

2 0 2 3

Santé Info Droits PRATIQUE

— A.20 —

DROITS DES MALADES

— LES DISPOSITIFS DE LUTTE CONTRE — LE NON-RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Notre pays reconnaît dans sa Constitution le droit à la santé comme l'un des droits fondamentaux. Mais, ce n'est pas parce qu'un droit est inscrit dans un texte, aussi important soit-il, qu'il est garanti à toutes et tous, de manière effective, sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, ce droit à la santé passe ou devrait passer par la garantie pour toutes et tous d'un accès aux soins et aux dispositifs d'aides pour se soigner. Or, il est démontré que l'accès aux soins fluctue en fonction de la situation géographique des personnes ou de leur catégorie sociale. Ainsi, plus la catégorie sociale est défavorisée, plus les personnes rencontrent des difficultés pour accéder aux soins, notamment parce qu'elles ne recourent pas à des services et des dispositifs de prises en charge pourtant existant et dédiés. Cela a pour effet de creuser les inégalités sociales de santé qui font que, dans notre pays, l'espérance de vie en bonne santé des populations défavorisées est fortement dégradée. Bien que les inégalités sociales de santé s'expliquent par un ensemble de déterminants de santé, il est essentiel de lutter contre le non-recours pour garantir à toute la population un égal accès aux soins et à la santé.

Cette fiche a donc vocation à faire le point sur les principaux dispositifs de lutte contre les non-recours afin de développer la connaissance de leur existence auprès des publics concernés, éventuellement par l'intermédiaire des acteurs de terrain que sont les représentants des usagers, les intervenants associatifs et les travailleurs sociaux.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Ce non-recours aux soins est identifié depuis plusieurs années et des dispositifs ont été mis en place pour essayer de les réduire. Ce fut le cas à la fin des années 90 avec la création de :

- la Couverture maladie universelle (CMU de base, devenue depuis 2016 la protection universelle maladie) destinée à faire bénéficier d'une protection sociale toutes les personnes résidant régulièrement sur le territoire ;
- l'Aide médicale d'Etat (AME) offrant aux personnes étrangères résidant de manière stable mais irrégulière (au regard du droit au séjour) sur le territoire et disposant de faibles revenus une couverture maladie ;
- la Complémentaire santé solidaire (remplaçant la CMU complémentaire et l'aide au paiement d'une complémentaire santé) permettant à des personnes disposant de faibles revenus d'avoir une couverture maladie complémentaire gratuitement ou contre une faible contribution ;
- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les établissements de santé pour permettre aux personnes sans couverture sociale d'être soignées et accompagnées.



Quelques chiffres

Le rapport 2022 du Secours catholique sur l'état de la pauvreté en France indique notamment que plus de 30% des personnes éligibles au revenu de solidarité active (RSA) n'en font pas la demande.

En 2020, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) évalue à environ 50% le taux de non-recours aux dispositifs de couverture sociale par les personnes éligibles (Complémentaire santé solidaire - ex-CMUC- et ACS et AME).

C'est pour cela que d'autres dispositifs ont été mis en place pour faciliter le recours aux soins et à la santé comme la PFI-DASS (Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé), remplacé ensuite par **les Missions accompagnement Santé** développé par l'Assurance maladie ou encore **la médiation sanitaire** et l'**interprétariat** désormais

inscrits dans le Code de la Santé publique.

La lutte contre les refus de soins concoure également à combattre le non recours. Pour plus d'informations sur ce sujet spécifique, voir les fiches *Santé Info Droits* pratiques suivantes :

[Fiche A.10 - Refus de soins aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale d'Etat](#)

[Fiche A.10.1 - Accompagnement par les associations des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale d'Etat, victimes de refus de soins](#)

D'autres dispositifs, le plus souvent sous forme expérimentale, existent sur notre territoire pour favoriser le recours aux soins et à la santé. Cette fiche ne peut donc prétendre à l'exhaustivité.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Les dispositifs de couverture maladie pour faciliter l'accès aux soins

Les fiches *Santé Info Droits* pratiques suivantes détaillent les dispositifs utiles :

[Fiche C.1 - L'accès à la prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie](#)

[Fiche C.2.2 - Complémentaire santé solidaire](#)

[Fiche C.4 - Accès aux soins pour les étrangers en situation administrative précaire](#)

Pour faciliter l'accès à ces droits favorisant eux-même l'accès aux soins, il est désormais prévu :

- une automaticité d'ouverture de droit à la Complémentaire santé solidaire de tous les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) sauf opposition expresse de leur part ;

- les bénéficiaires de l'Allocation solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'ayant exercé aucune activité professionnelle sont réputés remplir la condition de ressources pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire.

- les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) doivent, quant à eux, être informés par leur organismes de Sécurité sociale de leur potentiel éligibilité à la Complémentaire santé solidaire et de la possibilité d'être accompagnés dans les démarches.

Enfin ces différents minima sociaux font l'objet d'abattement pour le calcul du plafond de ressources pour l'accès au dispositif.

Les permanences d'accès aux soins de santé dans les établissements de santé (PASS)

Il s'agit de dispositifs de prise en charge médico-sociale destinés à des personnes en situation de précarité sociale ne bénéficiant généralement d'aucune couverture sociale connue. L'accès au système de santé doit leur être facilité et elles doivent pouvoir être accompagnées dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Les PASS, implantées au sein des établissements de santé, proposent un accueil inconditionnel, des soins, de la prévention, de l'orientation et de l'accompagnement. Il y a une grande hétérogénéité dans le fonctionnement des PASS, mais quatre types d'organisation se détachent :

- Les PASS centralisées avec un local spécifique qui donnent accès à des consultations de médecine générale et/ou spécialisée.
- Les permanences transversales qui reçoivent les patients dans les mêmes lieux que tous les autres pour éviter le sentiment de discrimination.
- Les PASS spécialisées orientent les patients vers certains soins spécifiques (psychiatrie, bucco-dentaire, dermatologie...) en s'appuyant sur une équipe mobile intervenant à l'extérieur de l'hôpital.

