



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

16/06/2013

CHARTRE SOCIALE EUROPEENNE

Observations de « Médecins du Monde » sur le

12^{ème} rapport national sur l'application
de la Charte sociale européenne
soumis par

LE GOUVERNEMENT DE LA FRANCE

(Articles 11, 12, 13 et 30
pour la période
01/01/2008 – 31/12/2011)

Report registered by the Secretariat on
16 June 2013

CYCLE 2013



Avis de Médecins du Monde sur le 12ème rapport de la France sur l'application des articles de la Charte sociale européenne concernant la santé

La mise en œuvre des droits protégés par la Charte sociale européenne et relatifs à la santé doit reposer sur une réelle politique de santé publique qui privilégierait **l'accès de tous, sans entraves, à une couverture maladie vraiment universelle**. Un tel choix politique se justifie en termes de santé publique, de simplification administrative, d'efficacité économique et d'éthique.

L'instauration d'**une couverture réellement universelle par la fusion de l'aide médicale d'état (AME) dans la couverture maladie universelle (CMU)**, pour toutes les personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté et quel que soit leur statut administratif, citoyens communautaires comme extracommunautaires, serait à même de garantir cette effectivité. Cette fusion passe par l'abrogation des restrictions du panier de soins des bénéficiaires de l'AME (les autres mesures restrictives à l'AME que constituaient le paiement d'un droit annuel de 30 € et l'agrément préalable pour les soins coûteux ayant été abrogés en août 2012). L'accès universel passe également par un lissage des effets de seuil en élevant le plafond de la CMU-C au seuil de pauvreté (à 60% du revenu médian) ou *a minima* en englobant les minima sociaux : allocation aux adultes handicapés (AAH) et minimum vieillesse.

Une mesure indispensable à l'amélioration de l'accès de tous à la santé est la simplification des démarches administratives, notamment pour l'accès à la domiciliation administrative. En mettant en pratique et sur tout le territoire leur obligation d'assurer la domiciliation des personnes n'ayant pas d'adresse personnelle pour recevoir leur courrier, les centres communaux d'action sociale (CCAS) contribueraient de manière significative à rendre effectif l'accès aux droits et plus particulièrement à l'ouverture de droits à la santé pour les personnes sans toit.

La simplification du système s'impose notamment par un recadrage de la mission de service public des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans le respect des textes législatifs (pièces demandées, interprétation du droit sur les pièces demandées, sur les conditions mêmes d'attribution d'un droit, sur l'accueil et le montage de dossier...) ainsi que la mise à disposition d'outils de communication et des ressources en interprétariat pour l'information des publics sur leurs droits et leurs obligations, notamment dans l'accueil et les services proposés aux guichets des administrations.

La France doit en outre adopter des mesures spécifiques pour améliorer l'accès à la santé des communautés démunies et porter une politique ambitieuse de prévention qui toucherait la population dans son ensemble, tout en allant vers les plus vulnérables, avec des approches dont Médecins du Monde démontre l'utilité : la médiation en santé publique, le travail avec les pairs mais aussi des campagnes de vaccination et de dépistage en allant vers les personnes.

Une meilleure information, la formation des usagers, des acteurs sociaux et des professionnels de santé sur les droits des personnes en matière de santé et d'accès aux soins sont des recommandations formulées récemment par le Comité européen des Droits sociaux à l'égard de la France afin de lever certains obstacles de non accès aux droits sociaux.

D'autres mesures sont à développer, comme la formation initiale et continue des médecins aux spécificités médicales liées à la précarité, le développement des PASS et des équipes mobiles « santé précarité », ou encore la coordination des acteurs médicaux et sociaux.

Le droit à la santé pour tous exige par conséquent une réelle politique de santé publique et des mesures concrètes, positives afin de réintégrer les plus exclus dans le parcours de soins global et de garantir un accès à des soins de même qualité pour un état de santé comparable.

