

Plaidoyer santé FNARS – octobre 2016

Présentation de la FNARS et de son action santé

La FNARS rassemble aujourd'hui de nombreux adhérents du secteur social mais aussi du secteur médico-social (permanences médicales, lits halte soins santé, centres de soins spécialisés en toxicomanie, centres de cure ambulatoire d'alcoologie, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue, etc.).

Fort de ses nombreux adhérents et de la participation des personnes accompagnées et accueillies dans le réseau aux sujets santé, la FNARS a pour objectif d'améliorer la connaissance des problématiques santé rencontrées par les personnes confrontées à la précarité, auprès du grand public et des pouvoirs publics, ainsi que la qualité de l'accompagnement médico-social, social (accompagnement santé¹) et sanitaire des personnes.

La Fédération, présente en régions (FNARS régionales et commissions santé régionales) et au national (siège et GAN), articule ses missions autour des deux axes qui sont la contribution aux politiques publiques et l'accompagnement de son réseau.

Elle a par exemple été force de proposition auprès des parlementaires lors du débat sur la loi de modernisation de notre système de santé, est représentée dans différentes instances au national (CNOSS, CNS etc.) et en régions (référénts santé en CRSA et conférences de territoire), accompagne le réseau sur les sujets santé mentale, addictions, dysfonctionnement dans l'accès aux droits et aux soins (fiche de signalement publiée à la rentrée 2016), le vieillissement (thématique qui grandit dans le réseau), etc.

Contexte

La précarisation croissante de la société génère de l'exclusion, de l'isolement. La santé a ici une responsabilité importante tant elle est une ressource de la vie quotidienne qui permet de s'épanouir (charte d'Ottawa). La santé est la résultante à la fois de choix personnels des individus mais aussi des responsabilités sociales de la société. Le réseau FNARS, via la promotion de la santé et l'accompagnement santé, s'attache à travailler sur les déterminants de santé² dans le cadre d'un accompagnement global (en travaillant la santé sous l'angle du logement, de l'emploi etc.) et au travers d'une démarche participative de co-construction avec les personnes concernées.

Comment éviter que la maladie soit encore aujourd'hui un facteur d'exclusion et que l'exclusion génère ou aggrave la maladie ? Comment favoriser le bien être des personnes en situation de précarité ?

La loi de modernisation de notre système de santé était une réforme très attendue des associations de solidarité pour réorganiser en profondeur notre système de santé et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, mais aussi lutter contre le non recours aux soins ou les retards de soins des personnes les plus modestes. De nombreuses mesures, proposées par la FNARS, ont été intégrées dans cette loi : maintien des PASS et des PRAPS³, intégration d'objectifs de réductions d'inégalités sociales et territoriales dans le projet régional de santé, participation des personnes en situation de précarité aux conseils territoriaux de santé, reconnaissance de la mission de prévention des CSAPA, création d'un programme régional pour l'accès à l'hébergement et au logement des personnes en

¹ La santé étant transversale à tous les champs de l'intervention sociale (logement, emploi, justice, parentalité etc.), l'accompagnement santé suppose une prise en compte de l'ensemble des questions qui constituent la personne, afin d'atteindre un mieux être

² les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent l'état de santé et le bien-être des individus

³ Il conviendra cependant de doter les PRAPS de moyens financiers suffisants pour pouvoir remplir leurs missions

souffrance psychique, reconnaissance du rôle de la PMI, création d'instances de coordination associant les différents acteurs du système de santé – social, médico-social, sanitaire etc.

Cependant, des efforts restent à fournir afin de permettre à notre système de santé de réduire les inégalités sociales et territoriales, de permettre un accès à tous aux droits et aux soins, d'intégrer et soutenir les personnes en situation de précarité. La FNARS propose donc les différentes mesures suivantes.

Pour un accompagnement global de la personne

1) L'accompagnement santé à la FNARS

L'accompagnement santé porté par la FNARS vise à co-construire avec la personne son accompagnement que l'on conçoit dans sa globalité (emploi, logement, hébergement, culture etc). Il doit permettre de renforcer le pouvoir d'agir de la personne et son autonomie en santé : elle est actrice de sa santé. De plus, le parcours de santé doit viser la complémentarité, la pluridisciplinarité, l'articulation des acteurs, et une continuité, tout en intégrant les compétences de la personne.

2) Prévenir et intervenir en amont de la dégradation de l'état de santé de la personne

- **Ne pas réduire la santé à l'offre de soins**

→Reconnaître l'importance de la prévention et de la promotion de la santé sur les territoires et dans les objectifs des politiques publiques.