- Des PASS à vocation régionale pour mettre en place les bonnes pratiques et l'évaluation.

- Des PASS ambulatoires dont l'objectif est d'amener le patient en grande précarité vers les dispositifs de ville de droit commun.

La Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé publie un référentiel :

https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/cir_37144.pdf

Il n'existe malheureusement pas d'annuaire national répertoriant les près de 400 PASS implantées sur notre territoire, ce qui prive des personnes en situation de grande précarité et/ou les personnes les accompagnant d'informations précieuses.

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) répertorie les siennes sur son site Internet :

<https://www.aphp.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-lap-hp>

Certaines Agences régionales de Santé font de même :

[Ile-de-France](#), [Normandie](#), [Bretagne](#), [PACA](#), [Centre-Val de Loire](#), [Grand-Est](#).

Consacrés à l'article L1110-13 du Code de la Santé publique, la médiation sanitaire comme l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

Cela peut passer par une orientation dans les démarches ou encore par le fait d'assurer l'interface entre les professionnels de santé et du social quand les personnes se heurtent à des barrières linguistiques, culturelles ou intellectuelles. Ils visent à faciliter voire à garantir leur autonomie dans leur parcours de santé.

Elaborés et publiés par la Haute Autorité de santé, des référentiels

de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique.

Les Missions accompagnement santé

Remplaçant les Plate-Formes d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) mises en place par l'Assurance maladie sous forme expérimentale en 2014, ces missions proposent un accompagnement personnalisé aux assurés en difficulté dans leur parcours de soins et leur accès aux droits. Contrairement aux PFIDASS, les assurés concernés peuvent s'adresser directement à leur caisse pour lui faire part des obstacles qu'ils rencontrent.

Un conseiller accompagnement santé de la caisse réalise alors un bilan des droits et besoins de la personne.

Il l'oriente et l'accompagne dans les démarches en lien avec sa santé.

180 000 assurés ont bénéficié de ce service depuis 2018, d'après l'Assurance maladie.

POINT DE VUE

Contrairement à ce que certaines personnalités publiques et politiques expriment en s'évertuant à mettre en avant les quelques fraudes, des études montrent que plus courantes sont les situations pour lesquelles les personnes éligibles à l'obtention de ces dispositifs n'y accèdent pas... pour différentes raisons : défaut d'information sur leur existence, manque de ressource pour réaliser les démarches, complexité des procédures administratives, honte et/ou sentiment d'être stigmatisé en tant que bénéficiaire, barrière linguistique, peur de se voir refuser certains soins du fait d'être bénéficiaire.

La dématérialisation des démarches administratives et sociales peut également constituer une barrière pour certaines de ces personnes. La Stratégie nationale de santé 2018-2022 évoque les situations de non-recours et la nécessité de poursuivre les actions pour les réduire voire les supprimer. France Assos Santé veillera à ce que ces déclarations d'intention louables fassent l'objet d'une réelle mise en œuvre. Nous ne pouvons que nous réjouir que des solutions développées dans cette fiche (PASS, interprétariat, médiation) soient annoncées comme poursuivies, développées et soutenues, tout comme des dispositifs que nous n'avons pas abordés ici mais qui sont extrêmement intéressants, tels que les lits halte soins santé ou les lits d'accueil médicalisés qui ne luttent pas prioritairement contre le non-recours aux soins mais permettent une prise en charge de populations particulièrement éloignées des soins.

Nous serons par ailleurs attentifs à l'attribution des moyens pour faire vivre et développer les différents dispositifs car il ne suffit pas créer voire de superposer de nouvelles missions, de nouveaux services, s'ils ne sont pas accompagnés par des volontés politiques locales ou nationales et la mise à disposition de budgets dédiés. Il en va de leur effectivité.

Parmi les mesures non évoquées dans la Stratégie nationale de santé, nous restons...

... attentifs aussi aux politiques visant à limiter le reste à charge des assurés ou leur avance de frais qui peut conduire au non-recours aux soins. Parmi celles-ci, nous pensons notamment au tiers-payant généralisé dont nous espérons que des solutions seront rapidement trouvées par l'ensemble des acteurs pour qu'il soit mis en place la limitation des dépassements d'honoraires des médecins.

... attentifs au maintien d'un accueil physique pour offrir un accompagnement dans l'accès aux droits au sein de tous les services publics.

... attentifs enfin à ce que ces intentions ne se heurtent pas à d'autres politiques publiques de lutte contre la fraude ou de « gestion » des populations migrantes, qui, de leur côté, pourraient accentuer le non-recours aux soins de certaines populations et par la même occasion creuser les inégalités sociales de santé.



En cas de problème juridique lié à votre santé, préférez cette ligne à une recherche en ligne.

Des juristes répondent gratuitement
à vos questions en lien avec votre santé.



Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Informations et actions sur france-assos-sante.org

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



- Référentiels HAS

Sur la médiation en santé :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

Sur l'interprétariat linguistique :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

- Observatoire du non-recours aux droits et aux services (ONDENORE) :

<https://odenore.msh-alpes.fr/>

EVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>