

#OUTIL DE CAPITALISATION



# LE DROIT À LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRÉES

Formation suivie  
d'ateliers d'échange  
de pratiques professionnelles



# SOMMAIRE



## INTRODUCTION

### COMPRENDRE ET ANALYSER

Le droit à la santé	P.4
Les inégalités d'accès à la santé	P.4
Les déterminants sociaux de la santé	P.5
La santé des personnes âgées immigrées	P.6
Le non-recours aux droits et aux soins	P.7
Les dommages générés par le non-recours	P.8
Le rôle du médecin traitant	P.9

### S'INFORMER ET S'OUTILLER

L'évolution des dispositifs d'accès aux soins	P.10
Les permanences d'accès aux soins de santé	P.11

### PROPOSER ET AGIR

Préconisations	P.12
Ressources en ligne	P.12

## GLOSSAIRE

- ACS** : aide à la Complémentaire Santé  
**AME** : aide Médicale d'État  
**ASV** : atelier Santé-Ville  
**CCAS** : centre communal d'action social  
**CMU** : couverture Maladie Universelle  
**CMU-C** : couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)  
**CSS** : complémentaire Santé Solidaire  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
**OMS** : organisation Mondiale de la Santé  
**PASS** : permanence d'Accès aux Soins de Santé  
**PFIDASS** : plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé  
**PRAPS** : programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins  
**PRS** : projet Régional de Santé  
**PUMA** : protection Universelle Maladie

## INTRODUCTION



Les personnes âgées immigrées connaissent des conditions de vie précaires et plus difficiles que la population non immigrée du même âge : faible niveau de ressources (nombre d'entre elles bénéficient des minimas sociaux), vieillissement précoce et problèmes de santé (liés au parcours migratoire, aux conditions de vie, à la pénibilité des métiers exercés, aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et/ou chroniques, etc.), conditions de logement inadaptées au vieillissement (p.ex. : Foyers de Travailleurs Migrants, hôtels meublés, logements insalubres, etc.), isolement social, absence de maîtrise de la langue française (notamment à l'écrit), difficultés d'accès aux droits, aux services de droit commun (p.ex. démarches dématérialisées) et aux soins.

Les dispositifs de prise en charge socio-sanitaire, souvent segmentés par domaines d'intervention, ont des difficultés à répondre aux besoins spécifiques de ce public et conduisent les personnes âgées immigrées à multiplier les démarches, voire à renoncer à leurs droits ainsi qu'à leurs soins. La dématérialisation des services publics renforce les obstacles d'accès aux droits des seniors immigrés et représente un facteur d'exclusion et d'isolement supplémentaire. Face à ces constats, le Grdr, engagé dans des actions de développement local dans les territoires d'origine et de vie des migrants, propose des programmes d'actions agissant sur trois dimensions complémentaires :

- 1 accueil, orientation et accompagnement individuel des personnes âgées immigrées
- 2 animations collectives d'information sur les droits, la santé, la prévention et le numérique
- 3 mise en réseau - renforcement des compétences des acteurs locaux (professionnels/bénévoles)

L'enjeu majeur du programme pluriannuel « Accès aux droits des personnes âgées immigrées et mise en réseau des acteurs » est de lutter contre l'exclusion des ressortissants de pays tiers de plus de 55 ans, hommes et femmes, en situation de précarité, d'isolement et de non recours, résidant dans le logement collectif (Foyers de Travailleurs Migrants, Résidences sociales, etc.) et diffus (parc locatif social ou privé) dans une commune de la Seine-Saint-Denis (93) ou de la Seine Maritime (76), où le Grdr a un fort ancrage territorial depuis plusieurs années. Dans l'objectif de favoriser l'accès aux droits et aux services de droit commun des personnes âgées immigrées, ce programme s'adresse également aux acteurs locaux, institutionnels et associatifs, qui interviennent auprès de ce public. Des formations, des groupes de travail thématiques et des ateliers d'échange de pratiques entre professionnels et bénévoles des champs du social, du médico-social, de la santé, de la prévention et de l'accès aux droits qui accompagnent les personnes âgées immigrées, s'organisent ainsi par le Grdr afin de partager différentes pratiques, méthodologies et expériences.

