

L'accès aux soins des plus démunis. L'exemple des « sans domicile fixe »

Isabelle Poirot-Mazères
Professeur de droit public
Institut Maurice Hauriou
Université Toulouse 1 Capitole

L'image du « sans abri », du va-nu-pieds, traverse l'histoire et dépasse les frontières, il n'a pas de toit mais toutes sortes de désignations -mendiant, indigent, clochard, gueux et vagabond, galvaudeux ...-, et une place dans la société, celle des marges. Il est de la sorte le paradigme de l'exclu et du pauvre, la figure paroxystique de la précarité et du dénuement¹. Il a toujours intéressé les pouvoirs publics, le plus souvent pour des raisons de sécurité, d'ordre public et de contrôle social, mais aussi en fonction de préoccupations sociales et sanitaires. Toutefois, au-delà de ces soucis communs, le regard comme les conditions de prise en charge de la précarité extrême ont changé dans les dernières décennies.

Durant les Trente Glorieuses, et sauf image exceptionnelle du clochard isolé, les situations d'exclusion extrême étaient le plus souvent considérées et vécues comme des « accidents » dans un parcours de vie. Depuis lors, la multiplication des situations de précarité, la diversité des situations qui y mènent -de la perte d'emploi à l'exil, en passant par la maladie ou la faillite familiale-, les heurts dans les trajectoires individuelles, transforment en banalité ce qui n'était autrefois que phénomènes ponctuels. De plus en plus de personnes sont aujourd'hui en situation de rupture sociale, éprouvant les forces et les moyens des associations sur le terrain, et obligeant ainsi les pouvoirs publics à intervenir.

Comme le rappelait la Conférence de consensus sur les sans-abri de 2007, quel que soit le terme utilisé (« sans domicile fixe », « sans-abri », « grands exclus » ou « gens de rien »), les personnes sans domicile forment aujourd'hui, et de plus en plus alors que la crise économique fragilise les plus démunis, « une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables », mais au vécu similaire. 300 000 personnes seraient ainsi concernées par l'exclusion, 5 millions par la pauvreté et 12,5 millions par la précarité. Dans cette nébuleuse, les SDF, que nous distinguerons des « sans domicile personnel »², constituent les marges ultimes, difficiles à

¹ D.Roman, « Les sans-abri et l'ordre public », RDSS, 2007, p.952.

² Enquête INSEE, F. Yaouancq, A. Lebrère, M. Marpsat, V. Régner (Insee), S. Legleye, M. Quaglia (Ined), *L'hébergement des sans-domicile en 2012*: « Début 2012, 103 000 adultes ont utilisé au moins une fois les services d'hébergement ou de restauration dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus. Parmi ces personnes, 81 000 adultes étaient sans domicile; ils étaient accompagnés de 30 000 enfants. Plus de la moitié de ces adultes étaient de nationalité étrangère. En incluant les 8 000 sans-domicile des communes rurales et des petites agglomérations et les 22 500 personnes en centres d'accueil pour demandeurs d'asile, 141 500 personnes étaient sans domicile en France métropolitaine début 2012, soit une progression de près de 50 % depuis 2001. Parmi les adultes francophones sans domicile dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus, près de la moitié étaient en hébergement collectif, un tiers dans un logement payé par une association, un sur dix à l'hôtel et un sur dix étaient sans abri ». Toutefois, plusieurs catégories de sans-domicile n'étaient pas prises en compte dans l'enquête, et notamment « ceux qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation (les sans-abri) et ne font appel à aucun service enquêté », ou « les sans-domicile vivant dans des agglomérations de moins

saisir par leur mobilité et le fait même de l'exclusion. Leur nombre a progressé de 50 % entre 2001 et 2012 et leur profil a évolué en quelques années.

Les limites de la catégorie sont parfois floues mais nous retiendrons la définition donnée par l'INSEE en 2002 qui qualifie de SDF une personne qui la nuit précédente « soit a eu recours à un service d'hébergement », « soit a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ». Depuis lors, de nouveaux publics de SDF sont apparus³, ce qui a entraîné des difficultés dans leur prise en charge sanitaire et des tensions dans des services sociaux et médico-sociaux. Surtout, l'évolution révèle combien il est nécessaire de ne pas cliver les situations de vie entre normalité et exceptionnalité, et « ne jamais considérer les populations sans abri comme des populations coupées du reste de la société de façon nette, mais au contraire, de mettre en lumière d'une part, le continuum de situations qui existent entre les personnes « avec » et « sans » logement et, d'autre part la rapidité et la fréquence des passages, pour une même personne, entre les situation de logement et de non logement, dans un sens comme dans l'autre »⁴. De fait, l'on trouve désormais pris dans ces logiques :

- des personnes « socialement insérées » : travailleurs pauvres, familles monoparentales avec enfants en bas âge.

Les chiffres sont explicites qui révèlent que « les sans domicile appartiennent très majoritairement aux classes populaires ; pour autant, avant de quitter leur emploi, 11% étaient cadres moyens ou supérieurs et 5% travailleurs indépendants » et rappellent que beaucoup d'entre eux ont une activité⁵.

- des jeunes : nombre d'entre eux se retrouvent à la rue, dépourvus de ressources et de logement, en sortant du dispositif de prise en charge de l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

On rappelle qu'en France, l'âge de 18 ans marque la fin de la prise en charge par l'ASE⁶ et arrête donc, à cet âge tout accompagnement. Ainsi, il existe un vide entre la fin de l'aide aux mineurs et un possible droit à l'aide sociale en temps qu'adulte (allocation RSA), d'où une grande difficulté à accéder à une autonomie financière. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte conduit très souvent les jeunes à solliciter le soutien de la famille, ce qui s'avère bien plus compliqué pour ceux qui sont le plus en difficulté, alors qu'ils cumulent fréquemment

de 20 000 habitants; les sans-domicile non francophones qui ne parlent aucune des langues prévues dans le cadre du questionnaire destiné aux non-francophones ».

³ Cf sur ce point notamment, V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin, *La santé des personnes sans chez soi Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen* Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, nov. 2009, p.8 et s.

