

---

BULLETIN OFFICIEL DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE.

N° 16 du 15 JUIN 1995.

Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995

---

NOR: SPSA9510085C.

Relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies (date d'application : immédiate).

Des personnes confrontées au chômage, à la pauvreté, à la perte de leur logement connaissent encore des difficultés pour accéder à notre système de soins. Ces difficultés ne sont pas acceptables. Tous nos efforts doivent tendre aujourd'hui à ouvrir le dispositif ordinaire de soins à la population qui en est actuellement exclue ; l'intégration de tous dans le système de santé de droit commun (urgence, consultation, prévention, hospitalisation, suivi à domicile) est la seule politique compatible avec l'éthique médicale et le plein respect de la dignité de la personne humaine.

Le Gouvernement a engagé depuis plusieurs mois des actions pour permettre l'accès effectif aux soins pour tous. Des mesures complémentaires, décidées dans le cadre du plan "favoriser l'insertion et la réinsertion" présenté le 14 octobre 1994, ont bénéficié d'un concours financier inscrit au collectif budgétaire 1994 et dans la loi de finances initiale de 1995.

Les moyens réglementaires et financiers existent donc aujourd'hui dans notre pays pour garantir un accès de tous à des soins de qualité.

Afin de mettre fin aux dysfonctionnements encore nombreux qui me sont signalés dans ce domaine, je vous demande de réunir sans délai les principaux partenaires de votre département concernés par les questions d'accès aux soins et notamment le président du conseil général, les directeurs des organismes d'assurance maladie, les responsables des établissements assurant le service public hospitalier, les représentants des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que des représentants des associations et organismes concernés. Cette concertation pourra être démultipliée à un niveau infradépartemental, et s'élargir aux partenaires concernés par la santé dans le cadre des contrats de ville.

La concertation que vous engagerez doit permettre de procéder à un bilan de la situation dans votre département selon le plan de réflexion figurant en annexe en ce qui concerne la mise en oeuvre de la réforme de l'aide médicale et le suivi de la protection sociale des plus démunis, ainsi que l'accès au dispositif de soins. Elle identifiera également les initiatives prises localement dans ce domaine, ainsi que les carences du dispositif actuel.

Sur la base de cette analyse, vous mettrez en place, en collaboration avec les partenaires locaux, les réponses susceptibles de remédier aux difficultés constatées en utilisant l'ensemble des moyens juridiques et financiers qui sont à votre disposition ; la présente circulaire vous les rappelle. Vous élaborerez, avant le 1er octobre 1995, un plan départemental d'accès aux soins.

La première partie du texte présente les dispositions récentes destinées

à assurer la couverture sociale des personnes les plus démunies ; elle insiste sur les difficultés les plus fréquemment rencontrées dans l'application de la loi concernant l'aide médicale en vous indiquant les moyens d'y pallier.

La seconde partie met l'accent sur les moyens dont vous disposez pour faciliter l'accès de tous au système de santé.

Je compte sur votre implication personnelle sur ce sujet complexe et sensible qui nécessite la mobilisation de très nombreux acteurs.

1. Les outils juridiques de l'amélioration de la couverture sociale des personnes les plus démunies

1.1. Les lois récentes

Les dispositions de deux lois récentes permettent un accès aux soins modernes et efficaces pour les populations démunies de ressources.

1.1.1. La réforme de l'aide médicale de juillet 1992

La loi du 29 juillet 1992 sur la réforme de l'aide médicale facilite l'accès aux soins des plus démunis par plusieurs de ses dispositions et notamment :

- l'extension du bénéfice de l'aide médicale, qu'elle soit totale ou partielle, au demandeur et à ses ayants droit;
- l'admission annuelle : l'aide médicale, qu'elle soit totale ou partielle, est accordée pour une période d'un an, à titre préventif. L'admission annuelle et préventive doit notamment permettre l'accès facile à la médecine ambulatoire et éviter ainsi l'aggravation des pathologies et le recours inutile à l'hôpital et aux services d'urgence;
- la simplification des procédures de dépôt des demandes d'instruction : il s'agit de permettre aux demandeurs de déposer leur dossier d'aide médicale auprès des centres communaux d'action sociale, des services sanitaires et sociaux du département ou auprès d'organismes agréés à ce titre par le président du conseil général et le préfet;
- l'admission de plein droit en faveur des bénéficiaires du R.M.I. ou de l'allocation de veuvage ; cette admission est alors totale, c'est-à-dire qu'elle comprend la prise en charge intégrale des dépenses de soins et du forfait journalier, la dispense d'avance des frais de soins, et, s'il y a lieu, la couverture des cotisations du régime de l'assurance personnelle;
- la possibilité d'établir une admission de plein droit pour d'autres populations à très faibles ressources par l'adoption par le conseil général d'un barème de ressources.

L'application de la réforme de l'aide médicale s'est accompagnée dans de nombreux départements d'une modernisation de la gestion de l'aide médicale dans le cadre des conventions conclues avec les organismes d'assurance maladie. Cette rationalisation de la gestion permet d'en réduire les coûts et d'accélérer le paiement des prestataires de soins.

