

## LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

En 2009, **22 %** des élèves en classe de troisième qui ont au moins un parent ouvrier sont en surcharge pondérale (surpoids ou obésité), contre **12 %** des enfants dont au moins un des parents est cadre.

**58 %** des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée contre **34 %** des enfants de cadres.

En raison d'un défaut de dépistage et de prise en charge, les enfants d'ouvriers portent moins souvent des lunettes ou des lentilles que les enfants de cadres (**22% contre 33 %**), leur myopie étant plus tardivement diagnostiquée°.

### LES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE (PASS)

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les PASS sont des cellules de prise en charge médicale et sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En 2014, **430 PASS** sont implantées dans les établissements de santé. La plupart sont des PASS généralistes (368) mais, depuis 2012, des PASS spécialisées ont été développées : des PASS psychiatriques (44) dans des établissements autorisés en psychiatrie pour assurer les soins somatiques des patients psychiatriques, des PASS dentaires (18) et des PASS régionales organes de coordination et d'expertise des PASS en région (mi 2015 plus d'une vingtaine de régions bénéficient de leur appui). Beaucoup (55%) sont situées dans des établissements où le service des urgences a une activité importante°. Pourtant, selon une récente étude de la DGOS « seul **un quart des PASS satisfait aux critères d'exigence fixés** (à savoir disposer d'un mi-temps de travailleur social, au moins 10% de temps médical dédié, accès aux consultations de médecine générale et à des médicaments sans frais, recours à l'interprétariat, signalétique au sein de l'établissement, protocoles entre les services de l'établissement) »°°.

### A partir de ses observations Médecins du Monde constate en 2015 que :

- le dispositif des PASS est toujours hétérogène et multiforme, selon les hôpitaux et les territoires,
- le dispositif marche bien dans certains endroits (à Paris avec de nombreuses PASS fonctionnelles) et dans d'autres il y a de gros dysfonctionnements (Marseille, Lyon),
- s'il est une avancée, le référentiel annexé à la circulaire de 2013 reste flou sur le financement de la prise en charge des personnes sans droits potentiels : les PASS « peuvent » prendre en charge les patients sans droits.../pas d'obligation. Ainsi **dans de nombreuses PASS les personnes sans droits potentiels ne sont pas reçues** : près d'une personne sur 5 rencontrée en 2014 dans les programmes de MDM reste exclue de tout dispositif de couverture maladie, principalement du fait du critère de stabilité de résidence de 3 mois imposé depuis 2004 pour pouvoir bénéficier de l'AME mais aussi européens communautaires dans certains cas, personnes sous visa,
- de plus en plus de directeurs d'hôpitaux qui se disent en déficit, indiquent ne pas pouvoir prendre en charge les personnes sans droits potentiels au risque de creuser le déficit hospitalier.
- de nombreuses PASS sont surchargées, peu d'heures d'ouverture, pas d'ouverture sans rendez-vous (exemple à l'hôpital E. Herriot à Lyon : 8 patients par matinée...).

°Drees, *Etudes et Résultats*, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième », n° 865, février 2014.

°°Documents de politique transversale (DPT) « Inclusion sociale », Projets de loi de finances pour 2015 p. 236 et pour 2016 p. 237.

°°°Helfter C., « Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital », ASH, n° 2851, 2014, p. 32-35.

-des PASS qui, de fait, n'ont pas les moyens qui leur sont officiellement attribuées (pas de temps de consultation médical alors qu'il est financé),  
-les PASS dentaires, bien qu'en progression numérique, sont un manque majeur sur la plupart des territoires cependant un appel d'offres a eu lieu. Les PASS pédiatriques et psychiatriques sont trop peu nombreuses.

