

Groupe de travail "Santé et accès aux soins"

Pour un accès plus égal
et facilité à la santé et aux soins

Responsable du
groupe de travail :
Michel Legros

Rapporteuses :
Denise Bauer et
Nathalie Goyaux

conférence
nationale
contre
la pauvreté
et pour
l'inclusion
sociale

Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Travaux préparatoires

Santé et accès aux soins :

Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins

Pilote du groupe de travail :

Michel LEGROS
EHESP-ONPES

Rapporteuses :

Denise BAUER
DGOS
Nathalie GOYAUX
DGS

Le 29 novembre 2012

RESUME	3
<u>1 – L’ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETE, UNE VOLONTE, DEUX ORIENTATIONS</u>	4
1.1 UN DOUBLE EFFET DE CISEAU ET UN PARADOXE.....	5
1.2 « PRIVILEGIER L’ACCES A LA SANTE ET AUX SOINS POUR LES PLUS PAUVRES » OU « REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE » ?	7
<u>2 – UNE PRIORITE A LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE</u>	8
2.1 DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE BIEN DOCUMENTEES	8
2.2 FAIRE DE LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE UNE PRIORITE COLLECTIVE ET NATIONALE.....	10
2.3 S’ATTAQUER AUX INEGALITES DE SANTE, DES AXES PRIORITAIRES POUR LES TERRITOIRES, LES POPULATIONS ET LES COMPORTEMENTS.....	11
2.3.1 DES TERRITOIRES A PRIORISER :	11
2.3.2 DES POPULATIONS FRAGILISEES	12
2.3.3 SITUATIONS ET COMPORTEMENTS	16
<u>3 - REVISITER L’ENSEMBLE DES DISPOSITIFS D’ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE DE PREMIERE LIGNE POUR LES RENDRE PLUS EFFICACES ET PLUS OUVERTS.....</u>	17
3.1 LA MULTIPLICITE DES EXPERIENCES, DES INITIATIVES ET DES PRATIQUES	17
3.1.1 LES DISPOSITIFS SPECIALISES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN GRANDE PRECARITE	17
3.1.2 L’ACCES AUX SOINS ET A LA SANTE : LE ROLE DES PERMANENCES D’ACCES AUX SOINS DE SANTE ET DES EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE, LA SPECIFICITE DES ATELIERS SANTE-VILLE.....	19
3.1.3 PMI, SANTE SCOLAIRE, CENTRES D’EXAMENS DE SANTE	20
3.1.4 LA MOBILISATION DES DISPOSITIFS A DESTINATION DES JEUNES, L’EXEMPLE DE LA MAISON DES ADOLESCENTS... ..	22
3.1.5 MEDECINS DE VILLE, RESEAUX DE SOINS, CENTRES DE SANTE, MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES	23
3.2 LES FONCTIONS D’UNE PREMIERE LIGNE : ACCUEILLIR, INFORMER, CONSEILLER, ORIENTER.....	24
3.2.1 L’ACCUEIL	25
3.2.2 UNE INFORMATION SYSTEMATISEE POUR REDUIRE L’OPACITE DU SYSTEME DE SANTE.....	27
3.3 PREVENIR, DEPISTER, SOIGNER.	28
3.3.1 RAPPROCHER PREVENTION, DEPISTAGE ET SOINS.....	28
3.3.2 REDONNER UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AU DEPISTAGE ET AUX BILANS DE SANTE.	28
3.3.3 ACCUEILLIR SANS EXIGENCES ET ORIENTER VERS LE SOIN.....	29
<u>4. ARTICULER CES DISPOSITIFS DANS UN SERVICE PUBLIC ANCRE SUR DES TERRITOIRES PERTINENTS.....</u>	30
4.1 DES OUTILS DANS LES TERRITOIRES DONT L’ARTICULATION ET LA COORDINATION DOIVENT ETRE RENFORCEES ...	30
4.2 RECHERCHER LES COMPLEMENTARITES ET TRAVAILLER EN RESEAU.....	31
4.3 ASSEOIR UN SERVICE PUBLIC DE PREMIERE LIGNE.....	33
<u>5 – FACILITER L’ACCESSIBILITE A LA SANTE ET AUX SOINS.....</u>	33
5.1 LE NON-RECOURS AUX SOINS, UNE APPROCHE PLURIELLE.....	34
5.2 UN FACTEUR CLEF : L’ACCESSIBILITE FINANCIERE	36
5.2.1 LA CMU, UNE AVANCEE A CONFORTER.....	37
5.2.2 AU DELA DE LA CMU, GARANTIR L’ACCES AUX SOINS	41
<u>PRINCIPALES PRECONISATIONS</u>	43
<u>ANNEXES</u>	50
BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE.....	50
LISTE DES CONTRIBUTIONS :	51
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES DANS LE CADRE DE L’ATELIER.....	52

Résumé

1 – Près de 15 années se sont écoulées depuis l'adoption de la loi de lutte contre les exclusions. En matière de santé, comme dans d'autres domaines, cette loi rappelait l'importance de l'accès au droit commun pour les plus pauvres. Cette perspective constitue toujours un chemin possible et nécessaire. Toutefois, les évolutions survenues depuis lors, tant dans la compréhension des phénomènes sociaux que dans l'amplification des tensions au cœur de la société française, conduisent à mettre l'accent, pour les prochaines années, sur la réduction des inégalités sociales de santé.

2 - Si cette politique ne peut être que transversale et doit s'enraciner dans des politiques de logement, d'éducation, d'emploi, de culture, de revenus, d'environnement, l'organisation des soins, de la prévention et de l'accès aux droits n'est pas exonérée pour autant d'une action dynamique propre en faveur de la réduction de ces inégalités.

3 – Cette action doit passer d'abord par une remise à niveau de l'ensemble des dispositifs, prestations et services dont les forces ont été trop amoindries dans la dernière décennie. Cette évolution a conduit à un affaiblissement de la première ligne d'accès à la santé que constituaient des dispositifs comme la santé scolaire, la protection maternelle et infantile, mais aussi les centres de santé ou les permanences d'accueil à la santé et aux soins, pourtant de création plus récente. Les liens avec les médecins libéraux se sont distendus et ne fonctionnent sur bien des territoires que par la volonté et la disponibilité des uns et des autres.

4 – Autant que d'une remise à niveau, il importe d'aider les acteurs à construire ou à reconstruire des synergies à l'échelle des territoires dans lesquels ils sont engagés. Cette reconstruction pourrait passer par l'affirmation de l'existence d'un service public local d'accès à la santé. Partageant des valeurs de solidarité, d'universalisme et de volonté de lutter contre l'exclusion et les inégalités, ses membres développeraient leurs actions et leurs projets sur des territoires dont ils prendraient en charge les populations.

5 - Si cette politique doit bénéficier à l'ensemble de la population, il faut rester attentif à l'existence de groupes particulièrement à l'extrémité de l'échelle des inégalités. Sans inventer de nouveaux dispositifs ou structures, il importe de veiller à ce que ces populations puissent avoir un accès aux droits, à la prévention et aux soins, tous éléments garants d'un accès à la santé.

6 – Face à la complexité et souvent au manque de lisibilité, voire d'opacité, du système de santé et de protection sociale, il importe d'engager un effort accru de formation et d'information des professionnels et des utilisateurs, actuels ou à venir, de ce système.

7 – Face aux non recours et aux renoncements de soins, dont une part importante est liée aux difficultés financières, le groupe de travail recommande de réexaminer les seuils et les plafonds des prestations existantes et d'agir pour réduire les restes à charges qui obèrent trop souvent le reste à vivre.

8 – Cette note se termine par un ensemble de préconisations. Celles-ci sont issues des travaux du groupe, d'auditions, de contributions individuelles ou collectives, de l'examen d'une abondante littérature, de la rencontre avec des acteurs de terrain, à Rennes, à Gennevilliers et à Nancy. Nos remerciements vont à l'ensemble de ces contributeurs. Si leurs propositions n'ont pas toujours été

reprises dans le détail, qu'ils soient persuadés que nous avons essayé de témoigner de leur volonté commune de réduction des inégalités sociales de santé.

1 – l'accès aux soins et à la santé¹ pour les personnes en situation de pauvreté, une volonté, deux orientations

Vingt cinq années se sont écoulées depuis la présentation en 1987 au Conseil économique et social par Joseph Wrezinski du rapport sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». La majorité des analystes des politiques sociales françaises considère que ce rapport a rendu possible l'émergence d'une nouvelle conception des politiques de lutte contre la pauvreté, dont la loi de lutte contre les exclusions de 1998 fut, et reste encore, l'un des éléments clefs.

Ce rapport, issu d'une auto-saisine en 1985 du Conseil économique et social, abordait la question de la santé dans son quatrième chapitre. Ce chapitre, très court – à peine cinq pages- développait deux pistes. La première insistait sur le rôle néfaste des inégalités sociales sur l'accès aux soins et, plus globalement, sur la santé. Le fondateur d'ATD-Quart-Monde était un des premiers à rappeler que « *les équipements collectifs profitent mieux à ceux qui ont les moyens, le savoir, la culture, pour en tirer le meilleur parti* ». Il soulignait que « *l'inégalité en matière de santé selon le milieu social se traduit jusque dans l'espérance de vie* ». Le rapport notait aussi les obstacles financiers auxquels se heurtaient les plus pauvres pour accéder aux soins comme le forfait hospitalier ou le ticket modérateur. Il montrait les insuffisances de l'aide médicale, les limites de la médecine scolaire, toutes choses qui augmentaient la méfiance des plus pauvres à l'égard du système de soins.

Face à ces obstacles, Joseph Wrezinski mettait l'accent, dans une véritable seconde piste, sur l'intérêt d'un ensemble d'initiatives visant à faire que le paiement des actes et des médicaments ne soit pas un obstacle à l'accès aux soins, à simplifier l'aide médicale, à remobiliser les partenaires sociaux. Il montrait à partir d'initiatives locales et associatives – on dirait aujourd'hui des expérimentations- qu'il était possible d'agir contre la pauvreté dans le champ de la santé et des soins et d'atteindre les milieux les plus pauvres, jusqu'alors peu touchés.

Cette piste, confortée par un second rapport issu du groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, mis en place par Philippe Seguin, alors ministre des Affaires sociales et de l'emploi, et rédigé par Joseph Revol et Hélène Strohl devint le guide de l'action des pouvoirs publics et des associations. La loi de 1988 créant le RMI, puis la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et surtout la mise en oeuvre de la Couverture Maladie Universelle en 1999 constituèrent les bases de cette politique. Le volet santé des programmes départementaux d'insertion (PDI), la politique de la ville puis les Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) constituèrent les cadres rapprochés et privilégiés de son développement.

Vingt cinq années plus tard, ce paysage existe toujours mais il a toutefois perdu de son dynamisme. Les années de crise associées à des choix politiques qui ne remettaient pas frontalement et légalement en cause les principes mais en rendaient l'application plus difficile, moins immédiate, moins ouverte, plus coûteuse en argent et en énergie, ont rendu plus incertain l'accès aux soins et à la santé des

¹ Dans le cadre de cette note, par accès à la santé, nous entendons « accès aux droits, à la prévention et aux soins ».

populations à faibles revenus. La situation actuelle résulte d'un double effet de ciseau et constitue un paradoxe.

1.1 Un double effet de ciseau et un paradoxe.

Le premier effet de ciseau est profondément corrélé à la transformation historique du système de santé et, particulièrement de l'hôpital. Les historiens décrivent cette évolution qui voit les institutions hospitalières caritativo-sociales rompre avec leur ancienne logique pour s'engager sur les chemins de la recherche et du soin non plus des personnes mais des malades. La loi hospitalière de 1958 installe les centres hospitalo-universitaires, c'est à dire, à la fois, le temps plein des médecins dans les hôpitaux et la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche. Cette loi consacra politiquement et dans le droit une évolution qui remontait à l'émergence de la médecine clinique² au 19^{ème} siècle. La séparation nette entre le social et le sanitaire a été renforcée par la loi hospitalière de 1970 et la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Le développement des pratiques et des institutions qui prennent en charge la souffrance des populations se construit pendant 25 ans sur le mode du clivage. La loi de lutte contre les exclusions de 1998 en créant les PASS à l'hôpital réintroduisit la question de la pauvreté dans l'univers hospitalier et amorça timidement un changement de cycle. Toutefois, il fallut attendre l'adoption de la loi du 2 janvier 2002 et de la loi dite HPST de 2009 pour concrétiser véritablement l'émergence d'un rapprochement entre le sanitaire et le médico-social. Rapprocher le soin, et surtout l'hôpital, de la pauvreté, c'était demander, en quelques années, aux institutions et aux acteurs qui les animent de prendre un chemin inverse à celui emprunté pendant près de 200 ans.

A ce premier effet de ciseau entre le monde des soins somatiques et celui du social et du médico-social, est venu s'ajouter progressivement un décalage entre les populations et le système de protection sociale. Le principe de base de la protection sociale, « *contribuer en fonction de ses revenus et recevoir selon ses besoins* » n'était pas générateur d'effet de ciseau tant que l'augmentation des dépenses de santé et de soins restait proportionnée à l'évolution de la croissance économique. A partir de la fin des années soixante-dix un clivage s'instaura entre la logique de la demande et celle du financement de l'offre. On assiste alors, à la fois, à la poursuite du projet de 1945 visant à étendre la couverture sociale, comme en témoignent les lois du 4 juillet 1975 et du 2 janvier 1978, et à la mise en œuvre de mesures visant à contrôler, puis à réduire, les dépenses de soins. Le mouvement d'extension de la couverture de santé s'effectuait en parallèle d'une recherche de maîtrise des dépenses de santé. Au rythme d'un plan de redressement tous les dix-huit mois, les gouvernements successifs tentèrent d'abord de réguler les dépenses en agissant sur leur encadrement, puis à partir de 1990 en agissant sur les comportements des acteurs et des institutions. Les lois de janvier et d'avril 1996, puis d'août 2004 et enfin de 2009 traduisent cette politique dans les faits. L'instauration de la couverture maladie universelle en 1999, constituée, à la fois, une forte avancée, en permettant aux plus démunis de se raccrocher aux dispositifs de protection sociale, mais tout en se focalisant sur les plus pauvres et en ne les faisant pas rentrer directement dans les procédures communes de la Sécurité sociale.

Pendant cette même période qui s'ouvrit avec les chocs pétroliers de 1975, la question de la pauvreté changea de nature. L'arrivée à l'âge de la retraite de salariés qui avaient acquis suffisamment de droits pour bénéficier d'une pension et surtout de ménages dont les deux conjoints pouvaient accéder à une retraite plus digne du fait du travail des femmes laissait envisager une réduction significative de l'importance de la population pauvre. Cette perspective s'éloigna du fait, dès 1983, de l'augmentation

² Voir Michel Foucault, « Naissance de la clinique », Paris, Puf, rééd. 2009

du nombre des personnes en âge et en capacité de travailler, mais pauvres de ne pouvoir accéder au travail. Ce sont ces personnes qui en 1988 bénéficieront du revenu minimum d'insertion et, en 1998, des lois de lutte contre les exclusions ou de cohésion sociale en 2005. Le second effet de ciseau réside dans ce décalage qui s'instaure progressivement entre une population qui se précarise un peu plus pendant les crises, lors des années 1993 puis 1997, 2000-2001, 2007, 2010-2012 et un système de protection sociale qui s'essouffle. Le dernier rapport de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion sociale³ montre que le taux de pauvreté monétaire au seuil de 60 % du revenu médian disponible atteint 13,5 % de la population, soit un peu plus de 8,2 millions de personnes. Parmi ces personnes se retrouvent 1/3 des familles monoparentales, 21 % des familles nombreuses, deux millions d'enfants et d'adolescents. Cette pauvreté que l'on connaît bien dans les zones urbaines sensibles est aussi forte en milieu rural. Elle est trois fois plus élevée chez les chômeurs qu'en population générale et atteint 1 personne sur 15 qui dispose d'un travail.

A ces deux effets de ciseau s'ajoute pour la période ouverte à partir de 1998 un véritable paradoxe. On pouvait penser que la loi de 1998 créant les Permanences d'accès aux Soins dans les hôpitaux et mobilisant, de façon plus rationnelle, avec les Plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins les ressources locales et associatives viendrait donner un cadre pertinent et efficace à la multitude des actions conduites en matière de santé. On pouvait aussi s'attendre à ce que la loi de 1999 instaurant une couverture maladie universelle et favorisant l'accès aux assurances « complémentaire-santé » réduise les difficultés en matière d'accès aux soins. Or chaque année, les rapports de Médecins du Monde, du COMEDE, du Secours catholique, des multiples observatoires dont l'ONPES et l'ONZUS, le Secours catholique, le CISS, mais aussi les multiples colloques, notes et travaux d'études de l'IRDES, de la DREES, du CREDOC comme des Observatoires régionaux de santé dressent le même constat. En dépit de toutes ces mesures, l'état de santé des personnes en situation de précarité ou d'exclusion non seulement reste moins bon que celui de la population à revenu plus élevé mais leur accès aux soins ne s'est pas amélioré. Le retard et les renoncements aux soins semblent même s'être étendus à des populations plus larges. De plus, la place de la prévention et de la promotion de la santé reste minoritaire au regard de celle des soins dans les politiques de santé.

Comment expliquer cette situation quelques 25 ans après la prise de conscience qu'avait suscitée le rapport Wrezinski ? On peut faire quatre hypothèses.

- Tout d'abord si le système de soins a accepté l'idée de prendre mieux en charge les populations les plus pauvres, à l'exception de certains militants, il n'en a pas fait une véritable priorité. A la fois parce que les contraintes économiques qu'il traversait ne le rendaient pas disponible à cette perspective et, parce que plus fondamentalement, la question de la pauvreté n'était pas son problème, comparativement à l'objectif de lutte contre les pathologies.

- La volonté de réduire l'accroissement des dépenses de soins a conduit à juxtaposer des mesures visant à réduire les coûts : franchises, forfaits, déremboursements, transferts sur les assurances complémentaires, lutte. Ces mesures ont eu un impact sur l'ensemble de la population, mais ont atteint de plein fouet ceux et celles dont les revenus étaient déjà les plus faibles, les conduisant à rogner sur leurs dépenses de santé.

- Les mesures mises en œuvre à la fin des années 90 n'ont pas été dotées de dynamismes internes, par exemple des indexations solides, garantissant y compris en période de crise, que les populations les plus pauvres seraient moins impactées que les autres par les réductions engagées.

- Enfin, les mesures mises en œuvre se sont focalisées sur les populations les plus pauvres – le dernier décile- et parfois sur les populations les plus en risque d'exclusion. Dans le même temps, les inégalités de santé se sont accrues. Faut-il d'une politique visant à réduire ces inégalités, l'écart entre

³ « Crise économique, marché du travail et pauvreté », rapport de l'Onpes, 2011-2012, www.onpes.gouv.fr

les premiers et les derniers déciles n'a fait que s'accroître, rendant plus visibles et plus intenses les difficultés d'accès aux soins et à la santé des plus pauvres.

1.2 « Privilégier l'accès à la santé et aux soins pour les plus pauvres » ou « réduire les inégalités de santé » ?

Au fil des années, les dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention de l'ensemble des populations mais aussi des plus pauvres se sont multipliés et parfois superposés. Les plus anciens comme la protection maternelle et infantile ou la santé scolaire ont perdu de leur dynamisme initial faute de missions redéfinies régulièrement et d'une priorité clairement affirmée. Les plus récents comme les PASS ou les PRAPS ont eu des difficultés à trouver leurs places dans un système de santé où se multipliaient les contraintes économiques et le télescopage des priorités. L'importante extension de la protection sociale qu'a constitué en 1999 l'instauration de la Couverture maladie universelle s'est heurtée à un écart grandissant entre des normes de prise en charge des soins peu évolutives et l'augmentation des coûts d'accès aux soins pour une population plus nombreuse et en plus forte précarité.

La révision de l'ensemble des instruments et des dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à la santé serait une première stratégie possible. Il serait alors nécessaire de réaffirmer des priorités et d'en tirer les conséquences budgétaires, c'est par exemple ce qu'il devrait advenir de la santé scolaire ou des PASS. Dans d'autres cas, il faudrait développer des services de proximité lorsqu'ils n'existent pas et rationaliser les enchevêtrements et les doublons sur certains territoires. Cela est vrai pour les Ateliers Santé Ville ou les réseaux de soins. Pour des prestations comme la CMU et l'accès aux complémentaires « santé », une révision des paniers de soins et des seuils s'impose. A de rares exceptions près, comme des centres d'accueil à bas seuil d'exigence pour des personnes à la rue ou l'accueil dans des établissements de type foyers-logements pour des personnes sans-domicile, âgées ou en grande souffrance, il n'apparaît pas utile de créer de nouveaux dispositifs mais plutôt de conforter l'existant, d'harmoniser les pratiques, de diffuser les résultats des expérimentations et de vérifier que des services existent sur l'ensemble des territoires de santé.