Ces dispositions doivent être impérativement mises en oeuvre (voir ci-

dessous).

1.1.2. La loi sur la protection sociale du 25 juillet 1994

L'article 27 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 facilite les conditions d'accès à l'assurance maladie en prévoyant que toute personne pour laquelle il ne peut être immédiatement établi qu'elle relève à un titre quelconque d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité est affiliée provisoirement au régime de l'assurance personnelle, sous réserve qu'elle remplisse la condition de résidence prévue pour ce régime. Le décret d'application est paru au Journal officiel le 14 mars 1995. Une circulaire d'application paraîtra prochainement.

1.2. Les difficultés restant à résoudre dans l'application des textes relatifs à l'aide médicale

Les dispositions de la loi du 29 juillet 1992 qui organisent l'aide médicale doivent être strictement appliquées.

J'appelle votre attention sur les points suivants, qui sont souvent à l'origine des difficultés d'accès à l'aide médicale, et qui méritent donc une attention particulière.

1.2.1. Le droit à l'aide médicale des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou de l'allocation veuvage

L'admission à l'aide médicale des bénéficiaires du R.M.I. ou de l'allocation veuvage est à la fois de plein droit et totale.

Le pouvoir de décision du président du conseil général ou du préfet, en matière d'aide médicale en faveur des personnes titulaires d'un droit au revenu minimum d'insertion ou de l'allocation de veuvage, est lié à l'ouverture du droit à l'un ou à l'autre de ces avantages sociaux. Il ne peut pas donner lieu à des procédures dilatoires.

Il vous appartient cas par cas de vérifier notamment, à cet égard, que les titulaires de ces avantages disposent d'un droit ouvert, d'une part à un régime d'assurance maladie-maternité de base, d'autre part à l'aide médicale. Le droit à l'aide médicale doit être ouvert sans délai et se concrétiser par l'attribution immédiate d'un titre d'admission unique couvrant l'allocataire et ses ayants droit et lui permettant d'être défrayé intégralement de ses dépenses de soins sans autre formalité.

Je vous rappelle en particulier que la circulaire sur les crédits R.M.I. comporte dans son annexe II un tableau de bord sur les effectifs des personnes admises à l'aide médicale R.M.I., et sur les dépenses engagées au titre de l'assurance personnelle et de la couverture complémentaire. Vous veillerez à ce que vos services renseignent complètement ces tableaux qui sont un des principaux moyens permettant de vérifier que les dispositions de la loi du 29 juillet 1992 sont correctement appliquées.

1.2.2. Le droit à l'aide médicale des jeunes de dix-sept à vingt-cinq ans

Concernant les jeunes gens âgés de dix-sept à vingt-cinq ans, la loi du 29 juillet 1992 prévoit l'admission de plein droit à l'aide médicale pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle, dès lors qu'ils

remplissent les conditions de revenus et de résidence en France prévues pour l'octroi du R.M.I., sans qu'il y ait lieu à se référer aux possibilités contributives des personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Il importe que ces dispositions prévues par la loi et qui sont aujourd'hui particulièrement mal appliquées soient effectivement mises en oeuvre.

### 1.2.3. Les lieux de dépôt des demandes d'aide médicale

L'article 189-1 du code de la famille prévoit que sont lieux de dépôt et de constitution du dossier d'aide médicale les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et les services sanitaires et sociaux du département de résidence. Sur décision conjointe du président du conseil général et du préfet, peuvent être aussi agréés à ce titre des associations ou organismes à but non lucratif. Ce dispositif, conforme aux compétences transférées aux conseils généraux, a pour but d'éviter de multiplier les intervenants sociaux auprès des personnes en difficulté sociale et de rapprocher l'administration de ses usagers.

Je rappelle par ailleurs que pour les centres communaux d'action sociale "l'établissement du dossier (de demande d'aide sociale) et sa transmission constituent une obligation, indépendamment de l'appréciation du bien-fondé de la demande" selon l'article 137 du C.F.A.S. Les refus d'ouverture de dossier, notamment pour les personnes sans domicile fixe, les gens du voyage, ou les étrangers sont illégaux.

Dans de nombreux départements, le recours à des lieux de dépôt de demandes d'aide médicale plus proches de l'utilisateur n'est pas réalisé. Je vous demande de veiller à la mise en oeuvre effective de ces dispositions qui sont nécessaires non seulement pour respecter la liberté de choix du demandeur, prévue par la loi, mais également pour améliorer les conditions d'accès de ces personnes à une protection sociale.

De plus, le dossier de demande d'aide médicale établi par ces organismes qui sont lieux de dépôt doit être transmis en vertu de l'article 189-5, dans les huit jours du dépôt de celle-ci auprès de l'autorité administrative compétente. Ces dispositions ne sont pas toujours correctement appliquées.

