

LA REVUE DU PRATICIEN

MÉDECINE GÉNÉRALE



**Nouvelle
forme
de Creutzfeldt-
Jakob :
le dépistage
à l'étude**
p. 1102

**Les parents
doivent-ils
assister aux
manœuvres de
réanimation ?**
p. 1145

**Diabète
de type 2 :
débat autour
des recom-
mandations
ANAES**
p. 1147

**L'internet
médical,
trois ans après**
p. 1159

**La toxicomanie
du sport**
p. 1162

Réintégrer le système de santé
Comment faire bénéficier un patient de la CMU
les nouvelles possibilités offertes par la loi p. 1111

Amiodarone : surveiller la thyroïde p. 1105

Douleur de l'épaule chez le sportif p. 1117

Incontinence urinaire de la femme en médecine générale p. 1129

Vérité au malade ou devoir d'information ? p. 1124

HEBDOMADAIRE DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE
ISSN : 0989-2737

Exclus des soins à l'heure de la CMU : comment réintégrer le système de santé ?

Par **Didier Maille**, responsable du service social du Comede, **Arnaud Velsse**, médecin coordinateur du Comede, Comité médical pour les exilés, hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre.

La CMU permet une simplification et une extension des procédures d'accès aux droits existants. Le médecin traitant peut obtenir ainsi la prise en charge de la plupart de ses patients mais c'est un parcours du combattant... et il reste toujours des exclus.

Annoncée comme une « avancée sociale majeure », la couverture maladie a été dénommée « universelle » (CMU) depuis le 1^{er} janvier 2000. Elle doit permettre à de nombreux exclus des soins, catalogués « sans droits », de réintégrer le système de santé de droit commun.

Pourtant, à y regarder de plus près, la loi sur la CMU n'a pas créé de nouveau droit par rapport à l'existant. Elle s'est donné pour but de faciliter l'accès à une protection maladie prévue depuis la réforme de l'aide médicale en 1992. Malgré la restriction du droit à la Sécurité sociale introduite par la loi « Pasqua » de 1993 [1], la réforme de l'aide médicale devait garantir à toute personne démunie et résidant en France le droit à une protection maladie permettant l'accès intégral aux dispositifs de santé de droit commun, en matière de soins comme de prévention [2, 3].

Objectif pédagogique : Aider un patient à réintégrer le système de santé en utilisant les nouvelles possibilités offertes par la loi sur les exclus.

Or, pendant près de 10 ans, les dispositifs contre la précarité n'ont cessé de recevoir de plus en plus de patients et de témoigner des obstacles persistants à l'application du droit [4]. La CMU parviendra-t-elle à réussir là où la réforme de l'aide médicale a échoué ? Cela va dépendre de l'application effective du droit par le système de santé.

Après avoir examiné les mécanismes d'une exclusion des soins qui persiste en dépit du droit, nous présentons les innovations et les procédures d'accès à la CMU, pour nous pencher enfin sur le risque que la loi et l'héritage des pratiques en vigueur font peser sur les nouveaux candidats à l'exclusion.

De la non-application du droit à la protection maladie

Jusqu'à l'avènement de la CMU, les pratiques des services de protection mala-

die n'ont expliqué qu'en partie l'exclusion des soins. Face à l'administration, l'ignorance du droit et des procédures par les professionnels du système de santé conforte en effet dans une large mesure la non-application du droit [5]. « Avez-vous la Sécurité sociale ? » Une réponse négative plus tard, le patient se trouve bien souvent classé « sans droits ». De soins gratuits en refus de soins « non urgents » [6], il arrive que les plus motivés des médecins confirment le diagnostic au terme d'une tentative infructueuse d'orientation vers les services de protection maladie. « On m'a compliqué », dit le patient après une demande de documents qu'il n'a pas. « Ce n'est pas possible », confirme l'assistante sociale souvent ignorante du droit des « exclus », achevant de convaincre le médecin de se tourner vers les circuits « caritatifs » s'il veut que la prise en charge soit poursuivie.

De confusions fréquentes (« le patient a des droits en cas d'urgence médicale ») en fausses croyances (« pas de droit car en France depuis moins de 3 mois », il faut demander l'aide médicale après l'hospitalisation), cette ignorance des soignants sur la protection maladie a longtemps été entretenue par des médias prompts à présenter les pratiques restrictives d'accès aux soins comme le droit et à souligner le rôle « irremplaçable » joué par les « dispositifs précarité » et les médecins « humanitaires ».