En conformité avec ces exigences, par une décision sur le bien-fondé en date du 11 septembre dernier, fondée sur une réclamation datant d'avril 2011, soit dans la période de référence, le **Comité européen des Droits sociaux** a reconnu la violation par la France de l'article E combiné avec **les articles 11§1, 11§2 et 11§3, 13§1 et 13§4** en raison des **difficultés d'accès aux soins de santé** rencontrées par les populations roms (en situation régulière ou irrégulière)¹.

Article 11 – Droit à la protection de la santé

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

- 1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;*
- 2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;*
- 3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents.*

DISPOSITIF DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET COMPLEMENTAIRE

➤ Position du gouvernement français

Le gouvernement se félicite de l'existence des dispositifs de la couverture maladie universelle (CMU de base) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui permettrait de réduire de moitié la part de la population renonçant aux soins faute de revenus suffisants (de 40 à 22%) (pages 132-133 du rapport du gouvernement), en constatant que l'accès aux soins des populations concernées n'est pas pour autant totalement effectif.

¹ Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde – International c. France, §144

➤ **Commentaire de Médecins du Monde : les dispositifs CMU-Base/CMU-C**

Si les dispositifs CMU de Base et CMU-C ont constitué une avancée majeure, les personnes démunies sont cependant touchées par la baisse des remboursements d'assurance maladie et l'augmentation du reste à charge pour les patients et ce d'autant plus que de nombreuses personnes en-dessous du seuil de pauvreté à 60% du revenu médian et bénéficiaires des minimas sociaux (dont le minimum vieillesse et l'allocation adulte handicapé) sont toujours exclues de la CMU-C en raison du plafond de ressources.

Outre les obstacles financiers, il existe des barrières administratives qui rendent l'accès à la santé très difficile : Médecins du Monde constate plus de 20% de non recours pour la CMU-C (4,3 millions de personnes concernées par ce dispositif initialement prévu pour 6 millions de personnes) ou encore 75% de non recours pour l'aide à la complémentaire santé. La complexité des démarches administratives, la demande de pièces abusives, les délais d'instruction très longs constituent, en plus des raisons financières, des causes de non recours à ces dispositifs.

Si le gouvernement semble reconnaître l'existence de telles barrières, il ne prend aucunement la mesure de ces blocages. Pourtant, par une décision en date du 11 septembre 2012, le Comité européen des droits sociaux a condamné la France pour violation de l'article E de la Charte sociale combiné avec l'article 11§1 de ladite Charte, considérant que « *le droit à l'accès aux soins de santé exige que la prise en charge des soins de santé soit en tout ou en partie collective (Conclusions I, Observation interprétative de l'article 11 ; Conclusions XV-2 Chypre). Cela implique aussi que le coût des soins ne représente pas une charge trop lourde pour les individus. A cette fin, **des mesures visant à atténuer les effets de la participation financière des patients, en particulier ceux issus des catégories défavorisées de la population, doivent être prises (Conclusions XVII-2, Portugal).*** »²

En l'absence de telles mesures, et malgré l'existence des dispositifs de CMU et AME, le Comité a conclu à la violation par la France des articles E et 11§1 à l'égard des populations roms migrantes, le gouvernement ayant « *manqué à son obligation positive de veiller à ce que les Roms migrants, qu'ils soient en situation régulière ou non, y compris les enfants, aient un accès adéquat aux soins de santé, en particulier en ne prenant pas de mesures raisonnables pour aborder les problèmes spécifiques auxquels les communautés roms doivent faire face du fait de leurs conditions de vie souvent insalubres et des difficultés qu'ils rencontrent pour accéder aux soins de santé.* »³

Un tel raisonnement peut être étendu à l'ensemble des populations vulnérables pour lesquelles aucune mesure n'est prise afin de garantir l'effectivité de leur accès aux soins.

DISPOSITIF DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT

➤ **Position du gouvernement français**

Le gouvernement tente de minimiser les entraves à l'accès aux soins en France en mentionnant l'exigence de la résidence ininterrompue de trois mois comme seule restriction à l'admission des personnes étrangères au dispositif de l'Aide médicale d'état (AME) (page 133 du rapport).

² Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde-International c. France, §140

³ Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde-International c. France, §144-145

➤ Commentaires de Médecins du Monde

L'AME est un dispositif spécifique distinct de l'assurance maladie : c'est un système créé pour les seuls étrangers en situation irrégulière, son budget est examiné chaque année et a été l'objet de nombreuses restrictions successives depuis sa création, rendant le recours à ce droit de plus en plus complexe pour les personnes et les professionnels sociaux et de santé. **La très grande complexité administrative et la généralisation de demandes abusives de pièces par l'administration- générée en partie par la superposition complexe de nombreuses catégories administratives de sous-populations démunies - constituent des obstacles à l'accès à la protection sociale.** Le droit d'entrée annuel de 30€ introduit en 2010 (puis supprimé en 2012) a rendu plus difficile l'accès aux soins pour ces personnes qui connaissent déjà les plus grandes difficultés à faire face aux dépenses quotidiennes. Cette mesure a été prise à l'encontre des recommandations des hautes institutions de l'Etat⁴, celles-ci soulignant le risque pour la santé des personnes et son caractère contre-productif en termes de santé publique et au niveau économique : le surcoût entraîné par les retards de prise en charge ainsi que les frais de fonctionnement et de gestion de cette mesure allaient largement dépasser les bénéfices attendus. Dans son rapport de fin 2010, l'Inspection générale des Finances (IGF) insistait sur le fait que *« plus qu'un risque d'abus de droit, la question qui se pose est celle d'un risque de renoncement aux soins faute d'insertion et d'inscription dans les démarches d'accès à la protection sociale »*.

Les autres mesures réglementaires comme l'instauration d'un délai minimum de 3 mois de présence en France ont introduit l'obligation de fournir des pièces justificatives là où auparavant des déclarations sur l'honneur suffisaient. Dès lors la complexification des démarches est en route, laissant libre champ aux administrations pour demander des pièces justificatives toujours plus difficiles à fournir.

LE FONDS POUR LES SOINS URGENTS ET VITAUX

➤ Position du gouvernement

Le dispositif du fond pour les soins urgents et vitaux est seulement mentionné sans analyse critique de sa mise en œuvre (en page 133).

➤ Commentaires de Médecins du Monde

Depuis 2004, les personnes en situation irrégulière doivent justifier de 3 mois de résidence ininterrompue sur le territoire pour bénéficier de l'AME. Ainsi, au cours des trois premiers mois du séjour en France, ces personnes ne disposent d'aucune couverture maladie. Elles peuvent toutefois, depuis la parution de **la circulaire du 16 mars 2005**⁵, obtenue par les associations, se présenter à l'hôpital pour *« des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître. Doivent aussi être considérés urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une*

⁴ Inspection générale des Affaires sociales- Inspection générale des Finances, Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat, 24 novembre 2010. Rapport demandé par le ministre de la Santé de l'époque, Roselyne Bachelot, et dont le contenu n'a été délégué aux parlementaires qu'après le vote de la loi de finance réformant l'AME

⁵ Circulaire DHOS/DSS/DGAS N+2005-141 du 16 mars 2005

pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple) ».

Les titulaires d'un visa court séjour sont en principe exclus de ce dispositif car ils sont supposés être couverts par l'Assurance maladie agréée nécessaire à l'obtention du visa.

L'arrêt du Conseil d'État en date du 7 juin 2006 ayant estimé que la condition de résidence ininterrompue de 3 mois ne pouvait être opposée aux mineurs, ces derniers ne doivent normalement pas relever du dispositif « soins urgents » mais de l'AME dès leur arrivée sur le territoire. À la suite de cet arrêt, une circulaire du ministère de la Santé en date du 7 janvier 2008⁶ a logiquement supprimé le paragraphe relatif aux enfants mineurs de la circulaire du 16 mars 2005. Toutefois, il apparaît que cette suppression a créé un vide juridique pour certaines catégories de mineurs étrangers qui n'accèdent pas à l'AME. En effet, les mineurs isolés non pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance et les mineurs dont les parents dépassent le seuil d'attribution de l'AME ne parviennent pas toujours à obtenir l'AME et se voient refuser une prise en charge au titre des soins urgents par les hôpitaux, ceux-ci estimant qu'ils ne relèvent pas de ce dispositif, dont ils ont été exclus par la circulaire de janvier 2008. Ce n'est que depuis la publication d'une circulaire en septembre 2011 que les mineurs peuvent se voir octroyer l'AME en leur nom propre et sans que leur soit opposable la condition de durée de résidence⁷.

