

CONDITIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS

Selon la loi et la déontologie, toute personne démunie doit recevoir les soins nécessaires dans l'ensemble des services de santé, mais dans la pratique les obstacles à l'accès aux soins des migrants/étrangers en situation précaire restent nombreux. Si la délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est parfois possible, seule une protection de base assortie d'une couverture complémentaire (complémentaire-CMU/AME), peut permettre la continuité des soins. Or la prise en charge des exilés se heurte à des difficultés croissantes d'obtention d'une protection maladie, mais également à des refus de soins par certains professionnels de santé face aux bénéficiaires de la complémentaire-CMU ou de l'AME.



Voir aussi Dispositifs de protection maladie, p. 194

OBSTACLES ET ITINÉRAIRES DE SOINS

• **En France, l'accès aux soins des démunis n'est réalisable qu'en cas de dispense d'avance des frais** (voir p. 173).

Dans tous les services « de droit commun », l'accès aux soins curatifs est payant. C'est pourquoi, sauf dispense d'avance des frais, les personnes en situation de grande précarité financière ne se rendront dans une structure de soins que dans les situations qu'ils jugent urgentes et/ou prioritaires, au risque d'un refus ou d'une facture à recevoir. L'accès aux soins se trouve ainsi lié à l'accès aux droits.

• **Très souvent évoqués, les obstacles culturels à l'accès aux soins ne se trouvent pas forcément du côté des migrants/étrangers.** En matière de Sécurité sociale, la complexité des droits et des procédures est ressentie par l'ensemble des usagers et des professionnels. S'il existe une culture commune aux étrangers en séjour précaire, c'est la culture de la survie :

les démarches pour « les papiers » (préfecture) ou l'hébergement sont naturellement prioritaires par rapport aux besoins, également ressentis, de prévention médicale.

• **La culture du système de santé face aux usagers « à problème » participe de l'exclusion des soins.** L'existence de dispositifs « spécialisés » (pour les pauvres et/ou les étrangers) et le recours parfois inutile aux dispositifs de soins gratuits entretiennent les mécanismes d'une exclusion « douce ». De plus, dans de nombreuses croyances, les soins et traitements gratuits sont réputés être moins efficaces que les soins payants. La culture du « remboursement » propre à l'institution Sécurité sociale est une difficulté supplémentaire pour l'application de la réforme CMU, où l'ouverture de droits doit théoriquement précéder le soin. Enfin, la culture médicale, où prime souvent la technicité du soin par rapport à la prise en charge du patient, peut également poser problème. L'obtention d'une protection maladie n'est pas seulement « l'affaire de l'assistante sociale », elle doit également impliquer les professionnels de santé, dont les médecins.

• **Les obstacles linguistiques se trouvent à toutes les étapes du parcours pour les exilés qui ne parlent ni français ni anglais (voir *Interprétariat*, p. 16).** La présence d'un interprète professionnel est particulièrement recommandée, mais difficile à obtenir dans de nombreux dispositifs de soins. À défaut, l'accompagnant faisant office d'interprète a l'avantage de pouvoir suivre le patient dans ses diverses démarches, mais ne présente pas les qualités requises d'un professionnel : technicité, neutralité et confidentialité. Pour résoudre des difficultés ponctuelles, le recours par téléphone à un proche du patient ou à un service d'interprétariat professionnel peut être utile.

Conditions d'accès aux différents dispositifs de santé
Pour les coordonnées des 28 000 établissements de santé et médico-sociaux en France :
Annuaire sanitaire et social, www.sanitaire-social.com

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 CAT, 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 protection maladie (*à l'exception des PASS, voir p. 175*). 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 et régularisation du dossier a posteriori); **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 effectif que dans les dispositifs de droit commun et à condition d'une dispense d'avance des frais (protection individuelle de base et complémentaire préalable), et à défaut dans les permanences d'accès aux soins de santé (*PASS, voir chapitre suivant*) de l'hôpital public, dont certaines génèrent toutefois des factures.