⁴ F.Clanché « Le classement des situations par rapport au logement: les sans-domicile dans les nomenclatures générales », *Sociétés Contemporaines*, 30, avril 1998, p.181-96. Version révisée F. Clanché, « Le classement des situations par rapport au logement. Les sans-domicile dans les nomenclatures générales », in M.Marpsat et J.-M.Firdion (dir.), *La rue et le foyer. Une recherche sur les sans domicile et les mal logés dans les années 90*, Paris PUF, 2000, p.107-123.

⁵ Selon le rapport de 2009, il apparaissait alors que « plus d'un quart d'entre eux (29%) travaillent, 49% sont chômeurs (la moitié depuis moins d'un an) et 28% inactifs. Quand ils travaillent, ils sont ouvriers ou employés à 90% et seulement un quart est sous CDI et 15% sous CDD (16% travaillent sans aucun contrat). Environ 10% des personnes interrogées n'ont aucun revenu et 25% ne perçoivent ni revenu du travail ni prestation sociale. A l'inverse, 60% des personnes reçoivent au moins une prestation sociale (un des minima sociaux pour la moitié d'entre eux, principalement le RMI) et, pour 28%, elles constituent leurs seules ressources ».

⁶ Eventuellement l'allocation Jeunes majeurs peut-être octroyée entre 18 et 21 ans

échec scolaire et insuffisance de qualification, absence de ressources financières et de réseau familial.

- Toutes les associations ont constaté un accroissement du nombre des femmes seules sans chez soi depuis la fin des années 1990 et dans l'enquête de l'INSEE de 2001, la moitié des femmes étaient accompagnées d'enfants.

En parallèle, l'enquête Samenta en 2009⁷ conduite dans l'agglomération parisienne, insiste sur les spécificités de la situation des femmes à la rue, à la fois plus aisément prises en charge dès lors qu'elles sont accompagnées d'enfants, mais aussi plus menacées puisque elles ont dix fois plus de risque d'avoir été victimes d'agressions sexuelles que les hommes. Autre particularité, le cas des femmes de plus de cinquante ans moins protégées par la société car elles ne vivent pas avec des enfants en bas âge et ne sont pas assez âgées pour être admises en foyer logement ou en maison de retraite⁸.

- En 2001, un tiers de la population sans domicile dénombrée par l'INSEE était étrangère. En 2012, c'est plus de la moitié qui est d'origine étrangère (18 % de non francophones et 35 % de francophones), dont un cinquième de personnes nées en Europe.

Les chercheurs de l'Insee expliquent cette hausse par l'augmentation importante du nombre de demandeurs d'asile, qui faute de place dans les CADA se retrouvent sans domicile.

- Enfin, fait notable, un nombre croissant de personnes vieillissantes se retrouve à la rue. Les plus de 60 ans représentent 15,7% des personnes accueillies et les plus de 65 ans environ 8%. Comme le relève le rapport *La santé des personnes sans chez soi*, il s'agit donc d'une « frange de la population particulièrement vulnérable et qui malgré tout relève durablement de la rue ou des dispositifs de l'urgence sociale ». Les trajectoires sont aussi diverses, et si certains sont à la rue depuis de nombreuses années, d'autres ne le sont que plus récemment, souvent à la suite d'une rupture familiale ou une hospitalisation longue. Dans un contexte aggravé où se combinent des éléments de vulnérabilité personnelle (rupture, prise de risques, événements traumatiques) et des éléments propres au vieillissement, « les solutions de mise à l'abri adaptées sont rares. L'orientation vers un appartement autonome, une maison relais ou un foyer logement n'est possible que si la personne est assez autonome et peut bénéficier d'un service d'aide à domicile. Les maisons de retraite sont réticentes à accepter ces populations car, d'une part, elles sont souvent « très jeunes » par rapport à la moyenne d'âge des pensionnaires (qui se situe autour de 85 ans) et, d'autre part, elles ont des conduites addictives ou des troubles du comportement qui les rendent peu compliantes au règlement de ces institutions »⁹.

Toutes ces personnes forment un ensemble hétéroclite, qui ne correspond en droit à aucun statut ni catégorie mais que l'arsenal juridique va être saisi par ce qui est perçu comme leur principale caractéristique commune, l'absence de domicile personnel allié à la très grande précarité. Aux marges extrêmes du système social, ils ressentent de façon démultipliée les

⁷ Observatoire du Samu social de Paris et INSERM, *Enquête Santé MENTale et Addictions chez les personnes sans logement personnel* (Dir. A.Laporte et de P. Chauvin), 2010.

⁸ C.Lanzarini et O.Maurice, *Femmes SDF âgées de 50 à 65 ans*, enquête Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France (Mipes), 2009, http://www.mipes.org/IMG/pdf/Compte-rendu_complet_colloque_20-01-09.pdf

⁹ Rapport préc. p.37.

difficultés d'accès aux soins des populations pauvres et vulnérables, accentuées par l'exclusion et un vécu souvent chaotique.

La marginalité, la pauvreté, les obstacles à l'accès aux droits comme au système de santé, ont été pris en considération par les pouvoirs et les politiques publiques et différents textes ont été adoptés pour compenser les difficultés des plus démunis.

Ainsi, en septembre 2013, était rendu un rapport intitulé « L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité »¹⁰. De façon générale, les déclarations et rapports officiels se sont multipliés, qu'ils émanent aussi bien des acteurs de terrain¹¹, du Parlement, d'administrations et instances internes¹², de la Commission européenne¹³ ou de l'Organisation mondiale de la santé¹⁴. Tous ces rapports et déclarations pointent moins l'insuffisance quantitative ou qualitative des soins, que les inégalités en matière d'accès aux soins qui frappent certaines catégories de patients. La doctrine a relayé ces constats¹⁵ et les pouvoirs publics les ont pris en considération dans les divers plans qui se sont succédé au soutien de la lutte contre la précarité et de l'inclusion sociale¹⁶.

A cet égard, est garanti aux plus exclus, au titre du principe d'égalité et en vertu du droit à la protection de la santé, un certain nombre de droits, singulièrement d'accès aux soins, mobilisant tous les acteurs du système de santé comme de la protection sociale (I). Cependant, au-delà des principes sans cesse affirmés, des objectifs affichés, du volontarisme des acteurs et des politiques publiques, marginalisation et précarité restent des freins importants à l'exercice réel de droits reconnus à tous et à la délivrance des prestations offertes par principe sans exclusive ni discrimination. Et cet accès aux soins des plus démunis se doit ainsi d'être en permanence non seulement défendu, mais repensé (II).

