



Analyse et propositions sur le Plan d'accès aux soins

Février 2018

Introduction

Mme La Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a présenté un Plan pour « Renforcer l'accès territorial aux soins » le 13 octobre 2017.

L'Uniopss et ses adhérents ont attentivement examiné le contenu et les mesures de ce plan et font état, dans le présent document, d'analyses et de propositions pour l'enrichir et le compléter. L'Uniopss interpelle ainsi Mme la Ministre, présidente du comité de suivi du Plan et les trois délégués à l'accès aux soins nommés dans le cadre de ce Plan : Dr Sophie Augros, M. le Député, Thomas Mesnier et Mme la Sénatrice, Elisabeth Doineau.

L'Uniopss souhaite attirer l'attention sur les aspects transversaux suivants avant d'entrer dans le détail des mesures :

- La nécessité d'une **politique globale sur les dimensions territoriales ET sociales des inégalités de santé**, qui sont intrinsèquement liées, pour éviter que la lutte contre les unes ne renforcent les autres (cf. ci-après l'exemple du zonage).

- L'Uniopss relève que la Ministre utilise l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) pour définir les zones « sous-dense », indicateur qui présente un certain nombre de limites pointées par l'Uniopss dans un communiqué de presse en septembre (cf. ci-après). L'Uniopss craint que l'utilisation de cet indicateur sans ajustement ne creuse les inégalités sociales de santé.

- **L'ajout d'un volet sur les mesures de lutte contre les inégalités sociales de santé**, absentes de ce plan (cf. propositions en partie N°2 du présent document).

- L'Uniopss souhaite une équité de traitement entre les différents modes d'exercice (salarié et libéral), notamment vis-à-vis des financements

annoncés pour la création de nouvelles structures d'exercice coordonné.

- Plusieurs mesures présentées doivent être revues à l'aune de l'intégration du RSI dans le régime général d'assurance maladie telle que votée dans la LFSS pour 2018, notamment les mesures visant l'amélioration de la protection sociale des médecins et professionnels libéraux (mesures N°2 et N°7 de la priorité N°1).

L'Uniopss souhaite être associée au comité de suivi du Plan ou à tout autre groupe de travail ou instance de suivi.

Sur le zonage cité en préambule du Plan et en lien avec la première mesure sur l'aide à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension, **l'Uniopss dénonce les limites de l'indicateur « APL » qui détermine un zonage national des territoires « sous-dotés »**. L'utilisation de cet indicateur, créé par la DREES et l'IRDES, est consacrée par l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1 de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

L'Uniopss reconnaît l'intérêt de cet indicateur qui prend en compte plusieurs dimensions :

- l'âge des médecins ;
- la demande et le besoin en soin à travers les différentes tranches d'âge de la population ;
- une estimation de l'activité des médecins ;
- leur secteur de conventionnement ;
- la distance entre le domicile et le médecin (temps estimé depuis le domicile en voiture).

Toutefois, **cet indicateur ne prend pas en compte la situation socio-économique de la population. Le principal effet de son application est qu'il exclut de la sélection les zones urbaines défavorisées.**

Ainsi, ces territoires ne pourraient bénéficier des aides à l'installation de médecins, tandis que d'autres territoires bien plus aisés seraient éligibles aux aides. Son application sur l'Ile-de-France, présentée par l'ARS est frappante : une grande partie de l'Ouest francilien est éligible aux aides à l'installation quand l'ensemble des communes de Seine-Saint-Denis, socialement défavorisées, sont exclues de la sélection nationale. Autre limite : la distance exprimée entre le domicile et le médecin est estimée en temps de trajet en voiture, indicateur peu adapté aux personnes défavorisées ne possédant pas forcément de véhicule en ville et en milieu rural.

L'Uniopss dénonce une sélection nationale qui exclut les territoires socialement défavorisés.