**L'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (qui regroupe 20 associations dont MDM, MSF, la CIMADE, le COMEDE) rappelle le 4 avril 2014° que :**

- « le dispositif PASS **doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement**, possédant une couverture médicale incomplète **ou dépourvue de droits (potentiels ou non)** aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale, et plus généralement pour toute personne en difficulté d'accès aux soins quelles que soient ces difficultés,
- les soins délivrés, pour l'utilisateur démunie financièrement, au titre de la PASS, incluant les hospitalisations, doivent être gratuits (c'est-à-dire sans facturation à l'utilisateur) et doivent être dispensés de l'avance des frais, avec ou sans ouverture de droit effective au jour des soins,
- ces soins doivent être financés :
  - a) pour les personnes ayant des droits ouverts à une protection maladie intégrale (CMU-C ou AME) à la date des soins : par facturation auprès de la caisse selon le processus de droit commun, mais avec dispense complète d'avance de frais par la procédure de tiers-payant intégral ;
  - b) pour les personnes avec droit potentiel à une protection intégrale (ou dans le cadre du Fonds pour les soins urgents et vitaux) à la date des soins : par la mise en route de la demande de protection maladie adéquate (intégrale ou en complément d'une protection de base déjà acquise) et facturation auprès de la caisse seulement après l'ouverture des droits ;
  - c) pour les personnes sans droit potentiel à la date des soins : sur financement dédié MIGAC PASS ».

**Pour la Fédération hospitalière de France et Médecins du Monde qui ont publié un rapport en mai 2014°, les PASS sont plus que jamais d'actualité.**

Il ne faut pas de filières particulières pour les précaires, ce qui signifierait un retour aux dispensaires : « *Ces patients doivent être soignés comme tout le monde, dans les mêmes hôpitaux, les mêmes services, les mêmes structures* ». Cependant, l'accès au système de santé doit impérativement être spécifique : les patients vulnérables ont besoin d'être accompagnés vers les soins, ainsi que tout au long de leur parcours, et de bénéficier d'une approche pluri-professionnelle au sein de laquelle les associations ont leur place. Mais si les PASS sont une solution pertinente elles ne constituent pas toute la solution. L'enjeu est en effet de réussir à mieux connecter la PASS à l'ensemble de l'hôpital et de faire en sorte que les modes de travail de ses acteurs soient mieux connus des services, dont la spécialité n'est pas l'accueil des plus précaires°°.

°Missions de l'hôpital public et dispositif PASS. Rappels et recommandations ODSE. Avril 2014.

°°Les propositions de la Fédération hospitalière de France et de Médecins du Monde. « *La prise en charge des personnes vulnérables. Agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé* ». Mai 2014.

°°°Helfter C., « *Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital* », ASH, n° 2851, 2014, p. 32-35.

En janvier 2015, le collectif PASS s'est associé avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) afin de réaliser une étude ayant pour but de mettre en évidence le fonctionnement des PASS qui reste encore insuffisamment connues et reconnues en France.

**Le CNLE considère que :**

- la mise en œuvre du dispositif PASS est encore loin de répondre aux ambitions fixées par la loi de lutte contre les exclusions datant maintenant de 17 ans,
- les PASS doivent permettre les soins aux personnes ne relevant d'aucun dispositif d'assurance maladie/AME,
- le caractère obligatoire du dispositif doit s'imposer aux établissements de santé.

## **LES LITS HALTES SOINS SANTE (LHSS) ET LES LITS D'ACCUEIL MEDICALISES (LAM)<sup>°</sup>**

Les LHSS sont des structures chargées d'offrir une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. Elles accueillent 24 heures sur 24 et 365 jours par an. **1 246 LHSS** ont été référencés en 2014 contre 1 171 en 2011. Selon une évaluation ministérielle de 2013<sup>°</sup>, « **86%** des patients souffrent (...) de pathologies sous-jacentes, le plus souvent déjà connues : pathologies chroniques (**59%**), addictions (**54%**), troubles de la personnalité ou pathologies psychiatriques avérées. La durée du séjour est inférieure à quatre mois (deux mois renouvelables une fois) pour **78,8%** des personnes accueillies. Soulignons cependant qu'à la sortie des LHSS, le problème aigu ayant justifié l'admission n'est pas réglé pour **21,9%** et que les problèmes préexistants ou découverts durant le séjour ne sont pas stabilisés dans **35,7%** des cas ».

