

Les moyens de prise en charge des démuniés en 2003

F. PrevotEAU du Clary et E. Loubersanes
PASS, Service Dermatologie et Médecine Sociale,
Hôpital La Grave, CHU Toulouse

IVème Congrès national FNCLS

Solidarité

TOULOUSE, 26 septembre 2003

Les démunis : qu'en sait-on en terme de santé publique?

- ✓ 12 % des ménages dans lesquels une personne a au moins un emploi vivent aujourd'hui en dessous du seuil de pauvreté relatif (moins de 60 % du revenu médian national).
- ✓ 18% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (revenu inférieur à 60% du revenu médian national) soit 68 millions de personnes en europe.
- ✓ Enquête EUROSTAT 1996 : 25 % de la population européenne déclare souffrir d'un problème chronique de santé physique ou mentale, 9 % des personnes interrogées affirment que leur état de santé est mauvais ou très mauvais.
- ✓ L'espérance de vie d'un Français de plus de 65 ans est la meilleure d'Europe. Entre zéro et soixante-cinq ans, son espérance de vie est la moins bonne d'Europe.
- ✓ On sait depuis le Rapport Black (1980,GB) que dans les pays développés, l'espérance de vie la plus élevée n'est pas obtenue dans les pays les plus riches, mais dans ceux où les inégalités socio-économiques entre riches et pauvres sont les plus faibles.
- ✓ Le taux de mortalité des patients bénéficiaires du RMI est deux à trois fois plus élevé que celui de la population générale.
- ✓ 25% souffre de pathologie mentale ou psychique (dépression)
- ✓ " Mortalité 2000 " à montré le lien pour la mortalité VIH et VIH-VHC avec les conditions socioéconomiques, les maladies psychiatriques et l'usage de drogue

Les démunis : par quoi sont-ils touchés?

- ✓ Maladies de la misère
- ✓ Perte du lien social
- ✓ Symptômes de carence : errance, malnutrition, affective
- ✓ Consommation de substitution, de survie: médicaments, drogues, tabac, alcool, etc.
- ✓ Maladies chroniques
- ✓ Formes cliniques graves: taux de mortalité 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population générale
- ✓ Pathologies carencielles
- ✓ Répartition des pathologies diffère du reste de la population : poly-pathologies

Personnes vulnérables pour raison:

- ✓ Médicale (maladie aiguë ou chronique, pathologies de la pauvreté)
- ✓ Sociale (pas de travail, pas de logement, ruptures, minimums sociaux, revenus de substitution)
- ✓ Psychologique ou mentale (intrinsèque ou réactionnelle)
- ✓ Handicap
- ✓ Juridique (statut, discrimination, personnes sous tutelle ou autres mesures de protection légale, personnes privées de liberté)
- ✓ D'éducation (analphabétisation, illettrisme)
- ✓ Physique : Femmes enceintes, parturientes ou allaitant, mineurs
- ✓ Culturelle (langue, représentation)
- ✓ Violences et maltraitances

Attention et vigilance

- ✓ Diagnostics tardifs
- ✓ Patients lourds : poly-pathologies et multiples facteurs de risque
- ✓ Dénier de maladie, sous estimation de la souffrance, non verbalisation, voire non expression de la douleur
- ✓ Difficulté de prise en charge (compréhension, observance, conditions de vie, résistances)



- ✓ Position du soignant non stigmatisante, non discriminante
- ✓ Respect de la liberté de la personne : accès au soins et aux droits
- ✓ Circulation de l'information \neq circulation du patient
- ✓ Médecine de soins primaire (primary care)
- ✓ Travail d'équipe (lien avec amont et aval)
- ✓ Dossier unique médico-psycho-social

Les démunis, le VIH, les hépatites et la tuberculose

➤ PASS Toulouse/Enquête ANAES

✓ 01/01 au 31/06/2003

✓ N = 522, nC = 1450, nP = 125

✓ nP(sérologie VIH) = 70 dépistages VIH = 3

✓ nP(sérologie VHB) = 74 Ag Hbs = 5

25 séroconversion VHB

✓ nP(sérologie VHC) = 63 dépistage VHC = 2

Dont 1 co-infecté VIH-VHC

(données virologie CHU, C.PASQUIER)

✓ 2 tuberculoses

La prise en charge des démunis en 2003

Les financeurs

- ✓ L'assurance maladie
- ✓ Les complémentaires
- ✓ L'État
- ✓ Les accords internationaux
- ✓ L'hôpital public et les structures privées participant au service public