La seconde stratégie n'est pas contradictoire avec la première. Elle suppose une ambition plus forte et un autre regard. Il s'agirait de revenir à la première piste du rapport Wrezinski privilégiant la réduction des inégalités sociales et de santé. Cette piste est plus complexe à mettre en œuvre car toute la littérature sur les déterminants de santé montre qu'une large part des inégalités de santé n'est pas liée à l'organisation du système de soins mais à d'autres causes – les causes des causes- comme le travail, l'environnement, les transports, le logement, l'éducation. Réduire les inégalités de santé suppose donc d'introduire la préoccupation de la santé dans l'ensemble des secteurs de la vie sociale, et cela n'est pas le rôle du système de soins, même si ce dernier devrait rappeler inlassablement les conséquences négatives des dommages sociaux sur l'état de santé des populations. Enfin, et c'est ce qui nous préoccupe ici, l'organisation du système de santé et de soins joue un rôle, limité certes mais réel, sur la genèse et le maintien intergénérationnel des inégalités de santé.

2 – Une priorité à la réduction des inégalités sociales de santé

2.1 Des inégalités sociales de santé bien documentées

Le rapport Black⁴ du nom de son auteur, fut l'un des premiers documents à montrer en Angleterre dès 1980 que l'état de santé d'un individu était étroitement lié à sa position dans la structure sociale. La notion de gradient de santé permet de décrire cette situation qui fait que ceux qui se trouvent en haut de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux qui se trouvent en dessous d'eux, et ainsi de suite jusqu'à ceux qui sont les plus démunis. Cette affirmation constitue un résultat particulièrement robuste et stable de l'épidémiologie sociale. Plusieurs modèles rendent compte de ce passage entre des inégalités sociales et des inégalités de santé. Tous montrent que les inégalités de santé résultent de l'accumulation, tout au long de la vie, de désavantages et d'avantages sociaux dont certains tiennent aux individus eux-mêmes, d'autres aux influences sociales des milieux dans lesquels ils vivent et travaillent, d'autres enfin aux conditions économiques, culturelles et environnementales globales. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS présidée par l'épidémiologiste britannique, Michaël Marmot insistait en 2008 sur cette notion de déterminants sociaux de l'espérance de vie. La production en décembre 2009 d'un rapport du Haut conseil de la santé publique intitulé : « *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité* » ainsi que le colloque organisé en janvier 2010 sous l'égide du ministère de la santé sur la réduction des inégalités de santé confortaient l'ensemble de ces résultats.

La situation de l'état de santé en France par rapport à l'Europe⁵ est connue à partir des indicateurs de santé ECHI (*European Community Health Indicators*). La France se classe très défavorablement pour les accidents de travail parmi l'ensemble des pays de l'UE 15. La mortalité par suicide classe la France dans la moyenne haute européenne. Malgré les progrès réalisés, la France demeure également un pays touché fortement par l'infection à VIH. Le niveau de mortalité reste élevé en France et la mortalité infantile semble s'y être dégradée dans les dernières années.

Depuis 25 ans en France, les inégalités sociales face à la mort se maintiennent. On sait ainsi qu'à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 6 ans de plus que les ouvriers. Les écarts se sont accentués entre les inactifs non retraités et l'ensemble des actifs⁶. De même, la CNAMTS montrait récemment la surmortalité des bénéficiaires de la CMU-C, quels que soient l'âge et le sexe⁷. La qualité de vie en santé est socialement différenciée : à 47 ans, les cadres supérieurs vivront en moyenne 34 ans sans incapacités contre 24 ans pour les ouvriers⁸. L'impact des déterminants sociaux sur la santé est illustré par l'étroite corrélation qui unit les indicateurs de santé et la catégorie socioprofessionnelle, en particulier le niveau de revenu et d'éducation. Dès l'enfance, ces déterminants agissent étroitement dans la constitution de l'état de santé et des capacités matérielles et sociales pour le préserver. Ils peuvent ainsi contribuer négativement sur l'état de santé et la trajectoire de vie en limitant l'accès aux études supérieures, à un emploi qualifié et des revenus permettant de satisfaire les besoins essentiels et des liens sociaux de qualité.

⁴ Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P., « The Black Report », 1982, London, Pelican.

⁵ Haut conseil de la santé publique, « La santé en France et en Europe : convergences et contrastes », Paris, la documentation française, 2012, 271 p.

⁶ Blanpain N. (2011), « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, n° 1372, octobre

⁷ Tuppin Ph. et alii (2011), « Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire en 2009 », *Presse Med* 40: p 304–p 314

⁸ INED, Cambois E. et alii, 2008.

Comme l'évoque Philippe Batifoulier, l'état des lieux des inégalités de santé vaut quelle que soit la mesure de l'état de santé retenue (risque de décès, pronostic vital, santé perçue, limitations fonctionnelles et incapacité, etc.) et quelle que soit la mesure du statut social (revenu, CSP, diplôme, classe sociale, etc.). Il a été affiné par de nouvelles études qui, en cherchant à hiérarchiser les facteurs explicatifs de ces inégalités, renforcent leur caractère injuste. Ainsi des études récentes ont mis en avant le rôle majeur de l'origine sociale sur la formation de ces inégalités. Elle explique une grande partie des « comportements à risques » (tabagisme, alcoolisme, obésité). Elle relègue au second plan le rôle de l'effort individuel à se doter d'une bonne santé quand l'état de santé des individus devenus adultes est lié à leur condition d'existence pendant l'enfance⁹. Si les circonstances sociales ont une influence sur l'état de santé, le lien est à double sens. Ainsi, la mauvaise santé est l'une des premières causes du chômage et de sortie de l'emploi vers l'inactivité quand elle sélectionne les individus sur le marché du travail. Si la santé influe sur la probabilité d'obtenir un emploi, l'absence d'emploi influe également sur la santé¹⁰ et les chômeurs sont aussi en première ligne face à la maladie, confirmant l'influence de facteurs psychosociaux comme l'estime de soi.

Si on met en avant le rôle des conditions sociales d'existence dans la formation des inégalités d'état de santé, alors une politique efficace de lutte contre ces inégalités doit passer par la construction de logements salubres, la hausse des revenus, la transformation des conditions de travail, etc. Elle doit aussi transiter par l'amélioration de l'accès aux soins car l'état de santé n'est pas déconnecté du soin et de l'accès financier. Les études nationales comme internationales des iniquités horizontales montrent qu'à un état de santé donné, les différences de recours sont importantes. Elles soulignent que le besoin de recours au médecin est concentré chez les pauvres alors que le recours effectif est observé chez les riches¹¹. En d'autres termes, ce sont les populations les plus pauvres, celles qui ont l'état de santé le plus détérioré qui ont les recours les plus faibles aux soins. Une telle situation s'observe partout en Europe. Elle est spécialement marquée en France, particulièrement pour les soins de spécialité et relevant de la prévention. Or, un moindre recours dégrade l'état de santé et le recours tardif pour des soins dit de réparation est plus coûteux pour la collectivité¹². Les causes de ces inégalités d'accès aux soins sont diverses. Elles relèvent de barrières culturelles : le rapport au corps et au système de soins

⁹ Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., (2009), "Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe", *Retraite et Société*, 58, 2 : 63-85 ;

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2008), "La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents", *Economie et Statistique*, 411 : 25-46 ;

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2007), "Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents", *Questions d'économie de la santé*, 118 ;

Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. (2011), "L'influence à long terme du milieu social d'origine et du tabagisme des parents sur le tabagisme en France : les résultats de l'enquête Santé et protection sociale 2006", *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, Numéro thématique – Inégalités sociales de santé, 2011, mars : 96-98.

Bricard D., Jusot F., Tubeuf S. (2010), "Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? ", *Questions d'économie de la santé*, 154.

¹⁰ Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. (2007), "Un mauvais état de santé accroît fortement les risques de venir chômeur ou inactif", *Questions d'économie de la santé*, 125 ;

Abecassis P., Batifoulier P., Bilon-Hoefkens I., Jusot F. (2006), "Inégalités de santé et effet de sélection à l'emploi : quelques résultats empiriques", In "Economie Sociale et Droit". XXVIème journées de l'Association d'Economie Sociale Tome 1, L'Harmattan : 193-208 ;

Jusot F., Khlal M., Rochereau T., Sermet C. (2006), "Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi ", *Données Sociales, La société française*, 533-543

¹¹ WAGSTAFF, A., VAN DOORSTAER E. [2000], « Equity in health care finance and delivery », in CULYER, A., NEWHOUSE, J. (eds.), *Handbook of health economics*, vol. 1B, Chap. 34, North Holland, p. 1803-1862.

OR Z. et al (2009), "Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ? ", *Revue Economique*, 60, 2 : 521-543.

¹² Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., (2012), Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé, *DT IRDES* n° 47 Avril.

n'est pas le même selon les classes sociales. Les plus pauvres peuvent avoir une approche fonctionnaliste du corps notamment pour les soins dentaires alors que les plus riches ont un recours davantage motivé par l'esthétique. La perception des risques peut être différente et le rapport aux institutions peut conduire à un renoncement aux soins qui relève d'un refus du système^{13, 14}

2.2 Faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé une priorité collective et nationale

Les travaux de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS ont montré que si l'origine des inégalités de santé se trouvait largement à l'extérieur du système de santé et que l'action pour réduire les inégalités devait être largement transversale, le recours à cette transversalité, pour important qu'il soit n'exonérerait pas pour autant le système de santé. La commission suggérait des pistes de travail :

- engager le secteur sanitaire dans une politique de réduction des inégalités de santé,
- les acteurs du système de santé doivent interpeller les autres secteurs de l'administration publique et de la société civile pour développer des stratégies susceptibles de réduire les inégalités de santé,
- donner aux instances de santé des pouvoirs de régulation, de contrôle sur les politiques, les mesures et les instances,
- mettre en œuvre les actions susceptibles de réduire les inégalités de santé, là où elles sont le plus sources d'injustices : populations vulnérables, enfants...

Toute politique de santé doit donc avoir simultanément deux objectifs : **améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé.**

Nous disposons depuis près d'une vingtaine d'années de nombreux travaux sur les inégalités de santé. Ces travaux n'ont été que marginalement, surtout en France, intégrés dans les politiques publiques de santé. Dans cette perspective, l'enjeu serait de développer une démarche globale de réduction des inégalités en santé. Il ne s'agirait plus de se focaliser uniquement sur le bas de la distribution de la population pauvre mais de considérer que les mécanismes à refondre et à mettre en œuvre peuvent concerner, au-delà des personnes sous le seuil de pauvreté, l'ensemble de la population. Lorsque la Finlande décide de mettre en œuvre une politique dentaire, en promouvant l'amélioration de l'accès aux soins et aux traitements dentaires pour tous les enfants, cette politique profite bien entendu aux enfants des couches sociales les plus élevées mais ceux des strates les plus basses y gagnent davantage car leur état de santé d'origine est plus dégradé.

C'est cette dernière stratégie qu'il nous paraît important d'affirmer car elle est de nature à répondre à l'injustice fondamentale, connue depuis près de 30 ans, de l'existence des écarts de mortalité et de morbidité entre les différents groupes sociaux. Elle doit également permettre de refuser la stigmatisation des plus pauvres en leur proposant des actions et des dispositifs de santé entièrement ciblés, et prenant ainsi le risque de développer une médecine pour pauvre qui ne serait qu'une pauvre médecine. Enfin, il serait aussi injuste de construire des instruments efficaces d'accès aux soins et à la santé qui ne seraient utilisables que par les personnes les plus pauvres, voire les 0,3 % de population à la rue, privant les couches moyennes de la société française d'informations et de pratiques dont toutes peuvent tirer avantages. La stratégie générale proposée dans ce document est donc celle d'un système

¹³ Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011), "le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique", Questions d'économie de la santé, 169.

¹⁴ Ces deux paragraphes sont extraits de la note de Philippe Batifoulier, Groupe de travail, « accès à la santé et aux soins ».

de santé accueillant pour tous et toutes, plus efficient socialement, générant moins d'inégalités, garantissant plus d'universalité, de transversalité et de transparence. Pour mettre ces principes en vigueur, les politiques publiques de santé pourraient s'organiser autour de quatre orientations majeures :

- **Faire de la lutte contre les inégalités de santé une priorité nationale.**
- **Revisiter l'ensemble des dispositifs d'accès aux soins et à la santé de première ligne pour les rendre plus efficaces et plus ouverts.**
- **Articuler ces dispositifs dans un service public ancré sur des territoires.**
- **Garantir l'accessibilité financière aux soins et à la santé**

2.3 S'attaquer aux inégalités de santé, des axes prioritaires pour les territoires, les populations et les comportements.

Si la lutte contre les inégalités de santé suppose une action sur l'ensemble de la population, elle n'interdit pas, bien au contraire, de cibler en priorité des problèmes et des populations et des territoires qui pèsent fortement sur ces inégalités, c'est ce que l'OMS désigne par le concept « d'universalisme proportionné ».

2.3.1 Des territoires à prioriser :

Les zones urbaines sensibles

Dans son rapport 2012 sur la situation des quartiers qui bénéficient des dispositifs de la politique de la ville l'Observatoire national des zones urbaines sensibles¹⁵ constate des écarts entre ces quartiers et le reste de l'agglomération. En termes de santé, les résultats indiquent une fréquence plus élevée de personnes renonçant aux soins pour des raisons financières (23 % contre 15 % dans le reste de l'agglomération). L'explication réside dans le profil sociodémographique des habitants : les ouvriers et employés, les personnes ayant un faible niveau d'étude, celles qui ne sont pas couvertes par une complémentaire santé et les bénéficiaires de la CMU-C y sont surreprésentés.

L'état de santé serait, en revanche, lié à un effet « ZUS ». Les habitants des ZUS déclarent plus fréquemment avoir une moins bonne santé dentaire et être limités dans leurs activités du fait d'un problème de santé ; les femmes sont également plus souvent en surpoids ou obèses (49 % contre 34 % ailleurs). Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces écarts : un déficit d'offre médicale ou paramédicale, une offre alimentaire ou de restauration peu diversifiée et de moindre qualité, un contexte économiquement défavorisé produisant un effet délétère et complexe sur les comportements et la santé.

Les départements d'outre-mer

Le niveau de la mortalité infantile stagne en France entre 2005 et 2009 (3,6 pour 1000) et la place au 20^e rang des pays européens. L'analyse confirme les facteurs sociodémographiques explicatifs de la mortalité infantile : elle est plus élevée parmi les enfants de mère inactive ou de catégorie sociale

¹⁵ ONZUS, « Rapport 2012 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles », novembre 2012, www.ville.gouv.fr

inconnue, originaire d'Afrique sub-saharienne, résidant dans des unités urbaines de plus de 200 000 habitants et de père ouvrier. Les niveaux sont disparates selon la région de résidence et dépassent la moyenne dans les régions du Nord (Ile-de-France, Picardie) et de l'Est (Lorraine, Champagne-Ardenne et Alsace) du territoire national. Dans les DOM, où il poursuit son augmentation depuis les années 2000, le taux de mortalité est deux fois et demi plus élevé qu'en métropole (en moyenne 8,8 pour 1000 : 8,1 à la Réunion, 9,4 à la Martinique et 9,5 en Guadeloupe et Guyane)¹⁶.

Le département de Mayotte connaît des difficultés particulières en raison de l'absence de couverture maladie universelle complémentaire susceptible d'assurer la prise en charge du ticket modérateur pour les affiliés sociaux et de l'absence d'Aide Médicale d'Etat, qui permet d'offrir une couverture sociale aux personnes étrangères en situation irrégulière et donc d'assurer la couverture des dépenses de santé dont elles bénéficient. L'accès aux soins des mineurs étrangers demeure problématique. La malnutrition des familles démunies est également préoccupante. Parmi les enfants de moins de 5 ans reçus par Médecins du Monde, le retard de croissance staturo-pondérale concerne 17% des enfants et la malnutrition aiguë 14% dont 2,2% avec des formes sévères (rapport 2010).

2.3.2 Des populations fragilisées

Les populations immigrées ou descendants d'immigrés

Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations. Cette analyse reste valable quelle que soit la région d'origine des personnes immigrées, à l'exception de celles originaires du Maghreb, plus nombreuses à consulter un généraliste. Le constat est plus contrasté pour les soins préventifs, par exemple, les immigrés se déclarent plus souvent vaccinés que les Français mais recourent moins fréquemment aux tests de dépistage¹⁷.

Les études montrent que l'avantage d'état de santé dont ils bénéficient à leur arrivée s'estompe au fur et à mesure de l'allongement de la résidence dans le pays d'accueil jusqu'à se retourner en désavantage (alcool, tabac et obésité)¹⁸. Ils exercent plus souvent des métiers moins qualifiés, plus pénibles et moins rémunérés, particulièrement lorsqu'ils sont originaires d'un pays hors de la zone UE. Plus souvent exposés à la pauvreté, ils sont aussi souvent exposés aux comportements discriminatoires.

Parallèlement aux actions de prévention, il apparaît indispensable de renforcer les stratégies de dépistage du VIH et autres IST, des hépatites B et C et de la tuberculose dans la population migrante (dont une partie est originaire de zones de fortes endémies). De tels programmes ont pour effet de faciliter l'accès aux soins et donc de permettre une prise en charge précoce, un suivi régulier, et de limiter les risques de transmission. De même, dans le champ de la santé mentale, les psycho-traumatismes, liés au parcours d'exil et aux conditions de vie, constituent une pathologie fréquente susceptible de produire une morbidité et une dépression sévères parmi les personnes exilées¹⁹.

¹⁶ Niel X. (2011), Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente, Document de travail, F 1106, INSEE.

¹⁷ Dourgnon P. et alii (2009), « Le recours aux soins de ville des immigrés en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 146, IRDES

¹⁸ Berchet C., Jusot F. (2012), « Etat de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », *Questions d'économie de la santé*, n° 172, IRDES

¹⁹ Comede (2011), Rapport d'activité et d'observation 2011.

L'état de santé des personnes migrantes âgées est peu documenté au-delà des principales pathologies chroniques et des affections relevant de la santé mentale. Récemment, l'INVS a montré que la prévalence du VIH est supérieure chez les hommes avec un retard aux soins (stade sida), ce qui sous-tend un travail de prévention et d'accès aux soins spécifiques. Les femmes migrantes, particulièrement d'origine africaine, enregistrent des sur-risques significatifs de mortalité maternelle, qui ne semblent pas indépendants de la prise en charge en établissement de soins²⁰. Elles bénéficient également moins souvent du dépistage du cancer du col utérin et du sein.

L'interprétariat professionnel, malgré une présence de plusieurs années, doit être développé dans un contexte d'isolement et de précarité dans les structures sanitaires, médico-sociales et sociales.

L'état de santé des personnes **Roms** rencontrées par Médecin du Monde ²¹ est caractérisé par des consultations pour des affections respiratoires, les affections du système digestif et de la peau. Mais surtout, dans près d'une consultation sur cinq, une pathologie nécessitant une prise en charge de plus de 6 mois a été diagnostiquée. Les grossesses sont précoces (17,3 ans), la moitié des femmes enceintes reçues n'avaient pas de suivi prénatal et 71 % présentaient un retard de suivi de grossesse. La couverture vaccinale demeure faible, un enfant sur deux étant à jour de ses vaccinations. Seuls 14% étaient suivis par la PMI et 16% des enfants de plus de 6 ans sont scolarisés.

Un programme expérimental de médiation sanitaire visant la promotion de la santé de femmes et de jeunes enfants Roms résidant en France dans les squats et bidonvilles a été mis en place en 2011²². Coordonné par l'association ASAV, il vise 150 femmes et enfants et leur famille (1000 personnes) vivant dans les squats et terrains de quatre départements avec l'appui d'associations (AREAS, ASAV, Médecins du Monde Nantes). Ses résultats montrent l'efficacité de l'intervention des médiateurs qui a permis l'amélioration de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ainsi que l'autonomisation des femmes.