¹⁰ A.Archimbaud, *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au Premier Ministre, septembre 2013.

¹¹ Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, préc.; Groupe de travail « Santé et accès aux soins », *Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, (Dir.M.LEGROS), Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Rapport 29 novembre 2012, p.8. Observatoire du Samu social de paris/INSERM, Rapport SAMENTA, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*, janvier 2010, p.63 et s., p.121-122; Médecins du Monde, *Rapport 2012*, octobre 2013, p.75.

¹² Parmi les plus récents, v. Haut Conseil de la santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, déc. 2009; C.Despres, *Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique*, Etudes et recherches, DREES, n° 119, mars 2012; INPES, *Revue Santé de l'Homme*, n° 414, juill.-août 2011, consacré aux inégalités sociales de santé; M.Moleux, F.Schaetzel, C.Scotton, *Inégalités sociales de santé; Déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS, 2011; ONPES, *Penser l'assistance*, Rapport thématique, 2013; Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport 2012 consacré à l'accessibilité aux soins.

¹³ Commission UE, *Report on health inequalities in the European Union*, Document de travail n° SWD(2013) 328 final, sept. 2013.

¹⁴ Rio Political Declaration on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, 21 oct. 2011.

¹⁵ B.Feuillet, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », RDSS 2008, p.713, X.Bioy, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental », in *L'accès aux soins. Principes et réalités*, (Dir.I.Poirot-Mazères), IFR-Mutation des normes juridiques, Actes de colloque, LGDJ, 2011; J.-P.Markus, « Le Conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins. Note sous Conseil de l'Europe, 26 juin 2013, Résolution n° 1946 (2013) », RDSS 2014, p.63.

¹⁶ *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions, 21 janvier 2013.

I. Les garanties d'accès aux soins reconnues aux « sans domicile fixe »

Confrontés à des besoins de prise en charge aggravés par les conditions de vie des personnes sans abri (A), les pouvoirs publics ont mis en place différents dispositifs dédiés à la prise en charge sanitaire et sociale des plus démunis (B).

A. Un accès aux soins au cœur des politiques publiques de lutte contre l'exclusion

Parce que leur santé est fragilisée et leur vécu actuel ou passé plus difficile, les sans-abri présentent un certain nombre de pathologies qui mobilisent les pouvoirs publics. Enjeu de santé publique, leur accès aux soins, juridiquement droit reconnu à tous, est appréhendé par les pouvoirs publics comme une responsabilité singulière engageant des moyens renforcés.

1. La santé des SDF, problème(s) de santé publique

453 décès dans la rue recensés en 2013¹⁷, le chiffre ne cesse d'augmenter. Beaucoup liés à violence propre à la vie dans la rue (accidents, suicides, agressions), mais la plupart en relation avec une pathologie, souvent des problèmes de santé non manifestés et trop tardivement pris en charge : nombre élevé de cancers (poumons, bouche et ORL), de pathologies cardio-vasculaires et respiratoires. La forte consommation d'alcool et de tabac souvent associée à une vie précaire est un facteur de risque pour ces pathologies, ainsi que les facteurs liés à la vie sans logement personnel. Par ailleurs, on retrouve dans cette population des maladies courantes mais avec une fréquence et une gravité accrue par rapport à la population générale. Nombreuses sont les personnes atteintes d'affections dermatologiques ou dentaires, de maladies respiratoires ou digestives, de maladies sexuellement transmissibles, des troubles du comportement alimentaire, des infections urinaires, des escarres ou encore des fractures et contusions importantes. Près d'un tiers des personnes évoquent de graves troubles du sommeil et près d'un quart d'entre eux des phénomènes dépressifs. De fait, la morbidité en santé mentale est importante : un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux, et les prévalences de schizophrénie et de psychose sont ici 5 à 30 fois plus importants qu'en population générale. La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix, et la comorbidité entre troubles psychiatriques et addictions est aussi plus importante parmi les personnes sans logement personnel. Toutefois, il ne faudrait pas s'arrêter à ces constats : la maladie mentale n'affecte pas toute la population sans logement personnel, encore moins dans ses formes les plus sévères. La population « sans chez soi » ne se résume donc pas, loin s'en faut, à la figure du « malade mental » ou de « l'alcoolique » et « ces figures elles-mêmes passent sous silence la diversité des expériences vécues et des rôles sociaux que

¹⁷ Collectif *Les morts de la rue*, Cf aussi *Projet dénombrer et décrire. Améliorer l'exhaustivité et la description des personnes en situation de rue décédées en 2012*, Rapport 2012.

peuvent jouer des personnes atteintes de troubles mentaux ou d'addictions »¹⁸. La situation des étrangers doit ainsi être appréciée dans le contexte d'exil et d'exclusion¹⁹.

Quelle que soit la pathologie, l'accès aux prestations comme aux structures de prévention et de soins constitue ici un enjeu non seulement de santé individuelle mais de santé publique, en particulier s'agissant des maladies infectieuses. Concentrent l'attention tant le développement de la tuberculose dans une population très mobile, dont les conditions de vie en foyer d'accueil ne permettent pas non plus d'isoler les patients, que la prise en charge efficace de certaines maladies graves et contagieuses, fréquentes chez les personnes sans domicile fixe, telles que l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH et le diabète.