3) Pour une coordination effective des acteurs sur les territoires afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Même si la loi santé reconnaît une coordination nécessaire des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (notamment dans l'article relatif à la santé mentale), elle n'est pas toujours envisagée de manière systématique, notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé, des plateformes d'appui aux situations complexes, alors même qu'elle est essentielle pour permettre un accompagnement global de la personne.

Cette coopération est indispensable sur les territoires pour à la fois construire des diagnostics partagés, des accompagnements pluridisciplinaires adaptés et cohérents pour les personnes confrontées à la précarité, en raison parfois d'un accident de la vie dont la maladie. Pour des personnes en situation de vulnérabilité (précarité, addictions, pathologies chroniques etc.), il est important qu'un professionnel de santé puisse se coordonner avec un intervenant social qui pourra être un interlocuteur pour lui mais aussi pour le patient, pour aider ce dernier à améliorer sa situation sociale, avec des répercussions positives sur le suivi des soins et plus largement sur son état de santé.

De plus, seul programme spécifique subsistant dans le projet régional de santé, la nouvelle loi de santé réaffirme que le PRAPS détermine, à échéance de cinq ans, les actions à conduire, les moyens à mobiliser, les résultats attendus, le calendrier de mise en œuvre et les modalités de suivi et d'évaluation. Si les PRAPS sont généralement assortis de la création d'un comité régional spécifique - le comité de suivi du PRAPS auquel le réseau FNARS participe dans plusieurs régions - le

fonctionnement de cette instance se révèle hétérogène. Dans certains territoires, le programme peine à se traduire en actions concrètes faute de moyens suffisants.

Enfin, il est nécessaire que les ARS et DRJSCS travaillent davantage ensemble à la mise en œuvre de la politique de santé sur les territoires.

→ Permettre aux acteurs sociaux et médico-sociaux d'être réellement associés aux nouvelles instances mises en œuvre par la loi, qui sont créées pour permettre la coordination effective de l'ensemble des acteurs sur les territoires de santé (communautés professionnelles territoriales de santé et les plateformes d'appui aux situations complexes) ;

→ Développer des contrats locaux de santé entre les collectivités territoriales et les ARS, associant étroitement les acteurs de la solidarité pour contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces contrats devraient notamment prévoir les moyens les plus adaptés localement pour identifier et signaler très rapidement les situations de personnes rencontrant des difficultés d'accès aux droits et à la santé, en lien avec les plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et les communautés professionnelles territoriales de santé.

→ Permettre aux PRAPS de se traduire en actions concrètes grâce à des moyens suffisants

→ Faire remonter les dysfonctionnements dans les liens ARS/ DRJSCS

4) Formation des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social

L'évolution des formations des acteurs de la santé et du social doit permettre de développer une culture professionnelle commune.

→ La FNARS propose que l'ensemble de ces professionnels reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique sur les inégalités sociales et territoriales de santé intégrant notamment des modules sur les conséquences de l'évolution de la pauvreté et de la précarité sur l'état de santé, l'accès aux droits, l'organisation de l'intervention médico-sociale, la lutte contre le non recours et le refus de soins. Les instituts régionaux de formation des travailleurs sociaux pourraient contribuer à ces formations communes.

Des formations croisées existent déjà sur le territoire, entre acteurs de la psychiatrie (par exemple des CMP) et les acteurs de l'AHI.

→ Il conviendrait d'institutionnaliser ces temps de formation conjoints qui permettent de s'identifier, se connaître et de mieux se comprendre et d'y intégrer les usagers en santé mentale.

→ Travailler des contenus sur l'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans les formations du travail social.

Favoriser une véritable démocratie en santé avec la participation des personnes en situation de précarité : la parole de l'un vaut la parole de l'autre

Les personnes en situation de précarité doivent être associées à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre de la politique de santé.

Dans la loi de modernisation de notre système de santé, il est prévu une participation des personnes via les associations de patients agréées. Cependant, les personnes en situation de précarité sont peu présentes dans ces associations.

