

Fiche n° 22 : Garantir l'accès aux soins pour tous en région Centre, et en particulier pour les publics les plus démunis

Situation actuelle

« Des études menées sur le panel européen des ménages de 1994 à 2001 montrent que les problèmes de santé sont plus souvent cause de la pauvreté que leur conséquence.

Toutefois, les indicateurs disponibles témoignent d'une persistance de la précarité de la santé des personnes pauvres ainsi que des inégalités sociales de santé. En 2007, 15,3% des personnes appartenant au quintile inférieur se déclaraient en mauvaise ou très mauvaise santé, alors que la moyenne générale se situait à 9,6 %. De même, 10,2% du quintile inférieur déclaraient une restriction d'activité liée à un handicap grave contre 6,8% (données Eurostat). L'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2006 confirme que l'état de santé déclaré varie selon la catégorie socioprofessionnelle, les cadres se déclarant le moins fréquemment en mauvaise santé. Les déterminants de la santé sont multiples et on ne saurait considérer les faibles revenus comme facteur explicatif principal »¹⁸.

Depuis la loi HPST, les ARS mises en place ont pour missions de « [veiller] à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ». Dans le futur Projet Régional de Santé (PRS), les ARS doivent intégrer un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes les plus démunies, afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

L'Observatoire Régional de Santé (ORS) du Centre a publié en 2010 une étude qui met en avant les inégalités cantonales de santé¹⁹. Les difficultés d'accès aux soins constituent un facteur d'inégalité de santé et concernent souvent les personnes les plus fragilisées, parfois déjà éloignées du soin du fait de leur condition sociale ou professionnelle.

En matière d'accès aux soins, trois dispositifs ont été mis en place au niveau national. La Couverture Maladie Universelle (CMU) apporte une amélioration essentielle dans l'accès aux soins des plus démunis, qui ont quitté le système d'aide médicale complexe (tantôt départementale, tantôt d'Etat), pour être intégrés à l'Assurance Maladie. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) offre, quant à elle, gratuitement aux ménages les plus pauvres, se situant sous un seuil de ressources, une couverture complémentaire santé. Pour les ménages modestes dont le niveau de ressources se situe au-delà du plafond CMU-C, l'augmentation du reste-à-charge résultant des réformes de l'Assurance maladie a fortement impacté leur accès aux soins, à défaut de complémentaire santé. Le dispositif de l'aide à l'Acquisition de la Complémentaire Santé (ACS) a donc été mis en place au 1er janvier 2005 pour favoriser leur acquisition d'une complémentaire santé. Enfin, l'Aide Médicale d'Etat (AME) propose un système de couverture santé pour les seuls étrangers démunis sans titre de séjour.

Problèmes posés

En dépit de ces dispositifs de nombreux obstacles persistent dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La carence médicale de généralistes et de spécialistes rend très difficile l'accès aux soins en région Centre, et en particulier dans certaines zones rurales voire isolées (dans le Cher, l'Indre, l'est du Loiret par exemple). A cette carence médicale, s'ajoute la question de la mobilité de certaines personnes, comme les personnes âgées ou des personnes en situation précaire qui ne peuvent se

¹⁸ Tiré du rapport 2009-2010 de l'INPES

¹⁹ <http://www.orscentre.org/publication/138>

déplacer jusqu'au lieu de consultation. L'implantation médicale est un facteur d'inégalité territoriale de santé. Si certaines dispositions de la loi HPST avaient bien tenté d'assurer l'accès aux soins dans les déserts médicaux, -il s'agissait des seules mesures contraignantes contre les libéraux-, ces mesures ont été abandonnées en juillet 2011 par le Parlement. Il s'agissait de l'obligation faite aux médecins de déclarer leurs congés, et d'une amende de 3 000€ aux médecins qui, installés dans une zone surmédicalisée, refuseraient de prêter main forte à des confrères des zones désertifiées (le « contrat santé solidarité »). Désormais, seules des mesures incitatives sont proposées : bourse aux étudiants sous condition d'exercice dans ces zones, aides à la création de maisons de santé, facilitation des regroupements des professionnels.

S'ajoute également à ce déficit démographique des médecins la question du refus de soins pour les populations les plus précaires. Que ces personnes s'adressent de leur propre initiative ou par le biais d'une structure sociale ou médico-sociale (CHRS, etc.) qui les accompagnent, elles se voient refuser l'accès aux soins. Les sortants de prison, les gens du voyage, les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME en sont les premières victimes. De même, les associations qui gèrent un dispositif de lits halte soins santé rencontrent de grandes difficultés à recruter des médecins.

Autre obstacle, le renoncement aux soins pour raisons financières (l'augmentation du reste à charge, le déremboursement de certains médicaments, dépassements d'honoraires, etc.).

