

**ORDRE DE MALTE
FRANCE**

SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES DÉMUNIES EN FRANCE

2016/2017



► SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 3 |
| 1. Problématiques de santé et d'accès aux soins des personnes démunies | 3 |
| a) État de santé des personnes en situation de précarité | 3 |
| □ Profils des exclus du système de santé | 3 |
| □ Un état de santé physique et mental dégradé | 5 |
| □ Le mal-logement, une source importante de troubles sanitaires | 6 |
| □ Les interactions avec les dispositifs sanitaires | 6 |
| b) Les difficultés d'accès aux soins des personnes en précarité | 7 |
| □ Éloignement géographique des praticiens de santé | 7 |
| □ Le refus de soins, une pratique toujours d'actualité | 7 |
| □ Difficultés financières | 8 |
| □ Manque de connaissance ou de compréhension des droits et dispositifs existants | 8 |
| □ Autres difficultés | 9 |
| 2. Santé et précarité : présentation du secteur et de ses principaux acteurs | 10 |
| a) Les dispositifs d'aide à la prise en charge des frais de santé | 10 |
| b) Les dispositifs de soins pour les personnes en précarité | 10 |
| □ Accès aux soins pour tous en milieu hospitalier : les PASS | 11 |
| □ Santé mentale : les CMP et les EMPP | 11 |
| □ Soin médical et réinsertion sociale : les LHSS, les LAM, les ACT | 12 |
| c) Les structures de soins associatives | 12 |
| □ Médecins du Monde | 12 |
| □ Croix Rouge Française | 13 |
| □ Ordre de Malte France | 13 |
| Annexe - Glossaire | 14 |

➤ INTRODUCTION

L'accès aux soins est **la capacité pour un individu d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé**. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, géographiques, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services. La notion d'accessibilité est liée ici à la prise en charge des services, mais également à la proximité ou à l'éloignement des services de santé (couverture médicale, assurance, cabinet médical, centre de soins, etc).

➤ 1. PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ ET D'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES DÉMUNIES

a) État de santé des personnes en situation de précarité

• Profils des exclus du système de santé

D'après plusieurs enquêtes, **les personnes en situation de précarité sont les plus nombreuses à renoncer aux soins et à avoir un état de santé dégradé**. Selon, l'article de la revue Médecins¹, les plus concernés sont *les exilés, les demandeurs d'asile, les sans-papiers ou les sans-domiciles, les travailleurs du sexe, les toxicomanes*. Mais on constate dorénavant que des *travailleurs pauvres avec des contrats à temps partiel, des retraités sans complémentaire santé, des mères de famille isolées, des mineurs ou des habitants de zones rurales renforcent les rangs des exclus du système de santé*.

Les migrants et les demandeurs d'asile

La santé des étrangers est souvent moins bonne que celle de la population en général. En effet, **le rapport 2014 du COMEDE²** montre que les 2/3 des patients soignés ou soutenus (6 837 personnes) ont des antécédents de violence, de troubles psychologiques ou de maladies graves :

- **Les femmes exilées** (2436) sont plus souvent atteintes que les hommes de cancer, d'infection au VIH (4 fois plus), de psycho-traumatismes graves et de maladies cardiovasculaires (2 fois plus).
- **Les demandeurs d'asile** (2008) ont plus souvent subi des violences (80%) et des tortures (21%), et sont plus souvent atteints de troubles psychiques.
- **Les migrants âgés de plus de 60 ans** (480) sont plus souvent atteints de maladies chroniques, de maladies cardiovasculaires et diabète, et d'infection chronique par le virus de l'hépatite C.
- **Les mineurs étrangers** (323) sont principalement atteints de psycho-traumatismes et d'infection chronique par le VHB.

À noter que les personnes exilées soutenues par le COMEDE vivent dans des conditions sociales défavorables ; environ 90% des patients n'ont pas de «chez soi». En ce qui concerne les migrants, une personne sur dix est sans-abri. Sur le plan économique, ils ont des ressources inférieures à la CMU-C pour plus de 95% d'entre eux. 28% des appelants migrants n'ont pas de couverture maladie, 93% sont dans une situation de séjour précaire avec un grand isolement affectif et social. Un patient sur quatre est en insécurité alimentaire pour raisons financières.

Un quart des patients du centre de santé du COMEDE est en situation de détresse sociale, notamment les personnes malades (35%), les femmes (29%) et les migrants âgés (26%).

1 - Médecins n°35 mai-juin 2014, Dossier : Accès aux soins et précarité, la situation se dégrade.
2 - http://media.wix.com/ugd/6497d0_5804c03c4d564ff3b53cb4741cc39f7c.pdf

Les personnes sans-abri

Selon l'enquête de l'INSEE en 2003, parmi les personnes sans domicile fréquentant les services d'aide, 16% des usagers déclarent être en mauvaise santé. En effet, plus les sans-abris avancent en âge, plus leur santé se dégrade avec des conditions socio-économiques difficiles, une mauvaise alimentation, une mauvaise santé bucco-dentaire, des problèmes de vue... Ces facteurs augmentent ainsi le risque de maladie chronique. Toujours selon l'INSEE, une personne sans domicile sur dix souffre de maladies respiratoires, de séquelles d'accidents ou de maladies graves et un sur quatre se juge dépressif.

D'après une étude réalisée en 2012³, 22% des personnes sans domicile perçoivent leur état de santé comme «assez mauvais» et 23% comme «mauvais ou très mauvais», malgré une moyenne d'âge de 40 ans environ. Les femmes sans domicile se déclarent en moins bonne santé que les hommes, notamment à partir de 60 ans (moins d'une femme sans domicile sur dix se déclare en bonne santé contre un homme sur deux). Les personnes sans domicile étrangères, plutôt plus jeunes que celles ayant la nationalité française se déclarent plus fréquemment en bonne santé (60%) que celles ayant la nationalité française (52%).