Le présent document est un des outils mis en place pour la capitalisation d'une formation, suivie de trois ateliers d'échanges de pratiques professionnelles, qui a eu lieu en 2020 sur la thématique « Le droit à la santé des personnes âgées immigrées ». Les acteurs locaux qui sont amenés à accueillir, orienter et accompagner des seniors issus de l'immigration dans le domaine de l'accès aux droits de santé y trouveront les éléments principaux abordés lors de ce cycle, portant sur la santé des migrant(e)s et les droits/démarches en lien avec leur accès à la prévention et aux soins. Enfin, les difficultés d'accès au « bien vieillir » des personnes âgées immigrées.



# COMPRENDRE ET ANALYSER

L'accès aux droits socio-sanitaires étant, aujourd'hui, un droit fondamental, toute personne doit être en mesure d'y accéder. Cependant, de nombreux facteurs pouvant venir entraver cet accès démontrent que des inégalités en matière de santé persistent de nos jours. Si nous nous intéressons particulièrement aux personnes âgées immigrées, c'est parce que cette population cumule divers déterminants sociaux freinant l'accès aux droits et aux professionnels/services/dispositifs de santé.

En 2018, parmi les 6,5 millions d'immigrés vivant en France, 34,1% sont âgés de plus de 55 ans<sup>1</sup>. En matière de santé, diverses études démontrent une plus grande fragilité physique et psychologique chez les seniors immigrés comparativement aux seniors nés en France. Dans ce contexte, il est primordial de comprendre à quelles problématiques les immigrés âgés sont confrontés pour pouvoir les accompagner au mieux dans leurs démarches d'accès aux droits/soins.

## Le droit à la santé

Tel qu'établi par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Lorsqu'on parle de droit à la santé, cela implique l'accès nécessaire à des « soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable ».



### La santé selon l'OMS

**La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.**

Conférence internationale sur la Santé, 1946

L'association médicale mondiale définit ce droit à la santé comme un droit global qui englobe non seulement « la prestation de soins de santé appropriés en temps opportuns », mais aussi différents paramètres périphériques, des facteurs déterminants de la santé tels que l'accès à des aliments sains en quantité suffisante, l'accès à de l'eau potable et salubre, le logement, l'hygiène du travail, du milieu, etc.

## Les inégalités d'accès à la santé

L'accès à ce droit reste pourtant inégalitaire et la France est, aujourd'hui, un des pays qui présente les taux d'inégalités sociales de mortalité et de santé les plus élevés en Europe occidentale, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Un taux qui, semblerait-il, n'a pas tendance à régresser ces dernières années, malgré une amélioration du niveau moyen de l'état de santé. D'après cette étude, « à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre » (DREES, 2015).

En effet, les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux et leur place dans la hiérarchie sociale, tel qu'estimé par Santé Publique France par le biais de l'échelle des professions, des revenus ou du niveau d'études.

Un autre aspect important dans le cadre du droit à la santé correspond au renoncement aux soins pour des raisons socio-économiques, qui demeure encore trop élevé en France. Ce fléau est d'autant plus présent chez les catégories les plus vulnérables de la population et ce, dû à des contraintes financières et à un manque de connaissance du système de santé. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, en 2014, « une personne sur quatre a déclaré avoir renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières ».

## Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé que l'on peut recenser correspondent, entre autres, à ceux-ci :

Ces déterminants sociaux sont généralement catégorisés selon deux groupes, soit les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires.

Les déterminants structurels sont ceux ayant un lien étroit avec le contexte politique et économique du pays. Ils exercent une influence importante sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, et de l'origine ethnique. On peut citer comme exemple la gouvernance, les politiques sociales, la culture, les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, etc.

Ces déterminants structurels ont également un impact sur ce qu'on appelle les déterminants intermédiaires qui, eux, renvoient aux « conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé » (La Santé de l'Homme, 2018). On peut citer comme exemple de ces déterminants intermédiaires, le cadre de vie, le logement, l'environnement physique du travail, la qualité du quartier, etc. On peut également évoquer les facteurs psychosociaux, notamment le stress causé par les conditions précaires de vie et de travail et les relations sociales ou encore le soutien social.