Les « travailleuses pauvres »

Les femmes représentent 75% des salariés à bas salaire (salaire mensuel net est inférieur aux deux tiers du salaire mensuel net médian) entre le milieu des années 1990 et 2011²³ (DARES, 2012). Elles occupent plus souvent un emploi à temps partiel et à durée limitée, connaissent une vie professionnelle discontinue, sont plus fréquemment en situation de sous-emploi (elles représentent 73,4 % des personnes qui souhaitent travailler plus d'heures par semaine) et au chômage (INSEE, enquête emploi, 2011). Les femmes sont surreprésentées dans certains métiers, notamment ceux exercés au domicile de la personne (aide à domicile, auxiliaires de vie, etc.). Davantage en situation de vulnérabilité sociale que les autres catégories d'actifs, leurs accès aux soins est moindre (absence de consultation gynécologique dans l'année et de dépistage du cancer du col depuis 3 ans) leur état de santé est plus souvent dégradé²⁴. Globalement, ces professionnels des services et de l'aide à la personne sont particulièrement exposés aux troubles musculo-squelettiques résultant des contraintes physiques et à la manutention manuelle de charges²⁵. Les pathologies sont aussi dues à des facteurs d'ordre organisationnel et psycho-sociaux. Ces employées sont également plus fréquemment exposées au

²⁰ Saucedo M. et alii (2010), « Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006 », BEH thématique n°2-3

²¹ Médecins du Monde (2011), rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de la Mission France, 2010

²² Il est soutenu par la direction générale de la santé, avec l'appui méthodologique de l'INPES, et au niveau local par des agences régionales de la santé et des collectivités territoriales.

²³ Demailly D. (2012), « Les bas salaires en France entre 1995 et 2011 », *Dares Analyses*, 68, octobre

²⁴ Moulin J.-J. et alii (2011), « La santé des travailleurs en situation de vulnérabilité sociale : une expérimentation pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins (Premtes), 2008-2010 », BEH 49-50, décembre

²⁵ DARES (2006), « Les expositions aux risques professionnels. Les ambiances et contraintes physiques. Résultats Sumer 2003 », Document d'études, 115

risque d'accidents du travail que les autres métiers (44 contre 39 pour 1000 en moyenne, CNAMTS). Après 50 ans, bien que moins exposées aux nuisances et à la pénibilité physique, les femmes semblent connaître plus de limitation d'activité que les hommes, par exemple quand elles travaillent de nuit et lorsqu'elles sont exposées à un travail physiquement exigeant ou répétitif et à des produits nocifs. Elles déclarent à cet âge, plus souvent que les hommes, être en mauvaise santé et vouloir cesser leur activité précocement (DREES, Etat de santé de la population en France, annexes, 2011).

Des enfants et des jeunes

L'apparition des inégalités sociales de santé dès l'enfance, fortement prédictives d'inégalités en termes d'espérance de vie et de morbidité à l'âge adulte, fait de la promotion de « l'équité dès le départ » l'une des recommandations majeures de la commission des déterminants sociaux de l'OMS et des programmes internationaux de lutte contre les inégalités de santé. Le cumul et l'interaction de facteurs multiples sont susceptibles d'affecter le développement et l'adaptation des enfants et des jeunes.

Les conditions du déroulement de la grossesse diffèrent selon le type de revenu, comme le montrent les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010. Les femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques ou n'ayant aucune ressource sont plus nombreuses à avoir eu une surveillance prénatale insuffisante, une hospitalisation durant la grossesse, un taux de prématurité et une proportion d'enfants de poids inférieur à 2500 grammes plus élevés.

La santé bucco-dentaire demeure socialement différenciée : par exemple en grande section maternelle, 2% des enfants de cadres ont au moins deux dents cariées non soignées contre 11% des enfants d'ouvriers²⁶. De même, la surcharge pondérale et l'obésité des enfants, bien que globalement en diminution, concernent principalement les enfants d'agriculteurs et surtout d'ouvriers (DREES, état de santé, 2011). Le dépistage du saturnisme demeure une action prioritaire chez les enfants et les femmes enceintes qui ont été exposés, en particulier s'ils ont vécu dans un logement ancien, vétuste ou insalubre. En effet, le rapport intermédiaire d'expertise de l'ANSES de février 2012 confirme que les données scientifiques récentes sont suffisantes pour conclure aux effets néfastes du plomb pour des plombémies inférieures à 100 µg/L (microgrammes par litre), seuil de définition du saturnisme.

Comme l'avait montré Pierre Mormiche, les inégalités sociales sont très marquées dans le domaine du handicap. Ainsi, les enfants handicapés issus de milieux populaires se retrouvent plus fréquemment en milieu spécialisé à handicap de gravité équivalente : « la proportion d'enfants entrant en institution est trois fois plus élevée chez les ouvriers et employés que chez les cadres et professions intermédiaires ». L'origine sociale intervient également dans le fait « qu'à déficiences semblables, les difficultés dans la vie quotidienne (mesurées par les incapacités) sont plus fortes dans les milieux modestes »²⁷

Le repérage des situations de souffrance et la prise en charge des soins psychique des adolescents, en particulier ceux dont les familles sont en situation de vulnérabilité sociale et économique, mérite une attention particulière. Ils expriment peu leur demande et peinent à solliciter un rendez-vous, par crainte notamment de la stigmatisation. Si des dispositifs concernent des jeunes particulièrement en difficulté et les professionnels qui les entourent (ex : aide sociale à l'enfance, protection judiciaires de la jeunesse), il reste à développer des outils et des actions de formation au repérage et à la prise en charge de intervenants sanitaires et sociaux en milieu scolaire (BEH, 47-48, 2011).

²⁶ Saint Pol T. (2011), « Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section maternelle, France 2005-2006 », BEH, 31 : 333-338, septembre

²⁷ Mormiche P. (2000), « Le handicap se conjugue au pluriel », Insee première, 742, octobre

La santé des personnes âgées de 55 – 85 ans en situation de difficulté financière

Selon qu'ils sont « à l'aise », « juste » ou qu'ils connaissent une situation financière « difficile », les personnes âgées de 55 à 85 ans ont été interrogées sur leur comportement face à la santé. Par rapport aux deux premières catégories, les personnes connaissant une situation financière sont caractérisées fument plus régulièrement ou intensivement. Elles se déclarent plus souvent en situation de détresse psychologique, de pensées suicidaires et ont tenté de se suicider plus fréquemment que les autres catégories de personnes. De même, elles déclarent plus souvent que les autres être limitées dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois et souffrent plus souvent d'une maladie chronique nécessitant des soins réguliers²⁸.

Personnes prostituées

La population des personnes qui se prostituent est hétérogène : on estime qu'entre 60 et 80% des prostituées de rue sont actuellement des femmes étrangères venant d'Europe de l'Est, d'Afrique, d'Amérique latine, et dans une moindre mesure, du Maghreb et de Chine. Les contours de la prostitution en France ont évolué, en particulier depuis l'instauration de la loi de sécurité intérieure de 2003 qui pénalise le racolage actif et passif. Les personnes prostituées se sont déplacées des centres villes vers les périphéries et ont investi de nouveaux territoires éloignés des structures associatives et médicales existantes (routes nationales, forêts, aires d'autoroute) et peu concernés autrefois. Leurs activités sont davantage cachées (prostitution « invisible », salons de massage, bars à hôtesse). Des stratégies individuelles se développent pour échapper aux contrôles. Enfin, la prostitution sur internet s'est largement développée.

Les conditions difficiles d'exercice de cette activité font obstacle à l'accès à la prévention et aux soins de ces personnes et majorent leur exposition à l'ensemble des risques sanitaires. Ceci est d'autant plus inquiétant que la prostitution touche des groupes de population parmi lesquels la prévalence du VIH et des hépatites est élevée (migrants, personnes homosexuelles et personnes transsexuelles).

Populations sans logement personnel

L'enquête **SAMENTA**, menée depuis 2008 par l'Observatoire du Samu Social et l'INSERM (UMRS 707) avec l'appui de l'ONPES, a montré que dans l'agglomération parisienne, près du tiers des personnes sans chez-soi présentent des troubles psychiatriques sévères (13,2 % de troubles psychotiques, 12,2% de troubles anxieux et 6,5 % de troubles sévères de l'humeur)²⁹. Ces personnes sont particulièrement victimes de violence. L'enquête a également mis en évidence le fait que 29 % des adultes en famille souffrent essentiellement de troubles anxieux (20,4 %) ou de troubles sévères de l'humeur (8,3 %). Ces prévalences sont beaucoup plus élevées qu'en population générale. Si un cinquième des personnes enquêtées présentent au moins une addiction, 17,6 % des personnes ont déclaré n'avoir jamais consommé d'alcool.

Afin de réduire la morbidité et d'améliorer l'insertion sociale des sans-abri souffrant de troubles psychiatriques sévères, le programme expérimental **Un chez soi d'abord** est mis en œuvre dans quatre sites (Paris, Lille, Marseille, Toulouse) depuis 2011. Sur chaque site, l'objectif est d'accompagner et d'orienter, si elles le souhaitent, directement vers un logement ordinaire 100 personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques sévères (notamment psychose, bipolarité).

²⁸ INPES, Baromètres Santé 2010, à paraître.

²⁹ Laporte A., Le Mener E., Chauvin P. (2010) « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France ». Observatoire du SamuSocial de Paris et Inserm (UPMC, UMRS-707).

Le milieu carcéral

Les personnes écrouées sont, plus souvent que la population générale, porteuses de pathologies graves ou chroniques, somatiques ou psychiques, qui ne peuvent être exposées sans danger pour les individus comme pour la collectivité à une rupture de prise en charge des soins. Diverses pathologies ou problématiques sont plus fréquentes dans le domaine des maladies chroniques (VIH/sida, hépatite, tuberculose, diabète...), d'affection invalidante, somatique (cancer...) ou psychique (addictions, santé mentale, ...). L'anticipation de la prévision de la sortie est difficile pour différentes raisons (aléas de l'incarcération, transfert, surpopulation carcérale, difficultés de coordination, manque d'effectifs, etc.), ce qui peut affecter la communication des informations et la prévision des réponses adaptées, en particulier pour garantir la continuité des soins, de la couverture sociale et éviter la rupture de droit à la sortie. À la levée d'écrou, si la personne ne bénéficie pas d'un droit à l'assurance maladie-maternité à un autre titre, elle bénéficie pendant un an des prestations en nature (c'est-à-dire du remboursement des frais de santé) de l'assurance maladie-maternité du régime obligatoire dont elle relevait avant sa détention ou à défaut du régime général. En revanche, si la personne était en situation irrégulière au moment de son incarcération, ce maintien de droit d'un an n'est pas applicable et une demande d'AME doit être effectuée³⁰.

2.3.3 Situations et comportements

L'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire est la situation où l'accès des individus à des aliments sains, nutritifs et socialement acceptables est, pour des raisons financières, restreint, inadéquat ou incertain. Les travaux menés dans le cadre de l'enquête SIRS ont mis en évidence qu'en 2010, environ 6% des ménages vivant dans l'agglomération parisienne ont vécu une situation d'insécurité alimentaire l'année précédente et environ un tiers (2,5% des ménages) ont vécu une situation d'insécurité alimentaire sévère. Ces données conduisent à estimer que sur une population d'un peu plus de 5 millions de personnes l'insécurité alimentaire concerne quelques 326 000 adultes dont 124 000 d'entre eux sont concernés par une insécurité alimentaire sévère. Les travaux concluent à la nécessité de mieux en connaître les déterminants pouvant vulnérabiliser des ménages déjà fragiles.³¹

Consommation d'alcool et tabagisme

La consommation de tabac est liée au niveau socio économique et l'écart de prévalence entre les différents niveaux d'éducation semble avoir augmenté durant la dernière décennie. Ce sont également les personnes au chômage qui présentent la hausse la plus forte de la prévalence tabagique entre 2005 (44 % de fumeurs quotidiens) et 2010 (51 % contre 33,4% chez les actifs occupés)³². Il y a là un véritable gradient social avec des taux élevés chez les ouvriers, intermédiaires chez les artisans commerçants et plus faibles chez les agriculteurs et les cadres.

³⁰ Larcher P., Barbier I., Bouille-Ambrosini I. (2011), « De l'entrée à la levée d'écrou », Gestion hospitalière, n°506. Voir également le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, en particulier l'annexe J, octobre 2012.

³¹ BEH 49-50 2011

³² Feck F., Guignard R., Richard J-B. Augmentation récente du tabagisme en France. BEH n°20-21, 2011.

La France est parmi les plus gros consommateurs d'alcool de l'UE. L'alcool est le seul exemple d'inversement, ce sont les hommes des bons niveaux économiques qui consomment le moins alors que les femmes plus qualifiées consomment plus fortement.

3 - Revisiter l'ensemble des dispositifs d'accès aux soins et à la santé de première ligne pour les rendre plus efficaces et plus ouverts.

3.1 La multiplicité des expériences, des initiatives et des pratiques

Aux côtés de services préexistants visant à faciliter la prévention et favorables à l'accès aux soins de tous (PMI, santé scolaire...), des dispositifs spécifiques ont été développés au cours des quinze dernières années. Ils sont destinés à des publics plus ciblés et/ou à résoudre des situations plus complexes où une prise en charge sanitaire est difficile à mettre en œuvre. C'est la loi qui dans certains cas a ordonné la création de dispositifs (exemple de la loi de 1998 pour les permanences d'accès aux soins de santé). D'autres dispositifs ont consisté à formaliser un existant ou une expérimentation et aider à son développement (lits halte soins santé, équipe mobile psychiatrie précarité ou maison des adolescents). Enfin de nouveaux lieux d'offre de soins apparaissent comme adaptés à une prise en charge des personnes en situation de précarité (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaire) même si ce n'était pas leur objectif premier.

D'autres actions relèvent du militantisme associatif. Qu'il s'agisse de l'accompagnement alimentaire avec les Banques alimentaires ou les Epiceries sociales, des associations de promotion de la santé, de l'accès aux droits, de l'aide apportée à des populations spécifiques, le nombre des associations qui interviennent dans le domaine de la santé des plus démunis n'a cessé de croître. L'instauration du RMI, puis la mise en œuvre des PRAPS et des plans départementaux d'insertion ont contribué à rendre visible et à susciter ce développement.

3.1.1 Les dispositifs spécialisés dans la prise en charge des personnes en grande précarité

L'hôpital offre aujourd'hui un plateau technique performant, une continuité des soins au lit des malades et les accueille tant que leur état de santé nécessite ces moyens. En conséquence, les hospitalisations sont plus courtes, mais normalement relayées par des hospitalisations alternatives au temps plein (de jour ou de nuit), des hospitalisations à domicile, des prestations de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des prescriptions de soins à réaliser en ville.

Cependant lorsque les patients sont dépourvus de domicile, les professionnels de santé sont souvent confrontés à la difficulté de les prendre en charge de façon satisfaisante. Ces difficultés peuvent entraîner un renoncement aux soins, un refus de prise en charge, de consultation ou de traitement. C'est donc pour prévenir ces situations et proposer des structures et des prestations adaptées qu'ont été créés les « lits halte soins santé »

Les lits halte soins santé sont des établissements médico-sociaux au sens du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ils offrent une prise en charge médico-sociale de la personne en situation de précarité. Ils sont destinés à l'accueil temporaire des personnes (durée prévisionnelle de séjour de deux mois), quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée qui peut difficilement être assurée en l'absence de domicile ou en hébergement. Ouverts 24h/24 et 365 jours par an, ils offrent un

hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, des prestations d'animation et d'éducation sanitaire. Ils sont accessibles aux personnes handicapées. De 2006 à 2011, 1171 LHSS ont été créés et intégrés dans 106 structures sur tout le territoire national, y compris les DOM.

Selon une étude réalisée en 2008, les LHSS ont trouvé leur place au sein des dispositifs sanitaires, sociaux et institutionnels. La création de lits supplémentaires est d'ailleurs prévue en 2013.

A la faveur de l'étude de 2008 sur les LHSS, il est apparu que 35 à 40 % de ces lits sont occupés de façon chronique par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies chroniques de pronostic sombre (Korsakov, Alzheimer, schizophrénie, psychose, cancers évolués...) qu'aucune autre structure (les MAS, les FAM, EHPAD, CSSR...) ne veut ou ne peut prendre en charge.

L'expérimentation des lits d'accueil médicalisés [LAM] de mars 2009 à décembre 2012 a permis de proposer une structure pour ce type de public.

Les lits d'accueil médicalisés sont des structures médico-sociales mises en place à titre expérimental en 2009 à Paris, Lille et Saint Julien les Villas (45 lits au total).

Ils permettent aux personnes majeures atteintes de pathologies chroniques, de pronostic plus ou moins sombre, de recevoir- en l'absence de domicile et dans l'impossibilité d'une prise en charge adaptée dans les structures de droit commun - des soins médicaux et paramédicaux, ainsi qu'un accompagnement social adapté, ceci sans limitation de durée. Selon une étude menée en 2012, près de 100 patients ont été pris en charge au cours de la période d'expérimentation. Leur séjour semble avoir permis une stabilisation sanitaire et l'apprentissage, voire l'acceptation de contraintes de soins, un meilleur suivi des traitements, une prise en charge plus efficace des addictions et des troubles psychiques grâce aux partenariats noués.

Selon une évaluation réalisée à la fin de l'expérimentation, il apparaît que les LAM ne se substituent pas à un mode de prise en charge déjà existant et répondent à un besoin non pourvu pour la population accueillie. La pérennisation du dispositif et son développement sont prévus en 2013 et les années suivantes.

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical (pérennisation du dispositif et fin du statut expérimental par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale). Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux et l'aide à l'insertion. Près de 1800 places existent à la fin 2012. Les ARS plaident pour la poursuite de la dynamique de création de places.

Ces appartements répondent de manière satisfaisante aux demandes des personnes concernées, les autres pathologies que le VIH/SIDA (à l'origine) ont bien été accueillies, la taille des structures est maximisée. On constate cependant un manque de fluidité des parcours en raison notamment du manque de solutions d'aval. L'élargissement de la diversité des publics, notamment l'arrivée de familles, pose de réels problèmes.

Ces trois types de dispositifs ont généralement fait preuve de leur pertinence et de leur efficacité. Pour preuve, leur développement se poursuit. Plusieurs questions cependant :

- la cohérence d'ensemble n'est pas garantie, il demeure des manques (pathologies non couvertes) ou inversement une superposition de certains dispositifs ;

- à la sortie de ces lieux, certains publics retournent à la rue, à défaut de place dans une structure sociale ou médico-sociale de droit commun. Cette déficience de lieu d'accueil ultérieur peut conduire à emboliser ces dispositifs et fragiliser l'ensemble du système.

3.1.2 L'accès aux soins et à la santé : le rôle des permanences d'accès aux soins de santé et des équipes mobiles psychiatrie précarité, la spécificité des ateliers santé-ville

Dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de décembre 1998, **les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** ont été mises en place dans les établissements de santé avec la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité. Ces permanences offrent un accueil social visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, ainsi que des consultations médicales. Ces dispositifs sont financés au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Aujourd'hui, plus de 400 PASS sont implantées dans les établissements de santé et leur développement se poursuit. Elles se situent majoritairement dans des établissements publics de santé et préférentiellement de grande taille, même si leur implantation s'est diversifiée dans le rural ou de petites unités urbaines plus récemment. Les équipes des PASS s'appuient largement sur des travailleurs sociaux, du personnel infirmier et des médecins. En 2009, des PASS d'un nouveau type ont vu leur essor favorisé dans le cadre d'un appel d'offres aboutissant au financement de 41 PASS dans des établissements autorisés en psychiatrie, 17 PASS pour les soins dentaires et 14 PASS à vocation régionale, ayant pour mission le renforcement des moyens de coordination et d'expertise pour les PASS de la région. Ces PASS régionales doivent être complétées au début de l'année 2013.

Un guide des recommandations sur l'organisation des PASS a été établi par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2008, il définit les bonnes pratiques et des indicateurs d'évaluation des PASS. Un référentiel est en cours de finalisation pour rendre compte de toutes les composantes d'une PASS – activité, fonctionnement, inscription dans leur environnement. Il sera complété par une enquête auprès des ARS, pour évaluer sur le plan fonctionnel et spatial l'ensemble du dispositif et remédier à ses éventuelles carences ou inadaptations.