Par ailleurs, des procédures complexes sont encore trop souvent mises en oeuvre, provoquant de nouveaux délais d'instruction incompatibles avec les objectifs de l'aide médicale. A cet égard, il convient de proscrire les procédures susceptibles de faire obstacle à une application correcte des textes, telles que:

- l'exigence d'enquête sur les possibilités contributives des personnes tenues à l'obligation alimentaire préalable à la décision d'admission, celle-ci devant intervenir postérieurement à l'ouverture du droit à l'aide médicale sans porter préjudice aux droits du demandeur à cette prestation d'aide sociale;
- la consultation du conseil d'administration du centre communal d'action sociale, dont l'avis n'est pas requis;
- la saisine des commissions d'admission à l'aide sociale qui n'ont pas de compétence dans ce domaine.

Je vous demande, là aussi, de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires.

#### 1.2.4. Les délais d'instruction des dossiers

Une action déterminée et coordonnée de tous les acteurs est nécessaire, notamment des organismes de sécurité sociale et des établissements publics de santé, pour permettre le traitement rapide et efficace des demandes de couverture sociale.

Vous ne devez pas hésiter, dans le cadre de votre pouvoir de tutelle ou de contrôle des organismes publics et privés de ce secteur, à les rappeler à leurs responsabilités dans ce domaine, et à les inciter à s'insérer de manière effective dans le plan départemental d'accès aux soins.

#### 1.2.5. L'élection de domicile pour les personnes sans résidence stable

Différentes dispositions doivent être mises en oeuvre en faveur des personnes sans résidence stable. En particulier, vous devez prendre les mesures nécessaires pour que leur soit proposé systématiquement un réseau approprié d'organismes agréés pour recevoir l'élection de domicile et les demandes d'aide médicale.

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (C.H.R.S.) doivent être impérativement, dans le cadre de leur convention, associés à cette action.

Les associations installées sur les aires de stationnement des gens du voyage doivent être sollicitées pour participer à cette action en faveur des familles nomades n'ayant aucune attache durable avec le département où celles-ci stationnent temporairement.

#### 1.2.6. L'admission immédiate

Le président du conseil général, ou le préfet dans le cas où la demande relève de la compétence de l'Etat, doivent prononcer l'admission immédiate du demandeur dans deux situations:

- les bénéficiaires de l'allocation du revenu minimum d'insertion et de l'allocation veuvage (cf. 1.2.1);
- les personnes "dont la situation l'exige", notamment en raison de leur situation de détresse sociale et médicale.

Des procédures administratives prévoyant la transmission immédiate de la demande, par télécopie par exemple, ou des conventions spécifiques conclues entre le président du conseil général et les centres communaux d'action sociale doivent être mises en oeuvre afin de permettre une application effective de ces dispositions législatives.

#### 1.2.7. Le barème départemental d'admission

La loi du 29 juillet 1992 prévoit qu'un barème départemental peut être défini par le règlement départemental d'aide sociale pour l'admission de plein droit à l'aide médicale des personnes prises en charge par le département, en vertu de l'article 190-1 du code de la famille et de l'aide sociale. L'adoption par le conseil général d'un barème d'admission à l'aide

médicale totale ou partielle est vivement recommandée pour introduire, dans les procédures administratives, une simplicité d'accès au droit et une plus grande équité.

Je vous demande d'appeler l'attention du président du conseil général sur l'intérêt de cette disposition de la loi du 29 juillet 1992.

Ce barème doit être strictement conforme aux dispositions législatives et réglementaires, qui définissent notamment la nature des ressources à prendre en compte. S'il y a lieu, vous ne devez pas hésiter à exercer, à cet égard, vos compétences dans le cadre du contrôle de légalité.

#### 1.2.8. La suppression des procédures restrictives

L'admission à l'aide médicale, qu'elle soit totale ou partielle, comporte le libre choix du médecin et de l'établissement de santé, et notamment la couverture de l'ensemble des actes médicaux ou des fournitures sanitaires prescrits au cours de la période annuelle d'admission à l'aide médicale.

L'admission à l'aide médicale est totale en particulier pour les allocataires du R.M.I., les bénéficiaires de l'assurance veuvage ou les personnes ayant des revenus inférieurs au barème de ressources lorsqu'il existe. Elle comporte alors la prise en charge de toutes les prestations sanitaires remboursables par l'assurance maladie, du forfait journalier et, s'il y a lieu, des cotisations d'assurance personnelle.

Dans certains départements, des dispositions restrictives sont mises en oeuvre limitant, par exemple, le nombre d'actes médicaux pris en charge au titre de l'aide médicale de manière forfaitaire pour les personnes concernées, obligeant les bénéficiaires de l'aide médicale à s'adresser périodiquement au centre communal d'action sociale pour obtenir leur contingent mensuel de bons d'aide médicale ou tout autre document attestant de la prise en charge des actes médicaux, paramédicaux ou de fournitures médicales.

En outre, des procédures spécifiques sont également instituées obligeant les intéressés à déposer une demande d'aide médicale spécifique pour l'admission à une prise en charge au titre de l'aide médicale des dépenses de soins hospitaliers ou du forfait journalier, ou encore à l'aide médicale "à domicile". Ces procédures sont manifestement illégales. Il importe que, sur ce point notamment, les dispositions de la loi du 29 juillet 1992 soient correctement appliquées.

#### 1.2.9. Les étrangers en situation irrégulière

Les personnes de nationalité étrangère sont, dans de trop nombreux cas, exclues abusivement du droit à l'aide médicale.