En 2006 le taux de renoncement atteignait 14% contre 11,2% en 2002. L'absence de couverture complémentaire apparaît comme le principal facteur lié au renoncement.

Le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) a d'ailleurs fait paraître en juillet 2011 un avis dans lequel il demande la revalorisation et la simplification des dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

Rappelons que la loi de finances 2011 a créé, pour toutes les demandes d'Aide Médicale d'Etat (AME) déposées à compter du 1^{er} mars 2011, le paiement d'un droit de timbre annuel de 30€ dont chaque bénéficiaire majeur doit s'acquitter.

Plusieurs unions et fédérations dont l'UNIOSS ont ainsi rappelé dans un communiqué de presse de janvier 2011 que *« cette politique est contraire à toutes les préconisations en matière de santé publique qui recommandent de multiplier les mesures en faveur de la prévention et du dépistage, pour une prise en charge la plus précoce possible des pathologies graves »*.²⁰

Cet accès aux soins est rendu d'autant plus difficile que certains dispositifs manquent de visibilité ou restent méconnus. Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins), cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social, ne sont pas suffisamment visibles. 12 PASS fonctionnent en région Centre, au sein d'établissements publics de santé. De même, les équipes mobiles ou les Ateliers Santé Ville ne sont pas toujours bien identifiés. La complexité des parcours est renforcée par la situation d'isolement et l'absence de liens relationnels des personnes.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Supprimer le paiement d'un droit de timbre pour les bénéficiaires de l'AME pour mettre un terme à cette mesure injuste, discriminatoire, financièrement lourde pour la collectivité et contraire à toute logique de santé publique,
- ▶ Accroître la visibilité des PASS et développer les liens avec l'ensemble des acteurs du champ social.

²⁰ Communiqué de presse ODSE, CISS, FNARS, UNIOSS - Restriction de l'Aide médicale d'Etat : Mise en danger des plus précaires, le Gouvernement engage sa responsabilité

Fiche n° 23 : Former des professionnels de santé et réguler l'installation de professionnels médicaux et paramédicaux pour faire face à la préoccupante pénurie de la région Centre

Situation actuelle

L'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire conduit à une offre de soins très insuffisante au regard des besoins de la population dans certaines régions.

En région Centre notamment, la démographie médicale est depuis plusieurs années très préoccupante: au 1^{er} janvier 2009, la densité de médecins généralistes est de 92 pour 100 000 habitants en région Centre (94 deux ans plus tôt), contre 110 pour la moyenne nationale. La densité de médecins spécialistes, toutes spécialités confondues, est de 65 pour 100 000 habitants contre 87 pour la moyenne nationale.

Si l'ARS a bien saisi l'ampleur de cette question, au travers de son diagnostic régional sur la démographie des professionnels de santé, demeure toute la question de remédier à ce problème. Pour rappel, la loi HPST prévoit que le schéma régional de l'organisation des soins doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins libérale (implantation des Professionnels de Santé libéraux, des maisons et pôles de santé, des réseaux de santé, etc.), en complémentarité, coordination et coopération avec l'offre de soins hospitalière et médico-sociale (article 1434-7 du Code de la Santé Publique).

Ainsi, c'est la question de l'attractivité des territoires qui est posée et de la capacité à mobiliser des professionnels de santé pour exercer en territoires ruraux, voire isolés.

Problèmes posés

Cette carence en professionnels de santé impacte directement les établissements et services médico-sociaux, où un déficit d'un personnel médical (psychiatre, pédiatre, médecin coordonnateur...) et paramédical (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, aide-soignante, aide médico-psychologique...) compétent dans les établissements médico-sociaux est constaté malgré la nécessité d'assurer la continuité des soins de qualité.

Certains établissements ne sont donc plus en capacité d'accompagner certaines personnes, faute de professionnels exerçant dans les structures. Par exemple, certains CMPP (Centres Médico Psycho-Pédagogiques) et CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) sont mis en difficulté de fonctionnement, faute de trouver des médecins spécialistes, notamment des psychiatres et pédiatres.

D'autre part, des médecins ayant un diplôme d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne peuvent exercer dans le secteur public en tant que contractuel alors qu'ils n'ont pas le droit de travailler dans le secteur privé. Cette non-égalité de traitement pose donc problème pour avoir recours à ces professionnels compétents et formés, alors que le secteur associatif peine parfois à recruter des professionnels.

Cette inégale répartition des professionnels de santé pose également la question de l'équité de l'offre de soins sur le territoire et par conséquent de la totale liberté d'installation de ces professionnels.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ L'Agence Régionale de Santé de la région Centre aura donc mission de :
 - Travailler à cette question de la démographie médicale et de faire des propositions concrètes, y compris sur le plan financier, afin d'enrayer cette diminution du nombre de professionnels,
- ▶ Augmenter le nombre de postes ouverts à équivalence décernés par le Ministère pour permettre à un plus grand nombre de médecins d'origine étrangère hors communauté européenne d'exercer dans le secteur associatif et organiser leurs conditions d'exercice.

Fiche n° 24 : Renforcer l'offre médico-sociale et la prévention en addictologie

Situation actuelle

Le schéma régional de l'addictologie a été adopté pour la région Centre en 2009, pour une durée de 5 ans. A cette occasion, 8 objectifs ont été déterminés :

- Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social ;
- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce ;
- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques) ;
- Offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médico-social et sanitaire, réparties de manière harmonieuse sur l'ensemble de la région ;
- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions ;
- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...) ;
- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...) ;
- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes

Le secteur de l'addictologie est aujourd'hui confronté à deux problématiques : d'une part une politique de prévention insuffisamment ambitieuse et d'autre part un déficit de l'offre d'accueil et de prise en charge médico-sociale.

Avec la réforme de l'Etat, ce secteur va intégrer le périmètre d'action de l'ARS, tant pour ses activités relevant des financements de l'Assurance maladie que pour ses activités de prévention, notamment financées par le GRSP. En effet, le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) qui développe et finance les actions de prévention, va être fondu dans l'ARS. Les activités de prévention constituent un enjeu de premier plan du secteur de l'addictologie. Cette période de transition va également se traduire par l'évolution des modes de financement du GRSP, qui prenait jusqu'à présent la forme d'un appel à projets annuel. Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) sous compétence du Préfet de département, feront également parties des établissements sous compétence de l'ARS.

Problèmes posés

Le facteur « sociétal » c'est-à-dire l'influence de l'environnement et des caractéristiques de notre société est un des trois piliers influant sur les comportements de consommation (y compris sur les consommations de produits psychotropes) et l'ensemble des conduites addictives.

Outre les facteurs personnels, la plus grande facilité de rencontrer « les produits » est un fait. A 17 ans, un adolescent sur deux a déjà consommé du cannabis au moins une fois. Le risque concerne de

plus en plus de jeunes gens et devient un enjeu de santé publique. La réalité du contexte social implique qu'un nombre croissant de personnes dépendantes aura besoin d'une offre médico-sociale pour les soigner et les accompagner notamment par les CSAPA, et d'offre de réduction des risques par les CAARUD.

La **PREVENTION** est un outil essentiel pour tâcher de diminuer ce nombre qui pourrait devenir exponentiel et pour éviter l'aggravation de la situation des jeunes consommateurs (l'intervention précoce) voire pour retarder l'âge de la première consommation (la prévention).

Si la prévention et l'intervention précoce ne sont pas assumées et financées c'est le nombre de personnes à soigner et à accompagner dans la durée (souvent plusieurs années) qui augmentera et ce plus lourdement dans le champ du curatif. En conséquence, c'est aussi le coût humain et financier qui en sera plus élevé.

Actuellement, la prévention ne semble malheureusement pas être une priorité de santé publique. L'absence de financement pérenne limite toute possibilité de développer la prévention : en effet, la réduction de l'enveloppe GRSP, principale source de financement des actions de prévention (-40% dans le Loir-et-Cher ; -33% en Eure-et-Loir ; -37% dans l'Indre ; -46% dans le Loiret) ne permet pas actuellement de mener des actions de manière satisfaisante et de toucher un public large.

Si la prévention n'est pas assurée, les publics qui étaient jusque-là pris en charge de manière « préventive » risquent de se retrouver à être pris en compte de manière « curative » dans les centres de soins, les séjours hospitaliers : en effet, le rôle de la prévention est aussi de faciliter l'accès aux soins et parfois le repérage précoce ou la « consultation avancée » en direction des personnes en situation de précarité.

Le **déficit en capacité de soins résidentiels** est récurrent sur tout le territoire français et notable pour la région Centre puisqu'un seul centre thérapeutique résidentiel y existe. Le schéma régional en addictologie prévoit le développement de l'offre de soins avec hébergement, il serait prioritaire de créer ces places et structures (appartements thérapeutiques, extension des places en CTR, structure dédiée aux femmes avec enfants).

Le **déficit en capacité d'hébergement** de personnes consommant ou ayant consommé des produits psychoactifs est à souligner. Dans certaines situations l'absence de propositions d'hébergement peut constituer un obstacle à la mise en place d'une prise en charge en ambulatoire (personne vivant en milieu rural, sans permis, etc.).

La région Centre fait partie des régions les plus sinistrées en matière de démographie médicale. Les structures, notamment celles implantées sur les départements de l'Eure-et-Loir et du Cher, peinent à établir des partenariats avec les hôpitaux, les médecins libéraux, les personnels paramédicaux (Infirmières Diplômées d'Etat, psychologues) et le secteur de la psychiatrie (faible attractivité des territoires, temps partiel, etc.). Ce phénomène est d'autant plus inquiétant dans les départements qui ne disposent pas de CHU, CHR et de peu d'Institutions privées. En revanche, il faut noter dans l'Indre des collaborations ancrées et plutôt effectives entre hôpital, médecine de ville et structures médico-sociales.

La prise en charge du soin en addictologie ne se résume pas pour autant à son aspect médical, et ne doit pas s'y réduire. Les besoins en curatif médico-social des addictions avec ou sans produit impliquent des moyens en personnels psychologues, infirmiers et sociaux toujours croissants.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Veiller à l'application du schéma régional d'addictologie et des objectifs fixés, notamment en matière:
 - d'**offre** de proximité sur tous les territoires de la région d'une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction avec et sans produit(s) accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social et tenant compte des spécificités et besoins des populations en fonction des réalités départementales et en dehors des seuls critères démographiques,
 - d'**offre**, répartie sur l'ensemble de la région, de solutions de prise en charge médico-sociale avec hébergement,
 - d'activité de **prévention** des addictions et en particulier de réalisation, pour les jeunes scolarisés et non-scolarisés de la région, de sessions d'éducation, de promotion de la santé et de programme de prévention spécialisée portant sur la thématique des addictions,
- ▶ Consolider l'accès aux soins, renforcer la politique de formation à l'égard des professionnels de terrain, pour un meilleur dépistage,
- ▶ Développer la formation en addictologie des acteurs de terrain du social et médico-social au cours de leur formation initiale ou en formation continue intervenant auprès des jeunes, des personnes âgées, des personnes en difficulté, afin de maintenir et/ou de faciliter les liens, le réseau et le travail d'orientation,
- ▶ Renforcer les consultations de proximité pour le repérage précoce des usages nocifs, notamment par une couverture territoriale des consultations jeunes consommateurs,
- ▶ Développer les prises en charge médico-sociales dans les maisons d'arrêt et centres de détention de la région,
- ▶ Veiller à l'articulation complémentaire et non redondante sur le territoire régional de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale ainsi qu'à l'effectivité des orientations à la sortie des hôpitaux ou des incarcérations

Fiche n° 25 : Accompagner les SSR dans leurs nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement

Situation actuelle

Les conditions d'autorisation et d'implantation applicables à l'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été réformées par deux décrets du 17 avril 2008. Les deux activités distinguées depuis 2004 de soins de suite d'une part et de rééducation et réadaptation fonctionnelle d'autre part sont réunies en une seule activité de « soins de suite et de réadaptation ». Au-delà de ce tronc commun, à tous les établissements SSR, neuf²¹ prises en charge spécialisées sont reconnues et sont cumulativement mentionnées dans l'autorisation. Ainsi il n'y a plus qu'une seule modalité d'autorisation avec des mentions complémentaires : une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes. Cette autorisation peut être accompagnée de la mention de prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non. Cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions correspondant à une prise en charge spécialisée en SSR pour certaines catégories d'affections.

Suite à cette réforme, l'ARH de la région Centre avait révisé en juillet 2009 le volet SSR du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) et autorisé les structures qui avaient déposé un dossier de demande d'autorisation.

En région Centre, on compte 3970 lits de soins de suite et de réadaptation au 01/01/2010, soit un taux d'équipement régional de 1,57 lit pour 1000 habitants, lorsque la moyenne nationale se situe à 1,69 lit.

Problèmes posés

Suite aux textes publiés, les établissements doivent se mettre en conformité avec les nouvelles conditions techniques de fonctionnement et s'adapter à un environnement évolutif.

La récente circulaire de la DHOS en date du 24 janvier 2011 insiste en particulier sur les articulations que doivent créer les SSR avec les autres structures intervenant en aval, soit sanitaires (l'HAD par exemple) soit médico-sociales (SSIAD, structures d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées) soit des professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, masseurs-kinésithérapeutes, IDE libérales).

Les SSR privés non lucratifs, qui ne sont pas inclus dans une « filière », sont également particulièrement soumis à la notion de concurrence (avec le public ou avec le privé lucratif) et à celle de taille critique, deux éléments qui les incitent à se poser la question des coopérations et éventuelles restructurations à développer, dans la perspective de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2012-2013.

²¹ Il s'agit des spécialités suivantes : appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques, brûlés, conduites addictives, personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Encourager le développement de l'offre de soins de suite et de réadaptation en région Centre afin de combler les inégalités départementales et ainsi permettre d'améliorer l'accès aux soins,
- Accompagner les établissements SSR dans leur réflexion autour de la coopération avec les acteurs du domicile et du médico-social,
- Accompagner les établissements SSR dans le cadre de l'anticipation de la mise en place de la nouvelle tarification à l'activité