La pertinence du dispositif n'est pas interrogée. Mais on constate que les PASS sont hétérogènes sur le plan de leur forme, la taille des équipes qui les composent, leur localisation, leur visibilité, leur mobilité (plutôt faible), leur inscription dans leur établissement et dans le réseau social local. De fait, elles ne fournissent pas toutes les mêmes prestations en matière de médicaments, d'accès à divers types de soins, de durée d'accompagnement en particulier. Elles ne sont pas toujours visibles, pas toujours connues, ni aisément repérables dans et hors l'établissement de santé. La pertinence de leur répartition territoriale est donc interrogée, sous l'effet combiné de leur manque de visibilité et de leur hétérogénéité. Le partenariat avec les acteurs sociaux et médico-sociaux au niveau local n'est pas toujours garanti, faisant que la PASS reste un dispositif de prise en charge et non d'accompagnement. Le rôle de sensibilisation et de formation de l'ensemble du personnel de l'établissement de santé doit être systématiquement assuré, afin que le repérage des patients en difficulté et leur bonne prise en charge puissent être garantis. La stabilisation de leur financement doit également être assurée, afin que leurs moyens leur permettent de réaliser dans une perspective durable l'ensemble des tâches qui leur sont confiées.

Si toutes les PASS ne doivent pas être identiques sur les territoires, il convient enfin que l'ARS vérifie leur répartition géographique et corrige le cas échéant pour tenir compte des différences de besoins d'un type de territoire à l'autre.

Les équipes mobiles-psychiatrie précarité interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les accompagnent (cadre

d'action fixé par la circulaire du 23 novembre 2005). Elles peuvent ainsi accompagner dans les parcours de soins les personnes, mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale des personnes qu'ils accompagnent. Près de 110 équipes en 2012, composées de plus de 200 ETP (principalement du temps infirmier, puis de psychiatre et de psychologue, et dans une moindre mesure d'assistant social). C'est le psychiatre qui le plus fréquemment coordonne l'équipe dont le fonctionnement fait l'objet d'une formalisation dans le projet médical de l'établissement. Ces équipes sont réparties dans toutes les régions françaises avec une aire d'intervention moyenne correspondant à 350 000 habitants.

Les EMPP sont mobiles et l'adaptabilité au public rencontré et au terrain sur lequel elles agissent est contenue dans leur mission. Cependant il convient de vérifier leur bonne inscription sur le plan spatial, d'actualiser et d'améliorer notre connaissance du fonctionnement de ces équipes ainsi que favoriser leur partenariat avec les services d'urgence et les PASS à vocation psychiatrique. Leur généralisation sur certains territoires n'est cependant pas toujours adéquate ; en effet la pertinence de cette forme d'organisation est étroitement dépendante du contexte local. La densité des territoires en matière de population et d'offre de soins peut donner ou non de la pertinence au fait de se déplacer. Le caractère mobile peut parfois être très adapté pour aller au devant des patients, mais peut aussi se révéler moins efficient alors qu'une coordination bien établie entre les différents partenaires peut faciliter l'accès aux soins dans des centres identifiés, dans le cadre de consultations sans rendez-vous ou de délais de consultations réduits – en fonction notamment des files d'attente en centre médicopsychologique (CMP) - avec des échanges structurés entre les différents acteurs qui contribuent à la prise en charge d'un patient.

Créés par la circulaire DIV-DGS du 13 juin 2000, **les ateliers santé ville (ASV)** assurent la mise en œuvre d'une stratégie locale et d'actions de santé au bénéfice des habitants des territoires de la politique de la ville. Ils ont pour mission de réaliser un diagnostic territorial des besoins en matière d'état de santé et d'offre de soins, d'élaborer et de coordonner la mise en œuvre de programmes d'actions de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins de premier recours, et d'évaluer leurs impacts dans l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé entre territoires. Dispositifs partagés d'ingénierie et de coordination, les ASV animent et structurent le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS). Ils sont animés par des coordonnateurs, le plus souvent sous statut contractuel porté par la collectivité locale partenaire.

En 2012, on compte 280 ateliers, les quartiers sensibles constituent leur cœur de cible. Ces actions de santé concernant la promotion et l'éducation à la santé, la prévention, le dépistage et l'accès aux soins et aux droits sanitaires dans les quartiers. La majorité des ateliers développe au moins une dizaine d'actions. Les thèmes privilégiés sont notamment la nutrition, les pratiques addictives et à risque, la santé mentale, VIH / SIDA / IST / Hépatites.

3.1.3 PMI, santé scolaire, centres d'examens de santé

Le Service Départemental de PMI assure des actions de prévention, de dépistage et d'accompagnement des futurs parents et des enfants de moins de six ans, en consultation ou à domicile ou en lien avec l'école maternelle (bilan des quatre ans) et les lieux d'accueil de la petite enfance, au cœur du réseau périnatal, et petite enfance, à la croisée du sanitaire et du médicosocial. Ouvert à tous, c'est un acteur essentiel de la réduction des inégalités de santé pour les mères et les jeunes enfants. En proximité des publics, il assure un repérage des vulnérabilités et propose un accompagnement adapté aux situations.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales, dans son rapport consacré à l'étude de la PMI en France remis en novembre 2006, a souligné cependant les difficultés rencontrées, les grandes disparités entre les politiques départementales en matière de moyens attribués et en particulier du non respect des normes. Six ans après un certain nombre d'informations permettent de penser que cette situation s'est encore dégradée. La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant comprend quatre représentants de la PMI désignés sur proposition de l'assemblée des départements de France. En octobre dernier ceux-ci ont présenté une analyse de cette situation validée par l'ADF soulignant les difficultés rencontrées. Ils soulignent que le volume des tâches et des missions de PMI a considérablement augmenté, plaçant l'ensemble du dispositif dans un état critique, du fait de l'action conjuguée de l'accroissement des populations d'âge PMI, de nouvelles réglementations, de la démographie médicale défavorable, des nouvelles formes de vulnérabilité nécessitant de nouvelles pratiques ; que les disparités départementales et intra-départementales sont importantes, non corrélées aux besoins, et favorisées par l'insuffisance de l'accompagnement par les instances nationales ; et enfin que la participation de l'assurance maladie au financement des actions de PMI, pourtant prévue par la loi est historiquement limitée et que la nouvelle convention-cadre proposée par la CNAMTS pose des difficultés d'application supplémentaires, s'ajoutant à l'actuelle conjoncture de contrainte budgétaire des départements. La continuité et la qualité de la prise en charge des publics les plus précaires sont ainsi remises en cause, notamment dans les départements tels le Nord confrontés à une situation sanitaire et sociale préoccupante.

Une question soulevée par tous est celle de la prescription de soins par les médecins de PMI, les textes ne le permettent actuellement pas sauf en situation d'urgence. Or, les familles en situation de précarité, pour des raisons qui vont au-delà des freins financiers n'ont un accès ni équitable, ni suffisant aux ressources libérales, ce qui les amène à avoir recours, souvent tardivement, aux urgences hospitalières pour les maladies aiguës. La continuité des prises en charge n'est ainsi pas assurée.

Suite aux repérages de problématiques de santé (exemple: troubles de l'apprentissage), les familles en précarité se heurtent à une difficulté d'accès aux soins. Les réponses libérales sont peu ou pas accessibles (démographie des professionnels de santé et freins financiers). Les délais d'accès aux spécialistes et aux établissements et services médicosociaux (Centre d'Action Médico-sociale Précoce - Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile...) ne sont pas compatibles avec la nécessité d'une prise en charge précoce, au regard de la propension des personnes en difficultés à échapper aux soins. Le retard de prise en charge est à l'origine de situations de plus en plus complexes, et ce pour des enfants de plus en plus jeunes.

La médecine scolaire a vocation à lutter contre les inégalités sociales de santé. Elle a pour mission la promotion de la santé au sein de la population scolarisée, qui comprend prévention primaire et secondaire avec bilans de santé, examens médicaux, orientations thérapeutiques, éducation à la santé et thérapeutique, amélioration des conditions de la scolarisation notamment pour les élèves à besoins spécifiques. La médecine scolaire intervient dès l'enfance et dans la continuité. En effet, c'est une médecine de proximité auprès des enfants et adolescents, intervenant souvent avant même le médecin traitant. La connaissance de la population scolaire permet d'identifier des élèves qui ont des besoins particuliers en santé. Elle couvre l'ensemble du territoire français.

On compte en moyenne, un médecin pour 10 000 élèves, ce chiffre masque de fortes disparités. Les manques se diffusent sur l'ensemble du territoire et risquent de s'aggraver, notamment en raison des départs à la retraite à venir de nombreux professionnels et du déficit de valorisation de l'exercice médical en milieu scolaire tant sur le plan de la rémunération qu'en termes de carrière.

Les services de **la santé au travail** dont le rôle essentiel n'est plus à démontrer voient également leurs rangs s'éclaircir avec de nombreux départs en retraite (perte de 25 % de ses effectifs entre 2007 et 2012).

L'une des orientations majeures **des centres d'examens de santé** (CES) consiste à développer la prévention auprès de populations qui en ont le plus besoin, parce qu'elles ne bénéficient pas, peu ou mal de la démarche de prévention du médecin traitant (faute de l'avoir désigné ou de le consulter). Les populations socialement fragilisées en font partie. L'activité de ces centres est bien sûr ciblée sur les examens de santé, mais ils ont élargi leur intervention, ajoutant à la classique consultation médicale une approche médicosociale dans une optique plus large de promotion de la santé.

110 centres d'examens de santé existent aujourd'hui. Ils ont développé des outils spécifiques pour mesurer le degré de précarité des populations reçues (le score Epices). De fait, une étude³³ menée en 2007- 2008 auprès de 389 personnes dans 11 CES a montré le bénéfice de l'examen de santé pour les personnes socialement vulnérables qui ont participé en termes de dépistage et de prise en charge de pathologies chroniques, de rattrapage vaccinal et de soins dentaires. Cela prouve que l'examen de santé est un dispositif adapté pour participer à la réduction des inégalités de santé dans le cadre du parcours de soins. Demeure cependant la difficulté de captation des populations en situation de précarité, puisque ce public cible reste en deçà de 40 % des patients venus dans les centres.

3.1.4 La mobilisation des dispositifs à destination des jeunes, l'exemple de la maison des adolescents

Les dispositifs à destination des jeunes et notamment les missions locales, les FJT, les maisons familiales rurales, les centres de formations professionnelles, etc. ont mis en place de multiples actions de promotion de la santé, de conseils, d'aides à l'accès aux soins et à la santé.

Ces actions sont de format et de nature très divers selon les territoires et font l'objet de financements cloisonnés et peu concertés, sans mutualisation, ni analyse commune, et surtout pas de pilotage global. Il faut construire une politique d'accès aux droits et à la santé pour les jeunes en situation de précarité intégrant aussi les étudiants, cette politique n'a jamais existé et devrait s'appuyer au niveau régional sur la commission de coordination des programmes de santé.

L'exemple de la maison des adolescents

En 2004, le Gouvernement a souhaité étendre le développement de maisons des adolescents, (MDA) relevant jusqu'alors d'initiatives locales. La maison des adolescents est la structure de référence, sur un territoire, pour l'accompagnement et la réponse aux adolescents. Elle doit relever le défi de la pluridisciplinarité des professionnels et de l'articulation avec les nombreuses structures d'accueil, de suivi, de prévention et de soins des adolescents. Située dans un lieu identifié et accessible, elle accueille l'adolescent, lui apporte une écoute personnalisée et peut lui proposer une prise en charge sociale, éducative, juridique ou de soins. La maison des adolescents reçoit également les parents de l'adolescent, et éventuellement ses proches. Elle organise l'expertise interprofessionnelle sur les situations individuelles et joue le rôle d'interface entre les différents intervenants de l'adolescence.

La montée en charge du dispositif entre 2005 et 2012 a permis la création de 92 maisons des adolescents (84 sont ouvertes et 8 en en projet non encore abouti). Les financements mêlent crédits d'Etat, ONDAM hospitalier et fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Une enquête réalisée fin 2011 par l'association nationale des maisons des adolescents (sur 81 MDA) montre qu'elles proposent presque toutes un accueil généraliste (avec ou sans rendez-vous le

³³ Sass C, Chatain C, Rohmer J-F, Barbier Y, Bongue B, De La Celle C, DePierre M, Etéchemi E, Gutton S, Labbe E, Lazarus S, Laboulaye P, Le Clésiau H, Léger B, Lenain J-L, Moulin J-J, Nitenberg C, Pagnon X, Philippe D, Pouchard M, Soufi K, Vandermoot M-P, Gerbaud L. *Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Pratiques et Organisation des Soins. 2011;42(2):79-87*

plus souvent) mais également des accueils spécialisés avec les parents et les professionnels. Elles offrent également formation et travail en réseau (le plus souvent avec un temps dédié de coordonnateur). Un tiers des MDA dispose d'une équipe mobile.

Ce lieu ne se substitue pas aux acteurs existants mais tente de redonner du sens à la trajectoire de l'adolescent et par là assure une fonction de réseau tout en garantissant un accueil non stigmatisant à des populations potentiellement précaires.

3.1.5 Médecins de ville, réseaux de soins, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires

Selon les termes du code de la santé publique : « Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des soins de premier recours ». **Le médecin généraliste** en est l'acteur pivot, et se trouve le plus souvent choisi comme médecin traitant. En effet les soins primaires peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé³⁴

On compte près de 55 000 médecins généralistes en France (métropole et outre-mer) ; 94 % d'entre eux sont en secteur 1 et ne pratiquent donc pas de dépassements. De fait, on compte en moyenne une moindre densité de médecins généralistes de secteur 1, contre celle des médecins tous secteurs (66 ETP pour 100 000 habitants contre 71 ETP pour 100 000 habitants). Cependant cette différence est nettement plus marquée dans les grands pôles urbains où le dépassement d'honoraires est une pratique potentiellement plus fréquente (source : DREES à paraître).

Selon l'étude de l'IRDES en 2008, un quart des médecins refusent des patients parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU. Mais ces refus de soins sont le fait de moins de 10 % des omnipraticiens de secteur 1. Il reste que la parution du décret d'application de l'article 54 de la loi HPST pourrait permettre aux CPAM de sanctionner les médecins et professionnels de santé refusant les soins.

Ainsi la proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches.

Les médecins généralistes constituent l'une des chevilles ouvrières des **réseaux de santé**. Ceux-ci bien qu'émergeant de logiques de création diverses (VIH/SIDA, maladies chroniques...) apportent une réelle plus-value dans la prise en charge des patients en situation de précarité. L'articulation qu'ils offrent aux patients accueillis permet de sécuriser leur parcours, en particulier pour des publics qui sont loin des soins, et peu enclins à s'inscrire dans une continuité. Ils permettent une prise en charge globale des personnes en situation de précarité. Le réseau remet en cause une organisation de l'offre de soins trop segmentée pour adopter une structuration horizontale de l'offre de soins par pathologie ou par population l'articulation avec l'ensemble du système de soins incluant la médecine de ville, le secteur médico-social et la psychiatrie doit être développée. Les réseaux sont aussi divers dans leur forme que dans leur composition, leur aire d'activité... Ils ne sont pas dénombrables.

Le développement des réseaux de santé a d'ailleurs constitué un axe important de la politique de santé publique (cf. article 84 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002). Les réseaux permettent une transversalité d'action en mêlant sanitaire et social d'une part, en favorisant le partenariat et la cohérence d'action des différents acteurs de la santé d'autre part. Cependant les réductions

³⁴ QES n° 179, septembre 2012.

budgétaires, la difficulté de positionnement pour ces entités aux confluents de divers champs d'action et pourtant parfois très (trop ?) spécialisés, la complexité de l'évaluation de leur action et l'hétérogénéité de leurs formes aboutissent aujourd'hui à la fragilisation d'une partie d'entre eux. Il conviendrait de mieux valoriser les apports des réseaux qui ont fait leur preuve et d'asseoir de manière plus concrète leur financement, trop fractionné aujourd'hui, donc instable.

On compte environ 1700 **centres de santé** (médicaux, dentaires, infirmiers ou polyvalents). Ce sont des structures de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, et qui mènent, outre des actions de santé publique, de prévention, d'éducation thérapeutique, et d'éducation de la santé des actions sociales : elles accueillent donc de manière privilégiée des patients précaires, y compris d'un point de vue financier dans la mesure où elles pratiquent le tiers-payant obligatoire et respectent les tarifs opposables et les règles de dépassement. La recherche conduite par l'IRDES visant à explorer la spécificité de 21 centres de santé polyvalents, principalement municipaux, soit 5 %, de ceux existants en France, montre que les personnes recourant aux centres de santé en médecine générale sont socio-économiquement plus défavorisées et déclarent un état de santé plus dégradé.

Enfin, prenant acte des difficultés économiques rencontrées par les centres de santé, mais considérant que ces structures « garantissent un accès effectif aux soins pour des millions de nos concitoyens » ce qui nécessite de « sécuriser leur financement », la ministre de la santé vient de confier une mission à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le modèle économique des centres de santé.

Il existe à ce jour **279 maisons de santé** en fonctionnement assez également réparties entre les zones urbaines et rurales - et 273 en projets (seuls sont pris en compte les « projets » dont le degré de maturité permettrait un éventuel financement par l'ARS). Ces structures doivent faciliter l'accès aux soins de premier recours en général. Elles sont le lieu d'expérimentation de nouveaux modes de tarification (hors tarification à l'acte) en raison de la coordination qu'elles apportent. L'accueil des populations en difficulté au sein de ces structures devrait être facilité dans l'avenir, notamment au regard de la politique volontariste du gouvernement en matière d'accessibilité financière.

3.2 Les fonctions d'une première ligne : accueillir, informer, conseiller, orienter

On ne sait pas où aller, on ne sait pas comment faire, on ne sait pas combien on va devoir payer, on ne sait pas si nous avons le droit, on ne sait pas ce que l'on va nous dire...A entendre la multiplicité de ces demandes portées par des usagers du système de santé ou par ceux qui les accompagnent ou les représentent dans le cadre d'associations - associations généralistes ou davantage tournées vers les usagers à faibles ressources- la difficulté à entrer dans le système de soins est un véritable leitmotiv. Probablement autant que les raisons financières, cette difficulté à s'orienter dans le système de santé conduit bien des personnes à recourir aux urgences dont l'accueil suscite certes des temps d'attente mais dont la visibilité est toujours très forte. A cette faiblesse de l'accueil initial viennent se surajouter la complexité d'un système qui peine parfois à informer, à conseiller et à orienter. Ce sont ces missions qui devraient d'abord être prises en charge par un service public local d'accès à la prévention, aux soins et à la santé.

3.2.1 L'accueil

Si les conditions matérielles de l'accueil dans le système de santé et de protection sociale se sont considérablement améliorées au cours des dernières décennies on note encore une série de difficultés qui sont autant de pistes d'améliorations souhaitables :

- Confrontés à des tensions sur leurs budgets, les organismes ont eu tendance à renforcer leurs fonctions centrales au détriment des fonctions périphériques. Or l'accueil est souvent rangé au rang de ces dernières. Cela se traduit par une réduction du nombre des postes d'accueil, parfois par des compétences moins développées et par des contraintes de temps pour les personnels qui occupent ces postes. Le non remplacement de certains départs à la retraite, mais aussi l'arrivée dans les accueils de l'assurance –maladie de situations complexes ou de personnes soucieuses de se voir ouverts leurs droits ou remboursés rapidement des avances de prestations, tout cela conduit parfois à des pressions trop fortes qui mettent à mal le personnel d'accueil et dégradent la qualité des services d'où des engorgements dans les accueils de certaines caisses à certaines périodes.
- Au fil des dernières années, les discours des acteurs politiques sur l'assistanat, sur la fraude conjugués à la réduction des crédits ont conduit les organismes à augmenter les demandes de documents permettant de contrôler la réalité des situations des personnes. Ces demandes multiples complexifient l'élaboration des dossiers, obligent les personnes à se présenter à plusieurs reprises aux guichets pour rassembler tous les documents nécessaires. Avant d'accueillir des personnes le risque existe que l'on cherche surtout des fraudeurs.
- Rares sont les organismes qui conservent une fonction généraliste. Lorsqu'une personne se présente à un guichet, c'est pour obtenir le bénéfice d'une prestation, pour une recherche d'emploi ou pour une formation ou un logement. La réponse se situe logiquement dans le droit fil de la demande. Cet accueil en tuyaux d'orgue possède sa rationalité. Pour les populations en situation de précarité, les questions de logements, d'emploi, de prestations familiales et de santé sont très souvent entremêlées et l'expérience déjà ancienne des accompagnateurs d'insertion des allocataires du Rmi montrait l'intérêt d'un regard polyvalent. On retrouve cette logique dans les missions locales qui accueillent les jeunes, dans certains services sociaux qui conservent une logique de polyvalence, dans certaines associations, soucieuses d'accompagner les personnes en difficultés, mais en règle générale, l'accompagnement global des personnes en difficultés tend à s'affaiblir.
- L'introduction des accueils automatisés sous la forme de plateformes téléphoniques, déjà maintes fois dénoncée³⁵ constitue plus souvent un handicap qu'une aide.
- Enfin, la barrière de la langue constitue un obstacle difficilement franchissable surtout lorsqu'il s'agit de populations d'origine slave ou asiatique qui ne possèdent pas la possibilité d'utiliser à minima le français.

