

La France est le pays où l'état de santé est le meilleur mais, paradoxalement, des inégalités de santé existent et continuent à se creuser. Chaque individu doit pour sa part être acteur de son bien-être et de sa santé et le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins lorsque son état le nécessite et ce quel que soit son niveau de revenus. Aussi fondé sur les principes de la solidarité et du respect de la dignité humaine le libre et égal accès aux soins est garanti par notre constitution qui proclame que la nation garantit à tous la protection de la santé. Ainsi protéger la santé a très vite été une préoccupation des pouvoirs publics et c'est dans cet état d'esprit que naissent en 1945 la sécurité sociale qui va couvrir un certain nombre de risques dont celui de la maladie et la protection maternelle et infantile qui elle va se charger de la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Malgré tout on constate toujours des inégalités, surtout vécues par les plus démunis. En France selon l'INSEE 13,5% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté c'est à dire moins de 954 euros par mois. L'association médecin du monde a constaté que 43% de ces patients ont recours aux soins de santé de façon trop tardive et parmi ces patients seulement 12% ont leurs droits effectivement ouverts. Dès lors, comment expliquer que des inégalités sociales persistent malgré la volonté de l'état de garantir un droit à la santé pour tous. Au fil des années des dispositifs ont été créés pour favoriser cet accès aux soins. C'est ce que nous allons examiner dans un premier temps.

La réforme la plus importante c'est l'instauration de la couverture maladie universelle (CMU) qui a été créée par la loi du 27 juillet 1999 et qui permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France depuis plus de trois mois. Ainsi depuis le 1er janvier 2000, tout ceux qui ne bénéficiaient pas d'une couverture maladie peuvent obtenir un régime de base par la CMU de base et, au titre de la solidarité nationale, une CMU complémentaire qui fait office de mutuelle et qui correspond à une prise en charge à 100% des droits de santé. En 2004, un peu plus tard une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été ajoutée à ce dispositif et qui consiste en une réduction forfaitaire du montant de la cotisation annuelle de la mutuelle. Deux conditions sine qua non à l'ensemble de ce dispositif CMU, la résidence en France stable et régulière et la condition de revenus qui ne doit pas dépasser un barème de ressources qui est établi par la loi.

Autre dispositif important l'aide médicale d'état qui a été mise en place en 2000 et qui garantit l'accès aux soins aux étrangers en situation irrégulière au regard du droit au séjour en France. Elle donne droit à une prise en charge à 100% des soins médicaux et d'hospitalisation à condition de résider en France depuis plus de trois mois.

Pour compléter ces dispositifs des centres médicaux gratuits ont été créés. La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a notamment créé les permanences d'accès aux soins de santé les PASS. Ce sont des cellules de prise en charge médicale sociale qui facilitent l'accès au système de santé, qui accompagnent les personnes dans leurs démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits et on trouve ces permanences d'accès aux soins de santé dans les établissements de santé. Ils ont soit une vocation généraliste ou alors parfois spécialisés comme les PASS bucco-dentaires. L'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue donc un objectif prioritaire de cette loi de lutte contre les exclusions.

Dans le même ordre d'idée, en 2005, les équipes mobiles psychiatrie précarité ont été créées (EMPP). Elles jouent elles aussi un rôle primordial dans l'accès aux soins en allant au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion à savoir les populations qui vivent dans la rue, accueillies en institution sociale. etc... Dans ces EMPP ont pour objectif de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins et l'orientation vers les dispositifs de soins lorsque cela est nécessaire.

On remarque que ces deux dispositifs les PASS et les EMPP se retrouvent à la frontière du sanitaire et du sociale. Ils offrent un accueil et une prise en charge globale médico-social.

Au-delà de l'instauration de ces dispositifs et de ces centres de soins gratuits on pourrait penser que le système de santé des personnes en situation difficile a été amélioré. Après la mise en place de la CMU 20% des bénéficiaires estimaient avoir amélioré leur état de santé par rapport à l'année précédente. Malgré tout on constate qu'il demeure toujours de nombreux obstacles à l'accès aux soins des plus démunis.

Je vous propose d'examiner trois niveaux d'explication à ces obstacles à l'accès aux soins. Le premier et non pas le moindre c'est la question du non recours aux droits. Par manque d'information, par non compréhension des dispositifs, par la complexité des démarches, de nombreuses personnes vont éprouver des difficultés à faire valoir leurs droits. Un chiffre : en 2013, 1,7 million de personnes éligibles à la CMU n'en avaient pas recours, ce qui correspond à près de 20% des bénéficiaires potentiels. Autre exemple, les bénéficiaires de l'aide médicale d'état. Outre le problème de la méconnaissance de l'existence de ce droit, certains d'entre eux ne parviennent pas à comprendre le dispositif. L'association médecins du monde a constaté que 83% des 25 000 patients qu'elle a reçus en 2012 n'avaient pas de couverture maladie lorsqu'ils ont pris contact avec eux et seulement 10% d'entre eux n'ont pu justifier de leur résistance.

Autre point explicatif, la question de l'accessibilité aux structures de soins. Accessibilité matérielle (zones rurales ou isolées ou aux horaires des centres de soins qui ne sont pas toujours compatibles avec les horaires de travail) mais aussi l'accessibilité symbolique c'est à dire l'image que les personnes ont des structures de soins. Exemple les structures de santé libérales sont peu fréquentées par les personnes défavorisées. D'autres personnes encore ressentent une honte à aller se faire soigner dans une structure de soins gratuites, cela génère des phénomènes de dissuasion symbolique.

Deuxième autre élément explicatif à l'obstacle à l'accès aux soins des plus démunis, l'explication financière. En effet les difficultés financières vont faire obstacle à l'accès aux soins notamment à ceux comprenant un reste à charge : les frais dentaires, les frais d'optiques, les prothèses... Il existe une liste de soins qui sont encore mal pris en charge par l'assurance maladie ce qui va accroître l'obstacle financier. La préoccupation de la santé va rentrer en concurrence avec d'autres priorités, d'autres enjeux comme le logement, le surendettement, l'emploi et le problème de la santé va passer après. Autre exemple concernant cette question financière ce sont toutes les personnes soumises aux effets de bas seuil des politiques sociales qui sont basés sur des critères de revenus. Je m'explique : un certain nombre de personnes dépassent le barème ne serait-ce que de 50 ou 100 euros et ne peuvent prétendre à la CMU : par exemple les personnes bénéficiaires du minimum social ASPA (allocation de solidarité pour les personnes âgées - ancien Minimum vieillesse) dépassent les barèmes de la CMU de 100 euros. Même chose pour les personnes bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés et donc elles ne vont pas avoir recours à un système de santé, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques et aussi générer un fort sentiment d'injustice.

Dernier niveau d'explication à l'obstacle à l'accès aux soins, c'est la question du refus de soins. En effet, c'est une réalité, des professionnels de la santé n'hésitent pas à opposer un refus direct à recevoir une personne du seul fait qu'elle est bénéficiaire de la CMU ou de l'AME. D'autres vont avoir recours à des refus indirectes en fixant des rendez-vous très tard ou en réorientant systématiquement vers un autre professionnel. Un organisme qui s'appelle l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé l'IRDES a procédé à une enquête en 2009 portant sur cette question du refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU et cette enquête a révélé un taux global de refus de 25 %. C'est une question d'injustice et discriminatoire.

En conclusion, ce que l'on peut dire c'est que l'état souhaite faire de cette question des inégalités sociales et territoriale de santé une priorité. Il l'a montré au travers du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui est paru le 21 janvier 2013. Ce plan vise à réduire ces inégalités en prévenant les ruptures, en venant en aide et en accompagnant vers l'insertion et en coordonnant un peu mieux l'action sociale et le partenariat entre les acteurs. Plusieurs mesures ont d'ores et déjà été annoncées comme la limitation des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires du dispositif de CMU ou la révision du panier de soins de la CMU qui pourrait prendre en charge d'avantage de dépenses comme l'optique ou les frais dentaires. Un rapport publié en mars 2014 par le défenseur des droits confirme tous ces éléments discriminatoires que l'on a vu et émet des préconisations pour combattre le refus de soins.