

dossier

Texte : Eric Allermoz, Corinne Drault | Photos : Phanie

Accès aux soins et précarité La situation se dégrade

Alors que les inégalités sociales et économiques progressent, les plus démunis accèdent de plus en plus difficilement aux soins. Une situation complexe où s'entrecroisent non-recours aux dispositifs d'aide existants, renoncement à consulter et refus de soins de la part des professionnels de santé. Décryptage.

Cet hiver, l'association des Restos du cœur a pour la première fois franchi la barre du million de bénéficiaires.

Dans le même temps, le taux de pauvreté s'est élevé en France à 14,3%, un niveau qui n'avait pas été atteint depuis une vingtaine d'années. Tristes records. « *D'autant que les plus pauvres ont toujours plus de mal à se faire soigner* », constate le Dr André Deseur, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins. De plus en plus de personnes en situation de précarité retardent les soins dentaires ou oculaires et les consultations de spécialistes, voire renoncent à consulter.

En première ligne figurent les exilés, les demandeurs d'asile, les sans-papiers ou les sans-domicile, 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

Point de vue de l'Ordre

Dr André Deseur, vice-président du conseil national de l'Ordre des médecins



« L'Ordre entend jouer un rôle de sensibilisation des médecins pour une meilleure prise en charge des patients précaires. »

La précarité prend de l'ampleur. De nouvelles populations sont confrontées à la difficulté de se faire soigner. La médecine doit pourtant être accessible à tous, c'est un droit universel. L'Ordre entend jouer un rôle de sensibilisation des médecins pour une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des patients précaires. C'est pourquoi nous sommes favorables aux propositions du

Défenseur des droits de mieux former les professionnels de santé à l'accès aux soins et à la lutte contre les refus de soins. Néanmoins, nous sommes des plus réservés quant à la procédure de testing. C'est le sens de la création, l'an passé, d'un pôle Patients au Cnom. Il s'agit de développer des partenariats entre les médecins et les associations qui sont au plus près des publics

démunis. Associations, structures d'accueil telles que les PMI ou les permanences d'accès aux soins de santé, sont des terrains de stage propices pour préparer la nouvelle génération de médecins à la prise en charge des patients fragiles. Nous travaillerons avec les conseils départementaux afin qu'ils déclinent localement des partenariats permettant aux médecins d'orienter facilement leurs patients vers les structures adaptées. C'est un travail de longue haleine, mais qui fait écho au rôle humaniste que doivent jouer les médecins.



TÉMOIGNAGE

« Tout faire pour que les bénéficiaires soient soignés plus rapidement »

Dans nos centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), nous constatons que les indicateurs de santé se dégradent, et que plus d'un patient sur trois accuse un retard de soins. Alors même que ces patients précaires ont davantage de besoins. Le nombre de mineurs qui nous consultent a par ailleurs augmenté de 69 % en cinq ans. Notre pays dispose d'excellents médecins et infirmières, mais le système de santé est moins accessible, moins solidaire aussi que par le passé, avec le déremboursement de plusieurs prestations par la Sécurité sociale. Il est nécessaire de simplifier les choses, d'être innovant. Nous voudrions que l'AME soit intégrée à la CMU, cela rendrait les démarches plus simples pour les populations qui en ont besoin, et leur permettrait de se faire soigner plus tôt.

Dr Jean-François Corty, directeur des missions France de Médecins du monde.



Exilés, demandeurs d'asile, sans-papiers ou sans-domicile mais aussi de plus en plus de travailleurs pauvres, familles isolées, ou familles monoparentales renoncent à consulter pour des raisons financières.

zones rurales renforcent les rangs des exclus du système de santé. Certains n'ont pas de couverture sociale, d'autres sont incapables de payer le forfait hospitalier ou les dépassements d'honoraires. La baisse constante des remboursements de l'Assurance maladie n'arrange en rien la situation.