2. Les prestations de santé au profit des SDF, responsabilité(s) des pouvoirs publics

a) Un droit reconnu à tous

Comme toute personne sur le territoire, les sans-abri ont le droit d'accéder aux soins et aux prestations corrélatives et l'Etat doit leur en garantir l'exercice, en vertu des responsabilités qui sont les siennes en vertu de l'alinéa 11 du Préambule, par des politiques publiques ciblées et une organisation du système de santé adaptée à tous. Ce droit est aussi reconnu au niveau européen et international. Consacré au plan international dès 1946 dans la Constitution de l'OMS puis deux ans plus tard par la DUDH article 25 et explicité par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels qui identifie les quatre dimensions de l'accessibilité « des installations, des biens et des services en matière de santé »²⁰. L'accès aux soins est aussi évoqué dans les textes européens, la Charte sociale européenne (article 11) ou plus récemment la résolution n°1946 du 26 juin 2013 du Conseil de l'Europe mais aussi par la CEDH. S'il n'y est pas protégé en lui-même, il bénéficie, pour reprendre les termes du Pr Xavier Bioy, « de la protection de ses aînés : le droit à la vie, le droit de ne pas subir de traitements inhumains et dégradants »²¹.

En France, ce droit d'accès trouve sa formulation solennelle dans l'article L.1110-1 du code de la santé publique comme composante du droit fondamental à la protection de la santé.

¹⁸ Samenta, janvier 2010, préc.

¹⁹ Médecins du Monde, Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2012, octobre 2013.

²⁰ L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement: i) Non-discrimination : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits ; ii) Accessibilité physique : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées ; iii) Accessibilité économique (abordabilité) : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous ; iv) Accessibilité de l'information : l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

²¹ *Droits fondamentaux et libertés publiques*, LGDJ, coll.Cours, 2014, n°716 ; « Le droit d'accès aux soins, un droit fondamental ? », préc., p.37 et s.

L'exercice de ce droit toutefois est renforcé, non au profit d'une catégorie de sujets, les sans-abri, que ne reconnaît pas en soi le système juridique, mais au travers des politiques publiques, sanitaires et sociales, telles la lutte contre la précarité, la pauvreté et les actions contre l'exclusion sociale. Il s'agit ainsi de garantir dans les faits une égalité de droit éprouvée par les conditions de vie et assurer une égalité d'accès aux soins rappelée par la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui souligne singulièrement que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé », laquelle « (prend) en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées »²².

b) Une responsabilité renforcée

Inscrit dans les textes, développé dans divers plans ciblés -certains sur la lutte contre l'exclusion (Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, janvier 2013, *sur la base des conclusions de la conférence nationale en décembre 2012*²³), la plupart consacrés à une question de santé publique particulièrement prégnante pour les populations vulnérables (santé mentale, lutte contre addictions...)-, décliné localement avec les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunis (PRAPS), l'investissement des pouvoirs publics se manifeste aussi dans différents dispositifs normatifs et institutionnels mis en place pour garantir un égal accès aux soins de tous, au titre de la lutte contre la pauvreté, la précarité et de la protection des personnes démunies, parfois au croisement des préoccupations sociales et sanitaires.

Expression la plus explicite de cet engagement des pouvoirs publics et des obligations qui en résultent pour les partenaires du sanitaire et de la protection sociale, l'identification au cœur des activités des établissements de santé, publics ou privés, de missions de service public ciblées sur des publics bien précis, caractérisés par une certaine vulnérabilité/dépendance. L'article L.6112-1 du code de la santé publique énumère ainsi en quelques missions ce qui peut apparaître comme une sorte de « précipité » ultime de l'intervention publique, missions forcément assurées sous la férule des ARS : « 9° La lutte contre l'exclusion sociale » alliée à « 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques », mais aussi « 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier; 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile », toutes personnes titulaires par là même d'un droit d'accès aux soins catégoriel et renforcé, et bénéficiaires d'une multiplicité de dispositifs de prise en charge.

B. Des dispositifs dédiés à la prise en charge des exclus et précaires

Assuré à tous, notamment par divers mécanismes de soutien financier, l'accès aux droits leur est a fortiori garanti, même s'il se heurte à une réalité de la grande précarité rétive aux procédures et formalités administratives, à l'instar d'un accès aux prestations de santé que soutiennent divers dispositifs plus ou moins spécialisés.

²² Art. L. 1411-1 du Code de la santé publique.

²³ Cf Rapport de François Chérèque, Simon Vanackere (IGAS) sur l'évaluation de la première année de mise en oeuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

1. L'accès aux droits

L'instauration de la Couverture Maladie Universelle (CMU), puis de la CMU-C, le maintien au-delà des critiques de l'Aide médicale d'Etat, ont permis de préserver nolens volens un accès aux soins pour tous, même si les réformes successives du financement de la santé, en augmentant les restes à charge, ont contribué à accroître les renoncements aux soins. Il a cependant fallu en organiser les modalités concrètes et notamment prévoir que les personnes SDF puissent se faire domicilier auprès des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou des associations caritatives proposant un service d'accueil de jour. A cet égard, l'enquête INSEE citée dans le second rapport annuel de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale affirme que 60 % des personnes SDF déclarent bénéficier de la CMU. Au sein de la population, près de 90 % des personnes bénéficient d'une couverture maladie, que ce soit par la CMU (42,3 %), la Sécurité sociale (29,1 %) ou l'AME (15,1 %). Les personnes n'ayant aucune couverture maladie représentent 8 % de la population (il n'y a pas de différence significative selon le lieu de naissance). La couverture complémentaire pour les assurés de l'ensemble des régimes (CMU-C) est ouverte sous conditions de ressources, mais ces conditions restrictives excluent certaines personnes comme par exemple les titulaires de l'allocation d'adulte handicapé ou du minimum vieillesse en raison d'un effet de seuil. Or, beaucoup de personnes SDF perçoivent des minima. La couverture complémentaire concerne, néanmoins, 4,6 millions de personnes soit 7,7 % de la population. La CMU est jugée positive par les associations humanitaires et les bénéficiaires.

Quant aux refus de soins et autres formes de discriminations fondées sur l'origine sociale, les revenus ou reliés aux dispositifs CMU et AME, l'on sait qu'ils sont illégaux, de nature à engager sous toutes leurs formes, même les plus discrètes (atermoiements, retards ans les rendez-vous...), la responsabilité disciplinaire, civile et pénale des professionnels de santé. Mieux d'ailleurs qu'une procédure de mise en cause complexe et de nature à décourager les plus aguerris, l'article 1110-3 du code de la santé²⁴ fonctionne désormais, dans sa nouvelle

²⁴ « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie. En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant. En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale ». Article L162-1-14-1 du Code de la sécurité sociale : « Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;2° Exposent les

rédaction, sur la dissuasion, la stigmatisation et la menace de sanction, plus efficaces que la sanction elle-même.