L'arrêté du 13 novembre laissait entrevoir une marge d'ajustement aux ARS, en dépit du délai restreint pour arrêter ce zonage – entre le 13 novembre date de publication de l'arrêté et le 31 décembre 2017. Hors, les retours de terrain (CTS, CRSA) sont pour le moins inquiétants, avec des marges d'ajustement en région très faibles de la part des ARS, des communes qui voient leurs quartiers politiques de la ville exclus du zonage, et donc inéligibles aux aides à l'installation. Seule l'ARS Ile-de-France, a, à ce stade, largement corrigé le zonage national.

Par ailleurs, l'Uniopss souhaite être partie prenante des travaux annoncés en 2018 sur le zonage des autres professions de santé, notamment les spécialités en tension.

L'Uniopss s'interroge sur la disposition prévue au 3° de l'article 2 du décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017 relatif à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au Directeur général de l'agence régionale. Elle permet aux Directeurs généraux des ARS des 4 régions Hauts-de-France, PACA, Ile-de-France et Auvergne Rhône-Alpes de déroger aux arrêtés définissant les modalités de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, ce dans le cadre d'une expérimentation d'une durée de deux ans. Cette disposition implique-t-elle que ces 4 régions pourraient s'affranchir de la sélection nationale et de l'ensemble des dispositions du décret du 13 novembre 2017 concernant les sélections additionnelles ?

Plus largement, l'Uniopss souligne l'importance d'améliorer l'accès des acteurs aux bases de données et indicateurs statistiques afin de partager l'analyse des besoins et de l'offre avec l'ensemble des acteurs, et renforcer ainsi la démocratie en santé.

L'Uniopss et ses adhérents souhaitent :

- à court terme, la possibilité pour les ARS de revoir et adapter le zonage en incluant les territoires socialement défavorisés (notamment les quartiers politiques de la ville), avec une présentation du zonage en CTS et CRSA ;
- à moyen terme, la modification de l'indicateur national en incluant une nouvelle dimension telle que l'IDH2. Elle se tient prête à échanger avec les concepteurs (la DREES et l'IRDES) afin d'améliorer cet indicateur.

PARTIE N°1 – VOLET INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE

PRIORITE N°1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients

L'Uniopss souligne la **multiplicité des aides à l'installation existantes**, que ce soit les aides conventionnelles (CAIM, COTRAM, COSCOM, CSTM) ou les aides contractuelles (PTMG, PTMA, PTMR). Sans remettre en cause les aides existantes, le rapport d'information du Sénat, publié le 26 juillet 2017 sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées, souligne que **les incitations financières ne sont pas déterminantes dans le choix d'installation des médecins**.

L'Uniopss suggère de revoir certaines aides, notamment le CAIM¹, pertinentes dans le cadre d'un système de santé libéral qui repose sur l'achat de locaux, et la revente du cabinet et d'une patientèle, mais aujourd'hui obsolète par rapport à l'évolution des pratiques. A titre d'exemple, un certain nombre de communes appuient l'installation de médecins à travers différents dispositifs : mise à disposition de locaux ou bail locatif ; remettant en cause la pertinence d'une aide à l'investissement.

L'Uniopss souhaite également que soit facilitée l'extension du PTMG² aux centres de santé : l'expérimentation de cette mesure en Rhône-Alpes a montré sa pertinence :

Un centre de soins infirmiers sur la commune Le Coteau s'est transformé en centre de santé polyvalent pour répondre aux besoins du territoire. Pour accompagner cette transformation et l'installation d'un médecin, l'ARS a financé sur 3 mois le delta entre la rémunération du nouveau professionnel de santé et les honoraires perçus par le centre au titre de cette nouvelle activité, le temps pour le centre de constituer sa patientèle. Cette aide financière a permis d'éviter au centre de financer cette installation sur sa trésorerie.

