

MISSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC ET DISPOSITIFS PASS : Rappels et recommandations ODSE

PASS Permanences d'accès aux soins de santé, le 4 avril 2014

Les recommandations suivantes s'appliquent aux dispositifs PASS (qu'ils soient généralistes ou thématiques, comme par exemple les PASS psychiatriques) des hôpitaux et à leurs tutelles (direction d'hôpitaux, ARS, ministère de la Santé). En dehors des dispositions spécifiques aux prestations hospitalières, ces recommandations sont également applicables aux dispositifs régionaux et ambulatoires PASS.

NB : Ces recommandations sont complémentaires de la revendication par l'ODSE d'une réforme de la protection maladie, comprenant notamment la fusion entre les dispositifs Assurance maladie et l'AME, et, dans l'attente :

- la suppression du délai d'ancienneté de résidence de 3 mois pour les demandeurs d'AME (instauré en décembre 2003) ainsi que pour les assurés au titre de la résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base ») et les demandeurs de la Complémentaire-CMU ;
- L'accès à la Carte Vitale pour les bénéficiaires de l'AME dans les mêmes conditions que celles des assurés sociaux.

1. Conformément aux engagements internationaux (Déclaration universelle des droits de l'homme 1948¹, Droits économiques sociaux et culturels 1976², Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé 2011 2 bis et en référence à la Charte d'Ottawa de 1986) et nationaux (Constitution 1946³, Code de la santé publique⁴, dont la section Code de déontologie médicale⁵) pris par la France, chaque hôpital public⁶ a l'obligation de proposer un accès aux soins pour toute personne démunie. Le dispositif PASS devrait être doté des moyens nécessaires pour répondre à cette mission, dans les conditions précisées ci-dessous.

2. Les dispositifs PASS ont pour mission de permettre l'accès aux soins pour toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital, incluant l'obtention d'une protection maladie, et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie de l'hôpital. Certains hôpitaux ont organisé un cadre de consultations spécifiques pour répondre à une partie des missions des dispositifs PASS : en aucun cas, l'existence de telles consultations ne doit servir de caution à l'absence des autres dimensions des dispositifs PASS au sein de l'hôpital. Les suites de ces recommandations aborderont les PASS en tant que « dispositif financier » au titre des missions d'intérêt général de l'hôpital permettant le financement des soins pour des personnes démunies, et en tant que « lieu d'accueil de soins et d'orientation » au sein des établissements hospitaliers lorsque les PASS sont organisées sur ce modèle. Les mêmes principes doivent être appliqués dans les hôpitaux dont le dispositif PASS est directement intégré à l'ensemble des consultations et services de l'établissement.

3. En tant que lieu d'accueil, de soins et d'orientation :

3.1. Le dispositif PASS doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou dépourvue de droits (potentiels ou non) aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale, et plus généralement pour toute personne en difficulté d'accès aux soins quelles que soient ces difficultés (personne en

situation de désinsertion sociale, personnes isolées, personnes ne pouvant se repérer dans un système de santé complexe, personnes ayant des difficultés avec la langue française, etc..).

3.2. Les personnes concernées doivent avoir accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population, notamment dans le cadre de consultations de médecine générale avec et sans rendez-vous, dans les services de consultations spécialisées ou aux urgences ⁷.

3.3. L'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes non francophones.

3.4. La PASS doit également permettre l'accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits et plus largement vers l'accès au système de santé de droit commun, de façon à ce que les personnes concernées puissent consulter et se faire soigner près de leur lieu de vie, en dehors de l'hôpital, dès que possible.

3.5. Les décisions d'hospitalisation, de choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques doivent se fonder sur des critères médicaux ⁸ et non socio-administratifs ou économiques.

4. En tant que « dispositif financier » :

4.1. Les soins délivrés, pour l'usager démuné financièrement, au titre de la PASS, incluant les hospitalisations, doivent être gratuits (c'est à dire sans facturation à l'usager) et doivent être dispensés de l'avance des frais, avec ou sans ouverture de droit effective au jour des soins.