Les personnes sans domicile souffrent plus fréquemment de tuberculose et de troubles digestifs, dermatologiques et psychiques liés aux conditions de vie «de la rue». Près d'un tiers (31%) des personnes sans-abri ont déclaré souffrir d'un problème de santé au moment de l'enquête : il s'agit principalement de pathologies chroniques avec une prédominance des pathologies d'ordre psychiatrique (dépression, troubles anxieux, alcoolisme...). Les femmes déclarent significativement plus souvent une pathologie que les hommes (55,6% versus 27,6%) ainsi que les ressortissants français par rapport aux ressortissants étrangers (45,9% versus 24,1%). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les Français rencontrés dans la rue y sont depuis plus longtemps (en moyenne 5,6 ans) que les étrangers (2,1 ans). Pour 35,6% des personnes rencontrées au cours de l'enquête, la dernière visite chez un médecin généraliste (hors MdM) datait de plus de six mois.

Rapport 2013 de Médecins du monde

Les travailleurs pauvres

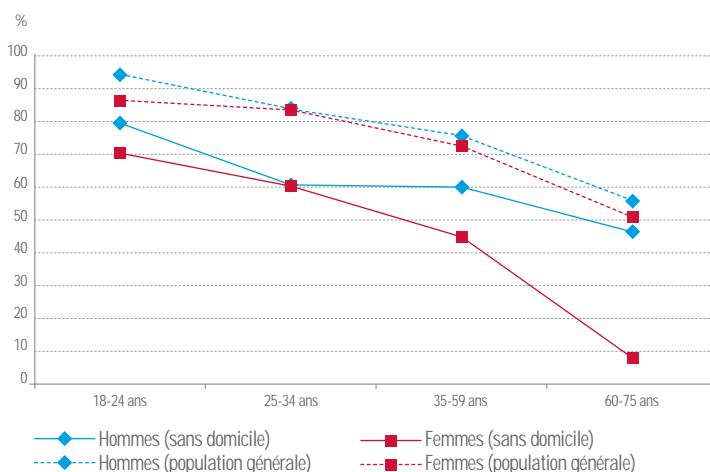
Selon la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques), les femmes sont les plus confrontées au travail précaire, avec 75% de femmes salariées à bas salaires⁴. Leurs accès aux soins n'est pas très significatif (absence de consultation gynécologique dans l'année et de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis 3 ans) et leur état de santé est plus souvent dégradé.

Dans le rapport 2015 de Médecins du Monde⁵, parmi les 38% des femmes reçues dans les Casos 7% des femmes sont enceintes dont plus de quatre sur dix présentent un retard de suivi de grossesse et seules 40% ont eu accès à des soins prénataux. 15% des femmes enceintes n'ont pas de domicile fixe et 12% vivent dans un squat ou campement.

Dans son enquête, Médecins du Monde constate que 97% des personnes rencontrées vivent sous le seuil de pauvreté, et moins d'une personne sur dix dispose d'un logement personnel.

PART DES INDIVIDUS SE DÉCLARANT EN « BONNE » OU « TRÈS BONNE SANTÉ »

parmi la population des personnes adultes sans domicile comparée à la population générale, selon le sexe et le groupe d'âge. France, 2012



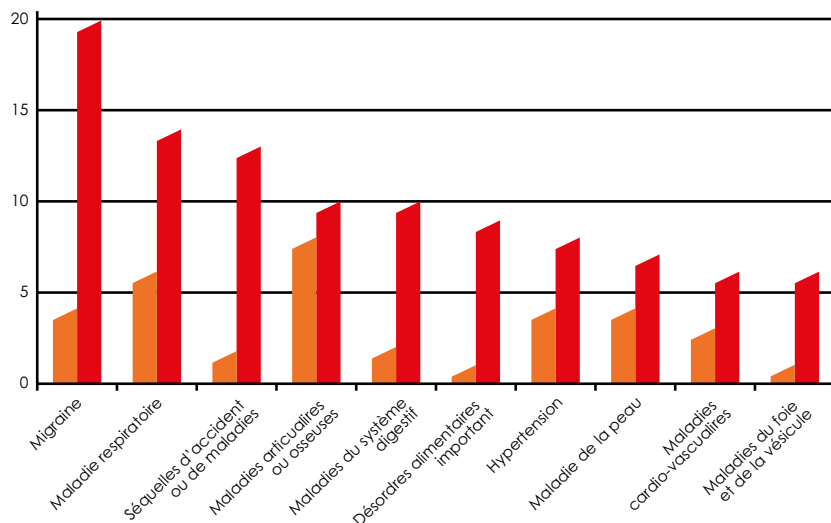
Lecture : 70% des femmes sans domicile âgées de 18 à 24 ans se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé.
Source : Ined, Insee, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas 2012. Enquête santé et protection sociale, 2012. Champ : Population âgée de 18 à 75 ans. France métropolitaine.

3 - La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Article de Muriel MOISY publié en 2015. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees), Paris, France. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10162

4 - Demailly D. (2012), « Les bas salaires en France entre 1995 et 2011 » Dares Analyses, 68, octobre.

5 - Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2015.

**PRÉVALENCE DES PRINCIPAUX PROBLÈMES
DE SANTÉ PHYSIQUES DES PERSONNES
DE 18 À 60 ANS SANS DOMICILE
EN FRANCE MÉTROPOLITAINE (EN %)**



Source : Insee, « La santé des sans domicile usagers des services d'aide », Bernadette de la Roche, division Conditions de vie des ménages, Insee N°893 - Avril 2003.

• Un état de santé physique et mental dégradé

Les personnes à la rue ont une **espérance de vie bien plus courte** que celle de la population générale (49 ans selon le Collectif des Morts de la Rue⁶). Le manque d'hygiène et les addictions accentuent la dégradation de l'état de santé physique et mental des personnes.