Par ailleurs, certaines équipes de Médecins du Monde observent encore des dysfonctionnements relatifs à l'application de la circulaire et témoignent de la méconnaissance du Fonds pour les soins urgents et vitaux dans certains services hospitaliers.

Enfin, une circulaire du 2 mai 2008⁸ sur la facturation des soins urgents a apporté une nouvelle difficulté dans la mise en œuvre du dispositif déjà complexe. En effet, cette circulaire est venue modifier les modalités de facturation des soins urgents par les hôpitaux et impose, entre autres, que soit joint à la facture le refus de demande d'AME du patient. Cette exigence supplémentaire crée une nouvelle difficulté d'accès au dispositif soins urgents en le retardant et en le complexifiant. Il semble donc nécessaire de rappeler aux établissements hospitaliers l'existence de ces dispositifs et d'en améliorer l'utilisation.

La mise en œuvre de ce fond est défaillante et insuffisante pour répondre à la prise en charge des maladies infectieuses (tuberculose, sida) qui affectent plus particulièrement les populations précaires et vulnérables. Comme l'a souligné le Comité Européen des Droits sociaux dans sa décision précitée condamnant la France: « *Le Gouvernement ne mentionne aucune action de prévention à l'attention des Roms migrants mais se réfère seulement au fonds en matière de soins urgents ce qui ne constitue pas une mesure suffisante. Le Gouvernement aurait dû prendre des mesures spécifiques pour répondre à la situation spécifique des Roms migrants* »⁹. Le Comité conclut dès lors à la violation de des articles 11§1 et 11§3 de la Charte sur la période de référence.

LE DROIT AU SEJOUR POUR SOINS DES ETRANGERS MALADES

⁶ Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents.

⁷ Circulaire N°DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).

⁸ Circulaire du 2 mai 2008 relative à la facturation et au paiement des soins urgents délivrés en 2007 et 2008 à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

⁹ Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde – International c. France, §163 ; voir aussi §152

➤ **Position du Gouvernement français**

Le gouvernement français se contente de mentionner l'existence d'un droit au séjour pour soins sans plus de précision (page 134).

➤ **Commentaires de Médecins du Monde : le Droit au séjour pour soins des étrangers malades : un recul important**

En 1998, la France se dotait de lois pour protéger les étrangers gravement malades exposés à un risque vital, contre l'expulsion et pour leur permettre l'accès à un titre de séjour pour raisons médicales. 10 ans après, ce droit a vu son application se dégrader considérablement. Depuis mars 2007, il existe des « fiches pays » disponibles sur les sites intranet des ministères de l'intérieur et de la santé censées répertorier les traitements existants dans les pays d'origine, même si les patients ne peuvent y avoir effectivement accès (en raison de leur coût, des ruptures de stocks, de l'éloignement des structures de soins...) ; ces fiches légitiment une interprétation très restrictive de la loi, en dénaturent l'esprit, et ont favorisé des violations du secret médical. Les préfetures refusent notamment de plus en plus les rapports médicaux nécessaires à la procédure de régularisation pour soins qui est de plus en plus complexe ; les médecins sont notamment soupçonnés de « complaisance », « d'angélisme » ou de militantisme. Comme souvent, les demandes de documents et de justificatifs non prévus par la loi sont très nombreuses.

En 2010, deux arrêts du Conseil d'Etat ont réaffirmé très positivement la protection contre l'éloignement et le droit au séjour des étrangers malades résidant en France n'ayant pas un accès effectif aux soins dans leur pays d'origine.