1. Tableaux de l'économie française, « Etrangers - Immigrés », INSEE référence, éditions 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277645?sommaire=4318291>

# COMPRENDRE ET ANALYSER

L'accès aux droits socio-sanitaires étant, aujourd'hui, un droit fondamental, toute personne doit être en mesure d'y accéder. Cependant, de nombreux facteurs pouvant venir entraver cet accès démontrent que des inégalités en matière de santé persistent de nos jours. Si nous nous intéressons particulièrement aux personnes âgées immigrées, c'est parce que cette population cumule divers déterminants sociaux freinant l'accès aux droits et aux professionnels/services/dispositifs de santé.

En 2018, parmi les 6,5 millions d'immigrés vivant en France, 34,1% sont âgés de plus de 55 ans<sup>1</sup>. En matière de santé, diverses études démontrent une plus grande fragilité physique et psychologique chez les seniors immigrés comparativement aux seniors nés en France. Dans ce contexte, il est primordial de comprendre à quelles problématiques les immigrés âgés sont confrontés pour pouvoir les accompagner au mieux dans leurs démarches d'accès aux droits/soins.

## Le droit à la santé

Tel qu'établi par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Lorsqu'on parle de droit à la santé, cela implique l'accès nécessaire à des « soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable ».



### La santé selon l'OMS

**La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.**

Conférence internationale sur la Santé, 1946

L'association médicale mondiale définit ce droit à la santé comme un droit global qui englobe non seulement « la prestation de soins de santé appropriés en temps opportuns », mais aussi différents paramètres périphériques, des facteurs déterminants de la santé tels que l'accès à des aliments sains en quantité suffisante, l'accès à de l'eau potable et salubre, le logement, l'hygiène du travail, du milieu, etc.

## Les inégalités d'accès à la santé

L'accès à ce droit reste pourtant inégalitaire et la France est, aujourd'hui, un des pays qui présente les taux d'inégalités sociales de mortalité et de santé les plus élevés en Europe occidentale, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Un taux qui, semblerait-il, n'a pas tendance à régresser ces dernières années, malgré une amélioration du niveau moyen de l'état de santé. D'après cette étude, « à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de sept ans à celle d'un cadre » (DREES, 2015).

En effet, les inégalités sociales de santé correspondent aux différences d'état de santé observées entre les groupes sociaux et leur place dans la hiérarchie sociale, tel qu'estimé par Santé Publique France par le biais de l'échelle des professions, des revenus ou du niveau d'études.

Un autre aspect important dans le cadre du droit à la santé correspond au renoncement aux soins pour des raisons socio-économiques, qui demeure encore trop élevé en France. Ce fléau est d'autant plus présent chez les catégories les plus vulnérables de la population et ce, dû à des contraintes financières et à un manque de connaissance du système de santé. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, en 2014, « une personne sur quatre a déclaré avoir renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières ».

## Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé que l'on peut recenser correspondent, entre autres, à ceux-ci :

Ces déterminants sociaux sont généralement catégorisés selon deux groupes, soit les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires.

Les déterminants structurels sont ceux ayant un lien étroit avec le contexte politique et économique du pays. Ils exercent une influence importante sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, et de l'origine ethnique. On peut citer comme exemple la gouvernance, les politiques sociales, la culture, les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, etc.

Ces déterminants structurels ont également un impact sur ce qu'on appelle les déterminants intermédiaires qui, eux, renvoient aux « conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé » (La Santé de l'Homme, 2018). On peut citer comme exemple de ces déterminants intermédiaires, le cadre de vie, le logement, l'environnement physique du travail, la qualité du quartier, etc. On peut également évoquer les facteurs psychosociaux, notamment le stress causé par les conditions précaires de vie et de travail et les relations sociales ou encore le soutien social.