7 QUESTIONS SUR LA CMU

À qui s'adresse la CMU ?

Aux personnes vivant en France qui ne bénéficient pas de la Sécurité sociale, faute de pouvoir y cotiser.

Qu'est ce que la résidence stable et régulière ?

– Stable : être présent en France depuis plus de 3 mois, pour les Français comme pour les étrangers (certains en sont dispensés comme les RMIstes, les bénéficiaires d'allocations familiales, les demandeurs d'asile).

– Régularité : selon la loi, c'est « être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers au moment de l'affiliation », prouvée par tout document nominatif émis par une préfecture, quelle qu'en soit la durée.

Quel est le plafond de ressources mensuelles pour bénéficier de la complémentaire gratuite ?

Personne seule	3 500 F
2 personnes	5 250 F
3 personnes	6 300 F
4 personnes	7 350 F
Par personne supplémentaire	1 400 F

Ce contexte a renforcé la conviction d'un grand nombre « d'exclus » que, sans argent, ils ne peuvent être soignés en dehors des réseaux de solidarité. Dans le même temps, la multiplication des « dispositifs précarité » a permis d'améliorer l'accès aux premiers soins. Au-delà de la consultation gratuite de médecine générale, les patients peuvent obtenir certains traitements, examens complémentaires ou consultations spécialisées à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) [7] de certains hôpitaux publics, au centre « humanitaire » de soins gratuits, voire par une fréquentation nocturne des services d'urgence.

Mais la répétition ou la continuité des soins imposent d'autres dépenses : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Alors, seule la possession d'un titre de protection maladie permettant la dispense intégrale d'avance des frais garantit la continuité des soins. Pour ceux qui en sont dépourvus, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Catégorisés « perdus de vue », « non-com-

Où demander la CMU ?

À son centre de Sécurité sociale.

Où demander l'AME ?

En principe à son centre de Sécurité sociale, ou en mairie, ou chez les assistants sociaux de quartier. Pourtant, dans certains départements, la Sécurité sociale refuse actuellement de recevoir ces demandes.

Quels justificatifs faut-il fournir ?

Il faut justifier de son identité, de sa résidence en France, d'une domiciliation agréée pour les personnes sans domicile, et de ses ressources.

Quels soins sont pris en charge par la CMU ?

La protection complémentaire couvre intégralement (avec dispense d'avance des frais) le ticket modérateur (consultations, hospitalisations, pharmacie, examens...), le forfait hospitalier, ainsi que les dépassements pratiqués sur certains actes dentaires et biens ou produits médicaux (prothèses et lunettes).

pliants », ils fréquentent au « soin par soin », souvent à l'occasion d'une aggravation de leur état, ces mêmes « dispositifs précarité » qui se renvoient les patients de l'un à l'autre. Au passage, chacun travaille au mieux, avec les médicaments disponibles et les correspondants compréhensifs, et les factures continuent de s'accumuler. C'est ainsi que, faute d'une utilisation efficace des dispositifs d'accès aux droits, le système de santé développe des dispositifs d'accès aux soins gratuits qui ne permettent pas, et parfois retardent, la continuité des soins.

La réforme CMU : moins d'exclus, mais plus exclus

L'innovation majeure de la CMU ne réside pas tant dans l'extension des droits que dans une simplification des procédures d'accès effectif [8]. Nouvelle étape dans le processus de généralisation de la Sécurité sociale, la CMU repose sur le principe de « l'assurance maladie pour tous ». Supposée remplacer l'aide médicale, la CMU consiste en une entrée automatique et obligatoire au régime général d'assurance maladie sur critère de résidence en France, assortie d'une protection complémentaire gratuite avec dispense totale d'avance des

frais pour les plus démunis. Comme pour l'aide médicale auparavant, cette complémentaire peut en outre être obtenue en « admission immédiate » lorsque « la situation l'exige ».

