



EHESP

Elèves directeurs d'hôpital

Promotion : **2018 – 2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

Le circuit administratif et financier des patients sans couverture sociale au centre hospitalier de Saint-Denis. Un exemple de prise en charge des patients précaires à l'hôpital public.

Mailys DE FOURNOUX

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des équipes du centre hospitalier de Saint-Denis qui, par leur travail quotidien et les valeurs professionnelles qu'elles portent, contribuent à la bonne marche de l'établissement. Je tiens également à remercier Jean Pinson, directeur du centre hospitalier de Saint-Denis qui, par sa volonté de travailler à nouveau sur la précarité des patients de l'établissement, m'a permis d'en explorer une des dimensions. Je tiens également à le remercier pour la confiance qu'il m'accorde à l'issue de ce stage de direction.

Je tiens tout particulièrement à remercier Yohann Mourier, mon maître de stage, adjoint du directeur et directeur en charge des finances, qui a su m'orienter dans la construction et la rédaction de ce mémoire ; ainsi que Caroline Barbereau, responsable du service social et Patricia Lecourt, responsable des recettes et du circuit patient, qui ont mis leur expertise à mon niveau et répondu à mes nombreuses questions sur les patients sans couverture sociale au centre hospitalier de Saint-Denis.

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes, en premier lieu le Docteur Lhote, président de la commission médicale d'établissement, les médecins chefs de service et responsables d'unité, les différents responsables de la direction des finances et tous les acteurs des structures dionysiennes rencontrés (Ville de Saint-Denis, Médecins du Monde, etc.) qui ont bien voulu me présenter leur vision du rôle de l'hôpital dans la prise en charge des patients précaires, leurs missions quotidiennes et m'apporter toutes les informations nécessaires à la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes, trop nombreuses pour être citées ici, qui ont contribué à rendre ce stage de direction si agréable et enrichissant.

Sommaire

Introduction	1
1 Le nombre croissant de patients en dehors du régime d'Assurance maladie obligatoire vient perturber le fonctionnement d'une chaîne accueil – facturation – recouvrement jusqu'alors performante	9
1.1 Les patients du CHSD connaissent des difficultés d'accès aux dispositifs de couverture sociale du fait de règles plus restrictives qu'auparavant	9
1.1.1 Les évolutions législatives et réglementaires récentes réduisent les possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie	9
1.1.2 La part des patients du CHSD en dehors du régime d'Assurance maladie obligatoire ne cesse d'augmenter	13
1.2 Face aux difficultés rencontrées, les organisations innovantes du CHSD en matière d'ouverture de droits, de facturation et de recouvrement des patients précaires nécessitent une actualisation	16
1.2.1 Le partenariat avec la CPAM 93, qui permet une ouverture de droits facilitée pour les patients du CHSD, montre ses limites	16
1.2.2 Le programme ORFEH, inspiré de l'organisation de la facturation et du recouvrement mise en place au CHSD, nécessite d'être actualisé face à un non-recouvrement persistant des créances	18
2 Le circuit d'accueil, de facturation et de recouvrement des patients non couverts par l'Assurance maladie, notamment les patients étrangers inactifs, présente des risques financiers nouveaux pour le CHSD	21
2.1 Les nouveaux périmètres de couverture sociale entraînent une couverture moindre des patients étrangers	23
2.1.1 Les étrangers en situation irrégulière peuvent normalement demander l'allocation l'AME à partir de trois mois de présence sur le territoire et le remboursement des soins non couverts par le dispositif des SUV	23
2.1.2 Les étrangers en séjour régulier et temporaire sont payants en l'absence d'une assurance maladie publique ou privée dans leur pays d'origine	24
2.1.3 L'affiliation des ressortissants communautaires inactifs est complexe, du fait de la recherche préalable d'une assurance maladie dans le pays d'origine et l'examen particulier du droit au séjour par le CREIC	26