C'est de ce constat qu'est né un autre mode de prise en charge plus adapté à ce public : **les lits d'accueil médicalisés (LAM)** qui permettent aux personnes atteintes de pathologies chroniques de recevoir, en l'absence de domicile et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. Ces lits étaient au nombre de 95 en 2013, ils sont **135** en 2014. (*Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les cahiers du CNLE. Octobre 2015*)

**Dans le rapport 2014 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France, Médecins du Monde souligne :**

- « En 2014, 20% des personnes ayant fréquenté les CASO sont sans domicile ou dans un dispositif d'hébergement d'urgence pour une courte durée,
- la proportion de personnes sans domicile est plus importante chez les hommes et chez les Français,
- 89% des sans domiciles n'ont pas de couverture maladie,
- ces patients sont plus souvent affectés de troubles d'ordre psychologique et de pathologies dermatologiques ».

<sup>°</sup>Source : Instruction n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2014/313, du 12 novembre 2014.

<sup>°°</sup>Ministère des Affaires sociales et de la Santé/DGCS et Itinere Conseil. *Evaluation du dispositif Lits halte soins de santé*, rapport du 12 février 2013.

**Le CNLE demande la poursuite du développement des LHSS, des LAM et une meilleure articulation avec tous les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existant. Cela permettra une prise en charge des personnes mieux adaptée, plus humaine et plus économique par le désengorgement des hôpitaux où les patients séjournent au-delà du temps nécessaire à la prise en charge strictement hospitalière de leur problème de santé.**

## **L'ALLER VERS**

Comme l'indiquait le CNLE dans son « Avis du CNLE sur le projet de loi de santé » du 19/02/2015 : « Le projet de loi fait l'impasse sur le développement des dispositifs « **d'aller vers** » qui constituent pourtant un levier de lutte contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins ». Le CNLE fait le même constat dans la feuille de route 2015-2017.

« L'aller vers » c'est avant tout des actions de proximité qui doivent traduire la volonté des pouvoirs publics d'aller vers des personnes qui ne peuvent, quel qu'en soit le motif, faire la démarche de venir d'elles-mêmes vers des structures fixes. Ces actions s'adressent en particulier aux personnes à la rue, en squats ou bidonvilles, aux migrants en transit, aux usagers de drogues et aux personnes proposant des services sexuels tarifés. Mais pas seulement, ainsi en 2013 MDM a ouvert une action de proximité en Auvergne pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité en milieu rural et depuis 2014, en partenariat, développe un programme expérimental auprès des personnes détenues au centre de détention et à la maison d'arrêt de Nantes dans l'objectif de promouvoir la santé et améliorer l'accès aux soins.

**Le CNLE demande le développement de ces actions de proximité qui constituent pourtant un levier efficace de lutte contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins.**

## **PROGRAMME MEDIATION SANITAIRE ET INTERPRETARIAT**

Dans la feuille de route 2015-2017 le programme de médiation sanitaire a été étendu aux gens du voyage. La loi de santé comportera, si elle est votée, une avancée importante puisqu'un article prévoit l'élaboration d'un référentiel métier de la médiation sanitaire : « Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent le recours à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique en vue de protéger et d'améliorer la santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils définissent et encadrent les interventions des professionnels et acteurs de la prévention et de la promotion de la santé qui les mettent en œuvre, ainsi que leur place dans le parcours de soin des personnes. Ils sont élaborés ou validés par la Haute Autorité de Santé, en concertation avec les acteurs concernés ».

De nombreux arguments issus de la pratique médicale de terrain plaident en faveur du développement de la médiation sanitaire :

- la complexité du système de santé,
- la multiplicité des dispositifs et des conditions d'accès aux droits provoquent non-recours et retards des soins,
- la méconnaissance des dispositifs par leurs bénéficiaires potentiels,
- la méconnaissance par les professionnels de santé des réalités vécues par les personnes,
- les barrières linguistiques compliquent les soins et l'accompagnement de nombreux patients.

Le développement de la médiation sanitaire, le médiateur étant un tiers facilitant les premiers contacts entre patients et institutions de santé, constituerait un moyen d'améliorer l'accès aux services de santé ainsi qu'un outil de lutte contre les discriminations dans l'accès au système de santé.

**Le CNLE rappelle qu'il demande la reconnaissance du métier de médiateur santé et le financement des postes.**

## **LA REDUCTION DU NON-RECOURS**

La réduction du non-recours est un des enjeux majeurs du plan pluriannuel. Elle implique une simplification de l'accès aux droits et aux soins.