Destinée à intégrer l'ensemble de la population (précarisée ou non) dans le système de droit commun, cette réforme comporte d'autres innovations importantes :

- augmentation du plafond permettant de bénéficier de plein droit à la complémentaire (3 500 F par mois pour une personne, contre 2 500 F auparavant avec l'aide médicale) ;
- prise en charge élargie pour l'optique, les prothèses dentaires et autres appareillages ;

- principe de la présomption de droit : la caisse ouvre d'abord les droits à la couverture de base, puis dispose d'un délai de 2 mois pour exiger les documents justificatifs ;

- possibilité d'un « guichet unique »
- la CPAM – pour bénéficier de l'intégralité de la protection maladie ;

- admission à la complémentaire gratuite par période d'un an, avec principe de maintien de droits à la couverture de base par période de 4 ans.

Si ces dispositions représentent un réel progrès, la réforme CMU comporte certains aspects plus problématiques [9]. L'effet de seuil complet pour ceux qui dépassent d'un franc le plafond de la complémentaire gratuite (dont les bénéficiaires de minima sociaux comme l'Allocation adulte handicapé [AAH] et le minimum vieillesse) signe la permanence d'un ticket modérateur « ticket d'exclusion ». Le plafonnement des prises en charge, notamment par les assureurs privés (partenaires de

LA PRESTATION COMPLÉMENTAIRE

Le service de la prestation complémentaire est assuré, au choix du bénéficiaire, par sa CPAM, ou par une mutuelle ou une entreprise d'assurance ayant déclaré vouloir participer à ce dispositif.

Ce « droit d'option » est opéré au moment de la demande initiale. Les prestations servies sont identiques quel que soit l'organisme retenu. À titre transitoire, les personnes bénéficiaires au 31 décembre 1999 de l'aide médicale ont vu leurs prestations complémentaires servies par la CPAM jusqu'au 1^{er} avril 2000, sauf si elles avaient demandé expressément à exercer leur droit d'option.

DE L'USAGE DE L'ADMISSION IMMÉDIATE CMU/AME

– Le droit prévoit de délivrer au demandeur « dont la situation l'exige » une « admission immédiate » à la complémentaire CMU (art. L.861-5 CSS) ou à l'AME (art. 188 CFAS).
– Distinction de « l'affiliation sans délai à la Sécurité sociale de base », qui ne permet pas au patient démuné de se faire soigner (coût du ticket modérateur), l'admission immédiate est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur son état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). Elle est toujours préférable aux « soins gratuits et autres bricolages de soins » qui sont souvent incomplets ou conduisent à la réception d'une facture.
– Le dossier doit être complet avec, chaque fois que possible, une lettre du médecin pour appuyer la demande. Ex. : « l'état de santé de M./Mme justifie une demande d'admission immédiate pour une consultation/un traitement spécialisé

la gestion pour la complémentaire CMU), en imposant les tarifs aux professionnels de santé (secteur II compris), risque de faire du bénéficiaire de la CMU un « client moins intéressant » car moins lucratif.

Par ailleurs, l'assurance maladie « universelle » promise par la loi reste un principe et non une réalité. En choisissant de retenir le critère de résidence « stable et régulière » en France, le législateur a exclu de l'assurance maladie des étrangers en situation administrative précaire ou « sans papiers » et des Français récemment rentrés de l'étranger ou ayant des difficultés pour faire reconnaître leur nationalité. Ces patients sont renvoyés sur une protection maladie initialement destinée à disparaître, l'aide médicale, rebaptisée aide médicale État (AME).

Comme auparavant, l'AME permet l'accès à la plupart des soins et à la prévention, au besoin en « admission immédiate ». Mais son statut d'exception présente des risques de discrimination accrue pour ses bénéficiaires, catalogués « en situation irrégulière » par l'administration et le système de santé. De plus, l'AME constitue à plusieurs égards une CMU au rabais : absence de prise en charge des prothèses, maintien de l'obligation alimentaire opposable à la famille du demandeur, limitation aux soins « en

incompatible avec le délai d'une procédure de décision normale ». Prévenir le patient que, le plus souvent, la demande écrite ne suffit pas et qu'il faudra une intervention ultérieure par téléphone du médecin.

De nombreuses CPAM méconnaissent en effet ce droit et s'en défont en adressant les demandeurs vers les dispositifs précarité ou les urgences.
– À l'interlocuteur désolé que « l'on ne puisse pas raccourcir le délai de la procédure », il est souvent utile de citer la circulaire ministérielle du 17/12/99 : « il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés [...] qui ont transmis la demande.

Dans ce cas, les caisses doivent prendre toute disposition pour que cette notification de droit à la complémentaire soit délivrée dans la journée à l'intéressé ». On y notera l'absence de référence faite au médecin traitant.