2.1.4	Pour les étrangers non européens, l'expiration du droit au séjour entraîne la perte d'affiliation à l'Assurance maladie	29
2.2	Les différents circuits d'ouverture de droits en vigueur sont devenus moins fluides et leur issue plus incertaine	29
2.2.1	Les circuits d'ouverture de droits à la PUMA et la CMU-C entraînent souvent une date d'affiliation postérieure à celle des soins	30
2.2.2	Le circuit d'ouverture de droits à l'AME en rend compliqué l'accès par l'exigence d'un délai de trois mois sur le territoire et des pièces justificatives afférentes	31
2.2.3	De la même manière, le bénéfice du dispositif des SUV est rendu compliqué par le circuit de demande en lui-même	32
2.2.4	L'ouverture des droits des ressortissants communautaires inactifs est longtemps restée bloquée par l'exigence d'un formulaire retraçant les droits à l'assurance maladie dans le pays de provenance, que les patients du CHSD ne sont pas en mesure de fournir	33
2.3	La facturation et le recouvrement des patients sans droits ouverts à l'Assurance maladie font apparaître des risques financiers nouveaux	34
2.3.1	Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient 100% payant est déjà très performant et mais la reconnaissance de la créance comme irrécouvrable est trop tardive	34
2.3.2	Le circuit d'admission et de facturation d'un patient sans droits ouverts à l'Assurance maladie fait apparaître un suivi global satisfaisant de ces patients mais présente des risques nouveaux	37
2.3.3	Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient arrivé au CHSD sans droits ouverts à l'Assurance maladie et dont l'ouverture de droits est tardive fait apparaître un manque à gagner financier encore difficile à évaluer	38
3	L'analyse de ces risques financiers nouveaux permet à l'établissement d'établir un plan d'action priorisé en interne et en externe	40
3.1	L'analyse des risques financiers permet à l'établissement d'agir en priorité sur les risques nouveaux et maîtrisables	40
3.1.1	L'ouverture de droits des patients pourrait faire l'objet d'un suivi plus ciblé afin de tirer parti au mieux des règles d'affiliation à l'Assurance maladie en vigueur	41
3.1.2	La facturation des séjours des patients dont l'ouverture de droits a été bloquée suppose une grande vigilance vis-à-vis du délai de forclusion des factures adressées au patient et une action correctrice de la part de la CPAM.....	42

3.2	L'organisation du service social et sa jonction avec le bureau des admissions pour les patients en cours d'ouverture de droits pourraient être améliorées.....	42
3.2.1	Au moment de l'accueil administratif, instaurer une première évaluation de l'affiliation à l'Assurance maladie du patient	42
3.2.2	Au sein du service social, une organisation en filière afin de permettre le suivi continu du patient.....	43
3.2.3	Un suivi particulier des patients représentant un fort enjeu financier par le service social et celui chargé des recettes.....	43
3.3	Le renforcement et le développement des partenariats avec les acteurs locaux visent à garantir une ouverture de droits fluide.....	43
3.3.1	Proposer une nouvelle convention avec la CPAM 93 afin de s'accorder sur les pièces justificatives admises et les délais d'instruction.....	43
3.3.2	Permettre un suivi du remboursement des soins urgents et vitaux par un partenariat <i>a minima</i> avec la CPAM 75	44
3.4	L'établissement peut également anticiper des évolutions normatives potentiellement défavorables et proposer des pistes d'amélioration.....	44
3.4.1	Le regroupement des CPAM chargées de l'instruction des demandes d'AME, sur le modèle du CREIC, laisse présager un allongement des délais d'instruction ...	44
3.4.2	Les modalités de la fusion à venir de la CMU-C et de l'ACS sont à suivre afin d'éviter que la couverture de la part complémentaire soit systématiquement postérieure à celle de soins	45
3.4.3	Une réforme de l'aide médicale d'Etat, jugée trop généreuse, semble être envisagée à nouveau	45
3.4.4	En tout état de cause, l'ouverture de droits pourrait être simplifiée par la suppression de certaines étapes d'instruction	45
	Conclusion	47
	Bibliographie	49
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACE : Actes et consultations externes
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AME : Aide médicale d'Etat
ANV : Admission en non-valeur
ARS : Agence régionale de santé
CASO : Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CEAM : Carte européenne d'assurance maladie
CHSD : Centre hospitalier de Saint-Denis
CMU : Couverture maladie universelle
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPAM 75 : Caisse primaire d'assurance maladie de Paris
CPAM 93 : Caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis
CREIC : Centre des ressortissants européens inactifs CMUistes
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DMS : Durée moyenne de séjour
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
EEE : Espace économique européen
ETP : Equivalent temps plein
GHS : Groupes homogènes de séjour
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIG : Mission d'intérêt général
Odenore : Observatoire des non-recours aux droits et services
ORFEH : Optimisation du recouvrement et de la facturation en établissement hospitalier
PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
PUMA : Protection universelle maladie
RAC : Reste à charge
SUV : Soins urgents et vitaux
TP : Trésor public
UE : Union européenne