1) La participation des personnes aux politiques publiques

→s'appuyer sur les conseils régionaux des personnes accueillies ou accompagnées (CCRPA) pour assurer cette représentation

→la FNARS préconise une participation directe des personnes à l'ensemble des dispositifs du système de santé (conseils locaux de santé, conseils locaux de santé mentale etc.) en se basant par exemple sur l'expérience des CCRPA

→Favoriser une participation au niveau du projet régional de santé, lequel doit prévoir les modalités de participation de ces publics à son élaboration

→prévoir les modalités de l'expression des personnes en situation de précarité au sein des conseils territoriaux de santé⁴

2) Promouvoir la participation des personnes aux discussions/ décisions qui les concernent

Les droits formels des usagers doivent devenir des droits effectifs. Leur présence est indispensable dans toutes les rencontres où leur situation est abordée. La personne est intégrée en tant que citoyen. Il est nécessaire de refuser toute forme de discrimination, liée à la souffrance psychique mais aussi à la précarité. Nous devons abandonner les termes de « prise en charge » pour parler de « prise en compte ».

Promouvoir l'accès de tous aux droits à la couverture maladie

1) Automaticité de l'attribution des droits et simplification administrative

Le véritable parcours du combattant que constituent les démarches d'ouverture des droits à la couverture maladie complémentaire pour des personnes en situation de précarité impose que soient pensées des solutions de simplification et d'automaticité d'attributions des prestations sociales, entre elles. La Protection universelle maladie (PUMa), créée en janvier 2016, permet un droit à la prise en charge de ses frais de santé à toute personne travaillant ou à toute personne résidant en France depuis plus de trois mois de manière régulière. La FNARS considère que la réforme a permis d'importantes avancées en termes de simplification des démarches administratives et de continuité des droits à la prise en charge des frais de santé des personnes. Des efforts restent cependant à fournir :

→prévoir l'automaticité de la CMU-C pour les personnes bénéficiaires du RSA socle,

→instituer le premier accès automatique à l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA,

→allonger la durée de droits à la CMU-C de un à trois ans,

→fusionner l'aide médicale d'état et la couverture maladie universelle, pour garantir la vocation universelle de la CMU et ne pas stigmatiser les migrants (et éviter des coûts exorbitants à la société de prise en charge médicale retardée).

⁴ « Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité ». L1434-10

2) Améliorer le taux de recours, l'information dispensée sur les prestations sociales (ACS, CMU-C, PUMa etc.)

Lors des CCRPA (conseils consultatifs régionaux des personnes accompagnées) santé en régions, divers constats ont été faits par les personnes : difficulté de fournir un certain nombre de pièces justificatives, les informations données aux personnes peuvent être différentes d'un interlocuteur à l'autre en CPAM, mauvais accueil des personnes en situation d'exclusion, mauvaise connaissance des recours à en engager lorsqu'on a besoin d'une solution immédiate, manque de transparence sur les pièces justificatives demandées aux guichets, coût du coffre fort numérique pour les structures, déshumanisation des institutions (remplacement des rencontres humaines par des logiciels d'inscription en ligne) etc.

D'où certaines recommandations portées par la FNARS :

- Préserver l'accueil physique des personnes en guichets afin de leur fournir l'information nécessaire à leur accès / renouvellement des droits, en complément des services en ligne,
- Permettre un accès plus facile aux lignes téléphoniques dédiées de la CPAM,
- Former les travailleurs sociaux aux prestations sociales et à leur actualisation,
- Favoriser l'accès au numérique de tous (développer la médiation numérique),
- Favoriser les collectifs de personnes pour s'échanger l'information sur l'accès aux droits,
- Développer des partenariats avec les administrations pour trouver des solutions pragmatiques, par exemple pour restreindre les pièces justificatives demandées et accélérer les réponses,
- Développer les partenariats avec les maisons de la justice et du droit, les points d'accès aux droits et le défenseur des droits qui doit avoir des pouvoirs renforcés.

Il est indispensable qu'un traitement équitable soit assuré à tous, que les personnes puissent connaître leurs droits, qu'il y ait une réelle volonté politique et financière de favoriser l'accès aux droits, et d'agir sur la réglementation en dépassant les relations de gré à gré.

Favoriser l'accès aux soins et lutter contre le renoncement

1) Promouvoir le tiers payant pour tous pour éviter le non recours

Les associations qui accompagnent au quotidien les personnes en difficulté dans leurs démarches d'accès aux soins, constatent quotidiennement que l'avance de frais de consultation chez un généraliste ou un spécialiste est un puissant facteur de non recours aux soins pour les ménages en difficulté financière. Un Français sur quatre a déjà renoncé à consulter un médecin en raison du coût⁵.