2. L'accès aux soins

- a) Cet accès aux prestations de santé passe en premier lieu pour les plus vulnérables par les voies communes, qui ont été, pour ce faire, adaptées.

L'accès aux soins, c'est d'abord pouvoir accéder physiquement à un praticien ou un établissement de santé. Obligation déontologique pour les praticiens, devenue obligation réglementaire (R.4127-9 CSP) -écho du code pénal (art.223-6) et de l'omission de porter assistance-, elle ne connaît que deux limites : la clause de conscience et le « refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins » (L.1110-3 CSP).

L'accueil de toute personne est aussi une obligation du service public hospitalier et des établissements, au titre notamment de la permanence de l'accueil et de la prise charge » (L.6112-3 CSP) et plus largement conformément à « leurs obligations générales de secours et de soins ». De la sorte, il est rappelé constamment que si l'état d'un malade ou d'un blessé nécessite des soins urgents, « le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toute pièce d'état civil et de tout renseignement sur les débiteurs éventuels ». Partant, pour les populations les plus démunies, l'hôpital est le premier, voire le seul contact avec un service public. A ce titre, il est devenu un lieu privilégié où les personnes SDF peuvent non seulement faire valoir leurs droits d'accès aux soins mais également l'ensemble de leurs droits sociaux.

Soulignons, ici, que cet accès a été récemment réaménagé en psychiatrie, afin de répondre notamment à la situation des personnes isolées, ce que sont souvent les sans-abri. La loi de 2011 crée à cet effet une nouvelle procédure de soins, l'admission « en cas de péril imminent pour la santé de la personne », en l'absence même de demande de tiers : nouvelle modalité instaurée pour favoriser une meilleure prise en charge des patients isolés ou désocialisés en limitant la recherche vaine d'un tiers. Il fallait auparavant, pour parvenir à hospitaliser d'office ces malades, attendre qu'ils portent atteinte à leur sécurité ou causent des troubles à l'ordre public

- b) Au-delà de ces voies communes, nombre de dispositifs interviennent spécifiquement au soutien de ces populations.

-Dispositifs de l'urgence d'abord, les premiers avec les pompiers, et souvent les seuls sollicités : SAMU-SMUR et urgences hospitalières, notamment psychiatriques. Les urgences générales sont un des lieux les plus fréquents du premier contact des personnes sans chez soi avec le système de soins ce qui peut s'expliquer pour plusieurs raisons: elles font appel au système de soins plus tardivement que la population générale, quand la situation est plus grave ; elles ont rarement un médecin traitant et donc peu de possibilités d'être soignés en

assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;^{3°} Exposé les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6.

amont des urgences ; elles sont souvent amenées inconscientes à l'hôpital par les pompiers, et dans un état sanitaire sévère. Leur accueil pose des difficultés particulières et des tensions certaines au sein des urgences mais leur repérage à l'occasion de leur passage est indispensable pour pouvoir leur proposer une prise en charge coordonnée avec les dispositifs médico-sociaux d'aval (équipe mobile, LHSS...), et ce, même si les assistantes sociales hospitalières n'ont pas toujours une connaissance précise des structures sociales extra hospitalières du fait de l'éclatement des dispositifs.

-Dispositifs de proximité, ensuite. Il existe peu d'équipes sanitaires intervenant directement dans la rue. En première ligne, toutefois les équipes du SAMU social, qui agissent au plus près des personnes en détresse, par la maraude et le signalement. Accompagnées d'un médecin ou d'un infirmier, les équipes peuvent réaliser un diagnostic infirmier et social d'urgence, de façon anonyme et gratuite et, le cas échéant, orienter la personne vers les urgences hospitalières ou vers un centre d'hébergement d'urgence. Les affections psychiatriques et souffrances psychiques sont le lot commun de la vie dans la rue et dans la précarité et mobilisent les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) qui vont au-devant des populations touchées. Les motifs de prise en charge de l'EMPP sont à plus de 70 % des états délirants aigus, avec des troubles du comportement (contre 8,3% aux urgences). Leur préoccupation, au-delà de la prise en charge sur l'instant, est de mieux connaître les conditions concrètes d'existence des personnes, de mieux appréhender leurs besoins et de travailler en réseau et partenariat avec le secteur social. Elles rencontrent un certain nombre de difficulté dans ces missions, en particulier, difficulté pour trouver des places d'hébergement pour les personnes sans-abri les plus malades alors que ce sont elles qui en ont le plus besoin, manque de moyens et de personnels humain et des moyens réduits au regard de l'ampleur de la tâche.

-Des dispositifs ciblés, enfin. Conçues dès l'origine pour faire face à l'exclusion et contrer les logiques de renoncement aux soins, les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter 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. Ces permanences, instaurées dans les hôpitaux, fonctionnent en structure polycliniques, regroupant des infirmiers, assistantes sociales, psychologues et médecins spécialistes. La grande majorité des publics sont en grande précarité sociale, n'ont pas de couverture sociale, vivent seuls, n'ont pas de logement personnel et sont sans ressources. Rattachées au Service d'Accueil des Urgences (SAU), les PASS fournissent gratuitement des consultations médicales, des soins dentaires, des soins infirmiers, des médicaments, et contribuent de la sorte à désengorger les services d'urgences. Elles complètent, également, la prise en charge médicale par un accompagnement social soit en orientant les personnes dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation vers les structures d'accueil soit en informant les usagers sur les démarches à accomplir pour, notamment, bénéficier de l'ouverture de droits (CMU, CMU-C ...). La prise en charge de ces soins fait l'objet de conventions entre les établissements de santé et l'Etat. Près de 400 PASS sont répertoriés sur l'ensemble du territoire. L'ensemble est appelé à être renforcé. Ainsi le projet de loi de santé prévoit d'insérer un nouvel article dans le code, l'article L. 6111-1-1, selon lequel « dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les

établissements de santé peuvent mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. A cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes ».