L'Uniopss souhaite une véritable **amélioration de la régulation de l'offre de médecine de ville** et suggère :

- ▶ La réalisation d'une étude sur les pratiques tarifaires des médecins libéraux en secteur 2 (ayant signé un Optam et hors Optam) ;
- ▶ La mise en place d'un quota imposé d'actes en secteur 1 dans les contrats d'accès aux soins (aujourd'hui OPTAM), et inscrire ce dispositif dans les conditions d'attribution des aides à l'installation dans les zones sous-dotées.

L'Uniopss attire l'attention sur la **nécessité d'intégrer les centres de santé dans ces dispositifs incitatifs**, pour éviter les effets contre-productifs : à titre d'exemple, les aides financières incitatives pour l'installation des professionnels infirmiers ; ces derniers ont quitté les centres de santé pour s'installer en libéral. Il n'y a pas eu d'effets quantitatifs sur l'offre de soins sur les territoires mais seulement une mutation de l'offre existante vers l'exercice libéral. Le dispositif a été rectifié depuis.

¹ Contrat d'Aide à l'Installation Médecin : aide forfaitaire de 50 000€ (locaux, équipements etc.)

² Dispositif Praticien Territorial de Médecine Générale : garantie de rémunération sur 2 ans et protection sociale étendue

Concernant **la mesure N°3 qui vise à développer les consultations avancées** :

Le Contrat de Solidarité Territorial Médecin vient d'être intégré au sein de l'avenant N°1 de l'Accord national des centres de santé, paru fin novembre 2017 : une mesure intéressante dont il conviendra de mesurer l'utilisation et les effets avec un peu de recul.

L'Uniopss souligne l'importance de favoriser l'aide à l'installation d'un médecin au sein des centres de santé infirmiers.

Plusieurs interrogations restent en suspens sur le développement des consultations avancées notamment la rémunération des lieux d'accueil. Une réflexion plus approfondie mérite d'être menée face à l'hétérogénéité des pratiques en matière de consultations avancées.

Sur les mesures N°4 de création de postes d'« assistants partagés » entre la ville et l'hôpital, l'Uniopss attire l'attention sur la complémentarité avec les réseaux de santé, acteurs majeurs du lien ville-hôpital.

Sur la mesure N°5 de généralisation du contrat de médecin adjoint, cette mesure semble déjà en place depuis l'instruction du 24 novembre 2016 visant à officialiser certaines interprétations des Conseils départementaux de l'ordre sur l'utilisation de cette mesure pour les zones sous-denses, auparavant centrées sur les zones touristiques, à fort afflux de population saisonniers.

L'Uniopss fait part de ses propositions sur la mesure N°6 « Favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation ». Elle affirme l'importance de **diversifier les lieux de stage**. En effet, elle constate le manque de valorisation de l'exercice en structure regroupée, et de la médecine salariée par les facultés. Les professionnels de santé en formation sont orientés vers le seul exercice libéral et isolé. Les acteurs de terrain identifient de réels blocages sur la réalisation de stage en centre de santé et dans les structures médico-sociales. L'Uniopss propose de **dialoguer avec les universités pour inscrire dans les choix de stage toutes les formes et lieux d'exercice de la médecine** : centres de santé, médecine de prévention, PMI, structures médico-sociales, structures de type Lits halte soins santé (LHSS)- Lits d'accueil médicalisés (LAM) qui combinent soins et hébergement.

Sur **la mesure N°8 : « Développer les coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population »**, l'Uniopss propose :

- ▶ D'étendre le Programme ASALEE aux centres de santé infirmiers ;
- ▶ D'avancer sur le contrat de délégation de tâche, la codification et la valorisation de l'activité des professionnels infirmiers, qui jouent un rôle majeur dans l'accès aux soins et la lutte contre les déserts médicaux. Cet enjeu est renforcé par le déploiement des télé-consultations. Aujourd'hui la délégation de tâches aux professionnels infirmiers est peu utilisée en l'absence de rémunérations prévues pour les prescriptions et actes délégués.