Introduction

Le centre hospitalier de Saint-Denis (CHSD) tire sa spécificité de l'extrême pauvreté de la population présente sur son territoire. La population habitant dans un rayon de cinq km autour de l'hôpital et qui en constitue 75% des séjours est qualifiée de très précaire selon les critères de l'INSEE¹.

La notion de précarité a peu à peu remplacé celle de pauvreté pour désigner la situation des personnes cumulant les difficultés économiques et sociales. A partir des années 1990, les sciences sociales ont complété la notion strictement économique de pauvreté par celle plus large de précarité. En France, une personne est considérée comme pauvre si elle vit en-dessous du seuil de pauvreté monétaire, défini à hauteur de 60% du revenu médian de la population, soit 1015 euros par mois pour une personne seule². La définition fondatrice de la précarité est celle donnée par Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde, en 1987 : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. [...] Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible*³ ». Cette définition subjective, traduisant un ensemble d'insécurités pouvant conduire à une situation d'exclusion sociale, a été reprise et en partie objectivée par les pouvoirs publics quand ils se sont saisis du sujet. Ainsi, la précarité est entendue comme étant « *un processus – éventuellement réversible – où le cumul de handicaps économiques et sociaux, de difficultés des conditions de vie et ruptures biographiques de tous ordres est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible*⁴ ».

La précarité de la population se mesure alors à l'aune d'indicateurs concernant l'emploi, le revenu, le logement, l'éducation, la santé, l'intégration, les liens familiaux et sociaux. Tous ces indicateurs traduisant les conditions de vie plus ou

¹ *Etude économétrique Centre hospitalier de Saint-Denis, Veltys et ARS Île-de-France, 2015.*

² Chiffres 2015, « Niveaux de vie – pauvreté » in *Tableaux de l'économie française*, INSEE Référence, édition 2018, p.64.

³ « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », avis du Conseil économique et social du 11 février 1987, cité in Michel MARIC et al., *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*, DREES, Etudes et recherches, n°81, novembre 2008, pp. 19-20

⁴ Jaques LEBAS, *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital : document de synthèse remis à Madame le ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé*, La documentation française, février 1998, p.1

moins précaires d'une population sont notoirement dégradés en Seine-Saint-Denis et plus particulièrement dans les communes à proximité du centre hospitalier de Saint-Denis, ainsi que de celui de Gonesse⁵, qui composent tous deux le GHT Plaine de France. Les revenus médians disponibles par unité de consommation des communes à proximité de l'hôpital sont les plus faibles d'Île-de-France. Ils s'élèvent à 14 340 euros par an à Saint-Denis et 13 039 euros à Aubervilliers, contre 22 639 euros en moyenne dans la région Île-de-France⁶. Ces communes, parmi les plus pauvres des communes franciliennes⁷, sont caractérisées par de très fortes concentrations de logements sociaux (45% contre 23% en Île-de-France), qui représentent plus de 70% du parc locatif, et de familles monoparentales (15,8% contre 10,7% en moyenne en Île-de-France)⁸. La population immigrée représente plus du tiers de la population dans ces communes et a augmenté de neuf points ces dernières années⁹. Le taux de chômage de la ville de Saint-Denis est de 23,30%¹⁰, celui de logements privés potentiellement indignes de 20%¹¹. Enfin, l'indice de développement humain (IDH), indicateur de développement d'un pays compris entre 0 et 1 et construit à partir de trois dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie de la population, était de 0,25 à la Courneuve, 0,26 à Saint-Denis et Aubervilliers, 0,27 à Bobigny et 0,28 à Stains en 2011, plaçant ces communes aux niveaux de développement humain les plus faibles d'Île-de-France¹². **La population de Seine-Saint-Denis et notamment celle dans l'environnement immédiat de l'hôpital et constituant sa patientèle cumule donc de multiples difficultés de conditions de vie, qui n'ont cessé de s'accroître depuis plusieurs années.**