Seule la généralisation du tiers payant permet de contribuer à garantir un égal accès aux soins et à lutter efficacement contre les retards de soins qui ont des conséquences graves sur la santé des personnes et les politiques de prévention. Le non recours aux soins a un coût pour la collectivité, en aggravant les pathologies et en participant à l'engorgement des hôpitaux et des urgences.

⁵ Baromètre CISS 2015

Si les personnes couvertes par la CMU-C ont accès au tiers payant, nous rappelons qu'un tiers des personnes éligibles à cette couverture n'y accèdent pas (deux tiers pour l'ACS)⁶, compte tenu de la complexité des démarches administratives pour l'obtenir ou pour la renouveler. En outre, un grand nombre de ménages en difficulté financière ont des ressources supérieures au seuil de la CMU-C (720 euros par mois pour une personne seule) et sont donc contraints à des avances de frais.

Or, le Conseil constitutionnel, le 21 janvier 2016, a en partie censuré l'article 83 relatif à la mise en place du tiers payant généralisé pour tous et prévoit que le tiers payant sera optionnel sur la part complémentaire pour les personnes n'étant pas pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

→ Permettre le tiers payant pour tous afin d'éviter le renoncement aux soins en raison de barrières financières.

2) Lutter contre les refus de soins

La généralisation du tiers payant est aussi un bon moyen de lutter contre la stigmatisation et parfois les discriminations dont font l'objet les plus démunis dans l'accès à la médecine de ville à travers le refus de soins qui touchent 25 % des titulaires de la CMU-C et 37 % des titulaire de l'AME (Aide médicale d'Etat).

La loi de modernisation de notre système de santé, votée en janvier 2016 n'a pas apporté, comme le demandait la FNARS, une définition plus claire des refus de soins et un observatoire indépendant pour les constater. Il est prévu au contraire que cet Observatoire soit confié aux Ordres.

→ Nécessité de créer un véritable observatoire du refus de soins indépendant (représentants de l'assurance maladie, des ordres concernés et de représentants d'usagers ou associations de santé) avec des déclinaisons régionales.

3) Promouvoir les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Selon la circulaire 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des PASS, elles sont un « dispositif visant à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Une PASS doit offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun, agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi ». Cependant, une enquête menée par la DGS, à la suite de la publication de cette circulaire, a montré que seulement un quart des PASS réunissaient tous ou presque tous les critères définis par la circulaire.

→ Garantir un maillage territorial de qualité et de proximité au travers de la mise en œuvre réelle de la circulaire de 2013. Cette mise en œuvre doit permettre la reconnaissance du rôle de la PASS dans l'accès aux soins pour tous et son inscription dans un partenariat institutionnel et associatif élargi (acteurs de la santé, du social et du médico-social) dans le cadre d'un accompagnement global de la personne, pour un retour au droit commun.

⁶ Rapport 2015 du Fonds CMU

4) Aller vers les personnes en difficulté

Pour éviter le renoncement aux soins, il est nécessaire d'aller vers les plus isolés, ou celles et ceux pour qui la santé n'est pas une priorité au regard de leurs difficultés économiques et sociales, qui ne représentent pas qu'une infime frange de la société. En effet, les personnes isolées ne sont pas uniquement les grands précaires. L'isolement aujourd'hui touche toutes les tranches d'âge, tous les publics : il peut être géographique (problématiques des territoires ruraux) mais aussi social, lié à la honte de la maladie, aux expériences malheureuses dans le parcours de soins, à la perte de confiance dans les institutions etc.

- **Assurer les moyens de l'accompagnement**

→ Assurer les moyens aux travailleurs sociaux pour l'accompagnement santé des personnes, y compris l'accompagnement physique des personnes vers les lieux de soins, d'accès aux droits etc.

→ Développer l'interprétariat et la médiation sanitaire pour les personnes migrantes.

- **Santé mentale et équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)**

L'accès aux droits, à la prévention et aux soins pour tous passe aussi par la pérennisation et l'amélioration de dispositifs d'aller vers tels les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP). Il est nécessaire que les EMPP couvrent l'ensemble du territoire et harmonisent leur fonctionnement prévu dans la circulaire de 2005⁷ : en effet, les remontées actuelles montrent que des territoires ne sont pas couverts (notamment certains territoires ruraux où les personnes sont très isolées) et que les EMPP fonctionnent de manière très différente (certaines acceptent de se déplacer dans les structures, les logements pour aller à la rencontre des personnes, d'autres s'y refusent, certains ont une voiture pour se déplacer, d'autres ne peuvent recevoir les personnes que dans leurs locaux, certaines ont des temps de travailleurs sociaux, de psychiatres à temps plein, d'autres non etc.). Les EMPP permettent non seulement d'aller vers les personnes les plus en souffrance et les plus isolées mais aussi de faire le lien avec les équipes sociales, dans une optique de coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires autour de la personne, dans le cadre d'un accompagnement global.