Les **troubles psychologiques et psychiatriques** sont importants parmi cette population. Un tiers des personnes sans-domicile d'Ile-de-France souffrirait ainsi d'un trouble psychiatrique sévère⁷. Parmi les problématiques rencontrées : états dépressifs, troubles du sommeil ou du comportement alimentaire, troubles psychotiques... Ces troubles sont préexistants, ou provoqués et aggravés par la vie dans la rue (ex. abus de substances psychoactives). Ils sont renforcés chez les demandeurs d'asile et personnes exposées à des situations de violence.

Médecins du Monde constate que les pathologies les plus souvent rencontrées, parmi les patients consultant au sein de leurs centres de soins (CASO⁸), sont d'ordre **respiratoire, puis digestif, ostéo-articulaire et dermatologique**. Viennent ensuite les troubles psychologiques (troubles anxieux, stress, syndromes dépressifs). Près de 60% des patients souffrent d'une pathologie chronique¹⁰.

La plupart des patients rencontrés par Médecins du Monde ne disposent **d'aucune couverture maladie** et vivent dans des conditions de **très grande précarité** ; la question des modalités de prise en charge est donc particulièrement complexe. Plusieurs pathologies peuvent ainsi s'aggraver en l'absence de prise en charge régulière et adaptée.

“ **La rue fait souffrir
et la souffrance rend fou.** ”
Dr Alain Mercuel⁸

L'association constate également parmi ses patients un faible taux de dépistage (plus de 70% des patients ne connaissent pas leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et des hépatites), une couverture vaccinale inférieure aux recommandations nationales, notamment pour les enfants (un tiers des mineurs rencontrés ne sont pas à jour de leurs vaccins), et un état bucco-dentaire particulièrement dégradé.

6 - Cette association loi 1901, créée en 2002, a pour objectifs de faire savoir que la vie dans la rue mène à une mort prématurée, de dénoncer les causes de ces morts et de soutenir les familles en deuil. www.mortsdelarue.org

7 - Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France Synthèse du 21^e rapport annuel, 2016.

8 - Alain Mercuel est médecin psychiatre, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Il dirige une unité d'accès aux soins psychiatriques pour les plus exclus : le SMES (santé mentale et exclusion sociale).

9 - Glossaire

10 - Source : Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France. Rapport 2015

- Le mal-logement, une source importante de troubles sanitaires

L'humidité, le froid, la promiscuité, la dangerosité des équipements, mais aussi la localisation de l'habitat (environnement dégradé, pollutions, nuisances sonores...) peuvent entraîner de nombreuses conséquences sur la santé : intoxications (plomb, monoxyde de carbone...), pathologies allergiques et respiratoires, dépression...

Les problématiques associées au mal-logement, telles que fragilité financière, menaces d'expulsion, ou insécurité alimentaire, vont elles aussi impacter la santé des personnes (perte d'appétit, anxiété, troubles du sommeil, privation d'accès au soin...).

Les conditions de vie dégradées des personnes vont parfois rendre la **continuité des soins impossible** : pas de lieu de convalescence, pas de conservation adaptée des médicaments, difficultés de prise d'un traitement à heure fixe... Le rétablissement des personnes se trouve ainsi particulièrement affecté.

FOCUS : QU'EST-CE QU'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE ?

Une pathologie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Les maladies chroniques comprennent : des maladies rares (mucoviscidose, myopathies¹¹), des maladies transmissibles persistantes (VIH, hépatite C¹²), des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie¹³), ainsi que d'autres pathologies telles que tuberculose, bronchite chronique, asthme, diabètes, cancers, maladies cardiovasculaires, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques¹⁴.

En 2012, environ 19 millions de français de plus de 15 ans étaient touchés par au moins une maladie chronique¹¹.

- Les interactions avec les dispositifs sanitaires¹²

Peu d'**équipes sanitaires** interviennent directement dans la rue. Elles sont soit spécialisées en psychiatrie (les EMPP¹³) soit issues du monde associatif (ex. maraudes médicalisées de l'Ordre de Malte France). Les pompiers restent les acteurs les plus présents sur l'ensemble du territoire national.

Les **urgences** constituent souvent le lieu de premier contact des personnes sans-abri avec le système de santé. Mais ces patients consultent plus tardivement que la population générale, et à un stade pathologique plus avancé.

Peu de personnes sans-abri disposent d'un médecin traitant. Les délais de rendez-vous pour une consultation, ou délais d'attente au sein de la structure de santé, sont généralement longs. Les personnes sont parfois confrontées à un refus de soins, ou renvoyées vers les urgences.

L'**hospitalisation** permet généralement de gérer la phase aiguë de la maladie, mais la sortie de l'hôpital et le retour à la rue présentent un fort risque de rupture de la continuité des soins et de rechute.

¹¹ - Sources : <http://www.maladiesrares-necker.aphp.fr/quest-quune-maladie-chronique/> et <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

¹² - Source : « La santé des personnes sans chez-soi » Article de Sante-Medecine.net paru en juin 2014, <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/contents/976-la-sante-des-personnes-sans-chez-soi>

¹³ - Glossaire

b) Les difficultés d'accès aux soins des personnes en précarité

• Éloignement géographique des praticiens de santé

La démographie des professions de santé est suffisante en France, mais leur répartition sur le territoire pose problème. Il existe de **fortes disparités régionales** en matière d'accessibilité géographique des soins ; celle-ci est particulièrement problématique pour environ trois millions de personnes¹⁴.

Certaines régions cumulent l'éloignement aux soins de proximité et aux spécialistes libéraux, en plus de l'éloignement aux autres équipements et services. Ainsi, en Corse, Auvergne ou Limousin, 20% des habitants résident à **plus de 30 minutes en voiture** du spécialiste le plus proche.

Ces chiffres sont aggravés par la difficulté d'attirer de nouveaux praticiens, notamment en zone rurale (60% des jeunes médecins ne souhaitent pas s'y installer, en raison de l'isolement et des fortes exigences de disponibilité), ou dans les cités populaires, en banlieue de grandes villes (64%)¹⁵.