Sur la mesure N°9 : « Organiser la contribution des centres médicaux des armées », l'Uniopss rejoint l'avis favorable de la Conférence Nationale de Santé, adopté le 23 novembre dernier sur le projet d'ordonnance relatif aux services de santé des armées et à l'Institution Nationale des Invalides. Cette ordonnance intervient en application de l'article 222 de la loi de modernisation de notre système de santé qui vise à renforcer la participation du service de santé des armées (SSA) au système de santé publique, sachant que 80% des usagers sont désormais des civils.

PRIORITE N°2 : METTRE EN ŒUVRE LA REVOLUTION NUMERIQUE EN SANTE POUR ABOLIR LES DISTANCES

L'Uniopss souhaite mettre en avant les enjeux suivants, conditions indispensables au déploiement de la télé-médecine au service du parcours des patients.

Aujourd'hui, nous constatons une multiplication des outils numériques, chaque structure travaille sur son propre outil système d'information. Il y a la nécessité d'engager un travail avec les éditeurs de logiciels sur **l'interopérabilité des systèmes d'information**. Par exemple, au sein d'une structure, avec un seul éditeur de logiciel, il n'y a pas toujours de solutions d'inter-opérabilité entre les systèmes d'un SAAD et d'un SSIAD. Il est complexe de mettre en œuvre l'article 49 de la loi d'adaptation sur le partage des données des SPASAD.

L'enjeu est encore plus vaste sur l'inter-opérabilité entre établissements et notamment entre systèmes d'information hospitaliers et structures ambulatoires.

L'Uniopss souligne également l'enjeu de la **formation des professionnels de santé** aux nouveaux outils de télé-médecine, et télé-consultation et l'accompagnement au changement dans les organisations et pratiques professionnelles induit par ces nouveaux outils et auprès des patients.

En outre, le déploiement de la télé-médecine ne peut se faire sans la définition d'un **cadre éthique**, précisant les règles de confidentialité, de partage et de protection des données.

PRIORITE N°3 : FAVORISER UNE MEILLEURE ORGANISATION DES PROFESSIONS DE SANTE POUR ASSURER UNE PRESENCE SOIGNANTE PERENNE ET CONTINUE

Sur la mesure n°1 visant à soutenir le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et de tous les modes d'exercice coordonné, l'Uniopss rappelle l'importance d'une **équité de traitement dans l'attribution des aides financières entre structures d'exercice libérale et structures d'exercice salarié**.

L'Uniopss met en avant les engagements de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des centres de santé en faveur d'une présence soignante étendue : les gestionnaires de centres de santé doivent ouvrir sur des horaires très amples (8h-20h) en semaine ainsi que le samedi matin, pour bénéficier d'aides financières hors financement à l'acte. Une rémunération spécifique est prévue sur cet engagement. La plupart des centres de santé satisfont cet engagement. Il peut se révéler complexe à mettre en œuvre pour les structures de petites tailles, les amplitudes horaires nécessitant d'être organisées dans le respect du code du travail et des temps de repos propres aux salariés.

L'Uniopss et ses adhérents constatent que les règles concernant l'organisation de la permanence des soins ne s'appliquent pas de la même façon aux professionnels libéraux et à la médecine salariée. Le principe de volontariat n'étant pas toujours respecté vis-à-vis des centres de santé.

Concernant la mesure N°3, visant à créer un **guichet unique d'information et d'orientation** pour l'exercice des professionnels de santé, l'Uniopss s'étonne que **les Portails d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS)**, créés depuis 2012, ne soient pas mentionnés. Pour mémoire, ce dispositif prévoit un référent installation, interlocuteur direct à l'ARS, et vise les professionnels en exercice et en formation. Il conviendrait d'évaluer et d'ajuster ce dispositif en fonction des besoins des professionnels de santé, avec une vigilance sur l'éventuelle superposition de dispositifs.