Cette précarité se traduit au quotidien par des barrières dans l'accès aux soins, largement explorées dans la littérature scientifique et au quotidien par les professionnels. **Ainsi, cette population précaire devient une patientèle précaire** qui se distingue par un recours plus tardif aux soins, une prise en charge des pathologies à un stade plus avancé

⁵ Les communes de Villiers-le-Bel, Sarcelles et Garges-lès-Gonesse ont respectivement un revenu médian disponible par unité de consommation de 14 323 euros, 14 911 euros et 13 846 euros par an (Source : *Carte : revenu médian disponible par unité de consommation au sein des communes de l'échantillon*, élaborée à partir des données INSEE 2015 in Cour des comptes, « Les communes défavorisées d'Île-de-France : des difficultés structurelles appelant des réformes d'ampleur », *Rapport public annuel*, février 2019, pp. 280-281)

⁶ *Carte : revenu médian disponible par unité de consommation au sein des communes de l'échantillon*, élaborée à partir des données INSEE 2015 in Cour des comptes, « Les communes défavorisées d'Île-de-France : des difficultés structurelles appelant des réformes d'ampleur », *Rapport public annuel*, février 2019, pp. 280-281

⁷ Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France, *Gentrification et paupérisation au cœur de l'Île-de-France, évolutions 2001 – 2015*, mai 2019.

⁸ Ibid., p.26.

⁹ Ibid., pp. 37-41

¹⁰ Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2016. Par comparaison celui de la France est de 14,1%. Source : Commune de Saint-Denis, *Comparateur de territoire INSEE*, paru le 9 août 2019.

¹¹ Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France, *L'habitat indigne et dégradé en Île-de-France. Etat des lieux des enjeux et des politiques*, novembre 2018, p.21

¹² Iuli Nascimento (dir. Christian Tibault), « L'IDH-2 : un outil d'évaluation du développement humain en Île-de-France », *Institut d'aménagement et d'urbanisme*, Note rapide, n°656, mai 2014,

et une littératie en santé plus faible. Cette notion anglo-saxonne, proche de l'alphabétisme, désigne la capacité d'un individu à accéder aux informations permettant de maintenir ou de favoriser une bonne santé et à les utiliser. Outre la barrière de la langue pour une patientèle étrangère, cette faible littératie se traduit au quotidien par un renoncement face à un parcours de soins jugé complexe et par des demandes de soins multiples et difficilement formulées. La prise en charge des patients précaires est ainsi souvent longue, compliquée et le suivi des soins avec la médecine de ville difficilement assuré. Au quotidien, les médecins chefs des services du CHSD interviewés dans le cadre de ce mémoire définissent **les patients précaires comme ceux étant les plus démunis, sans ressources d'activité, dépourvus de liens familiaux ou sociaux, et vivant dans des conditions indignes** (logement insalubre, bidonville, logement chez des tiers ou absence de logement). Ces patients – femmes seules et sans solution d'hébergement, personnes sans domicile fixe, étrangers récemment arrivés sur le territoire – représentent tous des **situations complexes et pour lesquels la prise en charge socio-administrative représente un effort notable**. La prise en compte de la situation sociale du patient comme faisant partie intégrante ou non du soin fait l'objet de débats importants au sein de la communauté médicale. Pour certains, la prise en charge médicale à l'hôpital public se limite au besoin en soins de l'individu. Pour d'autres, les conditions de vie de l'individu font partie intégrante du soin et il appartient au personnel hospitalier de rechercher des solutions, notamment d'hébergement, pour répondre aux besoins de santé des patients. Cette dernière vision renvoie au concept de « médecine sociale », qui se définit comme une médecine inclusive, qui cherche à comprendre les effets des conditions socio-économiques des patients sur leur santé¹³.

