné pour les jeunes pris en charge par l'Ase, absence d'information sur leurs droits pour l'accès à la santé, à l'éducation ou aux démarches d'asile. Ces dysfonctionnements ont des conséquences dramatiques sur l'avenir de ces jeunes particulièrement fragilisés, en contradiction totale avec les principes de protection de l'enfance.

Le CNLE soutient la position de la CNCDH qui recommande fermement l'interdiction pure et simple des tests osseux et demande l'application d'un principe de minorité à l'égard de ceux qui se présentent comme tels.

A Mayotte : un dispositif d'accès aux droits et aux soins très discriminant

Jusqu'en 2005, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuits dans les structures publiques de soins, dispensaires et à l'hôpital. Un système spécifique de sécurité sociale a alors été mis en place ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière excluant de toute protection maladie environ un quart de la population (Math 2012). Les enfants ne peuvent être affiliés qu'en qualité d'ayant droit (d'un parent français ou d'un parent étranger en situation régulière), lequel doit résider à Mayotte même. Les enfants de personnes sans papiers, y compris ceux qui ont ou pourront avoir la nationalité française, et les mineurs isolés n'ont ainsi accès à aucune forme de protection maladie. Selon la chargée de mission du Défenseur des droits, **75% des**

enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à l'assurance maladie (Mathieu 2013). A Mayotte, la CMU, la CMU-C et l'AME n'existent pas.

L'accès aux soins des populations précaires est encore rendu plus difficile par l'absence de dispositifs dédiés : l'hôpital ne dispose pas de PASS et la circulaire pour la création du Fonds soins urgents et vitaux n'est pas applicable. Un dispositif spécifique permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de soins urgents est prévu mais il fonctionne mal et de façon restrictive. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait souvent très élevé au regard de leurs moyens financiers (COABS 2010).

Depuis 2009, suite à un rapport de la Défenseure des enfants dénonçant les insuffisances du système à Mayotte (DDE 2008), un système de « bons enfants » ou « bons roses » a été mis en place par l'hôpital de Mayotte. Ce dispositif sans fondement légal et utilisé de manière aléatoire, permet théoriquement la gratuité des soins aux enfants non affiliés. Il ne permet toutefois pas la prise en charge des soins extrahospitaliers. L'ordonnance du 31 mai 2012, en inscrivant dans la loi le principe de la gratuité des soins dans le système public pour les mineurs et les femmes enceintes en situation de précarité, aurait dû rendre ce dispositif caduc. Malheureusement cette ordonnance reste pour l'instant largement inappliquée, aucun financement de l'Etat à l'hôpital n'ayant été prévu pour son application (Cour des comptes 2014) et le système des « bons roses » perdure.

En 2010 le Tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) a reconnu le droit à l'assurance maladie à un enfant en son nom propre sur le fondement de la Convention internationale des droits de l'enfant. C'est la première fois qu'un tribunal impose l'affiliation directe d'un mineur à la sécurité sociale ; cette décision est une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé qui reste à être concrétisé.

Le CNLE demande que les réformes de fond demandées depuis longtemps par les associations et les institutions telles que la Halde, la Défenseure des enfants et plus récemment le Défenseur des droits soient mises en place, la CMU-C notamment ainsi qu'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière type AME et l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie.