

Prévention des inégalités d'accès aux soins pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire

Céline Gabarro

Université de Paris, Institut La Personne en Médecine, Eceve, UMR 1123

Chercheure associée à l'Urmis, Fellow de l'Institut Convergences Migrations

celinegabarro@yahoo.fr

Introduction

Thèse de sociologie :

« *L'attribution de l'aide médicale d'Etat (AME) par les agents de l'Assurance maladie. Entre soupçon de fraude, figures de l'Etranger et injonctions gestionnaires* », Université Paris Diderot, septembre 2017

Points de définition :

- AME : couverture maladie gratuite attribuée pour un an
- Etranger en situation irrégulière : non autorisé à résider en France, sans titre de séjour

Méthode > enquête ethnographique :

- 11 mois d'observation CPAM (guichets, service d'instruction, service de la réglementation)
- Entretiens informels avec les agents
- Accompagnement et entretiens formels avec des demandeurs

Plan de la présentation

1. Un accès aux soins légalement limité
2. Des difficultés d'accès à l'aide médicale d'Etat dans les CPAM
3. Des difficultés d'accès aux droits dans les services sociaux hospitaliers
4. Quelles pistes pour la prévention de l'accès aux droits?

1. Un accès aux soins légalement limité

1.1. Un accès aux soins légalement limité pour les étrangers en situation irrégulière

- ▶ 1993 : Loi Pasqua subordonne l'accès à l'assurance maladie à la régularité du séjour
- ▶ Depuis, unique possibilité d'affiliation > l'AME
 - condition d'irrégularité
 - condition de ressources
 - condition de stabilité de résidence
- ▶ S'ils ne remplissent pas les conditions de l'AME :
 - Fonds des soins urgents et vitaux
 - Soins à leur charge

1.2. Une réception à l'écart

- ▶ L'AME : une prestation d'aide sociale
 - un système à part
- ▶ Un système confidentiel/peu lisible
 - Des guichets spécifiques (hôpital, centres spécialisés)
 - Peu d'agents et peu de créneaux de réception
 - Files d'attente qui s'allongent
 - Demandeurs dorment sur place pour s'assurer d'être reçus
 - Impossibilité de déposer son dossier : doivent revenir à plusieurs reprises

2. Des difficultés d'accès à l'AME dans les CPAM

2.1. Une prestation d'aide sociale mal connue des agents d'accueil

- ▶ Méconnaissance de la réglementation par les agents d'accueil
- ▶ Formation sur l'assurance maladie (1 jour AME/CMU-C)
- ▶ N'instruisent pas / pas d'échanges avec agents AME
- ▶ Réglementation qui évoluent sans cesse (sans MAJ)
- ▶ Des erreurs de droits

2.2. Des impératifs managériaux qui retardent l'accès aux soins (1/2)

Au guichet:

- ▶ Agents évalués selon leur taux d'erreurs et leur respect des délais d'entretien (pré-accueil = 3 min, box = 10 min)
- ▶ Vérification du dossier en box : une prudence (pour eux et pour les demandeurs) qui rallonge les délais
 - Préfèrent dire aux demandeurs de ramener de nouveaux documents
 - Engendre des allers-retours incessants
 - Doivent parfois attendre deux mois avant d'avoir un nouveau RDV
- Multiplication des retours
- Non-recours ou retards d'accès à la prestation

2.3. Des impératifs managériaux qui retardent l'accès aux soins (2/2)

Au service d'instruction :

- ▶ Des agents évalués selon le nombre de dossiers traités et leur taux d'erreur
- ▶ Trois actions possibles:
 - un accord
 - un refus
 - un retour
- ▶ Seuls les accords sont vérifiés
- ▶ Refus et retour: prennent moins de temps à être traités
- Multiplication des retours et des délais d'obtention (6 mois)

