

Par contre, pour une hospitalisation qui ne relève pas de l'urgence ou pour des soins programmés en consultation externe, l'hôpital peut demander les cartes d'assuré social ou d'aide médicale ou à défaut une provision en application de l'article R 716-9-1 du Code de la santé publique. Ce préalable ne devrait pas constituer un obstacle pour les personnes résidentes en France en situation régulière qui ont le droit aux prestations de l'assurance maladie (régime obligatoire ou assurance personnelle) ou à l'aide médicale. Il en est de même pour les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière qui, si elles remplissent la condition de résidence et de revenu, peuvent prétendre aux prestations de l'aide médicale, prestations limitées aux soins délivrés et aux médicaments prescrits par l'hôpital si ces personnes sont résidentes en France depuis moins de trois ans.

Cette description rapide du droit positif conduit à deux conclusions principales. D'une part, toute personne qui a recours à l'hôpital est examinée et reçoit les soins que nécessite son état. D'autre part, toute personne résidant en France qui a fait valoir ses droits, doit pouvoir accéder à tous les soins hospitaliers sans que sa situation sociale ou financière constitue un barrage.

Les obstacles d'accès à l'hôpital

Le phénomène de l'exclusion, le développement de la précarité et la complexité des démarches administratives ont montré que cet accès n'était pas aussi évident dans les faits qu'à la lecture des textes.

Il existe plusieurs facteurs d'inégalité d'accès aux soins hospitaliers qui battent en brèche ce principe.

Le premier de ces facteurs réside dans le comportement des personnes en situation de grande pauvreté qui, pour la plupart, ont perdu tout réflexe de recours aux soins. La diminution des soins de médecine générale en consultation externe et la difficulté d'accès à des soins spécialisés sans l'orientation d'un généraliste ont accentué ce phénomène. Geneviève Barrier a ainsi montré le nombre important d'exclus accédant à la médecine uniquement par les urgences dans un état catastrophique alors qu'ils auraient pu être soignés beaucoup plus tôt en soins ambulatoires.

Tuberculose et précarité

De tout temps, tuberculose et pauvreté ont été associées. L'amélioration des conditions de vie a pesé pour beaucoup dans la décroissance de la maladie. La récente recrudescence de la maladie est sans doute en partie attribuable à l'infection à VIH, mais la dégradation des conditions socio-économiques y joue également un rôle. La concentration urbaine avec tous les problèmes de pauvreté et de promiscuité qui y sont liés est reconnue comme un facteur favorisant de la tuberculose. Aux États-Unis et en Grande-Bretagne, des enquêtes ont mis en évidence l'augmentation de la maladie dans les couches les plus défavorisées de la population et en particulier chez les sans-abri. En France, on ne connaît pas la fréquence de la tuberculose chez les personnes sans domicile fixe. Mais la tuberculose touche surtout les départements à forte concentration urbaine comme Paris, les Bouches-du-Rhône, le Nord-Pas-de-Calais. Paris présente les taux les plus forts de tuberculose, avec une incidence très élevée dans les quartiers défavorisés du nord-est de la capitale (BEH n°40/94). Les deux tiers des cas de tuberculose déclarés chez des personnes sans domicile fixe concernent les Bouches-du-Rhône et la région Île-de-France. Pour améliorer le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes en situation précaire, les dispensaires ont été autorisés par la loi du 18 janvier 1994 à assurer gratuitement le suivi médical et la délivrance des médicaments antituberculeux. La circulaire du 4 mai 1995 a défini les grandes orientations de la lutte contre la tuberculose. Les services départementaux sont chargés d'organiser des dépistages dans des populations exposées telles que celles qui sont accueillies dans des centres de réinsertion et de réadaptation sociale, foyers pour migrants et établissements pénitentiaires. Pour éviter la contamination d'autres personnes, tout cas de tuberculose contagieuse doit faire l'objet d'une enquête dans l'entourage du malade, surtout s'il vit en collectivité. Enfin la tuberculose devrait avoir sa place dans le schéma départemental d'accès aux soins des personnes les plus démunies.

► Pr Geneviève Barrier, *La prise en charge effective des urgences médicales*, Rapport au Premier ministre sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, septembre 1994.

L'ignorance ou la méconnaissance des droits, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures constituent une seconde cause de l'inégalité d'accès aux soins.

Un troisième facteur est d'origine financière. La demande d'une provision pour accéder à une