Le CHSD, seul établissement public de santé d'un territoire de 430 000 habitants, Plaine Commune, est donc un hôpital de proximité pour la population et développe des prises en charge spécialisées pour répondre aux besoins de celle-ci (diabète, maladies infectieuses et respiratoires, etc.). En 2018, l'établissement a enregistré 112 906 passages aux urgences, 144 389 consultations externes et 35 344 séjours de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), dont 4 420 naissances¹⁴. **Au niveau de l'établissement, les effets connus de la précarité sont les suivants : allongement des durées moyennes de séjour (DMS) du fait de sorties plus tardives et difficiles, surcoûts de gestion liés à l'allongement de la prise en charge et moindres recettes** à cause d'une couverture sociale partielle ou nulle des patients qui génère un risque de recouvrement plus important. Au CHSD, ces effets sont estimés à un million d'euros pour les surcoûts de

¹³ Définition donnée lors du colloque CNAM et Odenore, « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Odenore », 6 et 7 juin 2019.

¹⁴ *Chiffres de présentation générale de l'établissement*, 2019.

gestion, un million d'euros pour les pertes de recettes à travers les admissions en non-valeur et globalement une performance moindre des parcours de soins¹⁵. Ils sont compensés par une enveloppe versée par l'Etat au titre de la mission d'intérêt général (MIG) précarité et, depuis 2012, par une enveloppe complémentaire versée par l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France. Si les patients considérés comme précaires représentent plus de 13% du volume total des séjours et en nombre absolu plus de 7000 séjours, l'établissement est éligible à ce financement. Cela concerne les patients bénéficiant des soins urgents et vitaux (SUV), de l'aide médicale d'Etat (AME), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Les établissements de santé avec un taux de séjours précaires particulièrement important, comme c'est le cas à Saint-Denis avec plus de 30% de séjours précaires en 2018, reçoivent une enveloppe complémentaire. **Le CHSD a ainsi reçu une aide au titre de la MIG précarité de 2,5 millions d'euros en 2018.**

La prise en charge des patients précaires fait partie des missions de l'hôpital public, au titre de l'égal accès aux soins de la population. La loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions a ouvert la possibilité de créer des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des établissements de santé. Ces structures, sans être présentes dans tous les centres hospitaliers ni homogènes dans leur mode de fonctionnement, ont pour mission de permettre l'accès à une prise en charge médicale et sociale dédiée pour des personnes ayant des difficultés d'accès aux soins, du fait d'un défaut de couverture sociale, de conditions de vie dégradées ou de difficultés financières. Il s'agit notamment de faciliter l'accès aux soins des populations démunies par des consultations de médecine générale ou dentaire et d'accompagner les demandeurs dans la reconnaissance de leurs droits¹⁶. La PASS du CHSD accompagne ainsi près de 3000 patients chaque année, qui s'ajoutent aux 6000 patients vus chaque année par les assistantes sociales dans le cadre des missions habituelles du service social auprès des patients hospitalisés. Le financement est issu d'une enveloppe dédiée, au titre de la MIG PASS, et s'élève à environ 500 000 euros par an.