L'article 38 de la loi n° 93-1027 du 24 août 1993 a clarifié leurs droits à cette forme d'aide sociale. Ce texte instaure pour l'ensemble des formes d'aide sociale une condition de résidence régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France. Il prévoit, cependant, pour des raisons humanitaires et de santé publique, des exceptions importantes à ce principe en matière d'aide médicale.

C'est ainsi qu'en application du 4° de l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale, modifié par la loi précitée du 24 août 1993,

les personnes étrangères résidant en France en situation irrégulière justifiant d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans disposent des mêmes droits à l'aide médicale que les étrangers résidant en France en situation régulière, ou les nationaux.

En outre, le droit à l'aide médicale est ouvert par le 3° de l'article 186 précité "en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe" aux étrangers ne pouvant justifier de l'un des titres de séjour prévus par le décret n° 94-294 du 15 avril 1994.

Ces dispositions, qui visent à préciser les droits de ces personnes à l'aide médicale, ne modifient pas les règles de compétence financière des collectivités publiques telles qu'elles sont précisées par l'article 190-1 du C.F.A.S. Seules les dépenses d'aide médicale "des personnes sans résidence stable et ayant fait élection de domicile dans le département" doivent être mises à la charge de l'Etat, les conditions de séjour en France des personnes de nationalité étrangère résidant en France n'ayant à cet égard aucune incidence.

Je vous demande de rappeler au président du conseil général et aux présidents des centres communaux et intercommunaux d'action sociale ces dispositions de la loi du 24 août 1993, ainsi que leurs responsabilités dans ce domaine.

Les litiges portant sur les compétences respectives des collectivités publiques d'aide sociale ne doivent pas en droit conduire à pénaliser les personnes dans le plus grande dénuement qui sollicitent un avantage social.

Des réunions d'information entre les services compétents du département et de l'Etat devront être organisées afin d'établir des procédures qui, à la lumière des textes et de la jurisprudence des juridictions administratives, permettent d'écarter le risque d'exclusion du droit à l'aide médicale pour un motif de cette nature.

A défaut, vous ne devez pas hésiter, pour des raisons humanitaires, à prononcer l'admission au titre de l'aide médicale d'une personne remplissant les conditions d'admission prévues par la loi qui, ayant une résidence dans le département, serait, par une décision entachée manifestement d'excès de pouvoir, exclue du bénéfice de l'aide médicale. Il vous appartiendra, dans cette situation, de mettre en oeuvre les dispositions prévues par l'article 189-8 du C.F.A.S. visant à demander à l'autorité administrative départementale la reconnaissance de sa compétence et, en cas de refus exprès ou implicite, de déférer sa décision à la commission centrale d'aide sociale.

2. Les leviers de la politique d'ouverture du système de santé aux plus démunis

L'accès aux soins des plus démunis nécessite la mobilisation de tous les acteurs du système de santé.

Dans ce cadre, les services déconcentrés de l'Etat ont un rôle primordial à jouer. Ils sont les garants, pour le compte de l'Etat, de l'application de la loi, en particulier pour ce qui concerne les populations les plus fragiles, qui sont les moins armées pour faire valoir leurs droits.

Ils disposent notamment de la tutelle des établissements assurant le service public hospitalier et le contrôle des organismes de protection sociale. Ils ont en outre un rôle de programmation, qui permet de mieux prendre en compte les besoins des populations. Ils ont enfin, en matière de santé publique, la mission d'animer et de coordonner le réseau départemental des institutions sanitaires et sociales en collaboration avec les collectivités territoriales.

Les D.D.A.S.S. sont remboursables dans ce domaine, en collaboration étroite avec les D.R.A.S.S., qui mettront à leur disposition leurs services techniques (contrôle des organismes de sécurité sociale, échelon statistique...).

## 2.1. La connaissance des personnes concernées

L'action dans le domaine complexe de l'accès aux soins des plus démunis doit s'appuyer sur une bonne connaissance de leurs difficultés.

### 2.1.1. Les publics prioritaires et les principes de l'action publique

Les publics fragilisés pour des raisons économiques, sociales ou culturelles présentent plusieurs caractéristiques.

Ils sont diversifiés. Outre les personnes sans domicile fixe, il s'agit de toutes les populations touchées par la précarité, qui ont tendance, face à leurs difficultés quotidiennes, à faire passer les préoccupations de santé au second plan. De ce fait les efforts réalisés en matière d'insertion par le logement, le travail, la formation, ou la vie sociale sont des composantes indissociables d'une véritable démarche de santé publique.

Leurs besoins sont difficilement exprimés. Une partie du public a du mal à formuler une demande d'aide, pour des raisons culturelles, mais plus encore en raison de son découragement vis-à-vis d'une situation dont elle a perdu la maîtrise. L'offre sanitaire et sociale doit s'adapter à ces situations, en améliorant l'accueil, en simplifiant les procédures, en allant si nécessaire au devant des personnes. Il s'agit de créer les conditions d'une réelle accessibilité des services de droit commun, sans pour autant dériver vers une forme quelconque d'obligation de soins.