Pourtant, et en dépit d'une très importante mobilisation des associations et de sociétés médicales et savantes¹⁰, la loi relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité du 16 juin 2011 vide de son contenu le droit au séjour pour raison médicale : elle le conditionne désormais à la notion d'« absence » du traitement approprié dans le pays d'origine, en lieu et place de la notion d'« accès effectif ». Et le préfet est désormais seul juge pour apprécier des éventuelles « circonstances humanitaires exceptionnelles » - ce qui conduit dans les faits à une violation du secret médical en obligeant la personne à dévoiler sa pathologie. En cas d'expulsion et faute d'un accès effectif aux soins, les étrangers malades (28 000 personnes) peuvent être condamnés à mourir d'une pathologie qui aurait pu être traitée en France.

➤ **Position du gouvernement**

Selon le gouvernement, « *L'état participe également par biais de subventions, au financement d'associations humanitaires dont les centres de santé accueillent des personnes qui ne bénéficient pas ou pas encore de l'AME.* » (page 134)

➤ **Commentaire de Médecins du Monde**

¹⁰ Avis du Conseil national du sida, Société française de santé publique, Fédération française d'infectiologie, Société de pathologies infectieuses de langue française, Société française de lutte contre le sida, Conseil national de l'ordre des médecins, syndicats de médecins et de médecins inspecteurs de santé publique...

Ce paragraphe laisse supposer que l'action humanitaire visant à prendre en charge des personnes démunies, exclues du système institutionnel de protection de la santé est financée par l'état.

Or, les associations comme Médecins du Monde, même bénéficiaires de subventions d'Agences Régionales de Santé – qui ne représentent pas la majorité des financements - travaillent en toute indépendance et visent à réintégrer les populations les plus vulnérables dans le système de droit commun. En 2011, 81 % des étrangers sans titre de séjour accueillis dans les Caso¹¹ (centres d'accueil, de soins et d'orientation) remplissaient les conditions d'obtention de l'AME, or seuls un peu moins de 10 % bénéficiaient de droits effectivement ouverts lors de leur premier contact au Caso.

Les obstacles liés à l'accès aux droits et aux soins des étrangers en situation irrégulière se concentrent autour de 4 thématiques:

- la méconnaissance du système sanitaire et social français (37 %),
- les difficultés multiples d'accès aux droits (33 %) avec en premier lieu l'impossibilité d'apporter une preuve de résidence (17 %),
- les difficultés administratives liées à la complexité des démarches (29 %), et
- la barrière de la langue (22 %). Enfin, l'absence d'adresse postale et la nécessité d'une domiciliation pour l'ouverture des droits reste un réel problème et concerne près de 32 % de ces patients (âgés de 16 ans et plus).

L'action de Médecins du Monde d'orientation et de soins des populations précaires consiste pour une grande part à parer les défaillances et dysfonctionnements du système de droit commun dont l'accès reste très complexe et entrave l'inscription des personnes dans un parcours de soins.

Article 12 – Droit à la sécurité sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties s'engagent:

1. *à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale;*
2. *à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale;*
3. *à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut;*
4. *à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer:*
 - a. *l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties;*
 - b. *l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties.*

¹¹Médecins du Monde, Rapport 2011 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, octobre 2012

➤ **Position du gouvernement français (page 174)**

En réponse au CEDS « *qui constate un report continu d'une part croissante des charges de l'assurance maladie sur les assurés* », le gouvernement répond par la CMU-C et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en tant que mesures spécifiques garantissant un accès pour tous.