Le CHSD, afin de réaliser sa mission d'accès à des soins de qualité pour tous, a adapté ses organisations, notamment les services chargés des admissions et des recettes et le service social, réunis au sein de la direction des finances, **afin d'optimiser le circuit administratif et social de sa patientèle précaire**. Ainsi, le CHSD se distingue par un service social très important avec 25 équivalents temps plein (ETP) d'assistantes

¹⁵ Note de la direction générale du CHSD au directeur général de l'ARS Île-de-France, *Demande relative à la prise en compte des impacts de la précarité dans la gestion du centre hospitalier de Saint-Denis*, 5 décembre 2016.

¹⁶ « Les permanences d'accès aux soins de santé », site internet de l'ARS, article du 20 février 2017.

sociales, un partenariat avec la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis (CPAM 93) pour faciliter l'instruction des demandes d'ouverture de droits à la protection maladie. Trois PASS (générale, maternité, bucco-dentaire) ont été mises en place et dotées de la possibilité de domicilier administrativement les patients au CHSD afin de les soutenir dans leurs démarches. **En 2015, la direction des finances du CHSD a entrepris de formaliser l'ensemble des dispositifs existants et de mettre en évidence le surcoût généré par la précarité des patients.** Cela s'est traduit par deux études, menées avec l'appui de l'ARS Île-de-France. La première est le programme d'optimisation du recouvrement et de la facturation en établissement hospitalier (ORFEH), qui vise à développer une chaîne admission – facturation – recouvrement adaptée aux risques de recouvrement présentés par une patientèle précaire. La deuxième est une étude économétrique de la précarité du bassin de population de l'hôpital qui a contribué à un aménagement du financement de la MIG précarité au niveau régional, celle-ci intégrant mieux les facteurs de pertes de recettes (précarité qualifiée de « socio-économique », celle du bassin de population) pour les hôpitaux. Aujourd'hui, le centre hospitalier de Saint-Denis présente, parmi les établissements publics de santé franciliens situés sur des territoires défavorisés, un savoir-faire reconnu pour l'admission, la facturation et le recouvrement de la patientèle précaire.

Cependant, l'hôpital connaît depuis deux ans des difficultés croissantes à recouvrer les recettes liées aux séjours et aux actes et consultations externes (ACE) de sa patientèle précaire. Dans les années 2010, le changement de mode de facturation de l'AME et des SUV, passant d'un tarif journalier de prestation à un ajustement sur le prix des groupes homogènes de séjour (GHS) avec un coefficient de valorisation jugé insuffisant, a entraîné un manque à gagner de trois millions d'euros sur l'année 2015¹⁷. Ce constat a conduit l'hôpital à mener une campagne d'objectivation de la précarité par les deux études présentées ci-dessus. Depuis 2016, la refonte des dispositifs de couverture maladie de base au sein d'un régime unique appelé Protection universelle maladie (PUMA) a entraîné des **difficultés nouvelles pour l'accès aux droits et aux soins de la population étrangère inactive, qui représente une part importante des patients du CHSD.** Les obstacles dans l'accès droits et aux soins induits par la réforme ont été dénoncés par le Défenseur des droits dans son rapport *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, publié en mai 2019.

Au CHSD, trois effets négatifs principaux sont à relever. Tout d'abord, l'application des textes entraîne une **date d'ouverture des droits ultérieure à celle des**

¹⁷ Note de contexte centre hospitalier de Saint-Denis, réunion DGOS – ARS – CHSD, 27 novembre 2015.

soins, pour les patients arrivés à l'hôpital sans droits ouverts. Cet effet s'est particulièrement fait ressentir en 2017 et a été partiellement corrigé depuis dans le cadre du partenariat avec la CPAM 93. Ensuite, les patients étrangers rencontrent des **difficultés pratiques pour faire reconnaître leurs droits** à l'Assurance maladie (PUMA et CMU-C) ou aux dispositifs d'aide ou de remboursement (AME et SUV). Cela se traduit par un allongement des délais d'instruction des CPAM et des demandes de pièces justificatives nouvelles qui retardent voire empêchent l'ouverture des droits. Enfin, les textes organisant la coordination des systèmes de protection maladie au sein de l'Union européenne (UE) complexifient la situation de certains patients du CHSD. C'est le cas des **ressortissants européens inactifs présents sur le territoire de manière stable et irrégulière, dont l'ouverture des droits à l'Assurance maladie est bloquée** du fait d'une instruction longue, complexe et opaque des dossiers par le centre des ressortissants européens inactifs CMUistes (CREIC).

