

L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS. L'EXEMPLE DES « SANS DOMICILE FIXE »



Isabelle Poirot-Mazères

Professeur de droit public

Co directrice de l'Institut Maurice Hauriou

Université Toulouse 1 Capitole

- Une population des marges qui dépasse les frontières et traverse le temps
- Un sujet permanent pour les pouvoirs publics
- Une définition communément retenue du SDF: 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) » (INSEE. 2002)
- Une population croissante
- Une population de plus en plus hétérogène
 - Personnes « socialement intégrées » jusqu'alors
 - Jeunes
 - Femmes
 - Etrangers
 - Personnes de plus de 65 ans



○ Une prise en compte par les pouvoirs publics nationaux, européens et internationaux

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

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

A.Archimbault, *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, septembre 2013

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*, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, novembre 2009 ;

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

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.

Etc.....

I. LES GARANTIES DE L'ACCÈS AUX SOINS RECONNUES AUX PLUS DÉMUNIS

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

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

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

a) Un droit reconnu à tous

- Constitution de l'OMS 1946, puis deux ans plus tard par la DUDH article 25.
- La Charte sociale européenne (article 11) ou plus récemment la résolution^o1946 du 26 juin 2013 Conseil de l'Europe. Et CEDH.
- Préambule de la Constitution (al.11). L.1110-1 Code de la santé publique. Loi du 9 août 2004 Politique de santé publique. L.1110-1 et L.1411-1 Code de la santé publique

b) Une responsabilité renforcée à l'égard des plus démunis

- Lois: Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation *relative à la lutte contre les exclusions*
- Plans: cf *Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale*, janvier 2013, sur la base des conclusions de la conférence nationale en décembre 2012.
- Programmes: *Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunis (PRAPS)*

- Missions de service public: L.6112-1 CSP
 - « Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes
 - ...8° *L'aide médicale urgente*, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
 - 9° *La lutte contre l'exclusion sociale*, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
 - 10° *Les actions de santé publique* ;
 - 11° *La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* ;.... »

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

1. L'accès aux droits

a) Financièrement garanti

- **Couverture Maladie Universelle (CMU) (loi du 27 juillet 1999).**
- **Aide médicale d'Etat**

b) Juridiquement sanctionné: lutte contre les discriminations : procédures à l'encontre des professionnels ne respectant pas leurs engagements conventionnels ou obligations réglementaires: L.162-1-14-1 CodeSéc.Sociale ; L.1110-3 CSP.

2. *L'accès aux soins*

a) Des voies communes, adaptées

L'accès aux soins, c'est d'abord pourvoir accéder à un praticien ou un établissement de santé.

Obligation déontologique pour les praticiens (R.4127-9 CSP), devenue obligation réglementaire, qui est un écho du code pénal (art.223-6) et de l'omission de porter assistance.

Obligation aussi pour les établissements eux-mêmes 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 ».

b) Des dispositifs spécifiques



- Des dispositifs de l'urgence : Urgences hospitalières . Urgence psychiatriques
- Dispositifs de proximité :
SAMU social
Il existe peu d'équipes sanitaires intervenant directement dans la rue. Elles sont soit spécialisées en psychiatrie (**Equipe Mobile Psychiatrie Précarité**), soit issues du monde associatif (**Croix rouge, Médecins du Monde**, notamment)
Les **pompiers** restent les acteurs les plus présents sur l'ensemble du territoire national.
- Des dispositifs ciblés et pluridisciplinaires
Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : 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
Les CASO de Médecins du Monde (Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation)

II. L'EFFECTIVITÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS

A. La complexité accrue de l'accès aux droits

1. Un « parcours du combattant »

a) Les freins

Problème d'information et de compréhension

Maquis des procédures. La réglementation elle-même est souvent inintelligible et les dossiers qu'elle exige d'un « incroyable degré de complexité »

Problème de la domiciliation

Le problème de la maîtrise de la langue.

b) Pistes de réflexion et propositions: Cf Rapport A.Archimbault, *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, 2013.

RENDRE EFFECTIF L'ACCÈS AUX DROITS: « Simplifier » « aller chercher les bénéficiaires un par un ». Proposition n°7: Simplifier, en les adaptant aux publics visés, les formulaires de demande d'aide ainsi que les courriers de notification et de refus. Proposition n°11 : Redéployer des agents des caisses primaires d'assurance maladie vers l'accompagnement personnalisé des personnes les plus fragiles.

2. *Le mur de l'argent*

a) Le renoncement aux soins et la question du reste à charge.

b) Compenser les inégalités: *Cf rapport Archimbault*

Proposition n°1: Rendre automatique l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) socle.

Proposition 3: Fusionner l'aide médicale d'Etat (AME) et la couverture maladie universelle (CMU).

Proposition n°17 Faire appliquer la loi en matière de dispense d'avance de frais et d'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et pour les détenteurs d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

et ***projet de loi de santé 2014***: généralisation du tiers-payant; garantie de prix accessibles pour des produits de santé, tels que les lunettes.



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

1. *Obstacles comportementaux*

a) Patients : éloignement et étrangeté

- Le poids des représentations : celles d'un monde médical lointain et parfois étranger, hors le cas des urgences hospitalières ; celles du corps et plus singulièrement des besoins de santé
- Un vécu « hors normes »

b) Praticiens : réticences et méfiance

2. *Tensions institutionnelles*

a) Des dispositifs sous pression

- Fragilité et saturation des structures de premier recours
- Tensions entre les exigences budgétaires et les missions

b) Le cloisonnement persistant entre les champs sanitaire et social

Soigner en proximité et mieux coordonner l'action des acteurs de rue.

S'appuyer sur les compétences acquises au contact des populations concernées

Le logement en priorité

Agir sur les déterminants économiques, sociaux, culturels de la santé.