établissement de santé » pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis moins de 3 ans. Destinée aux exclus de « l'universel », l'AME accentue la séparation entre le droit commun et l'aide sociale.

Comme hier, toute personne résidant en France a droit à une protection maladie. Mais si la réforme CMU améliore la protection maladie de la majorité des exclus d'hier, elle renforce l'exclusion des autres, principalement des étrangers au statut précaire et sans-papiers. La précarité administrative remplace la précarité sociale comme facteur d'exclusion.

Le chantier de la CMU pour les nouveaux « précaires »

Des obstacles persistants pour accéder aux droits

Au-delà du danger que l'application de la loi sur la CMU fait peser sur les nouveaux « précaires », l'observation des premiers mois de mise en place du dispositif confirme la permanence de pratiques restrictives et illégales à leur encontre. Ainsi la disparition du « labyrinthe administratif » se fait attendre. Dans plusieurs départements, les caisses de Sécurité sociale refusent de remplir leur fonction de « guichet unique », et renvoient les patients sur des guichets « SDF », guichets « sans papiers » et « centre com-

munal d'action sociale » (CCAS) pour l'AME ou autres guichets spéciaux, moins débordés que les autres, en cas de demande d'admission immédiate (voir encadré). La frontière entre « assurables » et « non-assurables » (renvoyés sur l'AME) cristallise les conflits et conduit en outre certaines caisses à faire une interprétation abusive de la réglementation en excluant de la CMU des étrangers disposant d'un droit au séjour précaire mais pourtant « stable et régulier ».

L'instruction des demandes de Sécurité sociale reste compliquée par une méconnaissance du droit au sein même des CPAM : exigence d'un extrait de naissance pour un demandeur d'asile, refus d'affiliation immédiate à la base sur critère de résidence (« revenez quand vous aurez l'ASSEDIC »), refus d'admission immédiate à la complémentaire CMU (« voici la liste des consultations précarité »). Pour les demandeurs sans domicile fixe, l'admission à la CMU ou à l'AME se heurte comme avant à l'exigence d'une « domiciliation dans un organisme agréé » presque impossible à trouver dans de nombreuses communes. Enfin l'utilisation de la protection obtenue reste aléatoire parmi les professionnels de santé, quand les notifications de droits sont notamment refusées par de nombreuses pharmacies d'officine. Ces obstacles restent difficiles à surmonter par des patients isolés. Certains tentent encore de contourner les difficultés d'accès aux droits en s'adressant aux dispositifs d'accès aux premiers soins, en augmentation continue. Mais s'ils sont indispensables pour pallier les délais administratifs d'ouverture des droits, notamment en cas de refus d'admission immédiate à la complémentaire CMU ou à l'AME, ces dispositifs restent incapables d'assurer la continuité des soins en l'absence d'une protection maladie.

Le rôle déterminant du médecin traitant

Dans ce contexte, le rôle du médecin est décisif. Le temps du soin représente une occasion précieuse d'informer positivement sur les droits et les avantages en matière de santé. De plus, l'effort consenti pour chaque patient contribue à la normalisation des procédures d'accès aux droits. Pivot d'un dispositif global de prise en charge, le médecin traitant doit pouvoir compter sur une

EN PRATIQUE

➤ Depuis la réforme de l'aide médicale en 1992, toute personne vivant en France a droit à une protection maladie.

➤ Jusqu'à l'avènement de la CMU, l'exclusion des soins a autant été entretenue par les pratiques de l'administration que par celles de professionnels de santé ignorant le droit.

➤ Si l'usage des « dispositifs précarité » permet la délivrance des premiers soins, seule l'acquisition d'une protection maladie intégrale garantit la continuité des soins.

➤ La réforme CMU facilite l'accès aux droits pour la plupart des patients en situation de précarité sociale, mais risque d'accentuer l'exclusion des patients en situation de précarité administrative.

➤ L'observation de la mise en place de la CMU confirme ce risque, principalement pour des patients étrangers au statut précaire et sans papiers.

➤ Coordonnant l'action de partenaires médico-sociaux, le médecin traitant détient un rôle déterminant pour permettre au patient d'obtenir une protection maladie, CMU ou AME.

➤ L'usage de l'admission immédiate à la complémentaire CMU ou à l'AME permet d'éviter le recours aux dispositifs précarité.

