

Article 64 de la LFSS

Contribution du CNCPH

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 prévoit la remise au Parlement d'un rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et 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 ».

Le CNCPH propose **9** actions prioritaires dans le cadre de ce rapport.

9 actions pour une application effective qui devraient concourir à rendre accessible le système de santé dans son ensemble aux personnes en situation de handicap selon le principe d'accessibilité et de conception universelle pour un parcours de santé sans rupture :

1. Mise en place **de dispositifs d'appui aux soins spécifiques** en lien avec les PTA :

- sur des territoires infra départementaux (ex bassin d'attraction de l'établissement de santé) ;
- avec une gouvernance du dispositif mixte médico-social et sanitaire par convention.

Et comprenant :

- du personnel infirmier mis à la disposition des établissements de santé, dédié à la coordination du parcours intra et peri-hospitalier faisant le lien avec le domicile personnel ou médico-social ;
- un référent ou personne ressource pour les personnes confrontées à une problématique d'accès aux soins (y compris kinés, infirmiers, dentistes, ...).
- du soutien de tous les acteurs :
 - équipes soignantes : Facilitation des relations avec personnes handicapées et familles ;
 - familles et personnes handicapées : Orientation, soutien, information, accès aux droits ;
 - médico-social.

- une coordination des acteurs (libéraux - hospitaliers / sanitaires / médico-sociaux) :
 - garantir les parcours de soins ;
 - garantir l'accès aux soins ;
 - orienter vers les consultations spécialisées si nécessaire ;
 - aider à la mise en accessibilité des consultations.
- des actions de sensibilisation et formation de l'ensemble des acteurs aux différents types de handicap.
- des médiateurs en santé (équipes mobiles) qui peuvent se déplacer afin d'aider à la réalisation de la consultation, intégrant des médiateurs en santé pair.

2. Droit à l'accompagnement par l'entourage familial ou amical mais aussi par des aidants professionnels à partir du moment où cela est le souhait de la personne

- a. Accès dans tout le parcours de santé y compris les plateaux techniques.
- b. Possibilité aux services médico-sociaux d'assurer le même accompagnement à l'hôpital que celui qu'ils réalisent à domicile.

3. Consultations dédiées

Ce nouveau dispositif doit être évalué car les structures sont très hétérogènes

4. Intégrer dans le manuel de certification des établissements de santé les recommandations du guide de la HAS relative à l'accueil des personnes en situation de handicap en établissements de santé.

5. Prise en compte du handicap dans le forfait de soins, en reconnaissant les contraintes supplémentaires des professionnels. Prévoir une majoration forfaitaire des consultations médicales et paramédicales : la majoration peut ne pas être prévue à chaque consultation, elle est laissée à l'appréciation des médecins et des paramédicaux. La majoration doit être prise en compte dans son intégralité par l'assurance maladie afin d'éviter un reste à charge pour les personnes. Mettre en œuvre un « Zéro reste à charge » (dentaire, ophtalmologie, audition) adapté aux consultations et interventions médicales à destination des personnes en situation de handicap prenant en compte des interventions spécifiques nécessaires à la réalisation des soins (MEOPA et anesthésie générale). Afin d'identifier les personnes bénéficiant de cette majoration de consultation, seraient prises en compte les personnes avec une ALD, une invalidité ou une reconnaissance du handicap par les MDPH.

6. Apporter une clarification réglementaire de l'article R314-122 du Code de l'action sociale et des familles qui vient préciser au 2° du I par :

« Ces soins ne peuvent être assurés par l'établissement ou le service, notamment au regard de son budget, de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière en raison de leur intensité ou de leur technicité,

L'intérêt thérapeutique justifie le maintien d'un suivi libéral déjà existant ou le choix d'un praticien à proximité du domicile.

Les soins prescrits par un médecin extérieur à l'établissement ou au service ne sauraient être imputés sur le budget de celui-ci. » et un accompagnement des CPAM par la CNAMTS pour une application homogène sur les territoires.

Explication : le flou des textes réglementaires sur la prise en charge des soins complémentaires pour les personnes accueillies en ESMS et leur mauvaise application par les caisses primaires d'assurance maladie conduisent à des défauts, voire à des ruptures de prise en charge médicale des personnes en situation de handicap. Ainsi la situation des enfants accueillis au sein des CAMSP illustre bien ce non-sens : sur certains territoires, la sécurité sociale refuse de plus en plus de rembourser l'accompagnement par des professionnels de santé libéraux d'enfants suivis par un CAMSP considérant que cet accompagnement est compris dans le financement du CAMSP (alors même que les moyens alloués au CAMSP ne prévoient pas cette prise en charge). Cette position a pour conséquence le fait que de nombreux professionnels de santé libéraux (orthophonistes notamment) refusent de prendre en charge des enfants dès lors qu'ils sont orientés en CAMSP par crainte d'être placés en porte à faux vis-à-vis de la sécurité sociale.

Si les CAMSP sont particulièrement impactés par cette dérive, d'autres établissements et services rencontrent de plus en plus des difficultés similaires.

Pourtant loin de constituer une double prise en charge (puisque les budgets des ESMS sont prévus en conséquence), la bonne application des textes sur les frais complémentaires doit permettre un suivi adapté à la situation des personnes, notamment grâce à la collaboration entre les services spécialisés et les professionnels libéraux.

Le rapport du défenseur des droits sur les droits de l'enfant en 2017¹ recommande ainsi « d'assurer la prise en charge intégrale des frais afférents au suivi médical des enfants handicapés, y compris lorsqu'il est effectué en externe au service ou à la structure d'accueil ».

7. Mettre en place une continuité des soins au sein des MAS et des FAM (IDE 24h/24 et un temps médical de coordination) ainsi qu'un temps d'IDE consacré à la prévention dans les foyers d'hébergement et foyers de vie.

8. Rendre lisibles et accessibles les contrats de mutuelle et permettre de choisir son panier de soins, non pas en fonction de son âge, mais de ses besoins ;

9. Imposer aux compagnies de transport sanitaire d'être dotées d'un véhicule TPMP qu'elles utiliseraient pour le transport d'une personne en situation de handicap, à partir d'un bon de transport assurance maladie ou assurer une prise en charge par l'assurance maladie de transports en TPMP bien que le véhicule soit affrété par une société « non sanitaire » via des conventions entre CPAM et transporteurs généralisées sur le territoire.

Les personnes en situation de handicap utilisant un fauteuil roulant, notamment électrique (non pliable), sont très pénalisées dans l'utilisation et la prise en charge par l'assurance maladie des moyens de transports sanitaires. Les moyens de transport pris en charge ne sont pas adaptés :

- VSL impossible à utiliser faute de pouvoir réaliser le transfert et/ou l'installation sur un siège de voiture ordinaire ;
- Ambulance obligeant à un transport couché inutile pour la personne et inutilement coûteux pour l'assurance maladie.

Bien entendu s'ajoutent à ces propositions celles figurant dans le document annexé concernant les actes et gestes de soins à domicile.