A ces tensions des réponses existent. Il peut s'agir d'abord d'intégrer la complexité des situations dans le processus de travail. En règle générale, il faut considérer que le temps de l'accueil des personnes en situation de précarité doit être plus long. Cet allongement doit trouver une traduction dans les normes

³⁵ Voir les propos de Delevoye, alors médiateur de la République

de travail aux guichets comme dans les consultations de premiers recours et être intégrée dans les négociations conventionnelles ou pour l'élaboration des contrats d'objectifs.

La réponse passe aussi par une meilleure formation des personnels. S'agissant de la formation des médecins et personnels médicaux, des universités et Médecins du Monde se sont associés pour développer des diplômes d'université. Ces initiatives sont intéressantes et méritent d'être généralisées. On remarque toutefois qu'elles ne concernent souvent que des professionnels déjà militants et que la formation aux questions relatives à la lutte contre les inégalités et la précarité devrait être développée dans le cursus même des études médicales, dans le cadre du deuxième cycle des études médicales mais également dans la préparation de l'internat. Pour les personnes d'accueil des collectivités locales et des organismes de protection sociale, on vérifiera que les référentiels de formation comportent systématiquement un module sur ces thèmes. Peut être encore plus que de formation technique, il importe de casser les images développées ces dernières années, renforçant le lien entre fraude, pauvreté et précarité. On sensibilisera plutôt les agents d'accueil à rechercher l'existence de phénomènes de non recours ou de renoncement aux soins.

On constate une assez grande hétérogénéité dans les conditions d'accueil des organismes de protection sociale. Dans certains départements les professionnels et les associations regrettent et parfois dénoncent le recul de la présence des agents des CPAM. Dans d'autres départements, la mise en place d'innovations comme les « guichets du savoir » et les permanences mobiles se développent remplaçant les présences physiques par des dispositifs automatisés : si une grande partie des personnes gagnent du temps dans leurs démarches, les personnes en situation de précarité - ou celles dont les dossiers sont plus complexes - se trouvent mises un peu plus à l'écart.

Certaines communes ont mis en place des fonctions de médiateurs santé. A l'interface entre les utilisateurs et le système de soins, ces médiateurs, que le CISS désigne parfois de façon fort juste sous le nom de facilitateurs mobiles, peuvent informer, conseiller, et orienter, ils peuvent, le cas échéant aller jusqu'à réaliser un accompagnement physique des personnes auprès des institutions de santé. Les délégués solidarités de la CPAM, par exemple dans les Hauts de Seine correspondent également à ces profils.

Pour faire face aux litiges, les CPAM ont créé des fonctions de conciliateurs qui interviennent en recours. Leur existence reste trop peu connue, y compris des travailleurs sociaux. A ces fonctions support de la première ligne, il faut aussi ajouter la nécessité de développer la présentation des documents dans des langues différentes, et l'extension des services d'interprétation sous leurs différentes formes – bénévoles, professionnels, physiques ou par téléphone. Enfin, la complexification des dossiers montre l'intérêt de consultations juridiques très spécialisées sur le modèle de celles développées par l'association « Droits d'urgence ».³⁶

La critique souvent faite aux plateformes télématiques, si elle porte surtout sur les téléphones à choix multiples et les numéros d'appels payants ne doit pas conduire à négliger les sites internet dont certains sont de très bonne qualité informative et dont l'Inca³⁷ constitue avec d'autres un bon exemple pédagogique. Il serait intéressant d'intégrer dans les procédures de labellisation un critère d'accessibilité aux personnes à faibles ressources culturelles.³⁸

³⁶ Droits d'Urgence, 1, Passage du Buisson Saint-Louis, 75010 Paris, www.droitsdurgence.org

³⁷ www.e-cancer.fr

³⁸ Par exemple dans le cadre du label HONcode

3.2.2 Une information systématisée pour réduire l'opacité du système de santé

Pour beaucoup, et bien au delà des personnes en dessous du seuil de pauvreté, le système de santé est devenu opaque. Lorsque le principe du déclaratif est de moins en moins admis et que toute demande tout doit être justifiée, avec des demandes des justificatifs parfois variant d'une caisse à l'autre, lorsque des personnes, des jeunes en particulier, sont dans l'incapacité de faire la différence entre une complémentaire santé et la sécurité sociale de base, lorsque les personnes en ALD doivent renouveler leur demande de reconnaissance selon une périodicité qui ne leur est pas toujours communiquée au moment de l'octroi de l'ALD, et que certaines pathologies font l'objet de renouvellement et d'autres non, le découragement gagne des patients, découragement dont la conséquence est parfois un abandon des soins engagés. Cette opacité concerne également les complémentaires santé tant en ce qui concerne leur régime, mutuelle ou organismes d'assurance, que la définition des paniers de soins proposés.

Face à ces difficultés d'accès, particulièrement fortes pour les populations précaires, un effort important est à réaliser en matière d'informations. Trois directions sont possibles :

- On sait d'abord qu'une partie des non recours est liée à la méconnaissance par les personnes de l'existence de services et ensuite qu'elles peuvent considérer que ces services ne leur sont pas accessibles. La réponse à cela passe par les formes de diffusion classique. On peut imaginer que le Fonds CMU rappelle l'existence des aides aux complémentaires ou que les hôpitaux mettent l'accent sur leurs permanences d'accueil et d'accès aux soins recommandant leur usage lorsque celui ci peut remplacer le recours aux urgences. De la même manière, l'usage du tiers payant social reste encore trop limité.

- le recours aux média, sous des formes diverses, mobilisant en particulier les média régionaux et locaux, doit être complété par des approches plus dynamiques et plus proactives. La valorisation des démarches de type « aller-vers » ne doit pas uniquement être appliquée à propos des pratiques de soins mais également en matière de transmission de l'information. On pourrait imaginer qu'à l'occasion de rendez-vous que peuvent avoir les citoyens avec certaines institutions soient rappelés un certain nombre de messages en matière de protection sociale permettant aux personnes d'être plus attentive à leur situation personnelle. Chaque contact avec le système de santé devrait permettre de vérifier et le cas échéant de réactualiser les droits des personnes en matière sanitaire et sociale. On pourrait imaginer que cette actualisation fasse l'objet d'une intervention spécifique d'une durée limitée, de l'ordre de 6 mois à un an, au cours de laquelle, les administrations concernées, les professionnels, quel que soit le point d'entrée dans le système sanitaire et social vérifieraient systématiquement la situation des personnes en matière de droits sanitaires et sociaux – Cette actualisation généralisée devrait être financée et accompagnée de la diffusion aux personnes d'un document d'information – disponible en plusieurs langues – accessible sur le Net. En complément les professionnels et les services et institutions seront munis d'une check-list des points à vérifier avec les personnes. Il faudrait également s'organiser pour que l'entrée dans le parcours de soin via les urgences en phase aigue soit un passage obligatoire d'entrée dans le système de soins administratifs : médecin traitant déclaré d'urgence, ouverture des droits au lit des malades. D'autres moments peuvent être également utilisés pour réaliser cette sensibilisation : la visite d'embauche, les journées Défense et Citoyenneté, les visites prénatales, les bilans de santé.

- Il ne suffit pas d'informer, encore faut-il que l'information ne soit pas contre-productive et que les messages délivrés ne contribuent pas à renforcer les inégalités. On sait, par exemple, qu'une large partie des messages de prévention est principalement assimilée par les populations les plus éduquées.

Il y a là des travaux de recherche à développer pour doter les campagnes de prévention de type universelle d'une dynamique propre à réduire ces effets négatifs ³⁹ et à inventer des campagnes ciblées sur les populations à bas revenus.

3.3 Prévenir, dépister, soigner.

La première ligne du système de soins ne doit pas qu'accueillir et informer, elle doit aussi prévenir, dépister et bien entendu soigner. C'est le lien entre ces trois fonctions qu'il nous paraît important de réinterroger, et cela de trois manières différentes :

3.3.1 Rapprocher prévention, dépistage et soins.

La construction du système de soins est profondément inspirée par les problématiques d'une part de la lutte contre les pathologies transmissibles et en particulier la lutte contre la tuberculose, mais également contre l'alcoolisme, et d'autre part par le développement de la médecine libérale entre les deux guerres et au moment de l'instauration de la Sécurité sociale. Ces problématiques ont généré une coupure nette entre la prévention et, secondairement, le dépistage et le soin. Aux médecines sociales comme la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile ou la médecine du travail, la prise en charge de la prévention et du dépistage des populations, aux médecins le rôle de soigner leurs clients. Les jonctions entre les deux étant faibles. Les médecins ne se voyant pas financièrement rémunérés pour leur activité de prévention et les secteurs de la médecine sociale ne pouvant, dans la plupart des cas, que donner un avertissement ou un conseil de soins, libre aux intéressés de la suivre ou non. Là encore ce système est devenu préjudiciable aux uns et aux autres, l'Etat et les collectivités ont peiné à maintenir un système de prévention rapprochée et les médecins se sont repliés sur le noyau dur – et financé- de leur activité. Les populations les plus pauvres ont été les plus victimes de cette double évolution.

Des médecins ont choisi des modes d'exercice soignant qui permettaient de pratiquer une médecine plus sociale, dans le cadre de centres de santé ou d'autres formes de médecine salariée. Cette pratique reste largement minoritaire. Il est probable que nous sommes au début d'un changement de tendance qui fait que de jeunes médecins s'intéressent de façon plus nette à des formes d'exercice salarié. Les conventions qui intègrent des forfaits au sein d'une médecine à l'acte vont également dans ce sens. Il serait certainement utile de développer un mouvement inverse, en donnant aux praticiens qui exercent en médecine sociale des fonctions de dépistage et de prévention d'aller davantage vers des activités de soins. Cela serait possible, par exemple, si les assurances sociales prenaient en charge des actes effectués directement par des médecins scolaires et surtout des médecins de PMI.

3.3.2 Redonner une place plus importante au dépistage et aux bilans de santé.

Une publication épidémiologique récente indiquait que le nombre de cas de tuberculose déclarés en 2010 était de 5 187 ce qui représentait une baisse de 1,7 % par rapport à 2009. Les régions présentant les plus forts taux de déclaration étaient l'Île-de-France et la Guyane Les taux de déclaration étaient élevés parmi les personnes sans domicile fixe et celles nées à l'étranger, notamment dans des pays à forte prévalence de tuberculose. Les auteurs de l'article indiquent que si les données de surveillance de

³⁹ Des travaux de cette nature ont été engagés par l'INEPS et l'EHESP dans le cadre d'une chaire commune dont le titulaire est le Pr. Eric Breton.

la tuberculose témoignent d'une baisse des cas déclarés en 2009 et en 2010, l'augmentation des taux de déclaration dans un certain nombre de départements franciliens, même si elle est très limitée, et les taux élevés retrouvés dans certains groupes de population doivent inciter à ne pas relâcher les efforts de lutte antituberculeuse dans un contexte de fortes disparités.⁴⁰ Ces résultats, dont on voit qu'ils concernent en priorité les couches de population les plus en difficultés conduit à préconiser un renforcement d'une politique de dépistage face au retour de pathologies que l'on croyait disparues ou en forte régression. Cette politique de dépistage passe par un renforcement des structures de prise en charge : protection maternelle et infantile, santé scolaire, médecine du travail, et centre d'exams et de bilans de santé.

On pourrait imaginer de focaliser une plus grande attention en matière de bilans et de dépistage sur la population des bénéficiaires des minima sociaux, et plus particulièrement des allocataires du revenu de solidarité active. Les travaux sur le revenu minimum d'insertion montraient que 20 % des allocataires ne pouvaient s'engager dans des démarches de recherche d'emploi pour des raisons de santé. Il est probable que des chiffres voisins peuvent s'appliquer aux bénéficiaires des allocataires du RSA socle. Une action de bilan de santé plus massive permettrait de conforter ces chiffres, d'avoir une meilleure vision de l'état de santé de ces personnes et surtout d'appliquer des politiques de soutien et d'accompagnement plus cohérentes et plus efficaces.

3.3.3 Accueillir sans exigences et orienter vers le soin

L'accès aux soins suppose chez les personnes malades une perception de la douleur et une conscience de la maladie ou tout au moins du besoin de se faire soigner. Ces préalables ne sont pas toujours réunis. On sait par ailleurs que l'intensité de la perception des symptômes pathologiques est directement liée au niveau de capital culturel des personnes. La réponse à cette situation consiste à inventer des formes d'accueil pour lesquelles la santé n'est pas première mais participe d'une offre de service globale.

C'est le cas, par exemple, de la présence des référents santé dans les missions locales ou dans les points d'accueil des jeunes ou encore de l'importance du travail de sensibilisation à la santé réalisé par les plannings familiaux. A ces structures dont l'existence doit être confortée, il importe d'adjoindre pour les populations à la rue des accueils à très bas seuil d'exigence, dont la mission ne soit pas de réinsertion mais simplement, de mise à l'abri, de protection et de repos momentané. Il s'agit sur le modèle de l'Abri de Metz⁴¹ de créer des accueils sans condition préalable, ne demandant pas plus aux personnes que ce qu'elles peuvent accepter dans ces moments de dénuement les plus importants, où même le respect des normes sociales est difficilement entendable. La possibilité d'entrer et de sortir librement constitue également une des conditions de fonctionnement de ce type de structure qu'il faudrait pouvoir développer en s'appuyant sur les quelques expérimentations existantes.

Dans le même état d'esprit relatif aux populations en très grande marginalité, on n'échappera pas à une réflexion éthique sur les propositions d'obligation de soins pour les personnes à la rue. Il serait bien qu'une conférence de consensus rassemblant des spécialistes de l'éthique, des pouvoirs publics, des associations et des usagers puisse se tenir pour faire des préconisations sur cette question qui se repose à chaque hiver.

⁴⁰ BEH, n° 24-25. 2012

⁴¹ L'Abri, 10 bis rue Mazelle, 57000 Metz

4. Articuler ces dispositifs dans un service public ancré sur des territoires pertinents

4.1 Des outils dans les territoires dont l'articulation et la coordination doivent être renforcées

Créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles ont notamment pour missions de définir la politique de santé régionale en liaison avec tous les acteurs, d'assurer la régulation et la coordination de leurs actions et de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé.

Plusieurs outils sont à la disposition des acteurs en région, parmi lesquels les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, les contrats locaux de santé et les commissions de coordination des politiques publiques.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), issu de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, constitue un programme prioritaire du projet régional de santé. Il doit permettre d'améliorer l'accès aux droits, aux services sanitaires et médico-sociaux de droit commun et d'adapter l'offre et le parcours de soins des populations en situation de précarité identifiées et dans les territoires retenus par les agences régionales de santé. La question d'un financement spécifique pour la mise en œuvre de ces programmes est soulevée par de nombreux acteurs. De même, un indicateur permettant d'évaluer et de suivre l'amélioration de l'état de santé des populations en situation de précarité pourrait être intégré dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS de façon à mesurer l'impact de ce programme obligatoire. Leur analyse conduira à repérer des bonnes pratiques ou des dispositifs innovants susceptibles de faire évoluer la prise en charge sanitaire des populations démunies.

Le contrat local de santé (CLS) constitue un outil de déclinaison transversale du projet régional de santé et de ses composantes. C'est un outil de coordination des acteurs sur un territoire donné pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il peut par exemple s'articuler avec des territoires où préexistent des démarches de contractualisation : le contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et l'atelier santé ville (ASV) dans les territoires de la politique de la Ville et le projet de territoire et le plan ou projet de santé en milieu rural. Un indicateur est spécifiquement prévu dans le CPOM (nombre de contrats locaux de santé signés au titre l'Art. L.1434 du code de la santé publique sur des territoires prioritaires urbains ou ruraux). Début 2012, le nombre de contrats signés s'élevait à près de 60 ; la cible affichée pour fin 2013 par l'ensemble des ARS s'établit aux environs de 250, dont 80 en Ile-de-France. Actuellement tous les CLS sont signés entre l'ARS avec une collectivité territoriale ; ils peuvent associer d'autres partenaires (DRJSCS, DDCS ou DDCSPP, caisses, préfets, établissement de santé, etc.).

Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé ont été prévues en application de la loi HPST. Elles associent les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au

travail et de la protection maternelle et infantile et dans les domaines de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social. Leur fonctionnement est diversement apprécié.

Pour autant, des difficultés d'organisation et de coordination ont été soulevées, en particulier entre les agences régionales de santé et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

L'ensemble des acteurs fait le constat que les problèmes de santé des populations précaires nécessitent d'être davantage pris en compte en partenariat et en complémentarité entre les deux réseaux. Le sujet est partagé par les deux réseaux et investi par les ARS, qui reconnaissent explicitement qu'il s'agit là d'un sujet important, impacté par la crise économique et sociale et par la scission entre le volet sanitaire et le volet social, telle que résultant de la RéATE et de la mise en œuvre de la Loi HPST.

Les travaux engagés entre les deux réseaux, sous l'égide du secrétariat général, doivent être poursuivis dans le cadre d'un pilotage étroit des directions d'administration centrale concernées et le pilotage territorial gagnerait à être renforcé.

La mise en place des ARS et des DRJSCS implique de trouver de nouvelles synergies pour travailler de façon cohérente sur l'accès effectif aux soins des personnes démunies. Un cadre général à cette collaboration a été fixé par l'instruction SG n° 2011-08 du 11 janvier 2011. Il paraît également nécessaire de clarifier le rôle de chacun dans la prise en charge des publics bénéficiaires de dispositifs et de prestations. Les DRJSCS font état de difficultés relatives à la prise en charge financière de certains dispositifs au croisement du sanitaire et du social (prise en charge sanitaire des personnes en CHRS atteintes du VIH, appartements relais accueillant des personnes séropositives ou des patients sous méthadone, le programme d'aide à domicile pour les malades porteurs du VIH, les maraudes médicalisées). Enfin, la question du territoire pertinent d'intervention reste très liée aux relations ARS / préfets de département qui peuvent être délicates à organiser.

4.2 Rechercher les complémentarités et travailler en réseau

La recherche d'articulations et de travail en réseau doit permettre de faciliter la prise en charge de populations en difficultés sociales, peu autonomes et facilement découragées par la complexité des parcours sociaux et de soins.

La pauvreté est un processus multidimensionnel et les personnes en situation de précarité présentent fréquemment un cumul de problèmes intriqués, ce qui rend particulièrement difficile leur prise en charge. Ainsi les professionnels d'un champ se sentent démunis pour résoudre à eux seuls les difficultés rencontrées par ces populations. Des intervenants sociaux se sentent incompetents pour les guider et les accompagner vers les soins ; des professionnels sanitaires ne savent pas comment prendre en charge certaines populations compte tenu de leurs difficultés sociales.

Des dispositifs aux frontières des deux champs ont trouvé leur place et se sont développés pour cette raison. Ainsi les LHSS et les LAM, combinent des compétences en matière sociale et sanitaire, et sollicitent les partenariats nécessaires en tant que de besoin. L'évaluation de l'action des LAM dans le cadre de l'expérimentation a montré que certains patients ont pu trouver place dans un établissement médico-social – ce qui n'avait pas pu être envisagé auparavant - grâce au travail et aux démarches menées par le personnel des LAM.

Les PASS présentent également comme avantage de mêler compétences sociales et médicales de manière étroite et permettent de ce fait de dénouer certaines situations. L'importance de l'inscription

dans le réseau social local pour orienter et faciliter la prise en charge des patients accueillis dans les PASS a d'ailleurs été soulignée dans le guide d'organisation des PASS de 2008

Mais au-delà de ces dispositifs dédiés, il convient de favoriser le décloisonnement dans tous les lieux d'accueil des personnes pour que leur situation puisse être traitée de manière cohérente.