Leurs difficultés sont multiples. Les situations de précarité sont à l'origine d'une souffrance psychique importante, qui se traduit parfois par des comportements posant de graves problèmes sociaux : états dépressifs, isolement, recours à l'alcool ou aux psychotropes, violence familiale ou sociale, répétition dans l'échec, etc. Ces problèmes de santé mentale doivent être mieux pris en compte, et faire l'objet d'une réflexion spécifique, notamment avec le secteur psychiatrique. Le soutien aux professionnels de terrain confrontés à ces situations difficiles est indispensable.

Leur prise en charge exige une bonne coordination des aspects sanitaires, sociaux et préventifs. Certaines situations sont très complexes, et ne peuvent évoluer favorablement que dans le cadre d'une prise en charge simultanée des aspects sanitaires, sociaux et préventifs. C'est pourquoi la coordination des actions est indispensable entre les médecins de ville, le secteur paramédical, l'hôpital, les intervenants du secteur social et de l'insertion. Les modalités d'intervention qui ont été expérimentées dans les réseaux ville-hôpital, dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie ou de

la prise en charge des personnes âgées dépendantes peuvent être étendues à certaines situations de précarité.

C'est pourquoi, également, l'attention à ces populations doit s'appuyer sur les politiques de prévention (promotion de la santé dans le cadre scolaire ou extra-scolaire, prévention de la toxicomanie, de l'alcoolisme et du Sida) ; mises en place par l'Etat ou les collectivités locales (contrats d'insertion du R.M.I.).

Enfin, l'action des pouvoirs publics, dans ce domaine, suppose une participation active des publics concernés : les usagers sont les premiers acteurs de santé, dans le soin qu'ils prennent d'eux-mêmes, de leurs enfants, de leur entourage. La promotion de la santé ne peut s'entendre sans prendre en compte leurs attentes.

2.1.2. Mieux connaître les populations pour mieux répondre à leurs besoins

L'analyse des besoins des populations démunies est nécessaire. Cette mission doit être confiée au niveau du département à un médecin inspecteur de santé publique, à un inspecteur ou à une équipe qui auront pour charge d'animer la réflexion et la concertation entre les opérateurs. Le partenariat avec le conseil général sera systématiquement recherché.

De nombreuses sources d'information existent, mais leurs données ne sont souvent ni exploitées, ni mises en relation, ni synthétisées pour aider à la décision. Outre les ressources propres aux D.D.A.S.S., vous pourrez mobiliser, en liaison avec les D.R.A.S.S., les observatoires régionaux de la santé (O.R.S.), qui réalisent des tableaux de bords régionaux de la santé, des études épidémiologiques et des missions d'évaluation.

Vous pouvez également vous référer aux travaux réalisés par le contrôle médical des différents régimes d'assurance maladie ainsi qu'à certaines études réalisées dans le cadre des contrats de ville. Les centres de médecine préventive (médecine du travail, médecine scolaire, P.M.I., dispensaires communaux, C.H.A.A.), les services hospitaliers, le secteur psychiatrique disposent aussi de données qu'il est utile de regrouper et d'organiser. Une attention particulière sera portée aux informations pouvant provenir de la médecine libérale de proximité, qui est souvent celle qui connaît le mieux les difficultés de vie de populations précarisées dans leur statut et dans leurs ressources.

Toutefois les problèmes de santé de ces populations ne sont que partiellement des problèmes médicaux : les apports des sciences humaines sont essentiels pour parvenir à une meilleure compréhension du public. Souvent il ne s'agit pas tant de faire plus que de faire autrement. La collaboration avec des chercheurs et des universités doit être recherchée pour renouveler les approches.

L'équipe chargée du recueil de l'information est bien entendu chargée aussi du rôle d'animation des partenaires, tant en cette matière action et réflexion ne peuvent être disjointes.

2.2. L'ouverture et la diversification de l'offre de soins

Les réponses aux besoins identifiés des populations précarisées doivent utiliser un large éventail de solutions, étayées par deux principes:

- aller au devant des populations les plus fragiles;
- ouvrir l'offre de soins.

#### 2.2.1. Les réseaux de santé de proximité

Les objectifs de ces réseaux, mis en place dès 1994, sont les suivants:

- offrir des réponses adaptées en matière d'accès à la santé et aux soins et assurer un suivi social;
- élaborer une démarche de santé publique territorialisée où chaque acteur trouve sa place (usagers, professionnels, collectivités territoriales, institutions publiques et para-publiques).

Les actions entreprises visent donc à adapter les dispositifs médicaux et sociaux aux besoins des publics défavorisés, et à leur offrir des lieux d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins.

C'est pourquoi, elles tendent à articuler entre elles, par la mise à disposition de personnes qualifiées et la mise au point de système d'information, les institutions ayant en charge l'ouverture des droits sociaux et les ressources sanitaires et sociales : professionnels d'exercice libéral, hôpitaux, centre de santé, P.M.I., santé scolaire, C.P.A.M., centres d'examen de santé, circonscriptions d'action sociale, C.H.R.S., C.M.P.P., secteurs de psychiatrie qui impliqueront en particulier l'extra-hospitalier : (C.M.P. équipes de visites à domicile, associations).