1. Tableaux de l'économie française, « Etrangers - Immigrés », INSEE référence, éditions 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277645?sommaire=4318291>

## La santé des personnes âgées immigrées

A âge et profession identiques, on observe un moins bon état de santé chez les immigrés, notamment chez les personnes âgées issues de l'immigration, comparativement à la population née en France ainsi qu'un état de santé qui se dégrade plus vite (Couillot, 2016).

Ces premiers sont donc davantage sujets aux maladies chroniques et à la perte d'autonomie précoce. Ceci s'explique, en partie, par le cumul de divers déterminants sociaux défavorables à une bonne santé globale :

### CLASSE SOCIALE PLUS BASSE

Les personnes immigrées sont surreprésentées dans les classes populaires (ouvriers et employés).



**Le milieu social des immigrés varie énormément selon leur pays d'origine. Au total, les deux tiers des immigrés en emploi originaires du continent africain sont ouvriers ou employés (respectivement 32,3 % et 32,5 %). Près de 50 % des immigrés originaires de Turquie et 45 % de ceux venant du Portugal sont ouvriers, contre 4 % de ceux qui proviennent du Royaume-Uni.**

Observatoire des inégalités, 2020

Or, on observe dans cette tranche de la population les éléments suivants :

- ✖ Un vieillissement prématuré.
- ✖ Une moindre écoute du corps qui entraîne moins de pratiques préventives.
- ✖ Des ressources économiques plus faibles.
- ✖ Une plus grande méconnaissance ou incompréhension des procédures administratives.
- ✖ Une défiance plus importante envers le système médical.
- ✖ Une pratique plus courante de l'auto-soin.

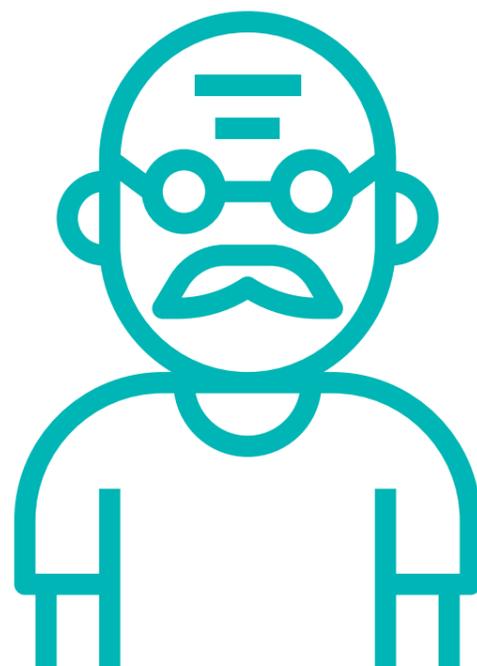
### L'ÂGE AVANCÉ

- ✖ Isolement social.
- ✖ Faibles ressources.
- ✖ Complexité des procédures qui tendent à se dématérialiser.

### L'IMPACT DE LA MIGRATION

- ✖ Moindre maîtrise de la langue.
- ✖ Discriminations liées à l'origine.
- ✖ Exposition à la violence selon le parcours d'exil.
- ✖ Séquelles psychologiques qui peuvent en découler.
- ✖ Procédures complexes selon le statut de la personne.
- ✖ Isolement plus important.
- ✖ Sentiment d'exclusion/repli sur soi qui peut altérer l'état de santé.
- ✖ Les seniors immigrés sont moins présents dans les logements adaptés du type EHPAD.

Ainsi, les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les seniors immigrés ne sont pas seulement liées à leur statut de migrant mais à l'addition de différents facteurs qui incluent la vieillesse et l'appartenance aux classes sociales défavorisées. Les caractéristiques spécifiques à leur parcours migratoire entravent d'autant plus l'accès aux soins et peuvent entraîner des ruptures de droits.



## Le non-recours aux droits et aux soins

La problématique du non-recours des populations en situation de précarité et éloignée du droit commun, est devenue une priorité des politiques publiques ces dernières années, on peut même dire qu'elle symbolise l'engagement des institutions dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013 par le Comité Interministériel de Lutte contre l'Exclusion mettait justement en avant la problématique du non-recours et déclarait en premier point vouloir « réduire les inégalités et prévenir les ruptures » en « luttant contre les non-recours aux droits et en sécurisant les aides ».