Concernant la mesure N°4 qui prévoit de simplifier la prise en charge des patients en situation complexe **en faisant converger financièrement les dispositifs d'appui**, l'Uniopss a réalisé avec le réseau des Uriopss un **diagnostic³ de la mise en place des Plateformes territoriales d'appui et de leurs articulations** avec les autres dispositifs : CLIC, MAIA, PAERPA, CPTS etc. Il en ressort les recommandations suivantes :

- ▶ S'assurer que les PTA visent l'ensemble des publics quel que soit leur âge ou pathologie, conformément à leur objet défini par la loi et les textes réglementaires, et accompagner les acteurs (notamment les réseaux de santé) au changement par la formation des professionnels.
- ▶ S'assurer que les CPTS et PTA répondent bien à l'objectif d'approche transversale aux différents secteurs social, médico-social et sanitaire dans le respect des objectifs de la LMSS en associant différents acteurs ; à titre d'exemple, les CPTS semblent se constituer quasi exclusivement entre libéraux à ce stade.
- ▶ Clarifier les liens entre les différents dispositifs de coordination : CLIC, MAIA, MDA, PTA afin d'assurer une plus grande lisibilité aux acteurs et aux publics. Un certain nombre de dispositifs en place accompagnent directement les publics quand les PTA ont vocation à accompagner les professionnels, ajoutant de la confusion.
- ▶ L'Uniopss demande l'impulsion d'une mission avec pour objectif un état des lieux et une évaluation de l'ensemble des dispositifs de coordination de parcours.

PRIORITE N°4 : UNE NOUVELLE METHODE : FAIRE CONFIANCE AUX ACTEURS DES TERRITOIRES POUR CONSTRUIRE DES PROJETS ET INNOVER

Concernant la mesure N°1 « co-construire un projet d'animation et d'aménagement du territoire par les professionnels de santé, les usagers, les institutions et les élus des territoires », **l'Uniopss appelle à s'appuyer sur les nombreuses instances de concertation et de démocratie existantes**, autre que les seuls CLS et PRS mentionnés par le Plan : Conseils territoriaux de santé et Commission spécialisées de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie. **L'Uniopss renouvelle son souhait d'être associée au comité de suivi du Plan ou à tout autre groupe de travail ou instance de suivi.**

Concernant la mesure N°4 et les 10 millions d'euros supplémentaires accordés en soutien à l'exercice coordonné et aux projets de territoire, l'Uniopss s'en réjouit mais émet un point de vigilance en lien avec des expériences passées : les conditions d'éligibilité ne doivent pas être trop restrictives sous peine de non utilisation des crédits, tel que ce fut le cas concernant le dispositif prévu par l'instruction interministérielle⁴ du 31 mars 2016 relative aux conditions de co-investissement de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre de projets de la création, de l'extension ou de la rénovation de maisons ou centres de santé implantés dans les quartiers prioritaires.

L'Uniopss ajoute une priorité qui n'apparaît pas dans le Plan d'Accès aux soins.

³ *Diagnostic des lois Santé et ASV réalisé par le réseau Uniopss-Uriopss et publié en janvier 2018, disponible sur www.uniopss.asso.fr*

⁴ *INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF3/CGET/2016/96 du 31 mars 2016*

AUTRE PRIORITE : PENSER DES SOLUTIONS D'HEBERGEMENT DES PATIENTS DANS LE CADRE DU « VIRAGE AMBULATOIRE » ET DU PARCOURS DE SANTE DES PATIENTS

Dans un contexte :

- de développement de la chirurgie ambulatoire ;
- de la réduction des nuitées d'hospitalisation ;
- de la spécialisation des centres hospitaliers dans le cadre des Groupements Hospitaliers de territoire ;
- de la raréfaction des professionnels de santé liée à la démographie médicale ;
- de l'éloignement entre le lieu de soins et le domicile du patient ;
- des coûts des transports sanitaires ;

Il convient de penser à de nouvelles solutions d'hébergement des patients à proximité des lieux de soins pour faciliter leurs parcours de santé.