Vous veillerez à la mise en place effective des réseaux là où des projets ont été retenus, notamment en application des circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1er décembre 1994.

J'appelle particulièrement votre attention sur la nécessité de susciter dans le cadre de la politique de la ville une concertation entre les partenaires entre les partenaires concernés par la santé des habitants. Ont été dégagés, dans le cadre des crédits déconcentrés de la politique de la ville, les moyens financiers qui vous permettront d'organiser, sur ces territoires, les actions de formation et d'information des professionnels destinés à s'impliquer dans des actions de santé et réseaux de proximité.

Le comité interministériel des villes du 7 février 1995 a, en particulier, décidé que des réunions régulières de coordination seront organisées pour chaque contrat de ville, et, le cas échéant, pour chaque quartier avec l'ensemble des intervenants compétents en matière de santé:

- médecins du secteur public et du secteur libéral;
- médecins et personnels de santé des établissements scolaires;
- P.M.I.;
- travailleurs sociaux;
- associations spécialisées.

Pour chacun des 214 contrats de ville, une première réunion financée sur les crédits déconcentrés du ministère de la ville doit être organisée avant le 30 avril 1995.

### 2.2.2. L'accompagnement des jeunes

Les jeunes constituent la classe d'âge qui émerge le moins au budget de la santé. Cette population se caractérise néanmoins par des situations diverses et changeantes au regard de la protection sociale ainsi que de l'insertion professionnelle ; de plus elle méconnaît fréquemment ses droits ainsi que l'offre de soins et de prévention existante tout en étant exposée à des situations de prise de risque (accidents, toxiques, M.S.T.).

Pour les jeunes qui fréquentent les missions locales et les P.A.I.O. et ne bénéficient ni de la médecine scolaire ni de la médecine du travail, des bilans médicaux peuvent être proposés. Ils permettent de dépister certaines pathologies, de rappeler les conduites préventives, de vérifier les vaccinations et l'aptitude à initier telle ou telle formation professionnelle. Les crédits destinés à ces actions ont été doublés pour 1995 (voir en particulier la circulaire DGS n° 88 du 1er décembre 1994).

Ces visites médicales prennent tout leur intérêt dès lors qu'elles sont assorties d'actions collectives de promotion de la santé : prévention de certains risques ou pathologies (dents, vue, statique vertébrale, contraception, problèmes psychologiques, lutte contre les dépressions et les tentatives de suicide...), groupes de parole ou d'expression collective. De plus, un suivi, sous forme d'un accompagnement vers la santé, pour les jeunes en très grande difficulté peut être organisé, après la première visite elle-même.

Il s'agit, dans le même temps que l'on recherche et clarifie leurs droits à une couverture sociale, d'accompagner ces jeunes dans leurs démarches vers les professionnels de santé de droit commun et de vérifier qu'ils se font soigner.

### 2.2.3. L'accès à l'hôpital

L'hôpital est souvent considéré, par les personnes très démunies, comme le seul recours pour accéder aux soins. Les défaillances dans l'exécution des obligations auxquelles est tenu le service public hospitalier en sont d'autant plus inacceptables.

Par circulaire n° 33 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des démunis, j'ai rappelé ces obligations et demandé aux responsables d'établissement de prendre deux types de dispositions permettant d'adapter les hôpitaux à l'accueil des populations les plus démunies :

- implantation par voie de convention dans les locaux hospitaliers de cellules d'accueil spécialisées et d'aide médicale, pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leur droit à un régime d'assurance maladie ou à l'aide médicale;
- signature de convention avec l'Etat pour la délivrance de soins en consultations externes et de produits pharmaceutiques aux populations très mouvantes et sans résidence stable.

Si l'application de telles mesures dans un certain nombre

d'établissements a constitué une avancée, il reste un effort très important à accomplir pour que ces conventions soient généralisées à tous les hôpitaux.

Je vous demande donc de conclure des conventions avec l'ensemble des hôpitaux où cela apparaît utile, en vue à la fois de délivrer les soins immédiats et les produits médicaux à toute personne dont l'état le justifie et de créer une cellule administrative d'accueil et d'aide médicale spécialisée. Il est en effet nécessaire que l'accueil et le soin à toute personne s'accompagnent d'une aide dans ses démarches administratives.

Je vous rappelle que sont concernés tous les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier y compris les établissements spécialisés en psychiatrie.

2.2.4. L'association des centres d'hébergement d'urgence et des C.H.R.S. à l'accès aux soins

Je rappelle que plusieurs principes doivent être respectés dans la prise en charge de toute personne malade:

- seul un médecin est habilité à faire un diagnostic médical, à établir un suivi et des prescriptions. Toute personne malade doit y avoir accès;
- l'activité médicale dans un C.H.R.S. ou un centre d'hébergement d'urgence doit s'apparenter à la prise en charge à domicile en médecine générale. Elle doit donc:
- utiliser essentiellement les prestations des médecins libéraux;
- utiliser le statut d'assuré social ou de bénéficiaires de l'aide médicale des personnes hébergées ou les aider à faire valoir ces droits;
- l'activité médicale dans un C.H.R.S. ou un centre d'hébergement d'urgence est un équivalent de la visite à domicile. Elle ne peut pas et ne doit pas se substituer à une hospitalisation, ni en urgence, ni en court séjour, ni en moyen séjour.