### **La généralisation du tiers-payant au 1<sup>er</sup> janvier 2017.**

L'importance de la médecine de ville dans la promotion de la santé et de la prévention suppose un suivi régulier des patients auxquels aucun obstacle ne doit être opposé. Par ailleurs, la généralisation du tiers-payant va permettre de lutter contre la stigmatisation des titulaires de la CMU-C et de l'AME en mettant fin à un discours qui fait des plus pauvres des « profiteurs » au prétexte qu'ils n'ont pas à effectuer l'avance des frais, alors même qu'ils sont les premières victimes des inégalités de santé et d'accès aux soins. Cependant, cette généralisation ne doit pas se faire au détriment de la qualité d'exercice de la médecine générale, dont les pratiques sont souvent en difficulté dans un système saturé. Les modalités techniques de mise en place doivent être confiées à un organisme centralisé à l'image de la gestion confiée au Fonds CMU.

**Le CNLE soutient cette mesure car il considère qu'elle est un outil efficace pour l'accès à la médecine de ville, la lutte contre les retards de soins et les renoncements aux soins.**

### **La CMU-C et L'ACS°**

Face à la crise économique et la précarité sociale, les effectifs de la CMU-C ne cessent de croître. Au 31 décembre 2014, plus de 5,2 millions de personnes sont bénéficiaires de ce dispositif.

Les effectifs de l'ACS augmentent également, essentiellement sous l'effet de la revalorisation du plafond de ressources. En février 2015 le nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation était de 942 242 contre 774 041 en novembre 2012.

Ainsi malgré une évolution dynamique des effectifs, une grande partie des bénéficiaires potentiels n'a toujours pas recours, aujourd'hui, aux dispositifs d'aide existants.

Selon les dernières données de la DREES, le taux de recours à la CMU-C en 2013 oscillerait entre 60 et 72%. Il a donc diminué par rapport à 2012 puisque le taux de recours se situait alors entre 66 et 79 %. De surcroît, un nombre toujours insuffisant de bénéficiaires du RSA socle recourt effectivement au dispositif (64 % du nombre de foyers pour le régime général), alors qu'ils y ont accès de plein droit.

Pour l'ACS le taux de recours en 2013 serait compris entre 28 et 41 %. En 2012 il était compris entre 30 et 43%.

° Fonds CMU : *Rapport d'activité 2014*

Ainsi près de 3 millions de personnes n'auraient pas fait valoir leurs droits à ces dispositifs. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015 l'extension du tiers-payant intégral, la suppression des franchises, de la participation financière de 1 euro et l'amélioration des garanties des contrats devraient améliorer le recours à l'ACS. Mais la vigilance s'impose car près d'un demi mois de revenu annuel reste nécessaire pour financer la complémentaire santé.

**Le CNLE demande :**

**- que le plafond de l'ACS soit relevé afin d'intégrer les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASPA à ce jour exclus de l'ACS.**

**-que les mesures prises pour améliorer le recours soient rapidement évaluées.**

### **L'Aide Médicale d'Etat**

**Les 264 000 bénéficiaires de l'AME - et tous ceux qui n'en font pas la demande (taux de non-recours à l'AME de 89,8% en 2014 parmi les patients reçus par Médecins du Monde) - sont oubliés dans le plan pluriannuel.**

Suite à la mise en place du dispositif de la CMU, Médecins du Monde a constaté une diminution du nombre de patients français reçu dans ses centres (21,7% en 2000, 12,6% en 2007 et 6,8% en 2014), ce qui signifie leur meilleur accès aux soins grâce à cette couverture médicale. En fusionnant l'AME et la CMU, comme le recommande le rapport de l'IGAS ainsi que le Défenseur des Droits, on peut espérer les mêmes résultats pour les étrangers en situation irrégulière.

Cette fusion serait une grande réforme humaniste, à même de renouer avec le caractère solidaire de notre système de Sécurité sociale et l'esprit dans lequel il a été pensé à la Libération. Ce serait également une réforme pragmatique sur le plan économique permettant de réduire les coûts de gestion engendrés par la cohabitation de deux systèmes. Par ailleurs la dernière étude de l'Agence des droits fondamentaux de l'UE confirme que les Etats membres réduiraient leurs dépenses relatives aux soins de santé des migrants si les traitements étaient délivrés avant qu'ils ne deviennent urgents°. Enfin parmi les raisons pour motiver la migration, les problèmes de santé personnelle représentent 1,6 % des motifs migratoires selon l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde°°.