Le **temps d'attente pour obtenir une consultation** renforce encore ces inégalités.

Par ailleurs, certaines zones géographiques, où les praticiens semblent présents en abondance mais pour la plupart en secteur 2, peuvent devenir des **déserts médicaux** pour des personnes aux moyens financiers insuffisants.

• Le refus de soins, une pratique toujours d'actualité

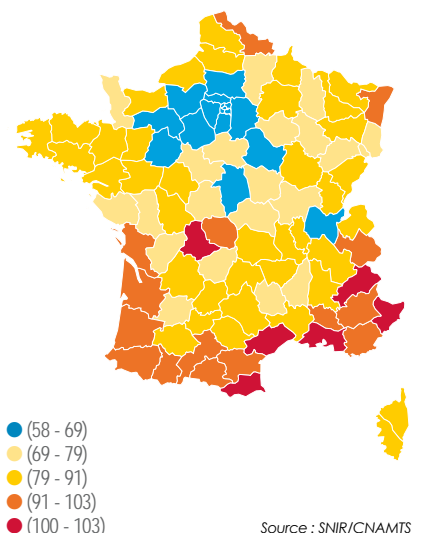
Les personnes en situation de précarité sont les plus susceptibles d'encourir un risque de refus de soins, notamment les bénéficiaires de la PUMA¹⁶ (ex-CMU). Environ un quart de ces patients y sont confrontés¹⁷. **Pour les bénéficiaires de l'AME¹⁸, le risque est encore supérieur.**

Le refus peut être formulé par un professionnel de santé ou un établissement de santé. Il peut être explicite ou bien indirect, c'est-à-dire que les obstacles imposés au patient (financiers, administratifs, comportement d'un professionnel...) rendent le soin quasiment impossible.

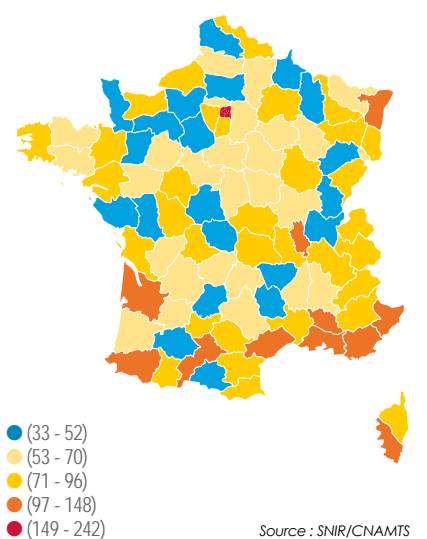
Sont ainsi considérés comme des refus de soins :

- l'abstention d'agir en cas d'urgence,
- la défaillance dans la continuité des soins (ex. un médecin refusant de devenir médecin traitant d'un patient sans l'orienter vers un confrère),
- la discrimination du patient en raison de son origine, âge, état de santé, situation socio-économique ou familiale...,
- le refus de vente de produits médicaux,
- le refus de dispense d'avance de frais, ou un dépassement d'honoraires prohibitif,
- la fixation tardive d'un rendez-vous ou le délai d'attente imposé au patient.

DENSITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PAR DÉPARTEMENT EN 2011



DENSITÉ DES MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX PAR DÉPARTEMENT EN 2007



14 - Source : Hervé Maurey, sénateur. Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire. 2013. <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>

15 - Source : Enquête réalisée en 2007 pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins www.defenseurdesdroits.fr/fr/publications/fiches-thematiques/les-inegalites-de-sante

16 - Glossaire

17 - Source : Ministère de la Santé et des Sports. [Rassembler les refus de soins](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf) Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, 2010. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf

18 - Glossaire

Le **risque de refus de soins est très variable** suivant la zone géographique, la spécialité médicale et le secteur d'exercice. Ce risque est globalement plus élevé dans les grandes villes, chez les praticiens en secteur 2, et pour certaines spécialités (psychiatres, gynécologues, dentistes et ophtalmologues).

Il est encore majoré pour les étrangers : une enquête de Médecins du Monde montre ainsi qu'en 2006, lorsque le professionnel relève du secteur 2, le taux de refus atteint 59% pour un bénéficiaire de l'AME, contre 21% pour un bénéficiaire de la CMU¹⁹.

• Difficultés financières

Au sein des CASO²⁰, plus d'un patient sur dix mentionne des difficultés financières pour accéder aux soins, notamment par **l'impossibilité d'avancer les frais médicaux, ou de souscrire une complémentaire santé**.

Une étude de 2010 réalisée auprès de bénéficiaires de la CMU-C²¹ montre qu'environ 37% des personnes interrogées n'ont pas recours à un ou plusieurs soins pour des raisons financières.

Les principaux obstacles sont les suivants :

- les soins, traitements et médicaments non remboursés,
- la demande d'une participation financière de la part du professionnel de santé,
- la méconnaissance des droits (ce que la CMU-C allait prendre en charge).

Ces obstacles concernent majoritairement le dentaire (soins et prothèses), puis les médicaments, l'optique et les consultations de spécialistes. Chez les enfants, le non-recours pour raisons financières porte sur les médicaments et l'orthodontie.

• Manque de connaissance ou de compréhension des droits et dispositifs existants

Toujours selon Médecins du Monde, et son rapport 2014 sur l'accès aux droits et aux soins de la mission France, la **complexité du droit français et des dispositifs existants**, en matière de santé, constitue le premier obstacle à l'accès aux droits. Cela décourage souvent les personnes éligibles.

Les pratiques varient grandement suivant les caisses en matière d'octroi des prestations, et parfois même suivant les agents chargés de l'instruction.

À la difficulté de faire valoir les droits des patients à une couverture maladie s'ajoutent fréquemment des pratiques abusives, telles que la demande excessive de pièces justificatives complémentaires ou des délais d'instruction très longs (jusqu'à 6 mois pour la CMU-C).