Les médecins inspecteurs de la santé publique doivent être associés à l'organisation des différentes structures médico-sociales que vous aurez initiées dans ce domaine.

a) Les C.H.R.S.:

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (C.H.R.S.) doivent mener une action en vue de pourvoir d'une manière générale aux besoins des personnes accueillies, notamment dans le domaine de la santé.

Dans ce but, ils doivent prioritairement les aider à faire valoir leurs droits à un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité et à l'aide médicale et, à ce titre, recevoir l'élection de domicile des personnes sans résidence stable prévue à l'article 189-3 du code de la famille et de l'aide sociale. Les conventions conclues avec ces établissements dans le cadre de l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale devront explicitement faire référence à cette mission.

La prise en charge médicale doit s'appuyer sur le recours à la médecine

libérale, les personnes hébergées étant pour la plupart assurées sociales avec des droits ouverts. Aucune "urgence sociale" ne justifie qu'elles bénéficient d'une filière particulière : elles doivent pouvoir être soignées comme quelqu'un qui vit à l'hôtel ou à un domicile.

Les établissements publics de santé ainsi que les établissements privés participant au service public de santé peuvent également y être associés. Des conventions pourront être signées pour organiser des consultations avancées des établissements précités dans les C.H.R.S.;

b) Les centres d'hébergement d'urgence:

Des places d'hébergement pour soins répondant aux conditions suivantes pourront être développées dans les centres d'hébergement d'urgence, si les besoins existent:

- le lit d'un centre d'accueil d'urgence est occupé par une personne malade qui peut demeurer dans la journée;
- la personne malade reçoit "à domicile" les prestations d'un médecin ou d'une infirmière si nécessaire et d'une assistante sociale;
- cette prise en charge peut durer plusieurs jours ou plusieurs semaines ; les travailleurs sociaux s'efforcent de trouver une solution de logement ou d'hébergement à long terme.

Il convient de limiter le nombre de places d'hébergement pour personnes malades dans chaque centre, afin de ne pas courir le risque de transformer la structure en "maison médicale pour pauvres";

c) Les moyens supplémentaires pour les C.H.R.S. et les centres d'accueil d'urgence:

Des crédits d'un montant de 15 MF imputés sur le chapitre 47.21 seront affectés au développement des actions de santé en direction des personnes en situation d'exclusion (C.H.R.S. et centres d'accueil d'urgence).

L'affectation de ces crédits exceptionnels qui a fait l'objet d'une convention passée entre la direction de l'action sociale et la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale ne devra pas avoir pour effet de couvrir des frais normalement financés dans le cadre de l'assurance maladie ou de l'aide médicale ou de permettre le recrutement de personnel médical.

Une priorité devra être donnée aux demandes de subventions destinées:

- à des places d'hébergement pour soins dans les centres d'hébergement d'urgence, pour des personnes malades, à la rue, mais ne nécessitant pas une hospitalisation;
- à la mise en place de permanences médico-sociales;
- à des actions de promotion de la santé (bilans de santé, actions de sensibilisation-éducation, formation des professionnels et des bénévoles intervenant dans l'accueil et l'accompagnement social).

Les dossiers vous seront soumis pour avis afin que soit garantie

l'intégration du projet dans le dispositif départemental d'accès aux soins.

Les décisions d'attribution seront prises au niveau national par un comité de pilotage (DAS-DGS-DIRMI-FNARS).

#### 2.2.5. L'appui des centres d'examens de santé

Vous pourrez également inciter les présidents des caisses primaires d'assurance maladie à mobiliser les centres d'examens de santé qui offrent des examens périodiques de santé aux assurés et leurs ayants droit et dont les missions ont été redéfinies autour de trois axes : réalisation d'examens périodiques de santé, participation aux campagnes de dépistage et d'éducation sanitaire, recueil de données épidémiologiques.

La C.N.A.M.T.S. a adressé aux centres des instructions en vue de la réorientation de leur activité prioritairement au bénéfice de populations en situation de précarité ou de jeunes en difficulté.

Des propositions d'extensions de centres s'inscrivant dans ce cadre, faites par le conseil d'administration de la C.N.A.M.T.S., ont été approuvées ; d'autres demandes de même nature pourront être examinées favorablement.

Il existe aujourd'hui tant chez les professionnels de santé que chez les travailleurs sociaux une véritable prise de conscience devant le défi de la précarité. Beaucoup d'initiatives sont prises au niveau local qui ont besoin d'être coordonnées, confrontées, soutenues.

L'Etat a une responsabilité majeure à assumer dans l'animation d'un tel réseau en concertation avec les partenaires du département. Les moyens dégagés dans le cadre du plan gouvernemental sont destinés à soutenir ce travail de mobilisation.

Je vous demande de rendre compte de votre analyse sur la situation de votre département et des premières propositions d'actions destinées à l'améliorer qui résulteront de vos travaux avant le 1er juin 1995. Les réponses seront centralisées par la direction générale de la santé (bureau SP 2) ; une copie sera adressée à la direction de l'action sociale (bureau RV 3).