**Le CNLE réaffirme sa demande d'intégration de l'AME dans le dispositif CMU (comprenant la CMU, la CMU-C et l'ACS), qui serait ainsi rendu accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté.**

*°Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. September 2015).*

*°°L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie. Avril 2013.*

## LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

*« La pratique des dépassements d'honoraires est aujourd'hui l'une des principales raisons des difficultés de l'accès aux soins en France »<sup>°</sup>.*

En 2014, plus de 2,8 milliards d'euros ont été facturés aux patients au-delà des tarifs de l'Assurance maladie, en progression de 6,6 % par rapport à 2012. Avec 2,5 milliards d'euros (+7,7 %), les médecins spécialistes demeurent les principaux bénéficiaires de ces dépassements, toujours plus devant les généralistes qui eux voient leurs dépassements diminuer de 1,5 % à 300 millions d'euros<sup>°°</sup>.

La CNAM note en 2011 :

*« -plus de 4 médecins spécialistes sur 10 sont installés en secteur 2,*

*-un taux de dépassement (par rapport au tarif opposable) multiplié par 2 entre 1990 et 2010 chez les spécialistes,*

*-seuls 7 % de médecins généralistes (exerçant effectivement la médecine générale) sont en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent<sup>°°°</sup> ».*

La mise en place du Contrat d'accès aux soins, en 2013, était censée contenir l'évolution des dépassements d'honoraires. Elle a certes permis de limiter certains excès, mais n'a pas enrayé l'augmentation globale du montant des dépassements chez les spécialistes. Au contraire, elle a contribué à les généraliser, puisque tous les médecins signataires d'un Contrat d'accès aux soins sont autorisés à en pratiquer. Y compris ceux qui sont établis en secteur 1 (lorsqu'ils disposent de certains titres, notamment ceux d'ancien chef de clinique ou d'assistant des hôpitaux), et qui jusqu'à présent pratiquaient leur activité aux tarifs de l'Assurance maladie. De nombreux radiologues et anesthésistes ont ainsi pu augmenter leurs honoraires, déjà élevés, grâce à ce Contrat d'accès aux soins. En effet il a provoqué un effet d'aubaine chez nombre de spécialistes, qui bénéficient à la fois d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations et de la possibilité de facturer-ou de continuer à facturer-des honoraires relativement élevés (jusqu'à 2 fois le tarif de l'Assurance maladie, en moyenne sur l'ensemble de leur activité).

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements de santé publics sont autorisés à exercer une activité libérale, qui ne doit pas excéder 20 % de leur temps de travail. Sur les honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité, ils versent une redevance à l'établissement. Ces praticiens sont au nombre de 4 500 en 2010 et représentent environ 10 % des médecins hospitaliers. Parmi ces praticiens ayant un secteur privé, 41 % (1 850) exercent en secteur 2. Leur taux de dépassement moyen est en général plus élevé que pour les praticiens qui n'exercent qu'en libéral. Il est de 81 % pour les chirurgiens, de 93 % pour les gynécologues (médicaux, chirurgicaux et obstétriciens confondus), de 80 % pour les ORL et de 96 % pour les ophtalmologues.

Ainsi apparaît un risque réel surtout en médecine libérale de voir d'une généralisation des dépassements d'honoraires chez les spécialistes alors que dans le même temps la quasi-totalité des médecins généralistes sont en secteur 1. 22 000 médecins généralistes en qualité de médecin traitant permettent à leur patientèle d'accéder au système de soins.

<sup>°</sup>Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire. A. Grimaldi, D. Tabuteau, F. Bourdillon, F. Pierru, O. Lyon-Caen. Ed. O. Jacob. Septembre 2011.

<sup>°°</sup>*Les dépassements d'honoraires des médecins toujours à la hausse.* Communiqué de presse. Le Ciss, 21/05/2015.