Les acteurs

- ✓ Les soignants
- ✓ Les travailleurs sociaux
- ✓ Le secteur hospitalier
- ✓ Le secteur libéral

Les principes

- ✓ Les conditions et ressources préalables sont en matière de santé définies par l'OMS (charte d'Alma-Ata 1978 et charte d'Ottawa 1986) : la paix, un abri, de la nourriture, l'eau potable et un revenu
- ✓ Santé 21: la santé pour tous
- ✓ Engagement européen (Traités signés: Amsterdam, Nice)
- ✓ Fonds et initiatives de solidarité internationale : Fond Global, Réseau Esther, etc
- ✓ Loi de lutte contre les exclusions, PRAPS, PASS
- ✓ Les codes de Santé Publique et de Déontologie

PRECARITE : ARSENAL Législatif

- Loi d'orientation n° 98-657 du 29.07.1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi n°2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, p.4118-4159, J.O. de lundi 4-mardi 5 mars.
- Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23.02.1999 relative à la mise en place de programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité
- Circulaire DH/AF1/DGSSP2/DAS/RV/3 n° 98-736 du 17.12.1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accueil aux soins des personnes les plus démunies.
- Décret n°98-1216 du 29.12.1998 relatifs aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de santé publique.
- Circulaire n° 33-93 du 17.09.1993 (circulaire Veil).
- Circulaire du 02.12.1993 donnant obligation de structurer des réseaux de proximité pour faciliter l'accueil des populations démunies.
- Loi du 01.07.1901
- Circulaire DGS/DH n° 612 du 04.06.1991 relative à la mise en place des réseaux Ville-Hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.
- Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 07.03.1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanies.
- Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19.08.1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.
- Circulaire DGS/SQ/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25.11.1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.
- Article L 172-3-2 du code de santé publique.
- Code de déontologie.
- Rapport Jacques Lebas : direction des Hôpitaux 2000
- Rapport Médecin du Monde : août 2002

Les moyens de prise en charge des démunis en 2003

➤ **Obtenir la protection sociale:**

- AME (principe d'immédiateté)
- CMU (principe d'immédiateté)
- Aide à la mutualisation (+/- différé)

➤ **Obtenir l'exonération du ticket modérateur:**

- ALD : rédaction par le médecin en charge du formulaire CERFA d'examen spécial qu'il adresse au médecin conseil du centre assurance maladie

➤ **Obtenir la régularité du séjour**

Les lieux de recouvrement des droits

- ✓ CPAM et équivalent
- ✓ Cellules d'accueil socio-administratives (CHU Toulouse)
- ✓ CCAS
- ✓ PASS
- ✓ Associations agréées

Les lieux de soins et de recouvrement des droits

- ✓ L'hôpital public ou participant au service public et les pass
- ✓ Les associations

AME:Aide Médicale Etat

Circulaire

DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM
n°2000/14 du 10 janvier 2000 relative
à l'AME

Aide Médicale Etat

- Bénéficiaires: personnes en situation irrégulière sur le territoire Français
 - ✓ *Condition de résidence*
- Étrangers en France demeurant dans des conditions non occasionnelles et présentant un minimum de stabilité
 - ✓ *Condition de ressources*
- Plafond applicable identique à celui de la CMU

Aide Médicale Etat

Quelle prise en charge:

- ✓ Toutes les prestations que comporte l'Assurance Maladie
- ✓ Dans la limite des tarifs de responsabilité des organismes d'assurance maladie
- ✓ Avec dispense d'avance des frais

Aide Médicale Etat

- ✓ Depuis le 2 janvier 2003 disparition de la distinction entre régime 095 et 096

l'AME permet :

- ✓ Sur tout le territoire
- ✓ L'accès tant aux soins hospitaliers qu'aux soins de ville en dispense d'avance des frais sur la base des tarifs opposables (conventionnels ou de responsabilité)

Aide Médicale Etat

Modalités pratiques:

- ✓ Les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat ne disposent pas de **carte vitale**
- ✓ Ils doivent présenter l'attestation d'admission à l'AME

CMU: Couverture Maladie Universelle

Loi de lutte contre les exclusions
du 29 juillet 1999

Couverture Maladie Universelle

Les grands principes:

- Le droit à la sécurité sociale pour tous: c'est la **CMU de Base** (pour ceux qui n'ont pas d'assurance maladie)
- Une protection complémentaire pour les personnes dont les revenus financiers sont limités: c'est la **CMU Complémentaire**