Ce mémoire part donc d'un constat de difficultés croissantes d'accès à l'Assurance maladie des patients étrangers du CHSD. L'objet d'étude est le fruit d'une réflexion engagée dès le début du stage – la volonté de travailler sur la précarité des patients du centre hospitalier et celle de la direction d'engager un travail d'objectivation sur ce sujet – et de signaux d'alerte donnés par les acteurs du terrain. Lors d'une visite de la « Maison des Femmes », structure pionnière du CHSD pour la prise en charge sur un lieu unique des femmes victimes de violences, en mars 2019, la secrétaire d'Etat auprès de la ministre des solidarités et de la santé, Christelle Dubos, a demandé une note portant sur les difficultés que rencontrait l'établissement avec la réforme de la PUMA. La responsable du service social et celle des recettes et du circuit patient, rencontrées dans le cadre de la rédaction de cette note, se sont alors faits l'écho des difficultés récentes du CHSD pour l'ouverture des droits des patients étrangers. Le Défenseur des droits s'est également fait le relais de ces problématiques récemment¹⁸. Plus généralement, la question de l'accès aux droits et aux soins se pose de manière récurrente pour les acteurs institutionnels de santé. Ainsi, lors du colloque organisé les 6 et 7 juin 2019 par la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) et l'observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) sur le renoncement et l'accès aux soins¹⁹, le directeur général de la CNAM, Nicolas Revel, s'est engagé à publier les lettres réseaux de la CNAM – instructions données par la caisse nationale aux caisses primaires pour l'interprétation des textes réglementaires – relatives aux droits des personnes. Cet engagement a fait suite aux nombreuses réclamations des associations d'aide aux personnes précaires et étrangères

¹⁸ Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, mai 2016 et *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, mai 2019

¹⁹ Colloque CNAM et Odenore, « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Odenore », 6 et 7 juin 2019.

(Médecins du Monde, ATD Quart Monde) qui faisaient part des difficultés concrètes d'accès aux droits et de pratiques abusives des caisses primaires.

L'enjeu de ce mémoire est ainsi d'explorer, dans le cadre d'une volonté plus large du chef d'établissement d'objectiver la prise en charge de la précarité au CHSD, les causes et effets du nombre croissant de patients sans couverture sociale. Il s'agit alors d'identifier les risques financiers nouveaux associés à la situation des patients sans couverture sociale, aux principales étapes de leur circuit administratif et financier. A cette fin, le présent mémoire s'attache à :

- proposer un état des lieux de la situation des patients ayant des difficultés d'accès à l'Assurance maladie et de ses conséquences financières pour l'hôpital (1) ;
- identifier les risques nouveaux à chaque étape du parcours du patient : couverture sociale potentielle, ouverture de droits, facturation, recouvrement (2) ;
- à partir d'un tableau d'analyse des risques, proposer un plan d'actions opérationnel à destination des risques nouveaux et maîtrisables (3).

1 Le nombre croissant de patients en dehors du régime d'Assurance maladie obligatoire vient perturber le fonctionnement d'une chaîne accueil – facturation – recouvrement jusqu'alors performante

Si le service social et celui des admissions et recettes du CHSD assurent un suivi globalement performant de la situation des patients précaires, tant du point de vue de l'ouverture des droits à l'Assurance maladie que de la facturation et du recouvrement des séjours, leur situation appelle une vigilance particulière aujourd'hui. En effet, les évolutions législatives et réglementaires récentes viennent augmenter le nombre de patients sans droits ouverts à l'Assurance maladie (1.1). Cela vient perturber le fonctionnement pourtant innovant du circuit administratif et financier de prise en charge des patients précaires au CHSD (1.2).