Le manque d'information des usagers se double d'un **déficit d'information des agents** appelés à promouvoir et mettre en œuvre le dispositif. Quant aux professionnels de santé, ils disposent d'informations souvent partielles sur les publics concernés par les aides et sur les conditions d'ouverture.

Pour l'AME, ces difficultés sont renforcées. Le dispositif nécessite une bonne connaissance du droit des étrangers, et les conditions d'ouverture aux droits sont devenues plus restrictives.

19 - Source : Ministère de la Santé et des Sports. [Régrouper les refus de soins](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf) - Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé, 2010.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf

20 - Glossaire

21 - Etude CETAF / Fonds CMU - 2010/2011 www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Synthese_Cetaf_non_recours.pdf

• Autres difficultés

La **barrière de la langue** renforce la complexité des démarches pour les migrants, elle vient s'ajouter à toutes les difficultés citées plus haut.

Le **sentiment de gêne** ou de honte, ainsi que la **peur de la stigmatisation** sont autant de facteurs qui vont freiner le recours aux droits ou aux soins chez les personnes en grande précarité.

► Le non recours aux droits

Selon le fonds CMU, **1,7 million de personnes n'ont pas recours à la CMU-C²³ alors qu'elles y ont droit**, soit plus de 20%. En ce qui concerne l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS²⁴), ce chiffre dépasse 70%²⁵.

Parmi les allocataires du RSA-socle, pour qui le droit à affiliation à la CMU-C est pourtant partiellement automatique, le taux de non recours s'élevait à près de 30% en 2010²⁶.

Le taux de non-recours à l'AME est très difficile à chiffrer, mais des études de 2007 montrent que plus de 60% des bénéficiaires ne renouvellent pas leurs droits chaque année. De plus, «la complexité de l'accès aux droits et l'inquiétude ressentie vis-à-vis d'un environnement souvent perçu comme hostile font que les bénéficiaires potentiels ne recourent à l'AME qu'en cas de forte nécessité»²⁷.

Le non-recours s'explique principalement par «un manque d'information sur les droits et la complexité de procédures parfois jugées non acceptables car trop contraignantes ou intrusives»²⁸.

► Le renoncement aux soins

D'après un rapport du Sénat de 2013, **plus de 20% des bénéficiaires de la CMU-C renoncent à se soigner**. Le chiffre atteint 33% pour les personnes sans complémentaire santé. Ces renoncements concernent majoritairement les soins dentaires (56%), ainsi que les soins optiques et les consultations de spécialistes²⁹.

CONSÉQUENCES

Tous ces obstacles entraînent un fort retard dans le recours aux soins, voire un renoncement, menant ainsi directement à l'état de santé des personnes démunies. En 2014, les patients rencontrés dans les CASO de Médecins du Monde présentaient un retard dans leur recours aux soins de 40%²².

22 - Médecins du Monde, «Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France», Rapport 2014.

23 - Glossaire

24 - Glossaire

25 - ATD Quart-Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, Édition 2015.

26 - «Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME», Rapport du Défenseur des droits remis au Premier ministre en mars 2014, http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_refus_soins_DDD.pdf

27 - Source : cf. note n°15

28 - Source : ATD Quart-Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, Édition 2015

29 - Source : cf. note n°17

➤ 2. SANTÉ & PRÉCARITÉ : PRÉSENTATION DU SECTEUR ET DE SES PRINCIPAUX ACTEURS

a) Les dispositifs d'aide à la prise en charge des frais de santé

| Nom du dispositif | AME Aide Médicale d'Etat | PUMa (ex-CMU de base) Protection Universelle Maladie | CMU-C Couverture Maladie Universelle- Complémentaire | ACS Aide au paiement d'une Complémentaire Santé |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| Part obligatoire ³⁰ | Oui | Oui | Non | Non |
| Part complémentaire ³¹ | Oui | A la charge du patient ou de sa complémentaire santé. | Oui | Oui |
| Pour qui ? | Étrangers sans papiers. | Personnes qui ne relèvent d'aucune assurance maladie obligatoire. | Personnes disposant de faibles ressources. | Personnes disposant de ressources faibles, mais légèrement au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C. |
| Conditions | Résider en France de manière continue depuis au moins 3 mois. Avoir des ressources inférieures à un plafond. | Travailler ou résider en France de manière régulière et continue depuis au moins 3 mois. | Résider en France de manière régulière et continue depuis au moins 3 mois. Avoir des ressources inférieures à un plafond. | Résider en France de manière régulière et continue depuis au moins 3 mois. Avoir des ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. |
| Prestations prises en charge | Consultations médicales, examens, médicaments, hospitalisation. Pas de forfaits supplémentaires pour les lunettes, prothèses auditives, soins dentaires. | Consultations médicales, examens, médicaments. Le forfait journalier en cas d'hospitalisation reste à charge. | Consultations médicales, examens, médicaments, hospitalisation. Forfaits de prise en charge pour soins dentaires, lunettes, prothèses auditives. | Aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé. |
| Dispense d'avance de frais | Oui | Non | Oui | Oui |
| Dépassement d'honoraires | Restent à charge. | Restent à charge. | Non applicables. | Non applicables. |
| Validité | 1 an. Renouvelable sur demande. | Continue, tant que les conditions sont remplies. | 1 an. Renouvelable sur demande. | 1 an. Renouvelable sur demande. |
| Aides sociales complémentaires | Non | Non | Accès aux tarifs sociaux des fournisseurs d'énergie. Réductions sur les abonnements de transport. | Accès aux tarifs sociaux des fournisseurs d'énergie. |

b) Les dispositifs de soins pour les personnes en précarité

Malgré les nombreux obstacles de l'accès aux soins et à la santé, il existe en France des dispositifs d'accès aux soins pour les personnes précaires. Toutefois même si ces personnes peuvent bénéficier de soins préventifs et de premiers soins à titre gratuit dans ces dispositifs, la continuité des soins n'est possible qu'avec une couverture maladie, notamment la PUMa ou l'AME avec dispense d'avance de frais ou à défaut la personne peut se voir facturer la consultation.