➤ **Commentaires de Médecins du Monde sur l'article 12.3**

Médecins du Monde pose un constat plus détaillé sur la progression des charges de l'assurance maladie sur les assurés: depuis 10 ans, on assiste à un désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire, du financement des soins courants. La part des dépenses totales des soins et biens médicaux prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est passée de 80% en 1980 à 75,5% en 2009. Entre 1980 et 2008, le reste à charge est passé de 217 à 547€ par personne et par an¹². Se soigner revient de plus en plus cher, ce qui se constate dans les dépenses des ménages : entre 2001 et 2009, les coûts directs de santé dans le budget des ménages ont augmenté de 40 à 50% en moyenne¹³. Avoir recours à une complémentaire santé est ainsi de plus en plus coûteux, ce qui renforce les inégalités dans les recours au système de santé. L'une des conséquences est une augmentation du taux de renoncement aux soins dans la population générale et particulièrement pour les personnes sans mutuelles. Parmi ces dernières, le taux de renoncement aux soins –qui concernent pour l'essentiel les soins dentaires et d'optique peu remboursés par l'assurance maladie est passé de 11% en 2002 à 30% en 2008. On constate donc plus de 20% de non recours pour la CMU-C ou encore 75% de non recours pour l'aide à la complémentaire santé¹⁴. Les dispositifs censés aider les plus pauvres arrivent difficilement à les toucher, en raison d'une très grande complexité du système et des parcours. Ces barrières administratives à l'accès aux soins ont un impact significatif sur l'état de santé de la population.

• **A Mayotte : les dispositifs de l'AME – CMU-C n'existent pas**

Nulle mention n'est faite de Mayotte et de la situation de l'accès aux droits des habitants de ce département français d'Outre-mer. Devenu 101ème département français en mars 2011, Mayotte constitue un territoire d'exception : l'AME et la CMU ne s'y appliquent pas. Le dispositif actuel ne garantit pas un accès effectif aux soins des personnes en situation irrégulière et de leurs enfants ou des mineurs isolés non pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance. Aujourd'hui, près d'un quart de la population est exclue de toute protection maladie¹⁵. Dès lors, Médecins du Monde déplore que sur la période de référence, l'affiliation directe à la sécurité sociale pour tous les enfants non couverts ne soit pas effective, en contradiction avec la jurisprudence du tribunal des affaires de sécurité sociale de Mamoudzou fondée sur les dispositions de la Convention Internationale des droits de l'enfant¹⁶. En outre, seules la mise en place de l'AME ou d'une couverture médicale équivalente ainsi que l'extension de la complémentaire CMU dont sont

¹² En prix relatif. IRDES : Question d'économie de la santé, n°161, janvier 2011.

¹³ Cabinet Jalma, Livre Blanc sur l'avenir de l'assurance maladie, 25 novembre 2009

¹⁴ Fonds CMU : Références n°43, avril 2011

¹⁵ Médecins du Monde, observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2011, octobre 2012, pages 110-116

¹⁶ Tribunal de Affaires de sécurité sociale de Mamoudzou, 17 décembre 2010

toujours privés tous les habitants de Mayotte seraient à même de garantir le droit à la sécurité sociale de l'ensemble de la population.

Article 13 – Droit à l'assistance sociale et médicale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à l'assistance sociale et médicale, les Parties s'engagent:

- 1. à veiller à ce que toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes et qui n'est pas en mesure de se procurer celles-ci par ses propres moyens ou de les recevoir d'une autre source, notamment par des prestations résultant d'un régime de sécurité sociale, puisse obtenir une assistance appropriée et, en cas de maladie, les soins nécessités par son état;*
 - 2. à veiller à ce que les personnes bénéficiant d'une telle assistance ne souffrent pas, pour cette raison, d'une diminution de leurs droits politiques ou sociaux;*
 - 3. à prévoir que chacun puisse obtenir, par des services compétents de caractère public ou privé, tous conseils et toute aide personnelle nécessaires pour prévenir, abolir ou alléger l'état de besoin d'ordre personnel et d'ordre familial;*
 - 4. à appliquer les dispositions visées aux paragraphes 1, 2 et 3 du présent article, sur un pied d'égalité avec leurs nationaux, aux ressortissants des autres Parties se trouvant légalement sur leur territoire, conformément aux obligations qu'elles assument en vertu de la Convention européenne d'assistance sociale et médicale, signée à Paris le 11 décembre 1953.*
-

➤ Position du gouvernement

Afin de justifier de l'amélioration de l'accès au dispositif de l'AME, le gouvernement français cite l'abrogation de trois mesures spécifiques : le droit de timbre annuel de 30 Euros, la procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux et le lieu unique de dépôt de demande d'AME (en page 189 du rapport).