Les **Maisons d'accueil hospitalières**⁵, structures reconnues par l'article 100 de la loi de modernisation de notre système de santé, conçues à l'origine pour l'hébergement des accompagnants, accueillent de plus en plus de « patients résidents ». Financées, entre autres, par le Fonds National d'Action Sociale de la CNAMTS, leurs financements sont conditionnés au seuil de 25 % de « patients résidents » parmi la population hébergée. Ce modèle pourrait vite arriver à une impasse dans les années à venir. C'est déjà le cas de MAH en Ile-de-France qui accueillent de nombreux « patients résidents », notamment en provenance des DROM (ex : dans le cadre de l'attente d'une greffe, la personne doit pouvoir se rendre rapidement sur le lieu de soins pour recevoir la greffe).

À titre d'exemple, les MAH apportent une solution aux situations suivantes : un patient doit réaliser une chimiothérapie 5 jours par semaine, dans un lieu éloigné de son domicile, et ce pendant deux mois. La MAH propose une solution d'hébergement, en forte proximité du lieu de soins, avec un faible reste à charge (le reste à charge est parfois pris en charge par les hôpitaux en fonction de conventions locales).

Une expérimentation vient de débuter en 2018, issue de la LFSS pour 2015, votée en décembre 2014, concernant une quarantaine de projets d'hébergement (hôtels hospitaliers, et une douzaine de MAH), à l'initiative des centres hospitaliers. Cette expérimentation repose sur une contribution égale au forfait hospitalier, à la charge du patient (sans remboursement de la Sécurité Sociale, mais éventuellement des organismes complémentaires).

L'Uniopss sera attentive à cette expérimentation, et vigilante sur le coût que peut représenter l'hébergement pour les patients, avec une interrogation sur l'accès à cette solution des personnes les plus précaires.

L'Uniopss souhaite attirer l'attention sur **l'hébergement en lien avec le parcours de soins**, au même titre que les transports sanitaires. Les modalités de financement doivent être réfléchies et non érudées. Le financement « au parcours » ou à « l'épisode de soins » en réflexion, et promu par la ministre des Solidarités et de la Santé, doit prendre en compte cet aspect.

Enfin, le « virage ambulatoire » ne doit pas être l'occasion d'accentuer les inégalités de santé. Dans le cadre de leurs parcours, en fonction de leurs besoins, les personnes doivent pouvoir avoir accès à une **offre d'accompagnement et de soins à domicile**. Or, les acteurs du domicile rencontrent d'importantes difficultés de financement. D'autre part, trop souvent les parcours de santé se heurtent au refus d'une intervention complémentaire (ex : HAD-SAMSAH, CAMPS-libéraux, SAAD-hospitalisation,...) alors même que cette dernière permet une réelle prise en compte de tous les besoins quotidiens de la personne permettant souvent ainsi son maintien à domicile.

⁵ Liens vers l'article de loi : cliquez [ici](#), et vers le cahier des charges : cliquez [ici](#)

PARTIE N°2 – VOLET LUTTE CONTRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

L'Uniopss dénonce des mesures récentes qui renforcent les inégalités sociales de santé :

- L'absence de généralisation du tiers payant.
- L'augmentation du forfait hospitalier (LFSS pour 2018) dont le coût, qui pose déjà question pour les personnes n'ayant pas d'assurance maladie complémentaire, va aussi se faire ressentir sur le montant des cotisations et donc en écarter un nombre supplémentaire de personnes.
- L'Uniopss ne remet pas en cause le principe de consultations longues (consultations dites complexes et très complexes), toutefois l'augmentation du prix des consultations n'est pas pleinement pris en charge par l'AMO (hors ALD) et laisse craindre une augmentation du reste à charge et des renoncements aux soins.