Non-recours à la CMU-C

Pourtant, divers dispositifs garantissent aux publics fragilisés une prise en charge des dépenses médicales dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux. La couverture maladie universelle (CMU) et la CMU-Complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (ACS), le fonds pour les soins urgents et vitaux (FSVU) et enfin l'aide médicale d'État (AME) contribuent à atteindre cet objectif. Mais force est de constater qu'un nombre significatif de bénéficiaires renoncent à ces aides. Entre 20 et 30 % des bénéficiaires potentiels n'ont pas recours à la CMU-C. Selon le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, 85 % des personnes ayant droit à l'ACS ne la sollicitent pas. Les non-requérants sont souvent les plus précaires économiquement et socialement. « Beaucoup ne savent même pas que ces dispositifs existent, ou alors ils ne parviennent pas à réunir ou faire traduire les documents administratifs nécessaires », explique le Dr André Deseur. Monter un dossier administratif relève du parcours du combattant pour ces patients fragiles qui ne connaissent pas ou peu leurs droits, et qui ignorent complètement comment les faire valoir. En cause également la peur de la stigmatisation, des contrôles effectués par les administrations, le refus de l'assistant. Le Dr Jean-François Corty, directeur des missions France à Médecins du monde, souligne que « la CMU-C bénéficie aujourd'hui aux personnes gagnant moins de 660 euros par mois. Or, le seuil de pauvreté est fixé à 977 euros en France. Trop de per-

sonnes en renoncer, un rapport sur « l'accès remis au F d'ouvrir a socle un démarche

Le refus dans le c

Dans ce n des droits profession l'accès à aux bénéf d'aide. « I clairemer mique et c tives. Ces généralis rentes », teur du p des droit l'Institut tion en é avance c serait cor bal de ref tistes et 1 confondu « Certain pensent q alors que contrain Ce refus tion tard tation ré un centr tarifs op d'avance simple a nel de s « En déj duit l'a CMU-C, l possible sanitair les plus ; opposés viennen du disp sance d à la sa

forcent les
du système
pas de cou-
sont inca-
hospitalier
oraires. La
ursements
arrange en

sonnes en sont exclues, qui doivent renoncer à se soigner ». Début avril, un rapport du Défenseur des droits sur « l'accès aux soins des précaires », remis au Premier ministre, proposait d'ouvrir aux bénéficiaires du RSA socle un accès automatique et sans démarche à la CMU-C.

Le refus de soins dans le collimateur

Dans ce même rapport, le Défenseur des droits pointe également certains professionnels de santé qui refusent l'accès à une consultation médicale aux bénéficiaires de ces dispositifs d'aide. « Les arguments avancés sont clairement liés à une logique économique et aux contraintes administratives. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais demeurent récurrentes », précise Loïc Ricour, directeur du pôle Santé pour le Défenseur des droits. En France, une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) avance qu'un spécialiste sur cinq serait concerné. À Paris, le taux global de refus de soins, chirurgiens-dentistes et toutes spécialités médicales confondus, atteindrait même 25%. « Certains professionnels de santé pensent que ces bénéficiaires abusent, alors que les études nous montrent le contraire », ajoute le D^r Deseur.

Ce refus prend diverses formes : fixation tardive d'un rendez-vous, orientation répétée vers un confrère ou un centre de santé, non-respect des tarifs opposables, refus de dispense d'avance des frais, etc. Parfois, un simple accueil réservé du professionnel de santé décourage les patients. « En dépit de leurs limites, que traduit l'ampleur du non-recours, la CMU-C, l'ACS et l'AME visent à rendre possible une meilleure couverture sanitaire et un accès aux soins pour les plus précaires. Les refus de soins opposés à leurs bénéficiaires contrevennent non seulement à l'efficacité du dispositif mais aussi à la jouissance du droit fondamental à la santé », poursuit Loïc

8,7

millions de personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté (revenu inférieur à 977 euros par mois), dont :

20 % de jeunes de moins de 18 ans.

Source : Irdes - 2011

2,26

millions de personnes bénéficient de la CMU de base et 4,5 millions de la CMU-C.

Source : Fonds CMU - décembre 2012

Non-recours aux dispositifs d'aide

85 %

des personnes ayant droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS) ne la sollicitent pas.

Trois causes de non-recours sont identifiées :

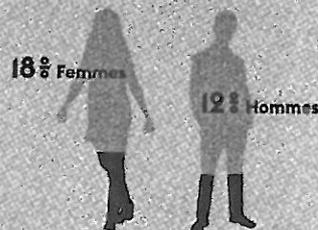
- la méconnaissance des aides,
- la complexité des démarches,
- les freins psychologiques.

Source : Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Le renoncement aux soins

15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus

déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.