#### Références:

Article L. 711-4 du code de la santé publique;

Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion, à la lutte contre la pauvreté, à l'exclusion sociale et professionnelle;

Décret n° 93-648 du 26 mars 1993 relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le code de la sécurité sociale.

#### Textes complétés:

Circulaire du 8 janvier 1988 relative à l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes les plus démunies;

Circulaire DIRMI/DAS/DSS n° 93-07 du 9 mars 1993 relative à l'aide

médicale;

Circulaire DH/AF 1/DAS/RV 3 n° 33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

ANNEXE

Plan de réflexion proposé

I. - Analyse des problèmes d'accès aux soins sur le terrain

1. Avec les services de santé scolaire.

2. Avec les services sociaux du conseil général et les services sociaux spécialisés (notamment aide aux migrants, C.A.F., C.C.A.S...).

3. Avec-les associations concernées (y compris les associations de quartiers défavorisés).

4. Avec les professionnels de santé intervenant sur les quartiers en difficulté.

II. - Analyse de l'application des outils juridiques récents

1. L'admission à l'aide médicale est-elle bien annuelle sur tout le territoire du département, sans nécessiter de nouvelles formalités ? Concerne-t-elle systématiquement le demandeur et ses ayants droit ? S'agit-il d'un titre unique?

2. Existe-t-il une convention entre la C.P.A.M. et le département?

3. Le dépôt des demandes est-il possible auprès d'autres organismes que les C.C.A.S. notamment auprès d'associations agréées ? Sinon, pourquoi?

4. Les bénéficiaires du R.M.I. ou de l'allocation veuvage sont-ils automatiquement admis à l'aide médicale, avec prise en charge intégrale des dépenses?

5. L'admission est-elle prononcée sans enquête préalable sur les possibilités contributives des personnes tenues à l'obligation alimentaire ? Sans consultation du conseil d'administration du C.C.A.S. ou des commissions d'admission à l'aide sociale?

6. Les C.H.R.S. et associations spécialisées sont-ils agréés pour recevoir élection de domicile et demandes d'aide médicale par les personnes sans domicile fixe?

7. Une procédure particulière et rapide est-elle en place pour l'admission immédiate des bénéficiaires du R.M.I. et les personnes en situation de détresse et médicale?

8. Existe-t-il un barème d'admission à l'aide médicale totale ? Si non, quand sera-t-il mis en place ? Si oui, est-il conforme à la légalité (notamment sur la nature des ressources à prendre en compte)?

9. Les personnes étrangères en situation irrégulière résidant depuis au moins trois ans en France, sont-ils bien pris en charge ? Les C.C.A.S. ont-

ils bien été informés ? Les associations spécialisées dans la prise en charge des migrants ont-elles été agréées?

10. Quel est le délai d'instruction des dossiers de demande de couverture sociale dans ce cadre (enquête à réaliser dans les C.P.A.M. par les services compétents de la D.R.A.S.S.)?

III. - Analyse de l'offre des soins aux plus démunis

1. Y a-t-il des analyses épidémiologiques, sociologiques pour la population générale ou visant certains publics précarisés?

2. Les C.P.A.M. ont-elles bien réorienté l'activité de leurs centres d'examen de santé au bénéfice des populations en difficulté (enquête D.R.A.S.S.)?

3. Existe-t-il des cellules d'accueil spécialisées pour aider les plus démunis à faire valoir leurs droits à un régime d'assurance maladie ou à l'aide médicale?

4. Existe-t-il des conventions Etat-établissements hospitaliers pour permettre aux populations démunies sans résidence stable d'être accueillies en consultation externe et de bénéficier de la délivrance des produits pharmaceutiques?

5. Y a-t-il un besoin de places d'hébergement médicalisé d'urgence? Sont-elles en place?

6. Faut-il développer des actions de promotion de la santé vis-à-vis de certains secteurs, de certains quartiers?

7. La médecine libérale est-elle associée à la prise en charge des populations défavorisées ? A-t-elle été informée des nouvelles dispositions de la loi sur l'aide médicale?

8. Le secteur psychiatrique participe-t-il activement aux actions de santé ? Intervient-il à la demande pour aider les professionnels en difficulté?

IV. - Propositions

1. A partir de l'analyse ci-dessus, quelles actions allez-vous mener?

2. Existe-t-il une commission ou un groupe de travail les divers partenaires départementaux sur l'accès aux soins et à la santé ? Si oui, quels en sont les objectifs et les réalisations?

3. Des réseaux de santé de proximité ont-ils été identifiés et/ou financés? Quels objectifs poursuivent-ils ? Les effets de l'organisation en réseau ont-ils été analysés?

Direction générale de la santé Direction de l'action sociale Direction des hôpitaux Direction de la sécurité sociale Direction de la population et des migrations Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion Délégation interministérielle à la ville et au développement urbain.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la

ville, à Messieurs les préfets de région (directions-régionales et interdépartementales de la santé et de la solidarité, directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]).

Texte non paru au Journal officiel.

983.