2.4. Un soupçon institutionnel et politique qui retarde l'accès aux soins

- ▶ Un soupçon institutionnel: étrangers en situation irrégulière suspectés d'être des « touristes médicaux »
- ▶ Durcissement de leur accès aux droits et aux soins :
 - limitation des duplicatas
 - instruction de la condition de résidence dès l'accueil (écrémage des demandes)
- ▶ Durcissement de la réglementation au 1^{er} janvier 2021 :
 - 3 mois de présence en situation irrégulière (comment le justifier?)
 - délai de carence de 9 mois pour certains soins non urgents

3. Des difficultés d'accès à l'AME dans les services sociaux hospitaliers

3.1. Un contexte hospitalier particulier

- ▶ Une PASS transversale (AS)
- ▶ Forte précarité dans le département (AME/CMU-C)
- ▶ Contexte : Tarification à l'activité (T2A) et menace de mise sous tutelle
- ▶ AS pas soumises à des objectifs chiffrés, mais à la pression du service des admissions et de la facturation (décembre)
- ▶ AS doivent faire en sorte que l'hôpital soit remboursé : développement d'un rôle gestionnaire de l'ensemble des acteurs de l'hôpital

3.2. Quand l'activité comptable devient une mission des assistantes sociales

- ▶ Avec T2A : introduction de la question comptable dans l'ensemble des services et professions (soignants et AS)
- ▶ Mission comptable : s'assurer que les patients aient bien une couverture maladie pour que l'hôpital soit remboursé
- ▶ En pratique :
 - AS informées par les services d'hospitalisation
 - système de bons PASS pour les consultations (permet de mettre en attente les factures)
 - budget PASS pour les soins ambulatoires
- Service social : un acteur comptable clé pour la facturation

3.3. « Investir dans le social car le social rapporte! »

- ▶ Difficultés à ouvrir des droits (pièces non récupérées ; incompréhension de l'instruction des CPAM)
- ▶ Valorisation gestionnaire du service social (permet aussi de renforcer hiérarchiquement le service > reconnaissance professionnelle)
- ▶ Service : 17 assistantes sociales et 3 secrétaires
- ▶ « *Les salaires d'assistantes sociales ne coûtent pas cher à l'hôpital comparés au montant que peuvent atteindre certaines factures. Des factures non payées ça peut couler l'hôpital. Par conséquent on a décidé d'investir dans le social car le social rapporte. Ça permet de récupérer des fonds* » (directrice du service social)

3.4. L'AME, une tâche « administrative »

- ▶ L'ouverture de droits à l'AME : une tâche administrative et ennuyante ≠ mission sociale
- ▶ Ne font pas d'évaluation sociale dans le cadre de la PASS.
- ▶ Regret de ne pas avoir de secrétaires : administratif ++
- ▶ Travail vu comme complexe car les patients ne rapportent pas toujours les justificatifs nécessaires.
- ▶ Activité non valorisante, fort turn-over dans les PASS

- Privilégient les demandes de FSUV
- Facturation pour l'hôpital, mais restriction des droits pour les usagers

4. Quelles mesures de prévention pour améliorer l'accès aux droits ?

Quels outils de prévention à développer ?

Au niveau politique :

- ▶ Un combat des associations : fusionner AME et CMU
- ▶ Déconstruction des discours sur le tourisme médical, la fraude et le coût de l'AME
- ▶ Une lecture gestionnaire qui engendre des difficultés d'accès aux soins uniquement pour les étrangers

Au niveau des acteurs du parcours de droits et de soins :

- ▶ Formation +++ (CPAM, AS, soignants)
- ▶ Améliorer les circuits de repérage par les soignants et les AS (hôpital, ville)
- ▶ Améliorer le système de transmissions des informations entre les AS et les CPAM > enjeu des délais qui retardent l'accès aux droits et engendrent des refus par non réponse
- ▶ Améliorer les liens entre ville et hôpital (services sociaux)
- ▶ Enjeu de l'intérêt des soignants et travailleurs sociaux pour les questions d'affiliation (d'autant plus quand ils sont portés par les services administratifs) ??