30 - La part obligatoire est remboursée par l'assurance maladie (également appelée Sécurité sociale).

31 - La part complémentaire est à la charge du patient, ou bien remboursée par une complémentaire santé souscrite auprès d'une mutuelle, d'un organisme de prévoyance ou d'une société d'assurances.

CONDITIONS D'ACCÈS AUX DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE SANTÉ³²

LES DISPOSITIFS DE SANTÉ PUBLIQUE assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population. Certains d'entre eux doivent également délivrer les médicaments nécessaires (antituberculeux dans les CLAT, psychotropes dans les CMP).

LES DISPOSITIFS DE SOINS DE DROIT COMMUN (cabinets médicaux, centres de santé, hôpitaux publics et de service public) sont payants et ne sont accessibles pour les personnes démunies qu'avec une couverture maladie. À défaut, il est parfois possible de bénéficier d'une consultation médicale gratuite (actes gratuits en médecine ambulatoire) ou sans paiement préalable (urgences hospitalières, avec réception consécutive de la facture à domicile).

LES DISPOSITIFS DE « SOINS GRATUITS » permettent théoriquement de pallier les périodes d'exclusion de droits pour les personnes démunies. Les centres gérés par les organisations non gouvernementales peuvent généralement délivrer des médicaments et effectuer des examens simples. Mais l'accès aux consultations, actes et traitements spécialisés n'est possible que dans les dispositifs de droit commun en cas de dispense d'avance des frais (protection de base et complémentaire préalable) ; et à défaut dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé de l'hôpital public, dont certaines gèrent toutefois des factures.

• Accès aux soins pour tous en milieu hospitalier : les PASS

Les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale créés en 1998. Implantées au sein de certains hôpitaux publics, elles ont pour objectif de **faciliter l'accès aux soins des personnes démunies** et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la **reconnaissance de leurs droits**.

L'accueil est inconditionnel, le plus souvent « sans rendez-vous » et l'accès aux soins direct.

Certaines PASS proposent des consultations de médecine générale, voire spécialisée (dermatologique, bucco-dentaire ou psychiatrique). Les PASS n'ont pas vocation à traiter les urgences médicales.

• Santé mentale : les CMP et les EMPP

Les **Centres Médico-Psychologiques (CMP)** sont des établissements publics **accueillant gratuitement toute personne en souffrance psychique**. Une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, psychomotriciens...) y assure des consultations médico-psychologiques et sociales et organise l'orientation éventuelle des personnes vers des structures adaptées. Les CMP constituent le **dispositif central de la psychiatrie de proximité**. Il existe des structures pour adultes et pour enfants et adolescents.

L'accueil y est possible même en l'absence de droits ouverts, mais en-dehors de l'urgence les délais d'attente peuvent être très longs.

Les **Équipes Mobiles Psychiatrie Précaire (EMPP)** ont pris leur essor en France en 2005. Elles sont pluridisciplinaires et regroupent principalement des professionnels salariés du secteur médico-social (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux...). Elles sont rattachées à un hôpital ou établissement de santé et interviennent sur un territoire géographique défini. En 2011, on comptait 126 EMPP en France³³.

Elles ont pour missions d'améliorer la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion, ainsi que d'apporter du soutien aux professionnels du secteur travaillant auprès de ces personnes.

32 - Guide pratique 2008 Prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/étrangers en situation précaire.

33 - Source : 4^e Journée Nationale des Équipes Mobiles Psychiatrie-Précaire, État des lieux des EMPP 5 ans après la circulaire, 2011.

• Soins médicaux et réinsertion sociale : les LHSS, les LAM, les ACT

Les **Lits Halte Soins Santé (LHSS)** ont été créés en 2005. Ils accueillent de manière inconditionnelle et à temps complet, pour une durée de deux mois renouvelable, des **personnes en grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique, sans nécessiter une hospitalisation, est incompatible avec la vie en la rue**. Par exemple : personnes souffrant de maladies infectieuses ou venant d'être opérées.

Les LHSS ont vocation à remplacer le domicile ou un centre de convalescence ; ils évitent ainsi l'aggravation des problèmes de santé du patient, ou une rupture dans la continuité de ses soins.

Des équipes pluridisciplinaires, composées de professionnels du secteur médico-social, y proposent, en plus des soins médicaux, un **accompagnement social** et des activités permettant à la personne de reprendre confiance en elle et en ses capacités. L'admission en LHSS se fait sur proposition médicale. En 2013, il existe 1 171 lits répartis dans 106 structures³⁴.

Les **Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)**, créés en 2009, s'inscrivent dans le prolongement des LHSS. Ils accueillent de manière inconditionnelle des personnes majeures, sans domicile fixe, souffrant de **pathologies lourdes et chroniques**, nécessitant un suivi thérapeutique au long cours, et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Par exemple : personnes souffrant de VIH, cancers, toxicomanies. En 2013, le dispositif compte 60 lits³⁵.

Les **Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** ont été créés expérimentalement en 1994 pour la prise en charge des personnes atteintes du VIH. Depuis 2002, ils accueillent toute personne en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière, et touchée par une **pathologie chronique invalidante**.

Les ACT offrent ainsi un service de logement individuel de relais et à titre temporaire. Le résident est accompagné par une équipe pluridisciplinaire qui propose soins et suivi médical, ainsi qu'un accompagnement social destiné à favoriser sa réinsertion.

En 2013, 1742 places en ACT ont été comptabilisées mais les besoins sont très supérieurs³⁶.

c) Les structures associatives facilitant l'accès aux soins des personnes démunies

Plusieurs associations ont mis en place des **actions ou dispositifs de soins à destination des personnes exclues du système de santé français**, en raison de leur manque de moyens financiers, de droits, ou de connaissance des dispositifs existants. **Leur objectif** n'est pas de se substituer aux dispositifs de santé existants, mais bien d'**orienter les personnes vers les structures de droit commun, via notamment l'ouverture de leurs droits**.