En effet, la complexité du système de soins expose ceux qui savent le moins bien s'en servir à des discontinuités. Si un bilan de santé est réalisé sans « avant », ni « après », il en devient presque inutile. Il doit être accompagné d'explications, permettre ensuite un accompagnement par un médecin avec des moyens mobiles, le cas échéant pour le faire sur les lieux de vie.

Il est donc nécessaire de simplifier le parcours du patient. C'est au système de soins en accord avec l'ensemble du partenariat social de gérer la complexité des situations. Il convient de garantir au patient une fois le premier contact pris, que les soins qui lui sont nécessaires lui seront dispensés en même temps qu'un accompagnement social, sans qu'il lui soit besoin de solliciter de manière récurrente de multiples professionnels.

Pour ce faire, le travail en réseau est nécessaire et doit être valorisé. Comme l'ont souligné les partenaires auditionnés dans le cadre de la préparation de cet atelier, il convient de favoriser la construction de systèmes simples d'articulations directes, qui permettent de fluidifier les parcours de soins et de favoriser des prises en charge globales et coordonnées : médicales, psychologiques et sociales rapides.

Les exemples d'articulation opérants sont nombreux :

- un partenariat entre le Centre communal d'action sociale, les services de polyvalence de secteur, les centres de santé et la CPAM pour l'ouverture des droits ;
- établissement de relations entre les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) des établissements pénitentiaires, les CPAM et les associations pour aider à la prise en charge des sortants de prisons ;
- définition de conventions entre centres de santé et pharmacies pour l'accès aux médicaments ;
- La médecine scolaire, la PMI et les ateliers-santé ville...

Ces articulations dont le cadre de travail peut être fixé a priori par des relations conventionnelles se développent au cas par cas en fonction des besoins identifiés sur les territoires. Dans cet objectif, la mise à disposition d'outils simples de conventionnement, de guides d'élaboration et de moyens logistiques légers peut être de nature à faciliter la mise en place de ces articulations.⁴²

Dans son rapport de décembre 2011, la Cour des comptes recommandait de généraliser les **conseils locaux de santé mentale** regroupant sur un territoire l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les généralistes et leurs partenaires, notamment les collectivités territoriales. Il s'agit là encore d'un bon exemple de plateforme de concertation dont l'objectif est de définir sur un territoire des priorités et d'élaborer des projets en réponse aux problématiques locales.

⁴² Le guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » DGOS, octobre 2012, constitue un bon exemple de ces outils.

4.3 Asseoir un service public de première ligne

Toutes les pages précédentes ont montré la diversité et la multiplicité des acteurs qui interviennent sur les territoires. Cette diversité résulte largement de la juxtaposition de strates d'interventions de l'Etat, des collectivités territoriales comme des associations. Cet empilement qui serait déjà contre-productif dans une période de croissance et de ressources abondantes, devient véritablement un frein dans les moments de crise et de tensions. Chacun cherche à défendre son pré carré sans avoir toujours les moyens de ses ambitions. Par ailleurs, alors que des domaines sont mal couverts, il arrive que des offres de service soient redondantes. La réponse à cette situation passe par un rapprochement des différents acteurs sanitaires et sociaux qui agissent sur un même territoire. Par rapprochement, il ne faut pas entendre une modification des institutions et des statuts des personnes – cela relève d'un autre débat- mais bien la reconnaissance et la formalisation de liens qui sont dépendants de la seule bonne volonté des personnes. Le rapprochement exprime d'abord la volonté des uns et des autres de se mettre autour d'une table pour partager leurs expériences, pour élaborer des projets, pour évaluer leurs actions, mais aussi pour construire, jusqu'à dans la clinique du quotidien, des réponses adaptées, concertées et personnalisées aux personnes qui s'adressent à eux.

Ce rapprochement pour avoir une chance de fonctionner doit d'abord se faire dans l'affirmation de valeurs partagées : la lutte contre les inégalités sociales de santé, l'universalité des réponses, l'exigence de solidarité, la primauté de l'éthique constituent un premier corpus de ces valeurs partagés. Elles devraient pour être davantage visibles s'inscrire dans une charte communicable aux populations. Ces valeurs sont celles des services publics. Nous proposons, par conséquent, de parler de service public local de santé de première ligne. Ce service public ne répond pas aux demandes d'une clientèle mais il apporte des réponses aux besoins de la population résidant sur son territoire d'implantation. On peut penser qu'une telle inscription, au delà d'une meilleure organisation de l'offre de soins et de services sociaux serait de nature à conforter les professionnels et les militants associatifs dont la bonne volonté se heurte aux tensions du moment.

Ce service public de santé de première ligne pour fonctionner doit disposer d'une animation organisée conjointement par les représentants de l'Etat (ARS et DRJSCS), les collectivités locales, les représentants des professionnels, des associations et des usagers. Il participe à la définition des besoins de santé sur le territoire et contribue à l'organisation des réponses sous la forme de projets territoriaux de santé.

Ce service n'est pas une nouvelle couche dans le « millefeuille », il résulte de la mise en commun de moyens et de projets sur une base conventionnelle de proximité assurant la continuité au delà des engagements personnels.

5 – Faciliter l'accessibilité à la santé et aux soins

A partir de 1992, l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale conduite depuis 1988 par l'IRDES a introduit une question portant sur le renoncement aux soins pour raisons financières. En 2008, 16,5 % de la population métropolitaine déclarait avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. C'était le cas de 30 % des personnes non protégées par une complémentaire, contre 22 % des bénéficiaires de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) et 15 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée. Ainsi, même si la CMU-C ne permet pas de combler totalement l'écart entre ses bénéficiaires et les personnes ayant une complémentaire privée (6 points en 2008), les bénéficiaires renoncent beaucoup moins que les personnes n'ayant pas de complémentaire.

La notion de renoncement aux soins a connu un vif succès dans le débat public en dépit des incertitudes qui entourent encore ce concept⁴³. Si elle contribue à fournir une indication sur une large partie des freins, en particulier financiers, qui réduisent les possibilités d'accéder aux soins, elle ne rend pas entièrement compte des raisons plus personnelles et culturelles qui font qu'une personne n'utilise pas, mal ou pas assez, le système de soins. Renoncer à des soins suppose un acte volontaire à partir du constat de l'existence d'un besoin de soins. Pour beaucoup de personnes, adolescents ou jeunes adultes, personnes en souffrance psychiques, le besoin de santé n'est pas forcément reconnu. La notion de non-recours, moins bien documentée statistiquement, apparaît plus large et différente.

5.1 Le non-recours aux soins, une approche plurielle.

Au delà de l'aspect financier, objet du paragraphe suivant, le non recours aux soins a de nombreuses causes. L'accessibilité géographique en constitue l'une des mieux documentées et, a priori, ne devrait pas constituer un obstacle majeur si l'on considère les travaux de la DREES⁴⁴ et de l'IRDES. Ces derniers montrent que 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes⁴⁵. Selon ces mêmes travaux, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moins de 15 minutes par la route. 95 % de la population peut accéder aux soins hospitaliers en moins de 45 minutes et les trois quarts en moins de 25 minutes. Des inégalités persistent toutefois, en particulier pour les régions rurales à faible densité de population et l'IRDES indique que depuis 1990 la distance moyenne d'accès aux soins a augmenté pour certaines spécialités dont la pédiatrie.

Si globalement la situation peut être considérée comme satisfaisante, elle peut poser des problèmes pour des populations pauvres qui ne disposent pas de voiture, ce qui est souvent le cas en milieu rural, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées. Cela a conduit quelques communes à organiser des transports collectifs, une ou deux fois par semaine, en direction de la ville voisine ou de l'hôpital. Ces expérimentations peuvent relever uniquement du domaine de l'accès à la santé ou, plus largement, s'insérer dans une politique d'aide aux services locaux. C'est, par exemple le cas du service de transport public de la région de Loudéac qui a développé avec « le Tibus », un service de mobilité permettant de joindre facilement le centre ville à l'hôpital et à la polyclinique.

Les études précédentes montrent également que la distance géographique n'est pas le seul paramètre à prendre en compte. La présence d'un ophtalmologiste à 15 minutes de voiture n'empêche pas que le rendez-vous demandé ne soit accordé que dans deux ou trois mois. Autant que l'accessibilité géographique, la disponibilité du praticien, sa présence même sur le territoire, est ici en jeu.

Le non recours est aussi souvent lié à une méconnaissance des dispositifs. Les responsables ou les référents santé des missions locales n'ont pas manqué de faire part de leur surprise et de leurs

⁴³ sur les notions de renoncement et de non recours, voir les travaux de l'ODENORE, (www.odenore.msh-alpes.fr) mais également les actes du Colloque organisé par la DREES sur le thème du « Renoncement aux soins », Coll. Etudes et statistiques, ainsi que deux documents de travail de la DREES : « *le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne* » de Pierre Chauvin, Emilie Rénahy, Isabelle Parizot et Julie Vallée, n° 120, mars 2012, et « *le renoncement aux soins pour raisons financières* » de Caroline Despres, n°119, mars 2012.

⁴⁴ Muriel Barlet, Clémentine Collin, Mélanie Bigard et David Lévy, « Offre de soins de proximité ne rime pas toujours avec accessibilité », Drees, *Etudes et résultats*, n° 817, octobre 2012.

⁴⁵ Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Véronique Lucas-Gabrielli, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, Qes, n° 164, avril 2011

inquiétudes à recevoir des grands adolescents et des jeunes adultes ne sachant pas où s'adresser pour un problème de santé, confondant le médecin du travail et le généraliste de quartier. Tel pharmacien indiquait recevoir régulièrement des jeunes adultes ne faisant pas la différence entre la carte vitale et une carte de crédit ordinaire. Entre régime général, assurances sociales, régime agricole, assurances et mutuelles, reste à charge, franchise, tiers payant, il y a là une cartographie à préciser, à expliquer. Les sites internet sont souvent trop complexes et s'adressent plutôt aux spécialistes qu'aux béotiens, et l'on ne s'étonnera pas que les forums et les blogs regorgent de conseils, mais aussi de beaucoup d'erreurs lorsqu'il s'agit d'orienter tel ou tel demandeur dans le système de soins.

Le manque de connaissances sur le système de santé est d'autant plus important que ce système est d'une grande complexité surtout lorsqu'il s'adresse aux personnes les plus pauvres. Ces dernières peuvent bénéficier de la CMU de base, si elles résident en situation régulière et stable sur le territoire et ne peuvent être affiliées à un autre titre ; mais aussi de la CMU complémentaire si leurs ressources sont inférieures à un certain seuil, et lorsque leurs ressources dépassent ce plafond, elles peuvent recourir à une assurance complémentaire, oui mais laquelle ? Internet propose bien quelques comparateurs mais ceux-ci n'entrent pas très loin dans les détails des prestations. Sous conditions de ressources, elles pourront bénéficier d'une aide à la complémentaire santé (ACS). Si l'on ajoute que les caisses d'assurance maladie peuvent proposer des aides supplémentaires à l'achat des complémentaires, alors, comment s'y retrouver ? Comme dans bien d'autres domaines, l'empilement des dispositifs, la juxtaposition des législations, sont ici de véritables obstacles à l'accès aux soins pour toutes et tous, mais encore plus pour les personnes à faibles ressources financières et culturelles.

L'origine des non recours aux soins peut être inscrite plus profondément dans la trajectoire et la vie personnelle. Se soigner, c'est, pour certains, faire un véritable effort sur soi même pour reconnaître les symptômes de sa maladie, pour oser se présenter devant un médecin, malgré la fatigue, le manque d'argent, l'impossibilité d'un effort supplémentaire. Toutes ces circonstances font que le soin ne sera pas définitivement refusé, mais différé, parce que d'autres priorités comme chercher un travail, un logement, ou simplement de la nourriture, occupent le temps jusqu'à l'excès. Lorsque la situation est trop détériorée, pour soi même ou le plus souvent pour un enfant, le recours aux urgences devient inévitable. Il y a des situations dans lesquelles le soin est commencé, mais par lassitude ou par économie, abandonné, différé de nouveau, jusqu'à la prochaine crise, jusqu'au nouveau retour aux urgences.

Enfin, il arrive que les abandons de soins ou de recours à la protection sociale tiennent à des effets de guichet. Lorsque le temps réservé à l'accueil au guichet est trop court, lorsque les dossiers sont trop complexes, lorsque la barrière des langues se fait trop contraignante, lorsque les files d'attentes s'allongent, il arrive que l'énervement gagne de chaque côté du guichet. Il ne faut pas non plus sous estimer l'incidence de la suspicion de fraude qui a pu se développer ces dernières années et conduire les agents du guichet à craindre d'avantage les recours excessifs que leur absence.

L'ensemble de ces constats conduit à suggérer le développement de la formation, de l'information, la présence de médiateurs et de traducteurs, la croissance des interfaces, l'évolution vers un système de soins plus accompagnant.

5.2 Un facteur clef : l'accessibilité financière

Le renoncement aux soins pour raison financière touche tous les individus mais est plus prononcé chez les plus modestes pour lesquels il concerne les soins de premier recours, ce qui n'est pas le cas pour les catégories aisées de la population. Ceux qui déclarent avoir renoncé ont effectivement une sous consommation de soins, préjudiciable à leur santé. Le renoncement financier au soin est fortement lié au revenu et au statut social. Le facteur décisif est l'existence d'une assurance complémentaire et son degré de couverture. Ce sont avant tout les individus les moins protégés par une assurance privée qui doivent affronter les obstacles financiers les plus importants. Or, les complémentaires-santé sont très inégalement réparties. Alors que la couverture complémentaire s'est largement développée en France ces dernières décennies, il reste une frange non négligeable de la population qui en est dépourvue (6,7 %), en dépit de la création de la CMUC (7%). Le coût de l'assurance complémentaire est fonction du revenu. Le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire (mesuré par l'IRDES) varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (hors CMUC). De plus, 2/3 des salariés ont accès à une complémentaire par l'intermédiaire de leur travail sous forme de contrat collectif ou individuel via l'employeur. Le pouvoir couvrant de la complémentaire santé est ainsi fonction des positions sur le marché du travail et l'accès à la complémentaire reproduit les inégalités dans l'emploi⁴⁶. Le niveau des complémentaires est déterminant.

Ainsi ceux qui ont le plus besoin d'un accès sécurisé aux soins sont aussi les moins bien protégés par une assurance complémentaire. Les inégalités d'accès aux soins ne viennent pas contrecarrer les inégalités d'état de santé : elles les creusent et pour le résumer d'une formule : plus on est pauvre, plus on est malade, moins on est couvert.

Dans ce contexte, le transfert de charge de l'assurance publique vers l'assurance complémentaire accroît ces inégalités car le moindre euro transféré à la complémentaire est un euro d'inégalité. Si le retrait de l'assurance publique est général en Europe sous l'effet du durcissement des tickets modérateurs, des forfaits et franchises, il prend en France davantage la forme d'un transfert vers l'assurance complémentaire que d'un paiement direct des ménages. La part de la Sécurité sociale dans la structure de la dépense courante de soins et biens médicaux a perdu 2 points depuis 1995 pour s'établir à 75.5 en 2011 contre 13.7 pour les complémentaires (+ 1.5) et 9.6 pour les ménages (en croissance depuis 2004). L'érosion de la part de la Sécurité sociale et la hausse concomitante de la part complémentaire est particulièrement nette pour les soins courants qui ne sont plus remboursés qu'à 60 % et qui sont précisément les soins que renoncent à acquérir les plus pauvres du fait des obstacles financiers⁴⁷.

⁴⁶ DOMIN, J P (2010) « L'assurance maladie complémentaire, vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi », *Les notes de l'IES*, n°14. ;

KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M., ROCHEREAU T. [2008], « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, IRDES n° 132 ;

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011) La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès *Questions d'économie de la santé IRDES* n° 161;

ARNOULD M.-L., VIDAL G. [2008], « Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats*, n° 663 ;

GUILLAUME S., ROCHEREAU T. [2010], « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », *Questions d'économie de la santé*, n° 155.

⁴⁷ LE GARREC A M., BOUVET M., KOUBI M. Les Comptes nationaux de la santé en 2011, DRESS, Etudes et résultats, N° 809 • septembre 2012.

Les populations les plus fragiles dont l'état de santé est le plus détérioré sont celles qui souffrent le plus du défaut de couverture santé publique organisé par les pouvoirs publics⁴⁸. En rendant le soin plus cher pour les plus pauvres qui sont aussi les plus malades, ces derniers sont dans l'obligation de consacrer une partie plus importante de leur budget aux soins de santé et donc à sacrifier d'autres postes de consommation dont certains sont utiles pour la santé : alimentation, hygiène, habitat. L'érosion de l'état de santé des plus fragiles est source d'externalités négatives pour la société. Les barrières financières introduites dans l'accès aux soins peuvent induire, au delà des menaces pour la santé des individus eux-mêmes, un risque collectif de propagation des maladies et d'altération du bien être collectif nécessitant de nouvelles dépenses publiques.⁴⁹

5.2.1 La CMU, une avancée à conforter

La CMU de base permet à toute personne résidant en France de manière stable et régulière de bénéficier des prestations en nature maladie et maternité du régime général. Elle est gérée par les caisses du régime général. Elle requiert de ne pas avoir droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance maladie ni à titre personnel ni en qualité d'ayant droit et de résider en France depuis plus de trois mois. Ouverte pour la période du 1^{er} octobre de l'année n au 30 septembre de l'année n +1, elle est sujette à cotisation pour les personnes dont les revenus du foyer⁵⁰ sont supérieurs à 9 356 euros pour la période d'octobre 2012 à septembre 2013. Ces cotisations s'élèvent à 8 % des revenus dépassant le seuil et ne concernent que 5 % des assurés.

La CMU-C est une complémentaire gratuite sous conditions de ressources (661 euros par mois pour une personne seule depuis le 1^{er} juillet 2012). Elle est attribuée sous réserve des mêmes conditions de régularité et stabilité de résidence que la CMU de base, quel que soit le régime d'Assurance maladie. Il faut en faire la demande. Ce dispositif sous conditions de ressources permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires (dans la limite des tarifs fixés par les arrêtés) concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audioprothèses...) Financé intégralement par une taxe sur les organismes complémentaires, le dispositif comprend près de 4,5 millions de bénéficiaires.

Des considérations financières ont fait que le seuil de perception a été fixé au départ à 88% du seuil de pauvreté (lui-même à l'époque fixé à 50% du revenu médian), ce qui excluait de fait les personnes percevant le minimum vieillesse et l'allocation d'adulte handicapé. Pour remédier à cet effet de seuil, la loi du 13 août 2004 a instauré ce qui fut nommé, crédit d'impôt, puis chèque santé, puis enfin aide pour une complémentaire santé (ACS). L'ACS prend en charge une partie de la cotisation annuelle à une complémentaire santé si les revenus de la personne ne dépassent pas un plafond annuel. Elle est

⁴⁸ BATIFOULIER P., DOMIN J.P., ABECASSIS (2010), « Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire », *Economie appliquée*, n°4, p. 171-194.

BATIFOULIER P (2010) « La désocialisation de la santé en France. Un choix politique inégalitaire mais aussi inefficace », *Les notes de l'IES*, n°16.

BATIFOULIER P., PAREL V. « La prise en charge médicale des personnes précaires : une nécessité économique », dans Brechat P-H, Lebas J. (eds) : *Innover contre les inégalités de santé*, (Chapitre 5) Presses de l'EHESP, 2012.

KERLEAU M., OUTIN J-L. (2011), « Pauvreté et CMU : fragilité des populations, fragilité des droits » dans Batifoulier P., Buttard A., Domin JP. (eds) *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice. Autour des travaux de M. Gadreau*, ESKA, pp. 171-182.

⁴⁹ Les deux paragraphes précédents sont repris de la contribution de Philippe Batifoulier.- *Economiste*-

⁵⁰ Il s'agit du revenu fiscal de référence de l'année n

accordée sous la forme d'un bon d'achat à remettre à une complémentaire santé. Ce montant correspond à environ la moitié du prix d'achat moyen d'une assurance complémentaire santé. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est possible pour les personnes ayant un revenu mensuel inférieur au seuil de la CMUC majoré de 35 % soit 661 € + 35% soit 893 € par mois. Pour en bénéficier, il faut être assuré social et en faire la demande. L'aide est progressive en fonction de l'âge. Sur leurs fonds d'action sociale, certaines caisses accordent des compléments à l'accès à la complémentaire. Au 31/08/2012, on comptait plus de 915 000 bénéficiaires d'attestations ACS, soit une évolution de + 27,5% sur les 12 derniers mois.