CMU de Base

- **2 critères d'affiliation:**
 - ✓ Résider de manière stable et régulière depuis au moins trois mois
 - ✓ Ne pas être couvert par un autre régime

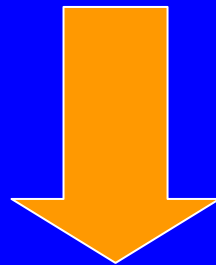
- **Un droit continu – Sans interruption**

CMU de Base

- ✓ Un droit gratuit pour les personnes les plus démunies
- ✓ Plafond = Revenu fiscal de référence
= **6721 euros/an**
- ✓ Les personnes dont les ressources sont supérieures paieront une cotisation égale à 8 % de la somme dépassant le plafond fixé

CMU Complémentaire

➤ Principe de la CMU Complémentaire:



➤ **Dispense d'avance de frais = Tiers-payant**

CMU Complémentaire

✓ Les conditions de résidence:

Doit résider en France de façon *stable* et *régulière depuis 3 mois*

CMU Complémentaire

Les conditions de ressources:

- ✓ Période de référence: les 12 mois précédant la demande
- ✓ Plafond de ressources:
566.50 euros /mois pour une personne seule
- ✓ Effet de seuil
- ✓ Les allocataires du RMI ont droit automatiquement à la CMU complémentaire s'ils en font la demande

CMU Complémentaire

Choix de l'organisme complémentaire:

✓ Prise en charge par l'État par l'intermédiaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Ou

✓ Prise en charge par un organisme de la liste (Mutuelles ou assurances participant au dispositif)

CMU Complémentaire

Les garanties accordées:

- ✓ Prise en charge du ticket modérateur
- ✓ Prise en charge du forfait hospitalier (sans limitation de durée)
- ✓ Prise en charge de certains frais en sus du tarif de responsabilité

CMU Complémentaire

Validité: 12 mois à compter de l'ouverture
des droits

- ✓ A partir de juin 2003, l'ouverture des droits est effective au 1er du mois qui suit la demande à l'exception des situations d'urgences médicales et/ou sociales

Quelle prise en charge des situations d'urgence médicales et/ou sociales ?

Protocole d'accord avec la Caisse Primaire de la Haute-Garonne = Ouverture **immédiate** des droits à la CMU Complémentaire

- ✓ Assume la prise en charge rétroactive
- ✓ Centre unique qui centralise les demandes

FICHE DE SIGNALEMENT PASS/ CPAM

Date de la demande :

PASS

Mme

Tél :

fax :

Adresse :

CPAM/ Rive Droite

Mme

Tél :

Fax :

Adresse

NOM :

Prénom :

Numéro NIR :

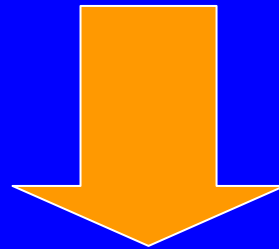
Date de naissance :

Date consultation :	Date de réponse par fax :
Date d'envoi du fax initial:	
DEMANDE PASS	REPONSE CPAM
Ci joint pour régularisation des droits de la personne citée en référence :	
<input type="checkbox"/> Dossier de demande de CMU de base*	Base : Droits ouverts à compter du Retour attestation par fax.
<input type="checkbox"/> Dossier de demande de CMU Complémentaire :*	Complémentaire : Droits ouverts à compter du : Retour attestation par fax
	Autre : * <input type="checkbox"/> retour pièces à demander à l'assuré (cf. fax) <input type="checkbox"/> Retour refus CMU par fax <input type="checkbox"/> Retour CMUC par fax :

* Cocher la case correspondante.

Régularisation du titre de séjour

Article 12bis §11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945
Possibilité d'une carte de séjour temporaire pour
« Vie privée et Familiale »



« Nécessité d'une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour la personne des conséquences d'une exceptionnelle gravité »

Carte de séjour pour soins

- Carte de séjour temporaire pour soins : mention « vie privée et familiale »
 - Certificat initial à la demande d'un médecin
 - Certificat détaillé à rédiger par praticien hospitalier ou médecin agréé par préfecture et adressé sous pli au médecin préfecture (enveloppe et fiche pré-établie +/- photo identité par service de la préfecture)
- Autorisation de travail: loi n°48-349 du 11 mai 1998

Réfugié Politique

Demande Asile Politique:

- ✓ Transmettre la demande à l'OFPPRA
- ✓ Une convocation à la préfecture
- ✓ Une Autorisation Provisoire de Séjour renouvelable
- ✓ Un Récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié

Asile Territoriale

Demande Asile Territoriale:

- ✓ Transmettre la demande à la préfecture
- ✓ Une attestation de dépôt d'une demande d'asile territoriale

Prise en charge des démunis

➤ Régularisation du séjour



➤ Acquisition Protection sociale

Les structures d'hébergement

- ✓ Les Appartements de Coordination Thérapeutique (patients avec pathologie sévère et chronique)
- ✓ Les Centres Hébergement et de Réinsertion Sociale
- ✓ Les Centre d'Accueil pour les Demandeurs d'Asile
- ✓ Les lits infirmiers
- ✓ Le dispositif d'urgence: les foyers et les nuitées d'hôtel

LES STRUCTURES D'HEBERGEMENT

- ✓ Élaboration d'un projet de vie personnalisé
- ✓ Démarches administratives
- ✓ Accès aux droits sociaux
- ✓ Aide à l'observance thérapeutique
- ✓ La resocialisation
- ✓ Implication active à la vie en collectivité

LA COTOREP

loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin
1975

- ✓ Une par département
- ✓ Service interne de la DDTEFP

Compétences:

Examen des situations de l'ensemble des personnes handicapées adultes âgées d'au moins 20 ans (ou 16 ans en cas d'entrée dans la vie active)

La COTOREP

Missions:

- Prise en charge des demandes d'aides sociales et l'orientation vers des établissements médico-sociaux
- Prise en charge de la personne dans sa relation au travail (emploi et formation professionnelle)

Insertion dans la vie professionnelle

1ère section de la COTOREP

- ✓ Traite les demandes relatives au reclassement professionnelle des travailleurs handicapés:
- ✓ Appréciation de leurs aptitudes au travail
- ✓ Orientation vers un emploi en milieu de travail normal, vers un atelier protégé, un centre d'aide par le travail, stage de rééducation ou de formation professionnelle,
- ✓ Reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé »

La reconnaissance de « Travailleur Handicapé »

- ✓ Financement personnel attribué à la personne pour l'acquisition d'aides techniques nécessaires à l'exercice professionnelle
- ✓ Places réservées dans les entreprises(1% des emplois)
- ✓ Une prime et des subventions sont versées à l'employeur
- ✓ Exonération possible, sous condition, des cotisations à l'AGEFIPH

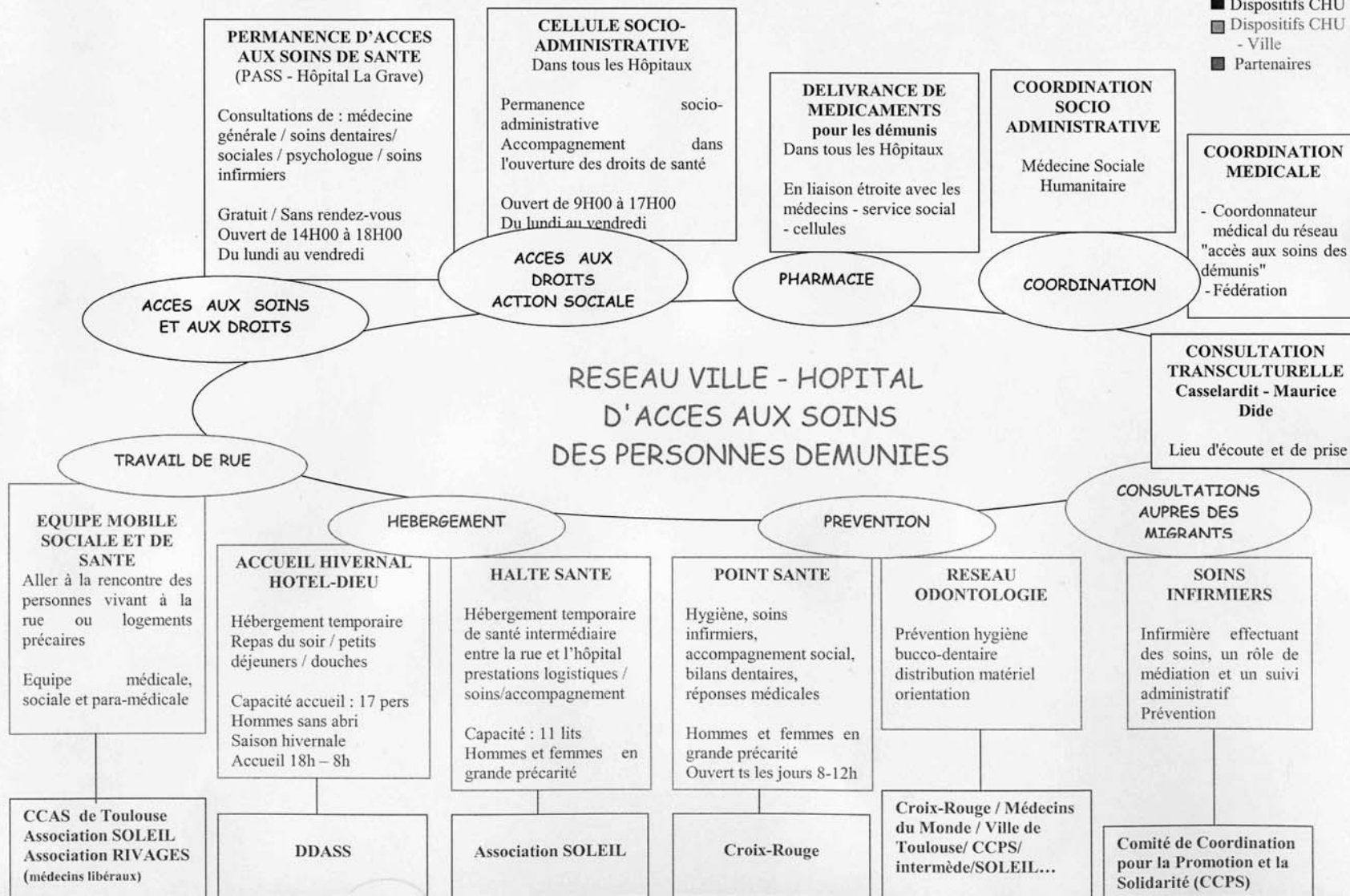
Aides à la reprise d'une activité professionnelle pour les personnes atteintes du VIH/Sida