➤ Commentaires de Médecins du Monde

Médecins du Monde se réjouit de l'abrogation récente des mesures précitées jugées en effet contreproductives et entraînant des allongements dans le traitement d'instruction des demandes d'AME et des reports de soins importants. Cependant ces mesures s'avèrent insuffisantes à garantir le droit à l'assistance sociale et médicale des plus démunis.

En effet, la complexité de l'ensemble du système de façon générale freine l'accès aux soins de premier recours des populations précaires, les conduisant souvent à un véritable parcours du combattant : procédures administratives compliquées, multiples guichets, identification des interlocuteurs à l'hôpital, identification de médecins en ville, sans parler des difficultés centrales liées à la langue, et ce dans un contexte de recul des droits et de l'offre de soins, au mépris des droits humains et des impératifs de santé publique.

Les soins urgents ouverts aux personnes démunies ne bénéficiant pas de l'AME rencontrent également des obstacles dans leur effectivité (cf. fonds de soins urgents et vitaux p.4). L'accès aux soins de tous et notamment des plus démunis passe aussi par **un hôpital public de qualité, et un réseau de soins de premier recours (libéraux, municipaux, mutualistes, publics) accessible et organisé**. Les réformes en cours de l'hôpital sont massives et modifient profondément les structures hospitalières : restructurations et fusions, suppressions de postes, baisse du nombre de lits, changement dans les modes de tarification (tarification à l'activité ou T2A), réorganisation de la gouvernance... La mission de service public de l'hôpital, dont la notion a été supprimée par la loi dite « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) est remise en question.

Concernant les plus démunis, la loi existe pour un accès de tous à l'hôpital mais elle est inégalement appliquée : **les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)**, créées par la loi cadre de juillet 1998 de lutte contre les exclusions, garantissent théoriquement une porte d'entrée à l'hôpital, pour tous ceux qui n'ont pas de couverture maladie, en donnant accès à un accompagnement social ainsi qu'à l'ensemble des soins (plateau technique de l'hôpital, soins de suite, traitements). En pratique, moins de 400 PASS sur les 500 initialement prévues ont été mises en place, et les équipes de Médecins du Monde observe que l'accueil inconditionnel des personnes en situation de précarité, la prise en charge des soins et la délivrance gratuite des traitements sont loin d'être la règle, alors que l'hôpital reste souvent l'unique recours pour les personnes en situation de précarité.

On observe également un manque de personnel médical dédié et notamment pour les consultations de médecine générale. **Les restrictions successives de l'assurance maladie et de certains dispositifs dédiés aux plus pauvres ont fait des PASS le seul recours aux soins possible pour une partie de la population, d'où l'importance d'en garantir l'existence, la pérennisation et l'amélioration, au sein de l'hôpital public.**

Par ailleurs, hors de l'hôpital, dans les milieux ruraux mais aussi dans certaines villes et banlieues, la désertification médicale avance. On observe également une augmentation très importante des dépassements d'honoraires¹⁷ dans certaines spécialités et dans certaines régions. L'accès aux soins de proximité se complique, devient cher et est d'autant plus problématique pour les populations précaires.

De nombreux patients sont confrontés à l'impossibilité de fait, d'effectuer un parcours de soins coordonné, lorsque l'avis d'un spécialiste est demandé. Par ailleurs, les refus de soins persistent pour les plus démunis, bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. Ils constituent une réalité peu visible tant en médecine générale que dans les spécialités, où ils sont beaucoup plus fréquents.