Les **Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO)** ont été créés par Médecins du Monde en 1986. Les 20 structures existantes accueillent de manière inconditionnelle et sans rendez-vous les personnes vulnérables exclues du système de santé français.

Une équipe pluridisciplinaire (salariés et bénévoles) leur propose une prise en charge médicale adaptée, un **accompagnement** dans leur accès aux droits et aux dispositifs publics de soins. L'objectif des CASO est également de **témoiner des difficultés d'accès aux soins** des personnes accueillies.

En 2014, les CASO ont suivi plus de 28 500 personnes³⁷. La majorité des patients sont des ressortissants étrangers en situation très précaire, et la plupart ne disposent d'aucune couverture maladie lors de leur première consultation, alors qu'ils pourraient y avoir droit.

CHIFFRES 2015³⁸ :

30 571
bénéficiaires

38 483
consultations médicales

3 097
consultations dentaires

Plus de **34 000** consultations
ou entretiens sociaux

34 - Évaluation du dispositif LHSS : DGCS, 2013, social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf

35 - Source : Circulaire interministérielle, 2013, circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/09/cir_37480.pdf#page=1&zoom=auto,0,849

36 - Source : Synthèse des bilans qualitatifs des ACT par les ARS, 2013, <http://www.fnh-vih.org/espace-presse/item/646-synthese-des-bilans-qualitatifs-des-act-par-les-ars>

37 - Source : <http://www.medicinsdumonde.org/pays/france/centres-accueil-soins-orientation-caso>

38 - Source : Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, Rapport 2015.



Au sein de ses **Accueils Santé Social**³⁹, la Croix-Rouge Française accueille des personnes précaires sans couverture maladie de base ou complémentaire. Les personnes y bénéficient de consultations médicales gratuites (généralistes et spécialisées) et d'un accompagnement social (conseils juridiques, ouverture de droits PUMA* ou AME*, orientation vers des travailleurs sociaux...).

En 2014, la Croix-Rouge a ainsi suivi 9 000 personnes au sein de ses 13 Accueils Santé Social⁴⁰.

CHIFFRE 2015⁴¹ :

14
Accueils Santé Social

8 000
consultations médicales

3 350 entretiens
pour orientations sociales
de personnes en situation
de grande précarité



Plusieurs dispositifs médicaux en faveur des plus démunis existent à l'Ordre de Malte France :

- Le **Samu social médical** intervient sur l'ensemble d'un département ou d'une ville. L'ambulance intervient auprès de personnes sans-abri nécessitant des soins, sur demande du 115. Il fonctionne toute l'année, une ou plusieurs fois par semaine, de 20h à 1h environ. L'équipe est constituée de bénévoles : un médecin responsable, un infirmier diplômé d'Etat, un conducteur et un assistant. Les consultations sont gratuites. L'approche médicale relève non seulement du diagnostic et de la thérapeutique mais également et surtout de l'écoute.

Cet hiver, en plus de la maraude médicale des Hauts-de-Seine lancée il y a 18 ans, un nouveau dispositif démarre à Annecy en novembre. D'autres projets sont à l'étude ou en phase de test à Lille notamment.

L'objectif est d'étendre ces maraudes médicales à 8 grandes villes d'ici 2020. Un vrai défi pour ces dispositifs exigeants en personnel mais une priorité pour la santé et la dignité des personnes en grande précarité.

En 2015, l'équipe a rencontré environ 70 personnes différentes et réalisé 841 actes médicaux dans les Hauts-de-Seine.

- Le **centre de soins Corse Malte** à Bastia, créé en 2000, a pour objectif de **faciliter l'accès aux droits et aux soins de personnes dépourvues de couverture sociale.**

Les services offerts par le centre sont gratuits : consultations d'accès aux droits (359 passages en 2015), consultations de médecine générale (791 passages en 2015) ou spécialisée, consultations infirmières (2 804 passages en 2015), dispensation gratuite de médicaments (3623 passages en 2015).

L'équipe est constituée de 10 bénévoles et d'un salarié à temps partiel. Le centre fonctionne en partenariat avec la mairie, le centre hospitalier de Bastia, l'ARS, l'association PHI⁴² et la DDCSPP.

- **Plusieurs médecins bénévoles de l'Ordre de Malte France** assurent également des **consultations médicales** au sein de structures partenaires (accueils de jour, centres de soins, centres d'hébergement d'urgence...) dans les Hauts-de-Seine (Boulogne-Billancourt, Sèvres, Puteaux, Neuilly), à Lille et à Montpellier.

En 2015, dans les Hauts-de-Seine, 280 personnes différentes ont été vues, 1 545 consultations médicales ou paramédicales ont été assurées.

39 - Anciennement appelées APASM (antennes de premier accueil social médical).

40 - Source : <http://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Lutte-contre-l'exclusion/acces-soins-hygiene>

41 - Source : Bilan d'activité 2015 de l'action sociale. Croix-Rouge Française.