Le niveau de non-recours est très variable selon les prestations sociales, mais concernerait en 2016 d'après des études jusqu'à 60% des personnes en France. Le phénomène est étudié pour la première fois en France en 1973. La définition initiale du non-recours était: « toute personne éligible à une prestation sociale (financière), qui - en tout état de cause - ne la perçoit pas ».

L'Observatoire des non-recours aux droits et services, créé en mars 2003, propose une définition élargie du non-recours s'étendant au-delà du domaine restreint des prestations sociales :



**Le non-recours renvoie à toute personne qui -en tout état de cause -ne bénéficie pas d'une offre publique de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre.**

En effet, on constate que le non-recours dépasse des domaines où l'on peut clairement distinguer les personnes éligibles, comme c'est le cas avec les prestations sociales, qui définissent la population avec des critères d'éligibilité. D'après le responsable scientifique de l'Odenore :



**Le non-recours existe partout, simplement puisqu'aucune offre n'a de public contraint et captif. Il y a possibilité de non-recours dès lors qu'une offre s'adresse à un public**

Selon le baromètre de l'Odenore, 1 assuré sur 4 fréquentant les sites d'accueil de l'Assurance Maladie, déclare rencontrer des difficultés multiples pour se soigner. Ces difficultés peuvent entraîner le report des soins ou leur abandon total, pendant plusieurs mois voire parfois des années.

Les situations de non-recours interrogent de fait les effets et la pertinence de l'offre publique, et représentent un enjeu fondamental pour son évaluation. Ce phénomène recouvre 4 formes :

### 1 NON-RECOURS PAR NON-CONNAISSANCE

Il s'agit d'une personne éligible qui ne recourt pas à ses droits parce qu'elle ne les connaît pas, par manque d'information sur leur existence, leur mode d'accès ou incompréhension.

### 2 NON-RECOURS PAR NON-DEMANDE

C'est le cas d'une personne éligible et informée qui ne demande pas ses droits soit du fait de son désintérêt pour l'offre, du coût que représente l'accès à l'offre (complexité des formalités, difficultés d'accessibilité, reste à charge, etc.), du rejet de l'offre ou de ce qu'elle signifie (stigmatisation, etc.) ou encore de la honte de demander.

### 3 NON-RECOURS PAR NON-RÉCEPTION

On parle ici d'une personne éligible qui demande mais ne reçoit rien ou seulement une partie de l'offre, en raison de dysfonctionnements du service prestataire, d'inattention du demandeur aux procédures ou d'abandon du demandeur devant les complexités administratives.

### 4 NON-RECOURS PAR NON-PROPOSITION

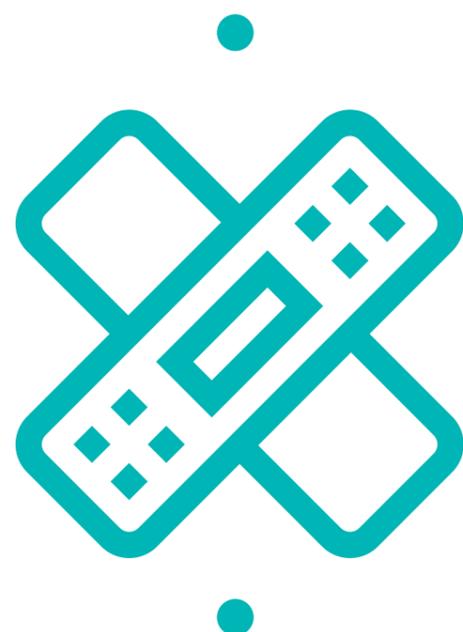
Il s'agit d'une personne éligible à qui les intermédiaires sociaux ne lui proposent pas ses droits en raison de leur manque d'information, d'une anticipation des effets de l'offre sur le bénéficiaire ou de représentations sur le bénéficiaire.