➤ Au-delà du bénéfice d'une prise en charge médicale, le succès des démarches contribue à améliorer l'état de santé du patient et ses autres projets d'intégration.

formation spécifique et s'appuyer le cas échéant sur des partenaires médico-sociaux (réseau social et sanitaire, dispositifs précarité, associations). Nécessaire à la continuité des soins, la délivrance de cette information est un acte médical.

Cet exercice prend toutefois du temps et peut nécessiter l'intervention d'un interprète. Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches (pourquoi demander

la Sécurité sociale, alors que mon dispensaire me donne gratuitement les médicaments ?), leur logique (il faut justifier ses droits, ce n'est pas automatique) et pouvoir apprécier la validité du résultat obtenu (seul un titre d'admission avec date d'ouverture et de fin de droits garantit ce droit sur la durée). Il doit être prévenu des diverses demandes de l'administration sur les preuves de son identité, de sa résidence, de l'insuffisance

de ses ressources. Le médecin doit parfois téléphoner à la CPAM en cours de consultation pour lever les incompréhensions fréquentes entre l'agent et le patient. Dans les cas où l'information ne suffit pas, il doit pouvoir compter sur ses partenaires, notamment pour intervenir auprès des directions des services concernés ou par voie de contentieux.

Dans cette démarche coûteuse en formation et en durée de consultation, mal valorisée par le paiement à l'acte, le médecin peut toutefois compter sur un allié précieux et sur des conséquences favorables. Un allié précieux : la plupart de ces patients, précarisés en raison de leur situation administrative, s'inscrivent clairement dans une démarche d'insertion, comme en témoigne notamment l'énergie avec laquelle ils tentent d'être reconnus dans leurs droits (droit d'asile, au séjour, à la santé). Des conséquences favorables : l'accompagnement et le soutien du patient en cas de difficultés dans les démarches d'accès aux soins ont souvent une efficacité remarquable en termes d'amélioration de santé et favorisent l'engagement ultérieur dans ses autres projets d'intégration.

Conclusion

Si la CMU représente un progrès pour la plupart des exclus d'hier, les restrictions apportées par la loi et les premiers mois de pratique administrative conduisent à exclure du droit des patients en situation de précarité administrative, principalement des étrangers.

Or, malgré les « dispositifs précarité » dont le système de santé s'est doté, l'acquisition d'une protection maladie représente la seule garantie de la continuité des soins.

Formé et actif sur l'accès à la CMU ou l'AME pour ces « exclus de l'universel », coordonnant un dispositif pluridisciplinaire, le médecin traitant peut obtenir la prise en charge nécessaire dans la plupart des cas en favorisant l'intégration des patients. ●

Références

1. Groupe protection sociale du Gisti. « L'accès aux soins des étrangers : les débats et les évolutions du droit ». Hommes et Migrations, n° 1225, mai-juin 2000, à paraître.
2. Loi du 29 juillet 1992.
3. Conseil d'État. Avis du 8 janvier 1981.
4. Haut Comité de la santé publique, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », 1998 : 1-3.
5. Delbecchi G, Jollet C, Fleury F, Fontaine A, Veisse A. Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Île-de-France. Presse Med 1999 ; 20 : 1075-9.
6. Lasne N. Les Intouchables. Pratiques 1996 ; 44 : 5-12.
7. Code de la santé publique. Art L.711-7-1.
8. Loi du 27 juillet 1999.
9. Levy C, Mony P, Volovitch P. La CMU : ce qui doit changer. Droit social n° 1, janvier 2000.

AVANTAGE DE LA CMU PAR RAPPORT AUX AUTRES CARTES DE SANTÉ (PASSEPORT RHÔNE SOINS, CARTE PARIS SANTÉ)

La CMU apporte 2 nouveautés importantes :

– l'intégration de tous dans un système de protection maladie unique : l'assurance maladie (base et complémentaire), et donc la disparition (sauf pour les étrangers en situation administrative précaire) du système d'aide sociale ;
– un « panier de soins » contenant des prestations de meilleure qualité sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses. Enfin, un 3^e élément, variable selon les départements, est l'augmentation du plafond (sauf carte Paris santé, et autres départements où le plafond précédent était supérieur au plafond CMU, ce qui va priver certains bénéficiaires de leur droit à une complémentaire).