42 - Glossaire

► ANNEXE : GLOSSAIRE

| Abréviation | Définition |
|---------------|---|
| 115 | «Le 115 est un numéro vert national qui permet, dans chaque département, d'accéder à une permanence d'accueil téléphonique chargée de répondre aux situations d'urgence sociale pour les personnes sans-abri. Le 115 est un numéro gratuit. Il fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il se caractérise par un accueil immédiat et anonyme si la personne le souhaite. Il peut être composé à partir d'une cabine téléphonique sans carte» ⁴³ . |
| ACS | «L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé» est une aide financière permettant, sous conditions, aux personnes disposant de faibles ressources d'acquiescer une complémentaire santé. |
| ACT | Les «Appartements de Coordination Thérapeutique» offrent un service de logement individuel de relais aux personnes en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière et souffrant d'une pathologie chronique invalidante. |
| AME | L'Aide Médicale d'État est une couverture maladie accordée sous conditions aux personnes étrangères en situation irrégulière et résidant depuis plus de 3 mois sur le territoire français. |
| ARS | L'Agence Régionale de Santé est un établissement public qui met en œuvre les politiques de l'État dans le domaine de la santé à une échelle régionale. Elle organise et coordonne l'offre de soins et de santé dans la région en lien avec les partenaires locaux. L'ARS rassemble au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie ⁴⁴ . |
| ASS | Les «Accueils Santé Social» de la Croix-Rouge Française sont des points d'accueil, d'orientation, d'information et de soins. Ils dispensent des consultations et des soins médicaux ou paramédicaux, et proposent un accompagnement social visant la réinsertion des personnes dans le dispositif de droit commun. |
| CASO | Les «Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation» sont des dispositifs mis en places par Médecins du Monde pour permettre l'accès aux soins, à la santé et à un accompagnement social pour l'ouverture des droits aux populations précaires ne relevant pas du droit commun. |
| CLAT | Le Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT), constitué de médecins, d'infirmières, d'une assistante sociale et d'une secrétaire, s'inscrit dans une démarche de prévention de Santé Publique, définie par le Plan National de Lutte contre la Tuberculose. Le CLAT dépiste toute personne ayant eu un contact significatif avec la personne malade. Il traite et assure le suivi des patients et a pour mission, si nécessaire, de délivrer un traitement antituberculeux ⁴⁵ . |
| CMP | Les centres médico-psychologiques sont des établissements publics rattachés à un hôpital public qui regroupent des spécialistes et proposent une offre de soins mentaux pris en charge par la Sécurité sociale. Il existe des CMP pour adultes et pour enfants ⁴⁶ . |
| CMU-C | La Couverture Maladie Universelle-Complémentaire est un dispositif de complémentaire santé pour les personnes dont les ressources sont inférieures au plafond fixé par la CPAM. |
| COMEDE | Le Comité Médical pour les Exilés est un organisme humanitaire qui a été créé en 1979 par la Cimade, Amnesty International et le Groupe accueil solidarité pour promouvoir la santé des exilés en France. Son action est dirigée vers les exilés, sans distinction de nationalité, de race, de religion ou d'opinion. Il a notamment pour but : <ul style="list-style-type: none"> ► d'assurer une prise en charge médicale, sociale et psychologique des exilés dans les cas où elle est inexistante ou inadéquate ; ► de participer à la réflexion et à la mise en œuvre d'actions permettant d'améliorer l'insertion des exilés dans le pays d'accueil ou de les aider à envisager leur retour librement consenti au pays d'origine⁴⁷. |

43 - Source : <http://www.santesocial-ra.org/dispositifs.php?id=43>

44 - <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html>

45 - <http://www.chi-eureseine.fr/notre-offre-de-soins/prevention-education-et-sante-publique/centre-de-lutte-anti-tuberculeuse-clat-et-de-vaccinations>

46 - http://www.mairie20.paris.fr/mairie20/jsp/site/Portal.jsp?page_id=821

47 - <http://www.comede.org/A-propos-du-Comede>

| Abréviation | Définition |
|--------------------|---|
| CPAM | La Caisse Primaire d'Assurance Maladie est un organisme de santé qui gère l'assurance maladie (les prestations de la Sécurité sociale et des couvertures maladies, les remboursements des feuilles de soins pour les assurés sociaux). La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie définit les orientations stratégiques et pilote le réseau des organismes chargés de les mettre en œuvre ⁴⁸ . |
| DDCSPP | La Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations met en œuvre les politiques de l'Etat en faveur de la cohésion sociale et les politiques de protection des populations. |
| EMPP | L'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) prend en charge les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale lorsque celles-ci présentent une pathologie psychiatrique préexistante, une décompensation ou une symptomatologie réactionnelle à la précarité ⁴⁹ . Elle évite une aggravation de l'état de ces patients ou des errances thérapeutiques. |
| LHSS | Les « Lits Halte Soins Santé » accueillent de manière inconditionnelle et à temps complet des personnes en grande exclusion dont l'état de santé est incompatible avec la vie à la rue, sans pour autant nécessiter une hospitalisation. |
| LAM | Les « Lits d'Accueil Médicalisés » s'inscrivent dans le prolongement des LHSS. Ils sont destinés aux personnes souffrant de pathologies lourdes et chroniques. |
| PASS | Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des « cellules de prise en charge médicale et sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social » ⁵⁰ . |
| PHI | L'association « Pharmacie Humanitaire Internationale » favorise l'accès aux soins et aux médicaments en France et dans les pays en développement. En France, depuis 2008, c'est la seule structure habilitée à approvisionner les associations caritatives en médicaments neufs, sous contrôle de l'ARS. |
| PUMA | La « Protection Universelle Maladie » remplace la CMU de base depuis le 1 ^{er} janvier 2016. Elle est destinée aux personnes qui travaillent en France ou y résident de manière stable et régulière, et ne relèvent d'aucune assurance maladie obligatoire. Elle assure une prise en charge des frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie ⁵¹ . |
| SAMU social | C'est l'équipe de rue qui effectue les maraudes pour les personnes sans abri. |

48 - <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/index.php>

49 - <http://www.chs-sarthe.fr/unites-plurisectorielles/equipe-mobile-psychiatrie-precarite-emp/>

50 - <http://www.aphp.fr/offredesoins/permanences-dacces-aux-soins-pass/>

51 - <http://www.cmu.fr/cmu-de-base.php>



Ordre de Malte France
Direction du Secourisme et de la Solidarité

42 rue des Volontaires - 75015 Paris
E-mail : contact@ordredemaltefrance.org
Tél. : 01 45 20 80 20 - Fax : 01 45 20 48 04

 www.facebook.com/ordredemaltefrance  twitter.com/Malte_France

www.ordredemaltefrance.org