## Les dommages générés par le non-recours

Les dommages sanitaires et sociaux générés par le non-recours mettent en évidence le rôle essentiel de la prévention et de la promotion de la santé. Les coûts indirects sont particulièrement frappants en matière de soins.

On connaît avec certitude que les soins d'urgence et/ou de rattrapage de quelqu'un qui a renoncé à se soigner sont beaucoup plus importants pour le système de sécurité sociale. Par ailleurs, le non-recours souligne un certain enracinement des inégalités sociales et une surexposition des plus précaires.

Les travaux de l'Odenore démontrent des corrélations statistiques significatives entre non-recours et isolement social et relationnel, absence de responsabilité vis-à-vis d'autrui, mais aussi faibles apprentissages au sein de la famille ou expériences ratées / insatisfaisantes lors des parcours d'accès aux droits. On peut ainsi conclure que, plus une personne est « vulnérable » socialement, plus elle risque d'être en situation de non recours aux droits/soins.



Assurer l'accès à la santé de façon équitable et universelle est donc un enjeu crucial dans l'organisation des politiques publiques, mais aussi, pour la pratique de tous les acteurs du système de santé oeuvrant dans « le parcours de santé » d'une personne : les professionnels dans le secteur médical, social, mais aussi les administratifs, participant à l'accès à la santé globale d'un individu.

## Le rôle du médecin traitant

Plus spécifiquement, les médecins traitants, sont des témoins privilégiés des situations de renoncement aux soins.

Ces situations sont le plus souvent détectées à l'occasion d'une consultation, soit parce que le patient exprime un besoin de soins non réalisé ou parce que le professionnel de santé repère les signes d'un non-recours, d'un renoncement ou bien d'un report de soins.

Le médecin traitant joue un rôle essentiel en tant que 1<sup>er</sup> interlocuteur pour la santé.

### SES PRINCIPALES MISSIONS

- ✘ Assurer un 1<sup>er</sup> niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical.
- ✘ Orienter vers un spécialiste / dans le parcours de soins coordonnés.
- ✘ Gérer le dossier médical.
- ✘ Établir un protocole de soins pour une affection de longue durée.
- ✘ Assurer une prévention personnalisée.



### LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

- ✘ Mise en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.).
- ✘ Gestion du dossier médical, centralisation de toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de la personne.
- ✘ En cas d'ouverture d'un Dossier Médical Partagé (anciennement Dossier Médical Personnel), les professionnels de santé associés accèdent à l'ensemble des données intégrées.

### QUELQUES EXEMPLES DE LA PRÉVENTION PERSONNALISÉE

- ✘ Suivi de la vaccination.
- ✘ Examens de dépistage organisés.
- ✘ Aide à l'arrêt du tabac.
- ✘ Conseils santé en fonction du style de vie, de l'âge ou des antécédents personnels et familiaux, conseils en nutrition, etc..

# S'INFORMER ET S'OUTILLER

De la construction de la protection sociale à sa pleine effectivité La France est le pays européen qui consacre l'effort le plus important, en part de produit intérieur brut (PIB), à la protection sociale de ses habitants : en 2018, selon le compte provisoire de la protection sociale, les dépenses de protection sociale s'élèvent à 787,1 milliards d'euros, soit 33,5 % du PIB (Lecanu, 2019).

Depuis la création de la sécurité sociale en 1945, la France a étendu, complété, rénové son système de protection sociale dans l'objectif de prendre en compte au mieux la diversité des risques sociaux et celle des situations et parcours individuels. Dans un contexte démographique, social et économique évolutif, de nouvelles prestations ont été créées, certaines ont été remplacées, supprimées, fusionnées.

À partir des années 1970, avec le ralentissement économique, l'évolution du système de protection sociale se fait davantage selon une logique de « ciblage ». Afin de répondre avec des coûts limités à de nouveaux besoins, les prestations nouvelles sont en particulier de plus en plus souvent sous condition de ressources.

Pour parer aux déficits de couverture du système et accompagner le mouvement de développement « des droits à », des filets de sécurité réservés aux personnes les plus démunies et éloignées du droit commun sont ainsi mis en place. étrangères et les démarches liées à la retraite.