PREMIERS SOINS ET CONTINUITÉ DES SOINS

- **La méconnaissance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la complémentaire-CMU (voir p. 233) ou d'instruction prioritaire d'une demande d'AME (voir p. 255), alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits ».** Or, en l'absence d'une protection maladie intégrale, ces dispositifs ne peuvent assurer la continuité des soins au delà des premiers soins délivrés, et tendent souvent à développer une médecine « à moindre frais », où les examens et les traitements ne dépendent plus seulement de la pathologie, mais des ressources du dispositif et/ou du patient.

- **La délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est possible dans certains dispositifs spécialisés.** Dans les centres de certaines associations, PASS de l'Hôpital public, en médecine de ville (actes gratuits), ou en cas de consultation nocturne aux urgences, on peut bénéficier sans avancer les frais d'une consultation médicale, assortie d'une prescription de traitements ou d'explorations complémentaires, et certains dispositifs de soins gratuits délivrent également les premiers traitements nécessaires ou permettent l'accès à une consultation spécialisée. Certains de ces services sont « faussement gratuits » et génèrent des factures, elles mêmes



à l'origine d'abandon de soins pour certains patients qui ne savent pas comment payer.

• **La continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais (assurance maladie + protection complémentaire, ou AME).** Sans protection complémentaire, les usagers financièrement démunis ne peuvent se soigner. La répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec la « gratuité » : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, certains de ces patients retournent, en cas d'aggravation de leur état, vers les dispositifs spécialisés.

Certaines affections de longue durée (ALD) permettent une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie quel que soit le niveau de ressources (*voir p. 227*). Il est important d'en faire la demande afin de permettre la continuité des soins à l'occasion des renouvellements de la CMU C ou en cas de perte de la CMU C lorsque la situation sociale et financière s'améliore.

OBTENIR UNE PROTECTION MALADIE (VOIR P. 194)

Permanence téléphonique socio juridique du Comede

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi de 9 h 30 à 12 h 30
Accès aux dispositifs de soins, Assurance maladie, complémentaire CMU, AME, DSUV et droit au séjour des étrangers malades

• **Depuis la réforme législative de l'Aide médicale État (AME) en décembre 2003, une partie de la population peut se trouver juridiquement exclue des soins médicaux nécessaires,** au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière, en raison de la création d'un délai de résidence de 3 mois.

• **Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes :** immatriculation, affiliation à la couverture de base, admission à la protection complémentaire CMU ou AME. Des difficultés persistent en raison de la complexité du système et de la méconnaissance du droit par les professionnels de la santé, du social ou de la Sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses primaires pour la différenciation assurance maladie/AME (régularité du séjour), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, Rapports annuels d'observation, www.comede.org

Fonds CMU, 6^e Rapport d'évaluation de la loi CMU octobre 2014, www.cmu.fr

Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins rapports annuels, www.medecinsdumonde.org

(multiplication des documents précaires de séjour régulier) et aux changements fréquents de statut administratif des personnes (demandeurs d'asile).

• **L'information délivrée par les travailleurs sociaux ou les soignants, au besoin à l'aide d'un interprète, est déterminante.** Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches et leur logique : seule la complémentaire CMU/ AME garantit la dispense d'avance des frais pour tous les soins, contrairement au « 100 % ALD » qui ne concerne que les soins liés à la pathologie concernée (*voir page précédente, en marge*). Il doit être prévenu des diverses exigences de la Sécurité sociale (attestations d'identité, de résidence, de domiciliation/hébergement, de ressources) et du risque de refus lors de sa première demande ou de la demande d'admission immédiate (complémentaire CMU) ou d'instruction prioritaire (AME) pour revenir solliciter l'intervention du professionnel ou de l'association et assurer le suivi de cette demande.

• **L'intervention d'un professionnel ou d'une association spécialisée peut être nécessaire auprès du centre de Sécurité sociale ou du siège de la CPAM/CGSS.** Il est souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide. En outre, certaines solutions restent hors d'atteinte des intervenants, comme la systématisation de la délivrance par les caisses de récépissés des demandes, la délivrance de la carte Vitale même en cas de numéro d'immatriculation « provisoire » et le recours en cas de refus de soins par des professionnels de santé (consultation médicale, délivrance de médicaments...), notamment en cas d'absence de carte Vitale et malgré une notification écrite d'admission.