

**Objet** : Demande de l'ARSIF sur « 3 priorités sur les problématiques aussi complexes que le non-recours aux droits sociaux et les effets de seuil, ainsi que l'accès à la complémentaire santé, sur l'accès aux soins des plus précaires, mais aussi le renoncement aux soins ou les refus de soins »

**Réponse de l'AP-HP, Juin 2013**

## 1. Accès aux droits sociaux : renforcer les liens entre les différents secteurs professionnels de l'action sociale:

### Constat : URGENCE

- *Conditions de vie* : vague de précarité croissante ; droits sous-utilisés par méconnaissance et complexité administrative
- *Freins économiques* : dépenses lourdes (optique, prothèses dentaires, soins dispensés par des médecins en secteur 2) ; ouverture des droits conditionnée par une résidence > 3 mois (migrants)
- *Pratiques des professionnels* : Formation/connaissances hétérogènes des acteurs médicaux et sociaux; longs délais d'ouverture des droits par les CPAM
- *Organisations des institutions* : dysfonctionnement ou saturation de certains dispositifs

### Propositions :

- **Impliquer plus avant tous les acteurs professionnels de l'action sociale** (CCAS, CIAS, CAFDA, CHRS, CAF, CHRS, SPIP/PAD pour les condamnés et sortants de prison,...) ;
- **Anticiper les (ré)ouvertures des droits sociaux** par les CPAM (convocations, rappels, ...)
- **Développer la formation continue des acteurs sociaux**

## 2. Accès aux soins : Activation de filières fortes sur le territoire :

### Constat : DEONTOLOGIE

- Non accès aux soins de santé de certains, renoncements, voir refus de soins
- Parcours chaotiques de soins
- Sensibilité hétérogène des médecins à la problématique (dysfonctionnement de ville)
- Risque que les PASS deviennent la filière unique de soins pour les plus démunis

### Propositions :

▪ **Activer des réseaux territoriaux socio-sanitaire (FIR) intégrant:** acteurs sociaux professionnels (liens privilégiés CPAM pour procédures rapides), SAMU social, France Terre d'Asile, généralistes de ville (certains faisant fonction de médecins traitants), centres de santé (suivi des patients), centres de vaccination, centres Obésité, centres Cancer, COREVIH, PMI, planning familial, CDAG, CSAPA, CMP et EMSM psychiatrie, ELSA, hôpitaux et PASS), ASV, opérateurs privés (dont laboratoires, imagerie), associations (bénévoles ou non), réseaux Diabète, ..., avec également des missions de formations (ex : stages d'internes en médecine), de veille socio-sanitaire, ...

▪ **Recruter (FIR) des « animateurs territoriaux »** (médecins ou non), membres des réseaux socio-sanitaires, avec la mission principale d'appui à la coordination auprès des professionnels de santé (orientation, accompagnement) et aussi au-devant des populations précaires (prévention, promotion de la santé) ayant des difficultés d'accès aux soins (foyers, rue,...). **De l'importance pour le médecin de la PASS de créer très en amont le lien entre les patients, les médecins qui les suivront et les partenaires sociaux** (anticipation, fidélisation) pour rendre les parcours de soins cohérents, adaptés et durables (limiter les refus ou renoncements de soins)

▪ **Recentrer la mission des PASS comme un amorçage, un mode d'entrée dans le parcours de soins [rue/ville-hôpital-ville]**, en gardant l'objectif de maintenir le cap vers le droit commun.

▪ **Créer un Centre de Ressources régional**, par ex. au sein des CIAS : annuaire des structures impliquées, modalités des parcours, communication,...

« Une nouvelle façon de lutter contre la pauvreté, à l'opposé de l'assistance ». Tels sont définis les PASS à l'Article 73 de la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998.

Les dispositifs PASS sont une des réponses opérationnelles à la loi, ambulatoire, transitoire et nécessaire. Le risque actuel, sans dynamique de réseau, est que les PASS deviennent la filière unique de soins pour les plus démunis. Le maintien de ces patients dans ces dispositifs hospitaliers (enfermement, stigmatisation) ne correspond pas à l'objectif légal des PASS (permanences d'accès aux soins et non permanences de soins), et constitue une véritable perte de chance, singulièrement aux « soins les plus adaptés, quelle que soit les circonstances » et à l'insertion en général (responsabilité et déontologie), même si le temps de passage reste plus long pour les plus grands précaires.