Les propositions de l'Uniopss pour lutter contre les inégalités sociales de santé :

- ▶ Développer les dispositifs qui ciblent les publics précaires et permettent de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : Lits Haltes-Soins-Santé, Lits d'Accueil Médicalisé et Appartements de Coordination thérapeutiques, dispositifs évalués qui ont démontré leur pertinence et efficacité.
- ▶ Améliorer l'articulation de ces dispositifs médico-sociaux avec la médecine de ville et l'hôpital afin de favoriser la continuité du parcours de santé de la personne.
- ▶ Permettre aux personnes actuellement bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État d'avoir accès à l'assurance maladie (PUMa+ CMU-C).
- ▶ Développer une cartographie des PASS hospitalières, sur le modèle de l'Observatoire des centres de santé.
- ▶ Assurer une meilleure couverture territoriale des Permanences d'accès aux soins de santé (notamment des PASS spécialisées comme les PASS dentaires, psychiatriques, ophtalmologiques ou pédiatrique).
- ▶ Améliorer le contrôle et le pilotage de l'activité des PASS par les ARS pour s'assurer du respect des circulaires qui les concernent et leur permettre d'atteindre les objectifs d'aller vers les personnes les plus exclues et de faire lien avec les équipes sociales.
- ▶ Améliorer le fléchage des financements des PASS.
- ▶ Développer les PASS ambulatoires ou PASS de ville – premier bilan de l'expérimentation conduite par l'ARS IdF sur 4 ans et dont l'évaluation qui sera publiée dans les prochaines semaines est très positive, amenant l'ARS IdF à les pérenniser.
- ▶ Reconnaître les dispositifs et le service rendu par les professionnels et bénévoles au sein des structures de type Accueil Santé Social (Croix-Rouge Française), CASO (Médecins du Monde), ou centres de santé gérés par de petites associations avec un public en situation de grandes exclusions.

Concernant **la généralisation du tiers-payant, l'Uniopss regrette que cet objectif ne figure pas dans la Stratégie Nationale de Santé adoptée par décret le 27 décembre 2017**. L'Uniopss rappelle que la dispense d'avance de frais représenterait une avancée sociale majeure en faveur des personnes en difficultés sociales. Plus de 25 % des personnes qui se présentent à un guichet de la « Sécu » ont déjà renoncé à des soins dans l'année, comme le soulignait une enquête de l'Odenore dès 2016. Aujourd'hui, seuls les bénéficiaires de la CMU-C et de l'aide complémentaire santé (ACS) ont accès au tiers payant. Mais ces deux prestations sont justement celles qui sont frappées par les plus importants taux de non recours (60 % pour l'ACS). Ce non accès aux soins a des conséquences lourdes sur les personnes mais aussi sur l'ensemble du système de santé. Les personnes ne se soignent pas à temps et se dirigent en urgence dans les hôpitaux une fois la maladie avancée. Les coûts de prise en charge sont alors bien plus importants que si elles avaient pu être suivies par un généraliste ou un spécialiste. Outre les problèmes de santé individuelle et de coût des prises en charge des pathologies lourdes s'y ajoutent des problèmes de santé publique.

En dépit de l'abandon des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé, et de leurs abrogations via la LFSS pour 2018, l'Uniopss continue de demander au Gouvernement de tout mettre en œuvre pour que la généralisation du tiers payant puisse être effective au plus vite.

L'Uniopss souhaite, à travers **la généralisation du tiers-payant, une simplification administrative et par là-même une diminution des coûts de gestion**, notamment pour les acteurs qui sont soumis au tiers payant obligatoire sur la part AMO, tels que les centres de santé.

L'Uniopss porte également une autre mesure pour favoriser l'accès aux soins des plus vulnérables : **l'intégration de l'Aide Médicale d'Etat (AME) au sein de la Protection universelle maladie** avec l'accès à la CMU-C (sinon l'intégration sera insuffisante pour un accès aux soins).