- ✓ Si reprise du travail à la suite d'un arrêt de longue durée (plus de 6 mois), possibilité d'un temps partiel thérapeutique
- ✓ Reconnaissance par la COTOREP de la qualité de « Travailleur Handicapé »

Un exemple de prise en charge

Le réseau de médecine sociale et
humanitaire de Toulouse

- Dispositifs CHU
- Dispositifs CHU - Ville
- Partenaires



**Renforcer la cohésion des
moyens de prise en charge
globale des démunis**

Améliorer les moyens médico-psycho-sociaux de prise en charge

- ✓ Absence de délai, contacts répétés
- ✓ Intervention, Éducation à la santé
- ✓ Réduction des risques, prévention primaire et secondaire
- ✓ Travail transdisciplinaire en réseau
- ✓ Traduction, interprète
- ✓ Aide (et outils) à la compréhension, à l'observance
- ✓ Soutien, Auto support

Améliorer, moderniser...

- ✓ Plus de moyens pour l'accès aux soins des démunis, c'est moins de dépenses inutiles pour l'ensemble de la population y compris les démunis.
- ✓ Organiser le système de soins primaires et l'utilisation du système de santé
- ✓ Généraliser la possibilité de la dispense d'avance de frais pour le système de soins primaires
- ✓ Articuler et décloisonner les interventions des acteurs de santé
- ✓ Dossier unique, partager l'information, protéger le patient
- ✓ Simplification des procédures administratives (COTOREP)

Se rapprocher des référentiels

- ✓ Recommandation 2002 du groupe d'expert coordonné par J.F. DELFRAISSY et 2003...
- ✓ DHHS 14/07/2003
- Nombre d'études montrent qu'une fois l'accès aux soins rendu possible, les personnes malades, si elles sont touchés par certains déterminants de précarité peuvent néanmoins avoir des résultats comparables au reste de la population en terme de bénéfice lié aux traitements.

Cependant...

- ✓ Les conventions Hôpitaux-État ont disparus silencieusement en 2002-2003
- ✓ La CMU à été un peu chahuté en début d'année
- ✓ L'hypothèse d'un ticket modérateur sur l'AME resurgit (le monde, 23/09/2003)
- Réaffirmons que lorsque les migrants sont soignés et traités *Ici*, On fait preuve de solidarité internationale réelle.
- Dans l'attente et l'espoir que les investissements annoncés réussissent l'indispensable pari de permettre l'accès aux traitements du SIDA, *là-bas*