## L'évolution des dispositifs d'accès aux soins

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé 4 dispositifs d'accès aux soins, à savoir :

### 1 LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

Elle permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne, qui n'est pas déjà couverte et réside en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe.

### 2 LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMU-C)

C'est une complémentaire santé gratuite pour les personnes les plus démunies. Trois éléments sont pris en compte pour le calcul de la pension versée par le régime général de la Sécurité Sociale : le salaire annuel moyen, le taux, la durée d'assurance au régime général.

### 3 L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)

Elle offre, aux personnes en situation irrégulière ayant des ressources inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C, une assurance maladie de base et/ou complémentaire.

### 4 L'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

Elle est réservée aux personnes dont les ressources sont supérieures au plafond de la CMU-C.

La complémentaire santé solidaire (CSS) remplace depuis le 1er novembre 2019 la CMU-C, soit la couverture maladie universelle complémentaire et vise à faciliter l'accès aux soins médicaux pour les personnes disposant de revenus modestes. Depuis le 1er janvier 2016, la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) permet à toute personne résidant, de manière stable et régulière, ou ayant une activité professionnelle en France, de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux/de santé, etc.) dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale. La part complémentaire des soins, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

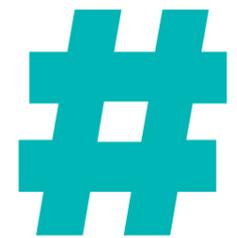
Enfin, d'autres aménagements réglementaires sont apparus : la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyant le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ; la loi de modernisation de notre système de santé confiant aux Ordres professionnels l'évaluation des refus de soins ; le décret relatif à la stratégie nationale de santé visant à agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

## Les permanences d'accès aux soins de santé

Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies est une priorité de santé publique. Les permanences d'accès aux soins de santé sont des dispositifs de prise en charge médico- sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Il s'agit de leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches.

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Elles sont implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie, etc.). Elles travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, Samu social, les centres de santé ou de vaccination, services municipaux de santé et centres communaux d'action sociale, centres spécialisés (hébergement, obésité, cancer, VIH, soins d'accompagnement et de prévention en addictologie); les services de protection maternelle et infantile et le planning familial ; les centres médico-psychologiques ; les ateliers santé ville ; des opérateurs privés (laboratoires, sociétés d'imagerie) ; des associations humanitaires, etc. Les missions des permanences d'accès aux soins de santé s'inscrivent au programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies du projet régional de santé.



# PROPOSER ET AGIR



## Préconisations

De nos échanges avec des professionnels/bénévoles, sont ressorties les préconisations suivantes :

- ✗ Meilleure identification des besoins spécifiques du public âgé immigré accompagné.
- ✗ Mise en place d'actions d'information et de sensibilisation de proximité.
- ✗ Adaptation des professionnels à la situation d'interculturalité.
- ✗ Amélioration de la visibilité des dispositifs existants.
- ✗ Promotion du travail en réseau entre professionnels.
- ✗ Implication des différents acteurs pour mettre en place des dynamiques partenariales de proximité pour l'accès aux soins et à la prévention des personnes âgées immigrées : réseau de veille, d'alerte et de déblocage des situations, de coordination et de mutualisation des moyens.

## Ressources en lignes

### ANNUAIRE DES PASS (PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ)

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/precaires-annuaire-des-pass-et-outils-daccompagnement>

### GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRÉCAIRES

[https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Precarite\\_guide\\_campements\\_07\\_2016.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Precarite_guide_campements_07_2016.pdf)

### GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS, SOINS ET ACCOMPAGNEMENT DU COMEDE

[http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide\\_2015.pdf](http://www.comede.org/wp-content/uploads/2018/11/Guide_2015.pdf)

### LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE (PUMA)

Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ?

### L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME)

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

### LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE CSS

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1002>

Ce document a été réalisé avec le soutien du Fonds Asile Migration Intégration (FAMI), de la Conférence des Financeurs de la Seine-Saint-Denis (93) et de la Direction Départementale de la Cohésion sociale de Seine-Saint-Denis (93).