Ces permanences travaillent en parallèle des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de Médecins du Monde, créés pour garantir un accès aux soins de qualité aux personnes qui se retrouvent en dehors du système (étrangers en situation irrégulière, sans papiers, personnes en situation précaire...). L'objectif n'est pas de remplacer les structures de soins classiques, mais d'informer les patients sur leurs droits et obligations, de les aider à exercer ces droits de façon autonome et de les accompagner dans leurs démarches.

Les droits sont affirmés et les dispositifs en place. Pourtant, les difficultés demeurent, communes aux populations pauvres mais redoublées s'agissant des franges extrêmes, que ne manquent pas de relever régulièrement les acteurs sur le terrain et qui creusent encore les inégalités. Constat repris souvent, qui inspire certaines des dispositions de la Stratégie nationale de santé et de la loi de santé, et qui conduit à s'interroger sur la réalité, l'effectivité de l'accès aux soins des sans domicile fixe.

II. L'effectivité de l'accès aux soins des « sans domicile fixe »

Le constat s'impose donc de la persistance des obstacles à l'accès aux droits comme aux soins des plus démunis, ainsi que l'analyse, après d'autres, le rapport Archimbaud (A), appelant en retour des actions/réactions des pouvoirs publics, valant a fortiori pour les SDF, avec prise en considération de la singularité des situations liées à la précarité extrême (B).

A. Un accès aux droits encore plus complexe

Pour reprendre les termes même du rapport précité, les démarches pour obtenir les droits ou être reçu par un praticien relève d'un véritable « parcours du combattant » pour l'accès aux droits, « dans un système qui semble ne pas avoir été conçu pour ces personnes et où la lutte contre la fraude a pris ces dernières années une importance démesurée au regard des enjeux financiers... ». Nombre d'obstacles paraissent insurmontables lorsque l'on vit dans ces conditions, obstacles structurels en lien avec un labyrinthe médico-bureaucratique incompréhensible pour les plus démunis, ou comportements de refus ou de renoncement, faisant de l'égal accès plus une pétition de principe qu'une réalité vécue. Difficultés qu'accroissent la saturation des premiers niveaux de recours aux soins et la tension générale qui affecte les dispositifs de prise en charge.

1. Le labyrinthe des démarches et des formalités

A plusieurs niveaux, on rencontre ce qui a pu être qualifié de « trappes à non recours » aux aides comme aux prestations de santé.

-La complexité des parcours « sème l'incompréhension, la souffrance, la rupture »²⁵. A cet égard, l'accès aux droits se heurte en premier lieu à d'importants problèmes d'information et de compréhension. Information des bénéficiaires potentiels avant tout, information des professionnels de santé et travailleurs sociaux également: au-delà même « du déficit de notoriété dont souffrent certaines aides et en particulier l'ACS depuis sa création en 2004, la complexité des règles d'ouverture des droits est un obstacle à l'évaluation par les intéressés eux-mêmes de leurs droits potentiels », surtout s'agissant de publics fragiles, coupés des administrations, peu au fait de leurs droits et dont l'accès aux outils numériques reste problématique. La réglementation elle-même est souvent inintelligible et les dossiers qu'elle exige souffrent d'un «incroyable degré de complexité» dans cette étape du processus d'accès aux droits. Si cette complexité s'exprime d'abord de façon visuelle (formulaires trop longs et assez illisibles), elle porte aussi et surtout sur les pièces justificatives requises (parfois jusqu'à cent!), dont le recueil est quasi impossible pour des personnes dépourvues de domicile²⁶.

- La notion de résidence est en elle-même un défi²⁷. Si la plupart des démarches font intervenir, à un moment ou à un autre, divers documents individuels (identité, filiation, naissance, nationalité...) qui constituent autant de sources de difficultés et de blocages parfois insurmontables, la domiciliation est en elle-même pour beaucoup une opération redoutable, notamment pour les demandeurs d'AME²⁸. Ainsi, par principe et en vertu de la loi, les demandes d'aide, qu'il s'agisse de l'AME ou de la CMU-c, peuvent être déposées non seulement auprès d'un organisme d'assurance maladie mais aussi d'un CCAS ou CIAS du lieu de résidence, des services sanitaires et sociaux du département de résidence, mais aussi auprès des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du préfet. La loi confère également aux CCAS et aux hôpitaux un rôle de pré-instruction des demandes de CMU-c. ces dispositifs ne fonctionnent pas forcément de façon optimale, en raison notamment des réticences de certains CCAS, généralement motivées par la crainte d'un afflux massif de candidats à la domiciliation et le manque de moyens pour y faire face, mais aussi du fait d'une couverture très inégale du territoire en CCAS et associations agréées, de la fermeture dans nombre d'établissements hospitaliers dotés de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de l'antenne ou de la permanence traditionnellement assurée dans leurs locaux .

-Le problème de la maîtrise de la langue. L'insuffisante maîtrise de la langue, doublée des obscurités du langage administratif, est définitivement un obstacle majeur pour l'accès aux

²⁵ Rapport A.Archimbaud, préc.p.

²⁶ Le dossier de demande d'AME était quant à lui relativement simple à l'origine et adapté à un public précaire et en situation irrégulière. En l'absence de preuves, c'est le principe déclaratif qui prévalait. En recul à partir dès 2002 eu égard à la rapide augmentation du nombre de bénéficiaires, il a pour ainsi dire disparu en 2005 et constitue aujourd'hui une exception.

²⁷ Pour MDM, le principal obstacle à l'ouverture des droits rencontré par les personnes sans domicile est celui de la domiciliation administrative, qui concerne 49 % d'entre elles. Les autres obstacles évoqués spontanément se concentrent autour du critère de résidence en France (40 %), des obstacles administratifs (32 %) ou de la méconnaissance des droits et des structures de soins (30 %). Il est important de spécifier qu'un tiers des étrangers sans domicile et sans titre de séjour limitent leurs déplacements par peur d'être arrêtés.

²⁸ Tenus à l'écart du mouvement de simplification initié par la loi DALO du 5 mars 2007, ils continuent de relever d'un régime distinct matérialisé par un formulaire Cerfa spécifique, tout comme les demandeurs d'asile.

droits. Or nombreux sont les sans-abri qui sont dans ce cas de figure, personnes illettrées ou étrangers. Dans les services sociaux comme les établissements de soins, c'est une cause importante de blocage ou de lenteur, le recours à de l'interprétariat professionnel par les administrations ou les travailleurs sociaux étant encore insuffisamment répandu.