L'accès effectif aux soins des personnes en situation de précarité est entravé par un phénomène persistant de non-recours et de ruptures de droit à la couverture maladie. Ce phénomène est largement dû à la complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs différents, visant pourtant à répondre à des besoins similaires de la part des personnes (AME, régime général de la sécurité sociale, CMU-C). Les personnes ne comprennent pas ce à quoi elles ont droit et renoncent pour une partie d'entre elles à se soigner. Les professionnels en sont eux parfois réduits à refuser les soins aux personnes en précarité, pour ne pas avoir à assumer une charge administrative supplémentaire. Les personnes voient alors leur état de santé se dégrader et n'accèdent aux soins que lorsqu'il est déjà trop tard, générant des souffrances supplémentaires pour elles et des coûts de prise en charge bien supérieurs pour la société et bien souvent aussi des problèmes de santé publique (prise en charge des maladies chroniques, des pathologies infectieuses).

La fusion des différentes prestations permettrait de simplifier l'accès des personnes en situation de précarité sociale à la couverture maladie et à la part complémentaire, et in fine leur accès à la prévention et aux soins. Cette proposition est partagée par de nombreuses institutions, qui recommandent depuis plusieurs années d'inclure l'AME dans le régime général de sécurité sociale (dont l'IGAS et l'IGF, le Défenseur des droits). Récemment, l'Académie nationale de médecine, le 20 juin 2017, a dans son rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » préconisé cette même fusion des dispositifs.

Or, à ce jour, aucun des rapports produits sur l'accès au droit à la couverture maladie des personnes les plus en difficulté n'établit les coûts évités par une telle réforme et les modalités pratiques et opérationnelles de sa mise en œuvre.

L'Uniopss souligne également :

- ▶ Le manque d'équité territoriale en matière d'accessibilité aux soins en santé mentale (Equipes mobiles psychiatrie-précarité, Centre médico-psychologiques).
- ▶ La nécessité de développer l'interprétariat pour l'accès à la santé des personnes étrangères.
- ▶ La nécessité de développer la médiation en santé pour favoriser l'accès à la santé des personnes les plus vulnérables, les plus isolées sur les territoires (cf. Programmes de médiation Médecins du Monde dans les Combrailles en Auvergne, et dans la Haute Vallée de l'Aude) ou encore pour les personnes rencontrant des difficultés avec les usages numériques.

L'Uniopss appelle à la mise en œuvre de **l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018**. Ce dernier prévoit la remise dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'**un rapport par le Gouvernement au Parlement sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité**. Ce rapport porte notamment sur **les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier, afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales d'accès à la santé pour les personnes fragiles**.

L'Uniopss dénonce de surcroît les inégalités d'accès à la santé liées **au manque d'accessibilité des lieux de soins et des équipements**. Si des normes ont été pensées pour le bâti, c'est peu le cas du reste. À titre illustratif de nombreuses femmes en fauteuil roulant renoncent à se faire dépister du cancer des seins faute de mammographie adaptée. Il y a nécessité à lancer un chantier et à penser **l'accessibilité universelle** des lieux de soins et des équipements/matériels.

L'Uniopss se tient prête à échanger et travailler sur l'ensemble de ces propositions avec les personnes et administrations en charge du pilotage du plan, mais également dans le cadre de la concertation annoncée sur la stratégie de transformation du système de santé.

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 21 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social.



Les valeurs qui nous rassemblent

- ➔ Primauté de la personne
 - ➔ Non lucrativité
 - ➔ Solidarité
 - ➔ Egalité dans l'accès aux droits
 - ➔ Participation de tous à la vie de la société
-

Pour nous contacter :

- **Jérôme Voiturier**, Directeur général – jvoiturier@uniopss.asso.fr
- **Laurie Fradin**, Conseillère technique santé/ESSMS – lfradin@uniopss.asso.fr - 01 53 36 35 21