Ce dispositif est complété par l'aide médicale d'Etat, qui est une prestation sociale, survivance lointaine de la loi de 1893 sur les indigents, mais dont la gestion est déléguée aux caisses du Régime général. Elle est ouverte à tout étranger en situation irrégulière et à ses ayants droits, à condition que les ressources du foyer ne dépassent pas le seuil d'admission à la CMUC et, pour les personnes majeures, de justifier d'une résidence ininterrompue en France de plus de trois mois⁵¹. Cette condition de résidence de trois mois n'est pas opposable aux mineurs en vertu de la Convention internationale des droits de l'enfant. Les demandeurs sans domicile fixe doivent en outre faire éléction de domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un CCAS.

Instaurée le 27 juillet 1999, la CMU résulte d'une loi importante et originale. Pour la première fois, a été créée, pour les plus démunis, une assurance complémentaire permettant un accès aux soins sans déboursier un centime, avec une contrainte forte pour le professionnel de santé qui est le respect des tarifs opposables et, pour les médecins, la stricte application des honoraires conventionnels.

Ce dispositif pour intéressant qu'il soit laisse subsister plusieurs problèmes.⁵²

- l'indexation du seuil de la CMU-C, lie son évolution au taux d'inflation. Ce choix a creusé l'écart entre le plafond de ressources et le seuil de pauvreté, qui lui évolue en fonction des revenus.

- Le panier de soins s'il est considéré comme satisfaisant dans son contenu n'a en revanche pas été revalorisé depuis la création de la CMUC à l'exception du dentaire en 2006. Il demeure donc un reste à charge important pour les bénéficiaires en matière d'optique et d'audio prothèse.

Une étude de 2011 de la CNAMTS a mis en exergue les montants de reste-à-charge (RAC) des bénéficiaires de la CMUC. Ainsi, si les trois quarts des bénéficiaires n'ont aucun RAC et 95% ont moins de 5 euros de RAC en moyenne par mois, ce constat positif cache des disparités. En effet, les RAC sont concentrés sur une petite fraction des bénéficiaires de la CMUC : 5 % des personnes concentrent 80 % du montant total des RAC observés. Les RAC se concentrent sur un nombre limité de prestations : l'optique constitue de loin le poste le plus important (44 % des RAC des bénéficiaires de la CMUC), avant les consultations et visites (10 %) et les soins dentaires (13 %).

Or, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale (ODF), le panier de soins CMUC a fait l'objet de revalorisations depuis la création de la CMUC. Ainsi, les honoraires pour les soins prothétiques et d'ODF, initialement fixés par arrêté de décembre 1999, ont été modifiés en avril 2002. Par ailleurs, l'ensemble des prestations a été revalorisé en moyenne de 30% en 2006, tout en

⁵¹ Les personnes en situation irrégulière ne remplissant pas au moins une de ces conditions peuvent bénéficier du dispositif des soins urgents, lorsque le pronostic vital est engagé ou que l'absence de soin entraînerait une altération grave et durable de l'état de santé (les soins liés à la maternité et à l'IVG sont également pris en charge).

⁵² cf. le dernier rapport sur les fonds CMU accessible à cette adresse : http://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php.

conservant le même périmètre de prise en charge. En revanche, les arrêtés relatifs aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique et des prothèses auditives des bénéficiaires de la CMUC sont inchangés depuis 1999.

- un troisième problème est lié au décalage du seuil entre le seuil CMU et le seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian, qui est passé de 73,3% en 2000 à 65,8% en 2010 soit une perte de 7,5 points.

- le quatrième problème porte sur l'existence de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'idée est parfois avancée de l'introduction d'une CMU-C payante qui permettrait aux bénéficiaires de l'ACS de profiter d'une couverture complémentaire de qualité avec des restes à charge sur prestations quasiment nuls. L'accès à une assurance complémentaire reste complexe pour de nombreux publics. L'information doit être relayée et traduite : travailleurs sociaux, CCAS, accompagnant dans le cadre des ASV ou médecins scolaires ont pu jouer un rôle d'accompagnement. Une solution consisterait à mettre en œuvre l'article 55 de la LFSS 2012, qui instaure une « Label ACS » visant à aider les personnes à choisir les contrats de couverture offrant des garanties adaptées à ce public. Cette mesure nécessite une convention entre l'Etat, le Fonds CMU et l'UNOCAM, qui n'est pas encore mise en œuvre.

Si le taux de non recours à la CMU estimé à environ 20 % est assez voisin du non recours pour les prestations sociales, hors RSA, le taux de non-recours est beaucoup plus élevé pour l'ACS, estimé entre 60 et 75 %. Il est difficile de cerner les véritables causes de ce non-recours « massif » à l'ACS. La complexité des démarches à effectuer pour bénéficier du dispositif ainsi que l'incertitude des ménages quant à leur éligibilité à l'AC limitent très fortement le recours à l'ACS⁵³. Par ailleurs, en matière d'ACS, il faut rappeler qu'il existe un reste à charge sur l'achat du contrat et un reste à charge sur les prestations, car les personnes achètent fréquemment des contrats bas de gamme. Là encore, un gros effort d'information reste à faire.

Il est important de rappeler que le problème déterminant pour l'ACS est celui de la non demande par les publics potentiels et non celui du taux des attestations qui atteint 81 %. Il s'agit d'un chiffre remarquable au regard des résultats constatés habituellement sur ce type d'opérations qui s'appuient sur des « bons d'achat ». Par ailleurs, on notera que les relèvements successifs du plafond de ressources de l'ACS ont permis d'améliorer le taux de recours au dispositif. Il convient de savoir qu'il n'existe pas de récupération sur succession et que l'instruction des dossiers ACS et CMUC est réalisée à l'identique (condition d'accès identiques, excepté pour le niveau du plafond de ressources).

Interroger le système de l'ACS, c'est aussi questionner l'architecture du dispositif superposant régime de base obligatoire et complémentaire santé « choisie ». On pourrait imaginer de reconstruire un système plus conforme aux idéaux d'origine en s'inspirant du régime local d'Alsace-Moselle, qui est excédentaire avec un système de complémentaire intégré, toutefois il s'agit d'une complémentaire limitée à la prise en charge du ticket modérateur (hors dépassements d'honoraires), ce qui explique que la majorité des habitants de ce territoire sont également couverts par une complémentaire privée. Il faudrait encore vérifier que cet excédent n'est pas lié à une conjoncture locale spécifique. Une autre hypothèse consisterait à allier régime de base obligatoire et socle obligatoire minimal pour toutes les assurances complémentaires. Cette proposition fait l'objet de débats⁵⁴.

⁵³ Voir Question d'Economie de la santé, IRDES, n° 162

⁵⁴ C'est notamment l'une des alternatives proposées dans le rapport de Terra Nova (proposition n°17).

En matière de complémentaire, plusieurs expériences visent à proposer des complémentaires dont le panier de soins est mieux adapté aux besoins, et à des coûts accessibles aux personnes à bas revenus. On connaît au moins deux expériences de ce type. La première a été menée par l'association Aides. Partant du constat que la prise en charge au titre de l'ALD ne suffisait pas et qu'une couverture complémentaire était nécessaire pour limiter les renoncement et report de soins, l'association AIDES propose depuis 2004 une complémentaire santé aux personnes touchées par le VIH et/ou une hépatite, ainsi qu'à leurs proches. Le dispositif a progressivement évolué. En 2012, le panier de garanties est adapté à leurs besoins, il prévoit par exemple une prise en charge illimitée des hospitalisations, une couverture forfaitaire des médecines alternatives validées et un « PACK VIH HEPATITE » pour les frais liés à la pathologie non ou mal couverts par l'assurance maladie. L'association s'est efforcée de limiter dans le même temps le coût de cette complémentaire (tarif indépendant de l'âge et de l'état de santé). Elle prend à sa charge 20% de la cotisation (11€/mois/adulte), grâce aux donateurs privés et à un fonds de dotation, alimenté par l'abandon d'une part des rémunérations des professionnels de l'assurance (courtier, assureur, gestionnaire). Les bénéficiaires ont ainsi à leur charge une cotisation mensuelle de 45 €/adulte, solvabilisée le cas échéant par une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. En trois ans, les effets positifs de cette complémentaire se sont faits ressentir : moins d'hospitalisation, plus de dépenses dentaires et optiques. Le projet de soins des bénéficiaires évolue globalement et progressivement, leur consommation se rapproche de celle d'un régime « classique ».

Une démarche expérimentale identique a été développée en Lorraine par l'association Aide à toute détresse (ATD Quart-Monde). Elle permet d'accéder à une mutuelle dont le panier de soins comprend un régime prévoyance et une garantie obsèques.

Sur la base de ces expériences, la logique de labellisation pourrait constituer une réelle avancée si elle était mise en œuvre. Une convention tripartite Etat/UNOCAM/Fonds CMU doit déterminer les « modalités de cette labellisation », et donc définir précisément le contenu des contrats en termes de garanties offertes et, idéalement, de prix opposables, cette notion de rapport qualité/prix permettant de répondre à l'objectif fixé par la loi consistant à offrir des « prestations adaptées aux besoins spécifiques » des bénéficiaires de l'ACS

Aucune solution alternative à la convention n'est prévue pour mettre en œuvre le dispositif en cas d'échec des négociations.

Le label repose sur une démarche volontaire des organismes complémentaires pour proposer des contrats labellisables. Dans ce cadre, le Fonds CMU a émis des propositions :

- Les OC resteront libres de soumettre un (ou plusieurs) de leur contrat à la labellisation, de déterminer, pour le prix défini, des garanties d'un niveau supérieur ; les prestations définies par le label ne constitueront ni un « contrat repère », ni un « panier de soins » de type CMU-C.
- le bénéfice de l'ACS n'est pas réservé aux contrats labellisés et les OC restent libres de proposer des contrats labellisés aux personnes qui ne sont pas bénéficiaires de l'ACS ;
- le succès du label ACS repose donc sur l'intérêt que peuvent trouver les organismes complémentaires à proposer de tels contrats afin de figurer sur la liste remise aux bénéficiaires de l'ACS par les caisses d'assurance maladie, et sur le nouveau public ainsi potentiellement capté⁵⁵ sur le marché saturé de la complémentaire santé.

Un dernier problème est posé par l'existence de l'aide médicale d'Etat qui relève plus d'une logique ancienne d'aide sociale, mâtinée de considérations idéologiques et sécuritaires, y compris dans le champ de la santé publique, que d'une rationalité d'accès aux soins. S'agissant du contenu du panier

⁵⁵ On compte près de 915 000 bénéficiaires de l'ACS fin août 2012. Parmi ces bénéficiaires, 740 000 personnes ont effectivement utilisé leur attestation auprès d'un organisme complémentaire (chiffre fin août 2012).

de soins, de la mise en œuvre d'une contribution à hauteur de 8 % pour les revenus supérieurs au plafond, la majeure partie des associations propose de rapprocher l'AME de la CMU de base et de la CMU-C. Cette position est également celle de la majorité des membres du CNLE ainsi que des auteurs du rapport IGAS-IGF de novembre 2010. S'agissant d'une mesure complexe, assez stigmatisante. La fondre dans la CMU reviendrait à retrouver une situation voisine de celle antérieure à la loi du 24 août 1993. Cela permettrait de mettre fin à ce paradoxe administratif qui permet d'ouvrir des droits à des personnes en situation irrégulière. Par ailleurs les procédures d'attribution qui font que depuis 2008, les renouvellements sont gérés comme des premières demandes et qu'en cas de déclaration de ressources à zéro, le demandeur est convoqué par la caisse pour justifier de ses moyens d'existence ne témoignent pas d'une simplicité du dispositif. A cela s'ajoutent également les difficultés de domiciliation qu'éprouvent les demandeurs, domiciliation pour laquelle le respect du principe déclaratif n'est que rarement la règle. Tout cela est plutôt dissuasif, et vient s'ajouter à la barrière de la langue et à la crainte d'être arrêté. Si le choix du Gouvernement n'était pas d'abandonner ce dispositif, il conviendrait a minima de

- faciliter la mise en œuvre de la procédure de domiciliation en utilisant les critères utilisés pour la loi DALO,
- doter la carte AME d'une puce qui permette le télépaiement et la télétransmission,
- mieux accompagner les bénéficiaires, probablement en généralisant la visite de prévention et de dépistage de première année,
- refondre le mécanisme de tarification des soins hospitalier en abandonnant le tarif journalier de prestation (TJP) pour adopter la tarification de droit commun par groupe homogène de séjour (GHS) pour les patients relevant de l'AME au sens strict ou du régime des soins urgents.

5.2.2 Au delà de la CMU, garantir l'accès aux soins

Si la CMU permet aux populations à faibles ressources d'accéder aux soins, il arrive que cet accès soit limité par des professionnels de santé. Tous ne se comportent pas comme ce dentiste qui affichait dans son cabinet : « les clients bénéficiant de la CMU ne sont pas acceptés », mais on note que les bénéficiaires de ces dispositifs peuvent éprouver des difficultés à faire valoir leurs droits auprès des professionnels. On constate des refus de soins chez les professionnels de santé, qui donnent lieu à peu de plaintes de la part des patients, et sont donc rarement dénoncés notamment parce que des solutions de substitution sont fréquemment fournies par les professionnels de santé : envoi chez un confrère, etc.

Face à ces situations, il importe d'étendre la notion juridique de refus de soin : refus d'élaborer un devis ou fixation d'un rendez vous très tardif, orientation systématique vers une structure de type centre de santé, refus de faire bénéficier l'assuré de la dispense d'avance des frais. Il faudrait pour cela faciliter les recours des victimes de refus de soins en aménageant la charge de la preuve et en reconnaissant le « testing » comme mode de preuve opposable.

La garantie financière de l'accès aux soins pour les populations précaires est aussi rendue difficile en raison de dépassements d'honoraires sensibles sur certaines zones. Il conviendrait que le décret d'application de l'article 54 de la loi HPST paraisse enfin pour permettre aux CPAM de sanctionner les médecins et professionnels de santé refusant les soins.

Il conviendrait aussi de développer plus largement le tiers payant et les tarifs opposables.

Il est effectivement paradoxal de constater que les personnes précaires ont besoin de soins médicaux fréquemment plus coûteux, du fait de temps de consultation plus longs : car leur recours aux soins est tardif, leur besoin d'accompagnement plus important.

Les dispositifs de l'assurance-maladie parfois anciens comme la prise en charge à 100 % à partir du 30^{ème} jour d'hospitalisation, ne sont sans doute plus adaptés à l'évolution des pratiques médicales qui conduisent parfois à multiplier les hospitalisations courtes, mais qui font qu'une personne peut avoir 35 jours d'hospitalisation sur l'année et ne pouvoir bénéficier d'une prise en charge à 100%. La facturation hospitalière ne peut être alors honorée. Elle accroît le déficit de l'institution et met la personne malade dans une situation impossible.

Alors que les jeunes étudiants peuvent être pris en charge sur les l'assurance maladie de leurs parents jusqu'à 20 ans puis bénéficient de la « sécurité sociale étudiante » gratuite lorsqu'ils sont boursiers jusqu'à 28 ans, les apprentis ne peuvent rester ayants-droit de leurs parents que jusqu'à 18 ans.

Il faudrait enfin garantir l'accès aux soins dans les lieux d'enfermements en ouvrant la possibilité de demander à consulter un médecin en passant par l'Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) sans passer par une demande écrite, sans avoir à s'expliquer sur les raisons de cette demande et sans être soumis à un délai d'attente très long. Plus globalement, la question de l'accès aux soins des populations sous main de justice constitue un problème plus complexe qui va au delà de la seule mesure, pourtant nécessaire indiquée ci-dessus.

Principales préconisations

La réduction des inégalités sociales de santé constitue une priorité nationale pour l'adoption, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques, nationales et locales. Cette priorité sera intégrée dans la prochaine loi de santé publique et la stratégie nationale qui la mettra en œuvre ainsi que dans les programmes de gouvernance des acteurs de santé.

- Donner aux administrations sanitaires, les capacités pour conduire des études d'impact sur les politiques nationales, régionales et locales ayant une incidence sur les inégalités de santé.
- Mobiliser les indicateurs permettant de suivre l'évolution, par territoire, de la réduction des inégalités de santé, les publier régulièrement et soumettre ces résultats au débat public : *indicateur d'espérance de vie à 35 ans par catégorie socio-professionnelle, par déciles de revenu, par sexe ; indicateur de renoncement aux soins, d'espérance de vie sans incapacité par catégorie socio-professionnelle, par sexe et par déciles de revenu ; reprendre le programme proposé par le Haut comité de la Santé publique dans son rapport de 2009.*
- Inscription obligatoire de l'objectif de réduction des inégalités dans les CPOM signés entre l'Etat et les ARS et entre les ARS et les producteurs de soins, avec indicateurs et évaluation.

Pour favoriser l'accès à la santé, à la prévention et aux soins, reconnaissance d'un service public local de l'accès à la santé « pour tous » dont les différentes composantes adhèrent aux valeurs d'égalité, de solidarité, d'universalité, de lutte contre les inégalités de santé. Elles travaillent en réseau, adoptent une charte et nouent entre elles des relations conventionnelles.

- Rapprocher en un service public local de l'accès à la santé « pour tous » les multiples instances et acteurs de santé qui constituent la première ligne du système de santé (médecins libéraux sur la base du volontariat, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, réseaux de soins, ateliers santé ville, permanences d'accès aux soins, services de PMI, santé scolaire, médecine du travail, CMPP, associations, etc.)
- Les membres de ce service public partagent des missions : accueil de toutes les populations, y compris les populations démunies, coopérations renforcées, mise en œuvre de projets territoriaux de santé. Les médecins pratiquent le tiers payant et des tarifs de responsabilité. En contrepartie, ils bénéficient de financements dédiés à l'exercice de leurs missions spécifiques.
- Le service public local de santé informe les groupes de population (parents d'élèves, associations, écoles, univers sportifs, retraités, syndicats..) de son existence et des services proposés en matière de santé, d'accès aux droits, à la prévention et aux soins. Il recherche tous moyens de simplifier l'accès aux soins de

première ligne. Il élabore un projet de santé, partie prenante du contrat local de santé.

Renforcer les différentes composantes du service public local afin de favoriser l'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

- En milieu hospitalier, assurer le développement, en cohérence avec les besoins locaux, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), favoriser leur mobilité, leur attribuer les personnels médicaux nécessaires, leur donner une plus grande visibilité, interne et externe, développer des PASS dentaires, leur affecter des financements dédiés, compléter les PASS territoriales pour en assurer la coordination/l'animation et garantir leur suivi par les ARS (*rapport d'activité et journée Pass-Porte ouverte chaque année*).
- Afin de faciliter la prise en charge des soins ambulatoires des personnes sans couverture sociale et d'éviter l'envoi systématique aux urgences, dans chaque ville ou dans chaque canton doit être mis en place une filière de soins sans débours s'appuyant sur le service public local de santé (centre de santé, MSP...), associant un laboratoire d'analyse médicale, un plateau de radiologie et une pharmacie qui s'engagent par convention avec la CPAM à délivrer les soins/examens/médicaments avec la garantie d'une rémunération ultérieure par la CPAM.
- Les Ateliers Santé-Ville (ASV) constituent un dispositif intéressant de mobilisation des ressources sanitaires sur un territoire pour réduire les inégalités sociales de santé. Ce modèle pourrait être étendu en dehors des zones urbaines sensibles, voire en milieu rural.
- Les rapports se succèdent implacablement pour montrer l'importance de la Protection Maternelle et Infantile et du service de Santé scolaire et regretter la réduction de leurs activités et les désengagements de l'Etat et de l'Assurance-maladie. Le prochain programme devrait s'engager dans une refondation de ces services dont l'importance est considérable tant dans la réduction des inégalités que dans les services apportés aux populations à faibles revenus. La question de leur participation au service public de santé de premier recours et de leur lien avec les ARS doit être posée.
- Les centres de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé constituent des outils pour garantir l'accès aux soins et les pratiques sanitaires tournées vers la réduction des inégalités de santé. par la pratique systématique du tiers payant, le respect des tarifs opposables, la mise en place d'un accompagnement social des patients (voire de programmes spécifiques d'accès aux soins pour les plus vulnérables). Mettant en œuvre un exercice regroupé et coordonné (ERC), ils s'appuient sur une organisation pluri professionnelle qui constitue une réponse adaptée au suivi des pathologies chroniques exigeant une approche globale des patients et le développement des parcours de santé (articulation entre prévention, soins, éducation thérapeutique, suivi social). Impliqués dans les territoires, ils s'appuient sur un projet local de santé publique et constituent des points d'appui forts pour la mise en œuvre des politiques

territoriales de santé. Leur développement doit être conforté sous réserve d'un cahier des charges rigoureux et contrôlé.