4.2. Ces soins doivent être financés :

a) pour les personnes ayant des droits ouverts à une protection maladie intégrale (Complémentaire-CMU ou AME) à la date de soins : par facturation auprès de la caisse selon le processus de droit commun, mais avec dispense complète d'avance des frais par la procédure de tiers-payant intégral ;

b) pour les personnes avec droit potentiel à une protection intégrale (ou dans le cadre du Fonds pour les soins urgents et vitaux) à la date des soins : par mise en route de la demande de protection maladie adéquate (intégrale ou en complément d'une protection de base déjà acquise) et facturation auprès de la caisse seulement après l'ouverture des droits ;

c) pour les personnes sans droit potentiel à la date des soins : sur financement dédié MIGAC PASS.

5. Les services administratifs et financiers doivent respecter en toutes situations les règles déontologiques qui s'imposent au personnel médical (Code de déontologie médicale ⁵) et social (Code de déontologie des assistant.e.s de service social ⁹) exerçant dans le cadre des dispositifs PASS.

6. Les actions d'évaluation des dispositifs PASS doivent s'inscrire dans les engagements de la déclaration de Rio de l'OMS, afin de « *promouvoir la recherche sur les liens entre déterminants sociaux et équité des résultats sanitaires, en mettant l'accent sur l'évaluation de l'efficacité des interventions* » ¹⁰.

Les 20 membres de l'ODSE sont :

Act Up-Paris, AFVS, Aides, Arcat, Catred, Cimade, Comede, Comegas, Créteil-solidarité, Fasti, FTGR, Ligue des Droits de l'Homme, Gisti, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, Mouvement Français pour le Planning Familial, MRAP, Association Primo Levi, Sida info service, Solidarité sida.

¹ ONU, Déclaration universelle des droits de l'Homme, Article 25, 1. *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.*

² ONU, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 1966 et entré en vigueur en 1976, Article 12, 1. *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: (...) d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.*

2 bis OMS, Article 11.2 ii) « [Nous nous engageons...] à élaborer des politiques qui n'excluent personne et tiennent compte des besoins de l'ensemble de la population en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables... »

³ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, 11. *[La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.*

⁴ Article L1110-1 du Code de la Santé Publique, *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. »*

Code de la santé publique, Organisation des activités des établissements de santé ;

Article L6112-1 : *Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : (...) 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;*

Article L6112-3 : *L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1° L'égal accès à des soins de qualité (...);*

Article L6112-6, *Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies mentionnés au 3° de l'article L. 1434-2, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (...).*

⁵ Articles R4127 du Code de la Santé Publique, Code de déontologie médicale, notamment Articles 2 (Respect de la vie et de la dignité de la personne), Art. 4 (Secret professionnel), Art. 5 (Indépendance professionnelle), Art. 7 (Non discrimination), Art. 12 (Concours apporté à la protection de la santé), Art. 47 (Continuité des soins), Art. 95 (Respect des obligations déontologiques) et Art. 100 (Non cumul des rôles de contrôle, de prévention, de soins)

⁶ Établie à partir des conclusions du Comité des sages présidé par Alain Cordier, la stratégie nationale de santé (SNS) a été présentée par la ministre des affaires sociales et de la santé le 23 septembre 2013. Elle prévoit notamment la refondation du service public hospitalier.

⁷ La Circulaire ministérielle du 17 décembre 1998, abrogée par la circulaire ministérielle du 18 juin 2013 précisait opportunément : « *Il ne s'agit, en aucun cas, de créer au sein de l'hôpital des filières spécifiques pour les plus démunis.* »

⁸ Notamment selon la définition proposée dans le Fonds pour les soins urgents et vitaux : *Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître ;* et tenant compte de la perte d'espérance de vie sans incapacité, comme cela est rappelé dans le rapport sur les déterminants sociaux de l'état de santé, OMS, 2008.

⁹ Adopté à l'assemblée Générale de l'ANAS le 28 novembre 1994.

¹⁰ 16.2, iii. 16. Appel à une action mondiale

16.1 Nous, Chefs de Gouvernement, Ministres et représentants gouvernementaux, réaffirmons solennellement notre détermination à agir sur les déterminants sociaux de la santé pour créer des sociétés dynamiques, qui n'excluent personne, équitables, économiquement productives et en bonne santé, et à relever les défis nationaux, régionaux et mondiaux du développement durable. Nous soutenons fermement ces objectifs communs et nous sommes déterminés à les atteindre.