Non-recours aux dispositifs d'aide

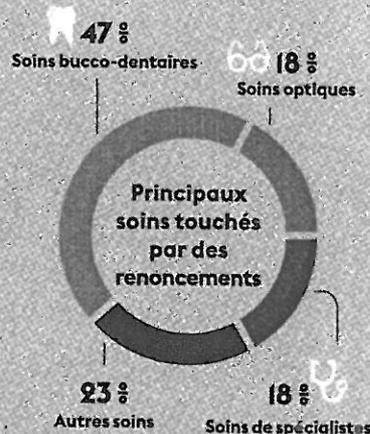
85 %

des personnes ayant droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS) ne la sollicitent pas.

Trois causes de non-recours sont identifiées :

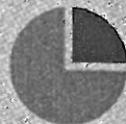
- la méconnaissance des aides,
- la complexité des démarches,
- les freins psychologiques.

Source : Ministère de la Santé et des Affaires sociales



Source : Drees - 2008

Refus de soins



25,5 %

C'est le taux global de refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU à Paris en 2009.

+ Les plus concernés

38,1 % Gynécologues

32,6 % Médecins généralistes en secteur 2

9,2 % Médecins généralistes en secteur 1

- Les moins concernés

5,2 % Radiologues

Source : Irdes

→ Ricour. Le Défenseur des droits propose donc d'instaurer des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé sur les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins et de refus de soins.

Enjeu de santé publique

Plusieurs structures portées par le monde associatif tentent de remettre les patients précaires sur le chemin des droits communs. C'est le cas des centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du monde, ou des points accueil info santé (PAIS) du Secours populaire français (lire p. 18 et ci-contre). Du côté de la puissance publique, les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) offrent sans conditions des soins aux patients en grande précarité. À l'hôpital parisien Saint-Louis,

la Pass Verlaine en accueille chaque jour une trentaine. « Ils ont depuis longtemps renoncé à se soigner, et souffrent de pathologies lourdes : cancers, maladies infectieuses et respiratoires, plaies non soignées, troubles psychologiques. Les femmes accusent souvent un retard de suivi de leur grossesse », explique le Dr Claire Georges, médecin responsable de la consultation Verlaine, et présidente du Collectif Pass. En France, on dénombre environ 400 permanences d'accès aux soins de santé dans les hôpitaux. Louée dans un rapport parlementaire sur l'accès aux soins pour tous, cette consultation pour les plus démunis reste pourtant méconnue et fragilisée dans un hôpital public sous pression financière. L'auteure de ce rapport, Aline Archimbaud, sénatrice EELV de Seine-Saint-Denis, estime que « les Pass sont

« De plus en plus de personnes en situation de précarité retardent la prise de rendez-vous, voire renoncent à consulter, en particulier pour des soins dentaires et oculaires. »

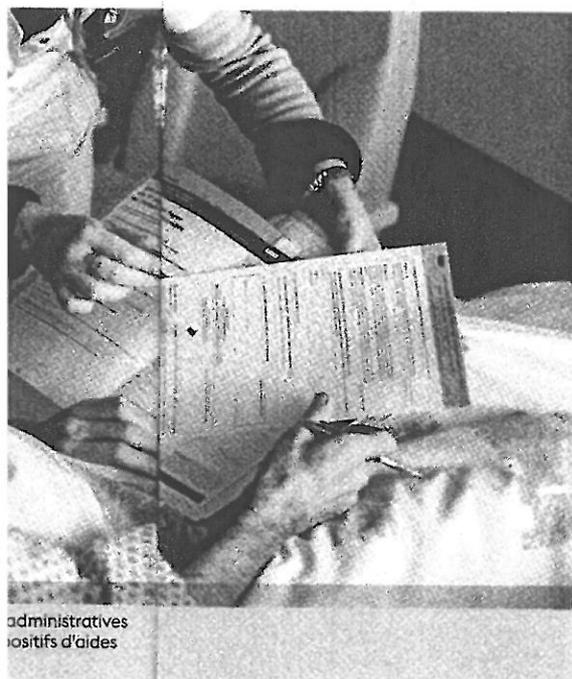
TÉMOIGNAGE



« Le médical et le social ne doivent faire qu'un contre l'exclusion. »