- Les dispositifs « passerelles » comme les lits d'accueil médicalisés, les lits Haltes soins-santé, les appartements de coordination thérapeutiques, les maisons relais, doivent être confortés sans pour autant que ces dispositifs spécialisés se substituent aux places d'hébergement ou à l'hôpital. Donner à ces services une plus grande lisibilité dans la chaîne des soins.

Un système de santé et de protection sociale mieux identifié et plus accueillant pour tous

- Réaliser et diffuser sur les territoires une cartographie du système de soins et de protection sociale. Inciter les organismes à effectuer une présentation claire des allocations et services disponibles. Multiplier les permanences physiques pour l'accès aux soins et la diffusion des informations. *Création d'un atelier santé-jeune (en plus ou à côté de l'atelier secourisme) lors des Journée défense et citoyenneté.*
- Etendre l'usage de l'interprétariat professionnel, favoriser le développement de la médiation en santé, dans le domaine de la prévention, de l'accompagnement vers les droits, les soins et la santé.
- Mettre en place, lorsque ce n'est pas le cas, la procédure de médecin traitant à partir de n'importe quel point d'entrée d'un patient dans le système de santé, y compris lors des phases aiguës.
- Renforcer l'accueil des personnes en situation de précarité dans les centres d'examen de santé de l'Assurance-maladie, intégrer systématiquement les allocataires du revenu de solidarité active dans les bilans de santé et les actions de dépistage. Faciliter l'accès aux soins à l'issue de ces actions. (Accélérer en particulier la mise en place de toutes les ALD).
- Appuyer les structures généralistes (espaces-santé jeunes, PAEJ, maison des adolescents, etc..) pour l'accueil, l'accompagnement et l'orientation (anonymes et gratuits). *Gratuité des appels sur mobile au Fil santé jeune.* Intensifier le développement de l'entretien prénatal précoce et s'en servir pour vérifier la situation de protection sociale des futures mères.
- Renforcer les liens entre dépistage, prévention et soins : entre 2013 et 2014, rendre systématique un examen dentaire dans le cadre de l'école (pour les enfants de 6-7 ans résidant sur le territoire français suivi de la gratuité des premiers soins - *extension de l'action M'T dents*
- Expérimenter avec des collectivités locales et des structures de soins la mise en œuvre de moyens de transports collectifs sanitaires dans les zones à faible densité médicale.
- garantir l'accès à la prévention et aux soins, y compris en terme de réduction des risques en matière de toxicomanie, dans les lieux de privation de liberté et faciliter la continuité des droits à la couverture-maladie des personnes sortant de prison.

Développer des travaux épidémiologiques en milieu carcéral et favoriser le rôle des associations.

- limiter les délais d'instruction des dossiers administratifs conditionnant l'accès à une autonomie financière des personnes,
- Facilitation de l'accès aux prestations sociales, de la reconnaissance et de la compensation du handicap pour les porteurs d'une maladie chronique en situation de précarité
- Favoriser « l'aller vers », former les médecins au repérage de la souffrance psychique et développer l'accès gratuit au dépistage et aux soins des adolescents en situation de souffrance, en particulier les publics des missions locales.

et particulièrement vigilant pour les personnes en situation de grande exclusion

- Expérimenter et développer des lieux d'accueil et de répit à bas seuil d'exigences garantissant un accès aux soins sans aucune condition pour les grands marginaux et personnes à la rue
- Etendre la possibilité à des personnes en dessous de 60 ans en grande précarité d'accéder à des établissements de type Ehpad ou foyers logements, en évitant ainsi un maintien dans la rue ou un passage de CHRS en CHRS.
- promouvoir des formes d'accompagnement à domicile, l'aller vers – soit dans le cadre d'une démarche de type « housing first », soit dans le cadre de l'accompagnement à domicile des personnes âgées). Pour les personnes en souffrance psychique, développer le logement diffus accompagné mais aussi des outils du type pensions de famille ou résidence accueil.
- Organisation en 2013 d'une conférence de consensus sur l'obligation de soins et le libre-arbitre des personnes à la rue

Garantir une plus grande accessibilité financière au système de soins et de santé

Les coûts générés par les mesures suivantes ne sont pas négligeables. Leur prise en compte devrait conduire à revisiter les aides fiscales et sociales qui s'appliquent actuellement aux contrats collectifs, contribuant ainsi à un rééquilibrage du financement du système de santé afin d'en réduire les inégalités.

Par une diminution des restes à charge. - Cette diminution doit s'inscrire dans un débat à ouvrir sur le juste niveau de couverture des régimes obligatoires -.

- Généraliser le tiers payant pour les médecins participants au service public local de santé
- Suppression des franchises pour les ALD, lutte contre les dépassements d'honoraires, rappel des tarifs opposables, encadrement des tarifs des dispositifs audioprothèses, dentaire et optique) – *passer de 30 jours consécutifs d'hospitalisation à 30 jours au cours des 12 derniers mois pour la prise en charge à 100 %*

- Ouverture systématique des droits par le retour au principe de la primauté du déclaratif, avec le maintien de contrôles a posteriori, et l'automatisme plus grande du lien entre accès à des prestations sociales et ouverture des droits aux soins.

Par une extension de la couverture maladie universelle et de la CMU complémentaire

- Elévation progressive du plafond de la CMU-C, d'abord au niveau des minima sociaux (AAH et ASPA : 777€ en 2012) pour atteindre ensuite le seuil de pauvreté (964 € en valeur 2010) – Cette mesure peut ne pas entraîner un relèvement du plafond de l'ACS.
- Indexation du seuil de la CMU et de la CMU-C sur l'évolution du revenu médian
- Revalorisation du panier de soins de la CMU – optique, dentaire, ophtalmologie
- Compléter la garantie santé de la CMU-C par une garantie obsèques
- simplifier l'accès à l'ACS avec deux aides financières, l'une pour les actifs et l'autre pour les inactifs.
- Développer la pré instruction des dossiers CMU et ACS par les CCAS
- Remobiliser les acteurs locaux de santé sur le suivi et le signalement des refus de soins

Par un accès à des complémentaires de qualité à des coûts maîtrisés pour les plus démunis

- Application de la législation prévoyant une labellisation des contrats d'assurances complémentaires permettant de construire une offre de complémentaires de qualité accessible aux populations à bas revenus – *Dans l'impossibilité d'aboutir sur ce projet, il conviendrait de réinterroger la place des assurances complémentaires dans le système de protection sociale.*
- Elaboration et proposition d'un contrat complémentaire socle en dessous duquel un niveau de prestations ne serait pas acceptable. Engager avec les organisations de consommateurs une comparaison publique des offres d'assurances complémentaires
- Pour permettre une meilleure connaissance du dispositif, organisation d'une campagne de publicité pour la promotion de l'accès à l'aide à la complémentaire santé

L'aide médicale d'Etat, abandon ou réforme ?

- introduite dans le cadre de la loi du 24 août 1993 dans le cadre d'une législation sur l'immigration, son caractère discriminatoire et ses difficultés de mise en œuvre devraient conduire à son abandon par la suppression de la condition de régularité pour l'accès à la CMU.⁵⁶

- Si tel n'était pas le choix du Gouvernement, il faudrait a minima :
 - Faciliter la mise en œuvre de la procédure de domiciliation en utilisant les critères utilisés pour la loi DALO,

⁵⁶ Cette position n'est pas partagée par le Fonds CMU qui estime que cette proposition ne permettrait pas de répondre aux problèmes spécifiques que rencontrent les demandeurs de l'AME.

- Doter la carte AME d'une puce qui permette le télépaiement et la télétransmission,
- mieux accompagner les bénéficiaires, en généralisant la proposition de visite de prévention,

Des formations prenant en compte la lutte contre les inégalités et l'accès aux soins

- Mise en œuvre de formations à l'accueil et à l'accompagnement des personnes en situation de pauvreté à destination de l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux.
- Former les agents de guichet à l'accueil des personnes fragiles et réduire la place des accueils téléphoniques
- Si la formation des intervenants auprès des acteurs en charge de la souffrance à la rue a été commencée, elle reste limitée et surtout devrait être étendue aux acteurs des lieux de privation de liberté.
- Formation des médecins dans le cadre des enseignements initiaux – DCEM et Internat) – Recours aux DU spécialisés – Reconnaissance des compétences acquises en terme de spécialisation, en particulier pour la formation des médecins de PMI et des médecins scolaires.
- maintien et développement des expérimentations d'Education thérapeutique des patients en direction des personnes en situation de précarité – les nombreux programmes autorisés et financés sont portés par les hôpitaux et les centres de santé et concernent peu fréquemment des populations précaires.
- Formation aux questions d'accès aux soins et d'inégalités de santé pour les représentants des usagers dans les différentes instances du système de soins

Un pilotage local des territoires privilégiant la réduction des inégalités de santé, et l'accès aux droits, à la prévention et à la santé

- Favoriser l'implication des acteurs et des institutions sur des territoires de santé qui ne soient pas des découpages administratifs mais qui correspondent à des unités de vie et d'action
- Privilégier une organisation sur la base des contrats locaux de santé en associant aux services de l'Etat et aux collectivités territoriales, les acteurs de santé et les représentants des usagers.
- Faire du PRAPS, au moment de sa conception, de sa mise en œuvre et de son évaluation un élément obligatoire du programme régional de santé. *Un indicateur CPOM comprendra le suivi d' un ratio part du budget PRAPS/ part du budget PRS*

- Formaliser clairement un volet santé dans les documents cadre (PDI, PTI) présentant les politiques et programmes d'insertion pour les bénéficiaires du RSA – travail conjoint par les CG, les ARS et les DDCS.
- Association systématique de personnes en situation de pauvreté ou de leurs représentants aux structures et instances de pilotage.
- Promouvoir, sur une base territoriale les coopérations entre service de santé scolaire, PMI et les multiples intervenants dans le domaine de la périnatalité l'enfance et de la jeunesse (missions locales, maisons rurales, centres de formation professionnelle) pour développer les actions de promotion de la santé et de prévention dès le plus jeune âge. Elaborer dans le cadre de ces coopérations un programme local de prévention et de soins des populations jeunes sur chaque territoire. *Chaque territoire de santé organise en 2013 des « états-généraux de la santé des enfants et des jeunes »*
- Au niveau national, instaurer une coordination des directions et ministères impliqués sur la thématique santé, protection sociale, lutte contre les inégalités et pauvreté, chargée en particulier de veiller à une bonne péréquation des ressources en fonction des besoins des territoires sur le modèle de zones de santé prioritaires. En matière de santé scolaire articuler véritablement les Ministères en charge de la santé et de l'Education nationale tant au niveau national que régional.
- Généralisation des Conseil locaux de santé mentale ainsi que les cellules de coordination sur les territoires rapprochant les professionnels des CMP et les professionnels sociaux. *Organisation en 2014 des Assises nationales des Conseils locaux en santé mentale*
- Développer sur les territoires des outils d'information et de diagnostic partagés par les acteurs en mobilisant les productions des observatoires (ORS) ou des outils statistiques de veille (SIAO)
- Aux niveaux national et régional publication d'un rapport annuel sur la mise en œuvre des priorités, les rapports régionaux étant présentés et discutés dans les instances territoriales
- Organiser régulièrement des confrontations d'expériences menées dans les territoires différents afin d'échanger sur les meilleures pratiques, et d'uniformiser les pratiques et les conditions d'application des textes (en particulier pour les CPAM et les MDPH)

Si l'ensemble de ces recommandations s'applique sur l'ensemble du territoire français, un effort particulier doit être consenti pour les départements hors métropole tant la situation y semble dégradée et les problèmes spécifiques. Cet effort pourrait être engagé à partir de l'organisation en 2013 d'assises de la santé outre-mer. Ces assises devraient donner lieu à un programme pluriannuel.

Annexes

Bibliographie sommaire

ATD-Quart Monde, *Inégalités de santé, précarité et développement durable, quelles perspectives ? Les plus pauvres acteurs et partenaires*, Septembre 2011, 112 p.

L'accès aux soins en danger, les cahiers de la médecine utopique, Pratiques n° 57, avril 2012,

Olivier Bernard, Jean-François Corty, Caroline Izambert (sous la direction de), « *Santé publique et grande précarité : état des lieux et questions éthiques* » Médecins du Monde, novembre 2011, 58 p.

Yann Bourgueil, Florence Jusot, Henri Leleu et le groupe AIR Project, *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?* Question d'économie de la santé, n° 179, septembre 2012, 8 p.

Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas, *Innover contre les inégalités de santé*, Presse de l'EHESP, Rennes, 2012, 426 p.

Centre d'analyse stratégique et Conseil national des villes, *Santé et politique de la ville, regards croisés entre chercheurs et élus locaux*, décembre 2011, actes de colloque.

Gérard Caudron, Martine Pinville, *Une médecine scolaire renforcée et rénovée au service de l'enfant*, Rapport d'information n°3968, Assemblée nationale

COMEDE, *La santé des exilés*, Rapport d'activité et d'observation, 2011, 69 p.

Claude Dreux, Jean-François Mattéi, *Santé, égalité, solidarité, des propositions pour humaniser la santé*, France, éditions Springer, 2012, 325 p.

Fonds de financement de la CMU, *Evaluation de la Loi CMU*, rapport n°V, novembre 2011, 315 p.

Etienne Gras, François Bourdillon (sous la direction de), *Quelle politique pour lutter contre les inégalités sociales de santé*, Paris, Presse de Sciences-Po, 2012, 71 p.

André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Paris, éditions Odile Jacob, 2011

Haut conseil de la santé publique, *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale, 2005-2008*, Paris, La documentation française, octobre 2011, 231 p.

Haut conseil de la santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, rapport, Décembre 2009, 100 p.

François Lecouturier, Nadine Sannino, *Evaluation des structures d'accès à la prévention, aux soins et aux droits des personnes les plus démunies en région Auvergne*, Rapport effectué à la demande de l'ARS Auvergne, Cabinets Effect, Aix-en-Provence et Itinere-Conseil, Lyon, juillet 2011, 85 p.

Christophe Niewiadowski, Pierre Aiach (coord.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Rennes, EHESP, 2008, 282 p

Louise Potvin, Marie-Josée Moquet, Catherine M. Jones (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES, 2010, 380 p.

UNAFAM, *Accueillir la souffrance psy à la rue, accueillir, soigner, loger*, DVD, décembre 2010

Christophe Niewiadowski, Pierre Aiach (coord.) *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Rennes, EHESP, 2008, 282 p.

L'accès aux soins en danger, *Pratiques*, les cahiers de la médecine utopique, avril 2012, n° 57

Olivier Bernard, Jean-François Corty, Caroline Izambert (sous la direction de), *Santé publique et grande précarité, : état des lieux et questions éthiques*, Médecins du Monde, novembre 2011, 58 p.

Santé et politique de la ville, regards croisés entre chercheurs et élus locaux, centre d'analyse stratégique et Conseil national des villes, décembre 2011, actes de colloque.

Les travaux de l'IRDES et de la DREES ont également été largement mobilisés.

Liste des contributions :

- « Contribution de l'Union nationale des associations familiales », 30 octobre 2012, 30 p.
- « Egaux devant la santé : une illusion ? Plaidoyer pour un système de santé qui cesse d'exclure les plus vulnérables », le CISS, décembre 2011, 33 p.
- Propositions pour améliorer la domiciliation administrative des demandeurs d'aide médicale d'Etat, APIL, Comède, Fnars, Médecins du monde, secours catholique, Union nationale des CCAS et du CCAS de Saint-Denis, 21 p
- Note de la Direction générale de la cohésion sociale
- Notes de la Direction de la Sécurité sociale
- Fédération nationale d'hébergements VIH et autres pathologies, 8 p.
- Groupe santé et accès aux soins – Rennes 5 p
- Conseil Général du Nord – 3 p.
- Collectif interassociatif sur la santé, décembre 2011, 31 p.
- Assemblée des départements de France : relations partenariales entre les conseils généraux et l'assurance maladie, 5 p.
- CFDT – Santé- accès aux soins, 2 p.
- Mutualité sociale agricole, plan de lutte contre la précarité 6 p. 2012
- Habitat et soins, Groupe SOS, 2012, 5 p.
- Contribution de la Conférence nationale de santé, novembre 2012, 4 p.
- Forum national des associations agréées en santé, novembre 2012, 2 p.
- APF, la pauvreté des personnes en situation de handicap : un cumul de réalités, une double peine, 2012, 7 p.
- ONPES, quatre leçons de l'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale en France et en Europe, 22/10/2012, 15 p.
- La médecine scolaire, outil majeur de lutte contre les inégalités sociales de santé dès l'enfance, SNMSUI, UNSA éducation, novembre 2012, 16 p.
- Note du Conseil national de lutte contre les exclusions.
- Note de la direction de l'administration pénitentiaire.
- Bilan 2011 des fonds d'action sanitaire et social des CPAM et bilan 2011 du service social de la CNAMTS.

Liste des personnes auditionnées dans le cadre de l'atelier

Huguette BOISSONNAT – ATD Quart-Monde
Véronique CASTELAIN - FNH VIH
Rosine DUHAMEL – Croix Rouge
Claire GEORGES – Présidente du Collectif PASS
Antoine GUENIFFEY - DGS
Jean-Yves LEFEUVRE - Ministère de la ville
Aurélié MAYEUX – Droits D'urgence
Léonard NZITUNGA - FNH VIH
Judith PENGUILLY – Croix Rouge
Didier PIARD - Croix Rouge
Jackie PLATON - comité de pilotage précarité de l'AP-HP
Pascale REVAULT – COMEDE
Christian SAOUT – CISS
Suzanne TARTIERE – SAMU de Paris
Arnaud VEÏSSE – COMEDE
Marianne YVON – Droits d'urgence
Bruno VOYER – UNAFAM
UNOCAM

Participations

Colloque « Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? » organisé par la DREES le 16 octobre 2012

Rencontre avec les membres du réseau de santé Arès 92 à Gennevilliers, 13 novembre 2012

Journée de rencontre et d'échange de pratique des réseaux d'accès aux soins, 16 novembre 2012 organisée par la FEDERASIF

Deux rencontres territoriales organisées à Rennes et à Nancy par les ARS et les DRJSCS ont regroupé une soixantaine de personnes (Elus, associations, usagers, services sociaux, médecins, Cpm...)

Les participants au groupe de travail

BATIFOULIER Philippe, Economiste Université Paris-Ouest Nanterre
BRÉCHAT Pierre-Henri, Praticien hospitalier - Hôpital Saint-Antoine
CHABIN-GIBERT Isabelle, ARS Ile-de-France
CHADELAT Jean-François, président du fonds CMU
CORTY Jean-François, Médecins du monde
EL GHOZI Laurent, président de l'association « Elus, santé publique et territoires »
ESTRAILLIER Michèle, URIOPSS Ile de France
HENRY Patrick, RATP
KRZYZANIAK Jean-François, CCPA (Conseil Consultatif des Personnes Accueillies)
LECOMTE Laurence Conseillère chargée de la Stratégie santé au Conseil général du Nord
LEO Magali, CISS
LEPÉE Maryse, UNIOPSS, avec Jean-Pierre du CCPAH/Armée du salut
NAU Jean, Médecins du monde
TOULLIER Adeline, CISS

VAILLANT Corinne, secrétaire générale des médecins scolaires et universitaires
VERNIOLLE Raphaëlle, directrice par intérim du fonds CMU
VUILLAUME Xavier, médecin généraliste et directeur du centre de santé d'Aubervilliers

Représentants des directions d'administration centrale

AMBROISE Patrick, DGS
BACHELLERY Olivier, DSS
CURY Marie-France, DGCS
STOROGENKO Marianne, DGCS
DUJOL Jean-Benoit, DSS
GOYAUX Nathalie, DGS
MARTIN Dominique, DGOS

Représentants des cabinets

Vincent BEAUGRAND : Conseiller au cabinet de Marisol TOURAINE
Mathilde MARMIER : Conseillère au cabinet de Marisol TOURAINE

Président : Michel LEGROS : EHESP - ONPES

Rapporteuses : Denise BAUER : Chargée de mission à la DGOS (bureau R4)
Nathalie GOYAUX : Chargée de mission à la DGS (bureau MC1)

-