2. Le mur de l'argent : la question du reste à charge et le renoncement aux soins.

Le thème est bien connu et largement documenté qui ne souffrira donc pas de n'être ici qu'effleuré.

Notons évidemment que toutes les réformes récentes qui ont eu pour finalité de soulager l'assurance maladie en reportant l'effort financier soit sur les complémentaires soit sur les assurés eux-mêmes ont eu un impact sur les plus démunis même si ont été prévus des « boucliers sanitaires ». Il n'en demeure pas moins, et les niveaux de renoncement aux soins sont là pour en témoigner, que si les populations pauvres ont été affectées, restes à charges et des dépenses incompressibles (médicaments dé remboursés, franchises médicales, factures de l'hôpital correspondant au reste à charge) constituent a fortiori pour les plus démunis un reste à charge d'autant plus lourd que les personnes souffrent d'une maladie grave ou chronique.

B. La persistance des difficultés d'accès aux prestations de santé

Plusieurs facteurs se combinent qui restent pour les pouvoirs publics des chantiers toujours ouverts.

1. Obstacles comportementaux

a) Du côté des patients : éloignement et étrangeté du monde de la santé

Ils sont d'abord le fait des intéressés eux-mêmes, pour lesquels le monde de la médecine comme les problématiques de santé apparaissent parfois bien lointains. Le poids des représentations est aussi à prendre en considération, celles d'un monde médical foncièrement étranger, hors le cas des urgences hospitalières; celles également du corps et plus singulièrement des besoins de santé, vécus comme non prioritaires dans un quotidien occupé d'abord par la subsistance et qui conduit à des arbitrages entre la santé et d'autres registres de l'existence, dans un contexte de contrainte : réduction des dépenses d'alimentation, coût du logement, surendettement, renoncement pur et simple à des soins...

Mais plus encore, c'est le vécu de la rue, ce vécu « hors normes » qu'il importe de prendre en compte, et la difficulté intrinsèque d'établir une relation médicale dans la précarité. D'abord parce qu'il est très difficile de suivre un programme de soins sans domicile personnel, singulièrement dans le cas de pathologies chroniques ou de maladies psychiatriques. Les conditions de vie sont peu compatibles avec l'observance des traitements et la continuité des soins ni même d'ailleurs avec l'organisation des soins. La sectorisation psychiatrique en est l'illustration flagrante. Ces populations sans domicile font ainsi éclater les cadres géographiques, elles sont à la marge des secteurs et échappent à toute programmation des soins pourtant indispensable.

Enfin, il faudrait plus de temps pour en parler mais évoquons les : les pratiques culturelles déterminent en grande partie l'accès et l'appréhension des soins par les étrangers. Nombre de

SDF sont des migrants et le développement des PASS et de consultations transculturelles est fondamental pour inscrire ces patients dans une démarche de soins à long terme.

b) Du côté de certains praticiens : réticences et méfiance

Il faut aussi rendre compte des comportements de certains professionnels à l'égard de ces populations. Restituer la réalité des portes refermées et des refus de soins, qui prennent des formes diverses, plus ou moins explicites, certaines devant conduire le patient à renoncer de lui-même. Ainsi en 2008, la CNAMTS a publié une circulaire qui recense les différentes situations de refus de soins : elle met notamment en avant « la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous »²⁹, « le refus d'élaborer un devis », « le non-respect des tarifs opposables », « l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé » ou encore « le refus de dispense d'avance des frais ».

Pourtant, les discriminations sont en droit illégales et condamnées ; et une procédure a été mise en place à cet effet, « usine à gaz » organisée par l'article L.1110-3 du code de la santé publique, complexe et impraticable, l'article n'ayant jamais reçu de mesure réglementaire d'application, ce qui le rend en pratique inutilisable pour les victimes présumées. De ce fait, la procédure est largement méconnue. Surtout, pour une population en situation fragile et souvent très éloignée de l'accès au droit, la complexité apparente des procédures à accomplir, ainsi que leurs coûts éventuels, peuvent sembler décourageants.

2. Tensions institutionnelles

Saturation des services dédiés et cloisonnements marquent les dispositifs de prise en charge des SDF, qui concentrent l'analyse critique et focalisent l'attention des pouvoirs publics.

a) Des dispositifs saturés

Fragilité et saturation des structures de premier recours : présentés comme primordiaux et réaffirmés comme tels par le dernier texte de santé, les structures et intervenants du premier recours assument un rôle de premier plan dans la prise en charge des populations fragiles et précaires. Ils sont aussi directement éprouvés par la dégradation des situations économiques et les contraintes sur les financements publics. Le rapport Archimbaud décrit aussi toutes les difficultés auxquelles se trouvent confrontés, à différents titres, ces premiers maillons essentiels dans le parcours d'accès aux soins et à la santé des plus démunis. En première ligne, les services des urgences, sont saturés et dépassés par les missions d'ordre social qui leur sont demandées. Au-delà, tous les services se doivent de gérer au quotidien les tensions entre les exigences budgétaires et les missions : « Ces services connaissent une situation de tension permanente, que les équipes vivent mal. D'un côté, la nécessité de valoriser et facturer toute l'activité pour conserver les moyens alloués au service dans un contexte de contraction

²⁹ La prise en charge d'un malade par un professionnel de santé dans des conditions différentes du reste de sa patientèle peut également constituer également une forme de refus de soins. Cette hypothèse, mentionnée dans une étude de l'IRDES sous le terme de « oui réduit », recouvre par exemple les situations dans lesquelles un patient se voit accorder un rendez-vous dans un délai manifestement plus long que celui constaté pour les autres patients du cabinet ou est reçu uniquement à des horaires tardifs ou en consultation libre.

des moyens budgétaires ; de l'autre, un afflux de patients précaires nécessitant une prise en charge adaptée et qui viennent se mêler au flux habituel des passages. Celui-ci est d'ailleurs lui-même affecté par les dysfonctionnements de la médecine de premier recours et une propension de certains médecins de ville à se défaire des situations sociales complexes sur l'hôpital, quand il ne s'agit pas de la peur de voir leur cabinet « envahi par des SDF »³⁰.