Notre système de santé est en crise. Une crise de la protection des plus vulnérables : les migrants, les personnes âgées, les sans-domicile, etc. L'hôpital est de plus en plus spécialisé, et sous pression financière. Et on pourrait effectivement craindre que le progrès médical et scientifique n'écarte de la prise en charge les exclus de la société. Parfois, traiter la maladie n'est pas le plus urgent. Aujourd'hui, on crève de solitude. En particulier les personnes très âgées. Ma conviction est que le médical et le social ne doivent faire qu'un contre l'exclusion. Il ne s'agit plus seulement de soigner, mais aussi de mettre à l'abri, d'écouter, d'accompagner. À l'hôpital, les permanences d'accès aux soins de santé jouent ce rôle. Les urgences ne sont ni pensées ni adaptées pour accueillir les patients les plus précaires et exclus du système de soins. C'est donc bien à la médecine de ville de remplir ce vide. Il est nécessaire de réhabiliter le rôle du médecin généraliste en immersion, au contact de la population. Pourquoi alors ne pas envisager le retour des dispensaires itinérants?

Dr Xavier Emmanuelli, médecin et homme politique, président du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, fondateur du Samu social de Paris, cofondateur de Médecins sans frontières.



administratives
positifs d'aides

facteurs d'économie et non de gaspillage pour l'hôpital. L'engorgement des urgences s'explique en partie par le fait que les plus précaires n'accèdent pas aux soins de premiers recours, comme le proposent les Pass ». Le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté par le gouvernement le 21 janvier 2013 prévoit d'ailleurs un développement de ces structures. « Permettre un meilleur accès à la santé est un véritable enjeu de santé publique, mais aussi économique. Plus la maladie évolue, plus il est compliqué de la soigner et le risque de transmission est élevé. Il faut que les patients soient traités rapidement », conclut le Dr André Deseur.

+ d'infos

Observatoire des non-recours aux droits : <http://odenore.msh-alpes.fr>



L'engorgement des services d'urgences hospitaliers s'explique en partie par les difficultés d'accès aux soins de premiers recours des personnes en situation de précarité.

Point de vue extérieur

Loïc Ricour, directeur du pôle Protection des personnes - Santé pour le Défenseur des droits.



« Peu de recours pour les patients précaires »

Quel regard le Défenseur des droits porte-t-il sur l'accès aux soins des patients en situation de précarité ?

Le droit à la santé n'est pas encore acquis pour ces publics. Il constitue pourtant une exigence fondamentale à laquelle doivent s'attacher l'ensemble des acteurs du dispositif et, de façon plus générale, les pouvoirs publics. Lorsqu'un refus de soins est opposé à ces personnes vulnérables, la plupart renoncent à faire valoir leurs droits. Il y a donc peu de recours exercés en la matière.

Quels obstacles rencontrent ces patients ?

Si l'ensemble des dispositifs mis en place permet en principe de couvrir différents publics - citoyens français et résidents étrangers, en situation régulière ou non -, le bénéfice de ces droits est subordonné à l'accomplissement d'un parcours administratif qui se caractérise par

sa complexité pour l'usager comme pour les personnes chargées de sa gestion. Cela exige une grande autonomie, et souvent les personnes éligibles ont tendance à se décourager. L'information sur le droit à la santé est insuffisante. Les professionnels de santé disposent pour leur part d'informations souvent partielles quant au public susceptible d'être concerné par les aides et les conditions d'ouverture. La juxtaposition de dispositifs distincts pour des prestations proches constitue une difficulté supplémentaire.

Que préconise le rapport sur l'accès aux soins que le Défenseur des droits a remis au Premier ministre début avril ?

Le pôle Santé est investi d'une mission d'information et de médiation. Il est chargé de renforcer le dialogue entre les usagers du système de soins et les

professionnels de santé. Dans son rapport, le Défenseur des droits formule douze recommandations autour de cinq axes :

- ① Simplifier le droit, avec notamment la possibilité d'ouvrir systématiquement les droits à la CMU-C aux bénéficiaires du RSA.
- ② Promouvoir les droits, avec des propositions visant à organiser des campagnes d'information ou intégrer dans la formation des professionnels de santé des modules sur les problématiques d'accès aux soins.
- ③ Susciter l'engagement des acteurs, avec l'organisation par ces derniers d'opération de testing.
- ④ Mieux prévenir et détecter les refus de soins, notamment en confiant aux ARS la fonction de guichet unique pour les plaintes liées aux refus de soins.
- ⑤ Renforcer les droits des victimes de refus de soins avec par exemple la mise en œuvre d'un aménagement de la charge de la preuve en faveur des victimes.