Entre 2002 et 2008, plusieurs enquêtes de Médecins du Monde et d'autres institutions convergeaient, montrant des refus de soins conséquents pour les personnes ayant la CMU-C et plus encore pour ceux de l'AME : un taux de 25% de refus de soins pour les personnes ayant la CMU-C chez les spécialistes parisiens (dentistes, ophtalmologues, gynécologues et radiologues)¹⁸. En 2006, une enquête testing de Médecins du Monde montrait 37% de refus de soins de médecins généralistes envers les bénéficiaires de l'AME et 10% envers les bénéficiaires de la CMU-C. **Les refus de soins conduisent les patients à différer leurs soins voire à les abandonner, et sont facteurs de rupture dans la continuité des soins.** Les raisons évoquées par les médecins dans

¹⁷ En France, 25% des médecins dont 40 % des médecins spécialistes, sont inscrits en secteur 2. Ces derniers peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qui, en moyenne, s'élèvent à 54% du tarif conventionné assurance maladie. La plupart des complémentaires ne remboursent que le ticket modérateur, c'est-à-dire la différence entre le remboursement sécurité sociale et le tarif conventionné. In : P. Dourguignon, F.Jusot, R.Fantin, ibid.

¹⁸ IRDES, Les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris, 2009.

l'enquête de MdM sont : la méconnaissance des dispositifs, l'absence de carte vitale qui rend plus complexe les démarches tant pour les patients que pour les professionnels, des délais de remboursement plus longs, ainsi que les représentations parfois négatives que les professionnels peuvent avoir de ces patients précaires.

Par sa décision précitée en date du 11 septembre 2012, le Comité européen des droits sociaux a condamné la France pour violation de l'article E de la Charte sociale combiné avec l'article 13§1 de ladite Charte, considérant que « *selon la législation française, le migrant en situation régulière bénéficie de l'assurance maladie et maternité (couverture maladie universelle – CMU) dans les mêmes conditions que la population française. Pour être affilié au régime général au titre de la CMU, il doit toutefois justifier d'une résidence en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Le Comité considère que, même si la législation s'applique aux Roms migrants résidant légalement ou travaillant régulièrement en France depuis plus de trois mois, il ressort du dossier que sa mise en œuvre soulève des problèmes et est insuffisante (voir la décision au regard de l'article 11§1 ci-dessus, §144), ce qui constitue une violation de l'article 13§1* »¹⁹. Le Comité considère en outre que cette exigence de trois mois de résidence ininterrompue pour bénéficier de la CMU constitue pour les roms migrants résidant légalement ou travaillant régulièrement en France depuis moins de trois mois constitue une différence de traitement injustifiée avec les nationaux.²⁰

Médecins du Monde constate cette insuffisance et cette différence de traitement pour l'ensemble des populations démunies²¹.

Article 30 – Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, les Parties s'engagent:

- a. à prendre des mesures dans le cadre d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir l'accès effectif notamment à l'emploi, au logement, à la formation, à l'enseignement, à la culture, à l'assistance sociale et médicale des personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation d'exclusion sociale ou de pauvreté, et de leur famille;*
- b. à réexaminer ces mesures en vue de leur adaptation si nécessaire.*

L'accès aux droits et aux biens essentiels constitue un élément indissociable de la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il existe aujourd'hui un consensus sur le fait que les droits existants sont suffisants mais que leur effectivité n'est pas réalisée pour les plus démunis.

➤ **Position du gouvernement :**

¹⁹ Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde-International c. France, §173-174

²⁰ Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde-International c. France, §176-177

²¹ Médecins du Monde, observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2011, octobre 2012

Le gouvernement expose les difficultés d'impliquer les personnes en situation d'exclusion sociale et de grande précarité dans l'élaboration, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de lutte contre la pauvreté tant au niveau national que local.

➤ **Commentaires de Médecins du Monde:**

Le Comité européen des Droits sociaux a reconnu récemment que : « *le Gouvernement français ne prenait pas les mesures suffisantes pour garantir aux populations Roms migrants résidant légalement ou travaillant régulièrement en France un accès au logement* » dans le cadre de l'application de l'article 30. Le CEDS a conclu qu'il y a violation de l'article E combiné avec l'article 30. « *Ces personnes se trouvant ou risquant de se trouver dans une situation d'exclusion sociale connaissent beaucoup trop d'obstacles qui entravent leur accès aux droits fondamentaux sociaux et notamment l'accès effectif à l'assistance sociale et médicale. Aucune mesure spécifique n'est prise dans ce domaine pour cette population vulnérable et précaire.* »²²

²² Décision du 11 septembre 2012, Médecins du Monde- International c. France, §§106-107