Dans les divers services des hôpitaux, relève plus loin le même rapport, « la pression s'exerce sur le respect des durées moyennes de séjour cibles et, comme aux urgences, ces modalités de facturation appliquées uniformément sur le territoire s'avèrent inadaptées à des patients en situation de précarité. Les séjours se prolongent au-delà de la stricte nécessité médicale par manque de solutions d'aval, parce qu'il faut veiller à l'observance minimale d'un traitement par un patient qui ne reviendra peut-être pas, ou tout simplement parce qu'il faut du temps pour tisser des liens de confiance et mettre en place un accompagnement de ces personnes éloignées du système de soins. ». Quant aux dispositifs dédiés comme les équipes mobiles précarité psychiatrie, les difficultés tiennent au manque de moyens et de personnels et à leur nombre toujours insuffisant... Sans négliger les incidences toujours fâcheuses du manque de coordination dans la prise en charge des personnes les plus démunies.

Soutenir les structures est d'ailleurs l'un des axes retenus dans les 40 propositions pour un choc de solidarité³¹

b) Le cloisonnement persistant entre les champs sanitaire et social

Alors même que chacun s'accorde sur la prise en compte simultanée des problématiques sanitaires et sociales au service d'une politique de santé pertinente, a fortiori l'intervention conjointe du sanitaire, du social et du médico-social pour des personnes en difficulté est indispensable. La prise en charge globale du sujet dans toutes les dimensions de sa situation et de son parcours de vie est essentielle au regard de la fréquente intrication des problèmes. La dimension cumulative et multifactorielle des phénomènes d'exclusion implique parfois, pour régler un problème de santé, de régler d'abord tous les autres et d'abord celui du logement. Cette évidence ainsi posée, on se rend compte que les choses sont beaucoup plus compliquées sur le terrain. Le Rapport d'information D.Robiliard relève sur ce point que « Faute de place dans des structures médico-sociales, de nombreux patients séjournent à l'hôpital de façon

³⁰ Rapport Archimbaud, préc.p.55.

³¹ Proposition n°20 : Soutenir les services d'urgences qui accueillent une proportion importante de patients en situation de précarité en majorant leur forfait annuel et en les faisant bénéficier d'une dotation complémentaire sur l'enveloppe des MIGAC. Proposition n°21 : Protéger et développer les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dédiées. Garantir avant la clôture de l'exercice budgétaire 2013 le fléchage le plus strict des crédits MIG attribués à ces structures. Proposition n°22 : Lancer un appel à projets pour créer 10 PASS de ville ou mobiles. Proposition n°23 : Conforter les lits halte soins santé sur tout le territoire. Proposition n°24 : Soutenir les centres de santé et favoriser une meilleure couverture du territoire Proposition n°25 : Pérenniser, dans les réseaux de santé, les dispositifs d'accompagnement des populations en situation de précarité. Proposition n°26 : Modifier le cahier des charges national des maisons de santé pour que le socle minimal obligatoire comporte des dispositions précises sur l'accueil et la prise en charge des plus démunis. Proposition n°27 : Renforcer les centres hospitaliers universitaires implantés dans des zones sensibles.

prolongée occasionnant des hospitalisations dites inadéquates, obérant leurs possibilités de réinsertion et d'autonomie »³².

La recherche d'une meilleure articulation est l'objectif affiché de toutes les politiques publiques, elle fut, on le sait, l'un des axes majeurs de la loi HPST et l'institution des ARS. Les agences régionales de santé (ARS) disposent en théorie des outils leur permettant de surmonter ce cloisonnement, au travers notamment de deux éléments du projet régional de santé (PRS) que sont les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) d'une part, les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) d'autre part. Or, sur le terrain, les choses n'évoluent que très lentement.

Quelques priorités sont régulièrement rappelées : soigner en proximité et mieux coordonner l'action des acteurs de rue, et s'appuyer sur les compétences acquises au contact des populations concernées ; assurer autant faire se peut, des solutions de logement, car de façon prioritaire, les personnes sans chez soi durablement installées à la rue, ou présentant des pathologies psychiatriques ou somatiques chroniques, ne doivent plus relever durablement des dispositifs d'urgence sociale. La survie dans l'espace public ou dans l'hébergement d'urgence ne favorisent ni la continuité du suivi médical, ni la perspective d'une réinsertion sociale, en particulier professionnelle. Certaines propositions (9, 10, 11) ont été faites afin d'installer des permanences de la caisse primaire d'assurance maladie dans les établissements publics de santé et les prisons, soutenir les coopérations entre caisses primaires d'assurance maladie et centres communaux et intercommunaux d'action sociale, et redéployer des agents des caisses primaires d'assurance maladie vers l'accompagnement personnalisé des personnes les plus fragiles.

Tout ceci toutefois n'aboutira pas ou alors mal sans réflexion à plus long terme et action sur les déterminants économiques, sociaux, culturels de la santé. Cela suppose d'agir très en amont sur l'environnement et les conditions de vie, et, dans l'instant, de favoriser « l'inclusion sociale »³³ : logement, enseignement, prévention, insertion professionnelle, accompagnements... Vouloir en un mot, dépasser le strict point de vue biomédical et se placer dans la perspective holiste ouverte par Marcel Mauss, et considérer la santé comme un fait social total.

³² « L'ARS Île-de-France a mené une enquête en 2003 qui a démontré que 75 % des séjours prolongés dans sa région correspondaient à des hospitalisations par défaut. Ce point est particulièrement frappant s'agissant des personnes en situation de précarité. Lors de son audition, le docteur Vincent Girard, psychiatre à l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille, a évalué à 20 % environ le taux de patients qui restaient hospitalisés pour des raisons non médicales. De même le docteur Alain Mercuel, chef de service santé mentale et exclusion sociale à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, a remarqué que nombre de personnes sans domicile étaient hospitalisées, faute de posséder un lieu de vie ou de pouvoir rejoindre une structure sociale ou médico-sociale »p.37.

³³ D.Robiliard, n°1662, p.66