<sup>°°°</sup>*Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements, nécessité d'une réforme structurelle du système.* Point d'information, 17 mai 2011.

Le tableau de l'Ordre en 2014° recense 90 630 médecins généralistes inscrits en activité régulière. Ces derniers voient leurs effectifs baisser de 1 % sur un an et de 6,6 % depuis 2007. Ils ne seront plus que 86 203 en 2020. 53 760 exercent aujourd'hui leur spécialité en libéral. Par ailleurs l'Ordre enregistre 84 335 médecins qui exercent une spécialité médicale en dehors de la médecine générale. Sur la période 2007/2014, les effectifs ont augmenté de 6,1 %. Selon l'Ordre, il y a une forte probabilité qu'en 2020 les effectifs des spécialistes médicaux continuent d'augmenter pour atteindre 88 158.

**Le CNLE s'inquiète :**

**-de la dérive constante du montant des dépassements d'honoraires chez les spécialistes,  
-de la réduction progressive du nombre de médecins généralistes porte d'entrée essentielle du système de soins.**

**Le CNLE demande qu'un travail approfondi soit à nouveau mené notamment au moment des négociations de la prochaine Convention médicale en 2016 pour remédier à ces situations.**

## **LA DOMICILIATION : LE PRINCIPE DE L'ADRESSE DECLARATIVE**

Pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie sur critère de résidence ou à l'AME, il n'est pas nécessaire de fournir un justificatif de domicile ; une déclaration d'adresse doit suffire°. Toutefois, de nombreuses Caisses primaires d'assurance maladie exigent des justificatifs de domicile ou une domiciliation, alors même que le demandeur est en mesure de déclarer une adresse. La circulaire du 25 février 2008 a d'ailleurs rappelé que la domiciliation n'a pas vocation à concerner des personnes qui ont la possibilité de recevoir du courrier à une **adresse stable**. Pour les équipes de Médecins du Monde, cette contrainte est repérée comme l'un des tous premiers freins à l'accès aux soins. Les engagements exprimés lors de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion -seuls 7 % des médecins généralistes (exerçant effectivement la médecine générale) en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent.

sociale se sont concrétisés au sein de loi Alur prévoyant une unification souhaitée et nécessaire des différents régimes de la domiciliation. Si la loi Alur du 24 mars 2014 aligne la domiciliation AME sur la domiciliation de droit commun, elle exclut de cette simplification la domiciliation pour l'admission au séjour des demandeurs d'asile qui reste spécifique. Cette simplification *a minima* laisse aussi perdurer un dispositif qui discrimine les étrangers en situation irrégulière ressortissant d'Etat tiers qui n'auraient accès à la domiciliation que pour l'exercice de certains droits, dont l'AME.

**Le CNLE souhaite que :**

**- les travaux en cours quant à l'élaboration des décrets d'application de la loi Alur, veillent à la défense du droit à la domiciliation et retiennent le principe de l'adresse déclarative,  
-les schémas départementaux de la domiciliation aboutissent rapidement (cf Guide d'élaboration d'un schéma départemental de la domiciliation. DGCS juillet 2014).**

° *Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse.* MG France, 11 juin 2014.

°° Articles 2 et 6 du décret du 26 décembre 2000 portant simplification de formalités administratives et suppression de la fiche d'état civil modifié par le décret du 23 décembre 2004 ; article 4 du décret du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat.



## LA SANTE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

En France plus de 3 millions d'enfants, soit 1 enfant sur 5, vivent sous le seuil de pauvreté. Plus de 30 000 sont sans domicile et 9 000 vivent dans des bidonvilles°.

### Les mineurs isolés étrangers, le constat de Médecins du Monde

En 2014, 517 mineurs isolés étrangers ont été accueillis dans les centres de soin de Médecins du Monde. Leur nombre, multiplié par 8 depuis 2011, ne cesse d'augmenter. Les autorités françaises mettent davantage l'accent sur les dimensions sécuritaires et la gestion des flux migratoires que sur la protection de l'enfance. De fait ces jeunes sont accueillis la plupart du temps dans un climat de suspicion généralisée, leur minorité est très souvent remise en cause sur la base de la contestation de leurs documents d'état civil ou d'examens médicaux pourtant largement décriés par la communauté scientifique. De nombreux dysfonctionnements existent pour ces jeunes : absence de mise à l'abri pendant la durée de l'évaluation, absence de référent social désigné pour les jeunes pris en charge par l'Ase, absence d'information sur leurs droits pour l'accès à la santé, à l'éducation ou aux démarches d'asile. Ces dysfonctionnements ont des conséquences dramatiques sur l'avenir de ces jeunes particulièrement fragilisés, en contradiction totale avec les principes de protection de l'enfance.

