

# ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS

## CONDITIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS

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

VOIR AUSSI *Protection maladie* page 189

### OBSTACLES ET ITINÉRAIRES DE SOINS

**En France, l'accès aux soins n'est possible qu'en cas de dispense d'avance des frais** (voir page 172). Dans tous les services « de droit commun », l'accès aux soins curatifs est payant. C'est pourquoi, sauf dispense d'avance des frais, les personnes en situation de grande précarité financière ne se rendront dans une structure de soins que dans les situations qu'elles jugent urgentes et/ou prioritaires, au risque d'un refus de soins ou d'une facture à recevoir.

**Très souvent évoqués, les obstacles culturels à l'accès aux soins ne se trouvent pas forcément du côté des migrants/étrangers.** En matière de sécurité sociale, la complexité des droits et des procédures est ressentie par l'ensemble des usagers et des professionnels. S'il existe une culture commune aux étrangers en séjour précaire, c'est la culture de la survie : les démarches pour « les papiers » (préfecture) ou l'hébergement sont naturellement prioritaires par rapport aux besoins, également ressentis, de prévention médicale.

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

**Les obstacles linguistiques se trouvent à toutes les étapes du parcours pour les exilés qui ne parlent ni français ni anglais** (voir *Interprétariat* page 28). La présence d'un interprète professionnel est particulièrement recommandée, mais difficile à obtenir dans de nombreux dispositifs de soins. À défaut, l'accompagnant faisant office d'interprète a l'avantage de pouvoir suivre le patient dans ses diverses démarches, mais ne présente pas les qualités requises d'un professionnel : technicité, neutralité et confidentialité. Pour résoudre des difficultés ponctuelles, le recours par téléphone à un proche du patient ou à un service d'interprétariat professionnel peut être utile.

**POUR LES COORDONNÉES DES  
28 000 ÉTABLISSEMENTS  
DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX  
EN FRANCE :**

*Annuaire sanitaire  
et social,*  
[www.sanitaire-social.com](http://www.sanitaire-social.com)

### **Conditions d'accès aux différents dispositifs de santé**

**Les dispositifs de santé publique** (voir *CDAG et centres de prévention* page 317, *Centres référents en santé mentale* page 286 et *Répertoires régionaux*) assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population. Certains d'entre eux doivent également délivrer les médicaments nécessaires (antituberculeux dans les CLAT, psychotropes dans les CMP).

**Les dispositifs de soins de droit commun** (cabinets médicaux, centres de santé, hôpitaux publics et de service public) sont payants et ne sont accessibles pour les personnes démunies qu'avec une protection maladie. À défaut, il est parfois possible de bénéficier d'une consultation médicale gratuite (actes gratuits en médecine ambulatoire) ou sans paiement préalable (urgences hospitalières, avec réception consécutive de la facture à domicile).

**Les dispositifs de « soins gratuits »** permettent théoriquement de pallier les périodes d'exclusion de droits pour les personnes démunies. Les centres gérés par les organisations non gouvernementales peuvent généralement délivrer des médicaments et effectuer des examens simples. Mais l'accès aux consultations, actes et traitements spécialisés n'est possible que dans les dispositifs de droit commun en cas de dispense d'avance des frais (protection base et complémentaire préalable) ; et à défaut dans les Pass (voir chapitre suivant) de l'hôpital public, dont certaines génèrent toutefois des factures.

## PREMIERS SOINS ET CONTINUITÉ DES SOINS

L'ignorance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la complémentaire CMU (voir page 212), alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits ». Or en l'absence d'une protection maladie intégrale, ces dispositifs ne peuvent assurer la continuité des soins au-delà des premiers soins délivrés et tendent souvent à développer une médecine « à moindres frais », où les examens et traitements ne dépendent plus seulement de la pathologie, mais des ressources du dispositif et/ou du patient.

« Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. »

La délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est possible dans certains dispositifs « à bas seuil ». Dans les centres de certaines associations, Pass de l'hôpital public, en médecine de ville (actes gratuits), ou en cas de consultation nocturne aux urgences, on peut bénéficier « sans payer » d'une consultation médicale, assortie d'une prescription de traitements ou d'explorations complémentaires et certains dispositifs de soins gratuits délivrent également les premiers traitements nécessaires ou permettent l'accès à une consultation spécialisée. Certains de ces services génèrent toutefois des factures, elles-mêmes à l'origine d'abandon de soins pour certains patients qui ne savent pas comment payer.

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

## OBTENIR UNE PROTECTION MALADIE (VOIR PAGE 189)

Depuis la réforme législative de l'aide médicale État en décembre 2003, une partie de la population peut se trouver juridiquement exclue des soins médicaux nécessaires, au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière, en raison de la suppres-

sion de la procédure d'admission immédiate et de la création d'un délai de résidence de 3 mois. La loi de décembre 2003 a mis fin à une période de 12 années, depuis la réforme de l'aide médicale de 1992, où toute personne démunie résidant en France relevait du droit commun en matière de protection maladie, même si ce mouvement de discrimination légale des sans-papiers avait été amorcé en 1993 (exclusion de la sécurité sociale) et poursuivi en 1999 (exclusion de la couverture maladie « universelle »).

**Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes :** immatriculation, affiliation, admission à la protection complémentaire CMU ou AME. Des difficultés persistent en raison de la complexité du système et de la méconnaissance du droit par les professionnels de la santé, du social, ou de la sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses pour la différenciation CMU/AME (statut du séjour), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et des droits spécifiques des demandeurs d'asile (dispense de la condition de stabilité du séjour).

**L'information délivrée par les travailleurs sociaux ou les soignants, au besoin à l'aide d'un interprète, est déterminante.** Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches (les soins gratuits, ça n'existe pas) et leur logique (seule la complémentaire CMU/AME garantit la dispense d'avance des frais pour tous les soins, contrairement au « 100 % ALD »). Il doit être prévenu des diverses demandes de la sécurité sociale (attestations d'identité, de résidence, de domiciliation/hébergement, de ressources), et du risque de refus lors de sa première demande ou de la demande d'admission immédiate (complémentaire CMU) ou d'instruction prioritaire (AME) pour revenir solliciter l'intervention du professionnel ou de l'association.

**Dans la plupart des cas, l'intervention téléphonique d'un professionnel ou d'une association informés auprès du centre de sécurité sociale ou de la CPAM permet l'application du droit,** mais il reste souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide. Certaines solutions restent hors d'atteinte des intervenants, comme la systématisation de la délivrance de récépissés de demande de complémentaire CMU, la délivrance de la carte Vitale même en cas de numéro d'immatriculation « provisoire » et, pour les bénéficiaires de l'AME, les refus de soins par des professionnels de santé (consultation, pharmacie) en cas d'absence de carte Vitale et malgré une notification écrite d'admission.

« Il reste souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide. »