→ Favoriser le maillage territorial des EMPP et une harmonisation de leurs pratiques.

- **Lutter contre les déserts médicaux**

Les déserts médicaux isolent géographiquement les personnes du recours aux soins.

Rapport UFC Que Choisir juin 2016 : Concernant la médecine générale de ville, ce sont près de 15 millions de français (soit 23% de la population métropolitaine) qui éprouvent des difficultés pour consulter un médecin généraliste à moins de 30 minutes de route de leur domicile. Pire, depuis 2012, plus du quart (27 %) des Français ont vu diminuer le nombre de médecins généralistes accessibles en

⁷ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

moins de 30 minutes de voiture. En 2016, on dénombre 3,2 millions de personnes (5 % de la population) qui vivent dans un désert médical (densité médicale pour 100 000 habitants en deçà de 60% de la moyenne nationale).

De même, près de six Français sur dix (59 %) ont connu une réduction du nombre de gynécologues accessibles à moins de 45 minutes de route entre 2012 et 2016.

Promouvoir un droit à l'hébergement et au logement pour tous

Pour lutter contre l'exclusion et la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie, il est nécessaire de promouvoir un droit à l'hébergement et au logement, l'accueil inconditionnel, le droit à l'emploi. L'offre doit être adaptée aux besoins de la personne et ne pas exclure des personnes malades. Les personnes en situation de précarité du fait de leur état de santé peuvent travailler, habiter, à condition parfois, d'adapter les conditions de travail, de logement et de prévoir un accompagnement pluridisciplinaire en lien avec les acteurs de la santé notamment.

1) Accompagner la mise en œuvre du Plan hébergement logement des personnes en souffrance psychique

De plus en plus de personnes souffrent de troubles psychiques dans une société qui se précarise. Une des conséquences majeures, qui contribue à aggraver leur situation, est de ne plus pouvoir conserver leur « chez soi » ou d'y accéder. Ainsi, les bailleurs sociaux, tout comme les travailleurs sociaux, se disent démunis face à la progression de ces situations et n'ont pas toujours les réponses adaptées aux troubles du comportement.

En ce qui concerne le domaine de la santé mentale, 30 % des personnes restent hospitalisées en psychiatrie car elles ne parviennent pas à accéder à un « chez soi ». Ces personnes sont pour la plupart considérées comme « incapables d'habiter ». La réalité peut pourtant être tout autre, comme le démontrent certaines expériences. Le « chez soi » constitue un facteur majeur de stabilisation de ces personnes. Mais Le logement ou l'hébergement n'est bien sûr pas suffisant en soi, s'il ne leur est pas proposé un accompagnement par une diversité d'acteurs coordonnés.

Pour les « personnes en souffrance psychique qui en ont besoin », la loi intègre désormais dans le projet territorial de santé mentale **le programme relatif au maintien dans le logement et à l'accès au logement et à l'hébergement accompagné des personnes en souffrance psychique** proposé par l'ANPCME, la FNAPSY, l'UNAFAM et la FNARS.

2) LHSS et LAM

Les LHSS et les LAM permettent d'accueillir des personnes en errance dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation et qui ont besoin de soins (infirmiers), sans conditions administratives. Ce séjour est une période transitoire dans la vie de la personne, qui peut lui permettre de se reposer, de reprendre pied.

La circulaire du 15 septembre 2015 a notifié aux Agences régionales de santé des moyens pour la création de nouvelles places : 50 pour les LHSS et 75 pour les LAM, sur l'ensemble du territoire. Le Premier ministre a de son côté annoncé en avril 2016 la création de 500 places supplémentaires sur les deux dispositifs à compter de 2017.



Le décret du 13 Janvier 2016 a précisé les modalités d'organisation et de fonctionnement des LHSS et des LAM, en tenant compte des conclusions et préconisations d'une évaluation externe réalisée entre 2011 et 2013 sur les 1 171 LHSS créés de 2006 à 2011. Il s'inspire également des conclusions et préconisations d'une expérimentation sur 45 LAM « préfigureurs », réalisée pendant trois ans et demi sur trois sites. La FNARS demande à :

→avoir un maillage territorial des places LHSS et LAM en lien avec les besoins recensés