**Le CNLE soutient la position de la CNCDH qui recommande fermement l'interdiction pure et simple des tests osseux et demande l'application d'un principe de minorité à l'égard de ceux qui se présentent comme tels.**

### A Mayotte : un dispositif d'accès aux droits et aux soins très discriminant

Jusqu'en 2005, l'ensemble de la population bénéficiait d'un accès aux soins gratuit dans les structures publiques de soins, dispensaires et à l'hôpital. Un système spécifique de sécurité sociale a alors été mis en place ouvert aux seuls Français et étrangers en situation régulière excluant de toute protection maladie environ un quart de la population°°). Les enfants ne peuvent être affiliés qu'en qualité d'ayant droit (d'un parent français ou d'un parent étranger en situation régulière), lequel doit résider à Mayotte même. Les enfants de personnes sans papiers, y compris ceux qui ont ou pourront avoir la nationalité française, et les mineurs isolés n'ont ainsi accès à aucune forme de protection maladie. Selon la chargée de mission du Défenseur des droits, **75% des enfants à Mayotte ne seraient pas affiliés à l'assurance maladie** (Mathieu 2013). **A Mayotte, la CMU, la CMU-C et l'AME n'existent pas.**

L'accès aux soins des populations précaires est encore rendu plus difficile par l'absence de dispositifs dédiés : l'hôpital ne dispose pas de PASS et la circulaire pour la création du Fonds soins urgents et vitaux n'est pas applicable. Un dispositif spécifique permettant l'exemption du paiement de la provision en cas de soins urgents est prévu mais il fonctionne mal et de façon restrictive. Les personnes en situation irrégulière, soit environ un tiers de la population, doivent ainsi s'acquitter d'un forfait souvent très élevé au regard de leurs moyens financiers (COABS 2010).

°°Unicef France. « *Chaque enfant compte partout. Tout le temps* ». Rapport alternatif de l'Unicef France et de ses partenaires dans le cadre de l'audition de la France par le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. 2015.

°°Math A. « *Mayotte. La situation économique et sociale* » Chronique internationale de l'Ires, 2012 :134.

Depuis 2009, suite à un rapport de la Défenseure des enfants dénonçant les insuffisances du système à Mayotte (DDE 2008), un système de « bons enfants » ou « bons roses » a été mis en place par l'hôpital de Mayotte. Ce dispositif sans fondement légal et utilisé de manière aléatoire, permet théoriquement la gratuité des soins aux enfants non affiliés. Il ne permet toutefois pas la prise en charge des soins extrahospitaliers. L'ordonnance du 31 mai 2012, en inscrivant dans la loi le principe de la gratuité des soins dans le système public pour les mineurs et les femmes enceintes en situation de précarité, aurait dû rendre ce dispositif caduc. Malheureusement cette ordonnance reste pour l'instant largement inappliquée, aucun financement de l'Etat à l'hôpital n'ayant été prévu pour son application (Cour des comptes 2014) et le système des « bons roses » perdure.

En 2010 le Tribunal des affaires de sécurité sociale (Tass) a reconnu le droit à l'assurance maladie à un enfant en son nom propre sur le fondement de la Convention internationale des droits de l'enfant. C'est la première fois qu'un tribunal impose l'affiliation directe d'un mineur à la sécurité sociale ; cette décision est une avancée considérable pour le respect du droit fondamental des enfants à la santé qui reste à être concrétisé.

**Le CNLE demande que les réformes de fond demandées depuis longtemps par les associations et les institutions telles que la Halde, la Défenseure des enfants et plus récemment le Défenseur des droits soient mises en place, la CMU-C notamment ainsi qu'un véritable dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière type AME et l'affiliation directe des mineurs à l'assurance maladie.**