1.1 Les patients du CHSD connaissent des difficultés d'accès aux dispositifs de couverture sociale du fait de règles plus restrictives qu'auparavant

L'accès au régime d'Assurance maladie de droit commun est de plus en plus difficile pour les personnes étrangères résidant en France. Les réformes successives ont restreint tant le périmètre des bénéficiaires que les conditions d'accès par une procédure de demande rendue contraignante (1.1.1). Cela s'exprime au centre hospitalier de Saint-Denis par un nombre progressivement croissant de patients en-dehors du dispositif d'Assurance maladie obligatoire (1.1.2.).

1.1.1 Les évolutions législatives et réglementaires récentes réduisent les possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie

Le Défenseur des droits, les associations d'aide aux personnes précaires et étrangères comme Médecins du Monde, les services de la ville de Saint-Denis et ceux du centre hospitalier de Saint-Denis font tous le constat d'un accès plus difficile qu'auparavant aux différents dispositifs de protection maladie auxquels peuvent prétendre les patients précaires et étrangers. La mise en œuvre de la réforme instaurant une protection maladie universelle en 2016 a amplifié ce phénomène.

- A) Les textes législatifs successifs ont construit un régime d'Assurance maladie dérogatoire du droit commun pour les étrangers

Le système de Sécurité sociale français est conçu comme un système assurantiel où seuls les actifs ont accès à une protection en cas d'aléa, en contrepartie de leurs cotisations sociales, assises sur les revenus du travail. En son sein, l'Assurance maladie a été progressivement étendue des seuls travailleurs cotisants à d'autres catégories socio-professionnelles (étudiants, chômeurs, retraités, etc.) et à leurs ayant-droits (conjoint, parents, enfants). La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle instaure un droit à l'Assurance maladie pour les résidents réguliers sur le territoire français disposant de ressources faibles. Au 1^{er} janvier 2016, la PUMA, instaurée par la loi du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016, vise à parachever la mise en place de cette protection universelle. Elle simplifie l'accès à l'Assurance maladie pour les actifs en instaurant un régime unique et **crée un droit à l'Assurance maladie pour les résidents, sous condition de résidence stable – plus de trois mois – et régulière sur le territoire français**. Cette réforme supprime ainsi la couverture maladie universelle (CMU) destinée aux plus démunis et met fin au système d'ayant-droits majeurs des personnes assurées sociales.

En parallèle, **un régime d'aide médicale**, dérogatoire du régime assurantiel de droit commun (cotisations – assuré social – ayant droit) et donnant accès à un panier de soins limité **est construit à destination des personnes étrangères irrégulières résidant sur le territoire français**. Si la loi du 15 juillet 1893 instaurait une assistance médicale gratuite pour les Français sans ressources et les étrangers, rassemblés au sein du même dispositif, les réformes adoptées dans les années 1990 et 2000 ont sorti les étrangers en situation irrégulière du dispositif de droit commun²⁰. La loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France sort les étrangers en situation irrégulière du droit commun et les intègre dans l'AME si leurs ressources sont inférieures à un plafond fixé. La loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle maintient les étrangers irréguliers et précaires dans le dispositif dérogatoire de l'AME, à côté de la CMU nouvellement créée. En 2003, est introduit un **délai de trois mois de résidence en France pour bénéficier de l'AME**.

²⁰ « L'aide médicale d'Etat, l'âme de la démocratie sanitaire française », *La Croix*, tribune publiée le 10 avril 2017.

En conséquence, le **dispositif des soins urgents et vitaux (SUV) est créé en 2003 afin de combler la carence de couverture maladie des personnes sorties du périmètre de l'AME**, soit parce que leur séjour sur le territoire français est inférieur à trois mois, soit parce que leurs ressources sont supérieures au seuil fixé. Les SUV ne constituent ni un droit, comme l'Assurance maladie, ni une aide sociale, comme l'AME, mais un dispositif de remboursement pour les hôpitaux des soins dispensés en urgence et dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital du patient.

B) Présentation des différents dispositifs de protection maladie en vigueur

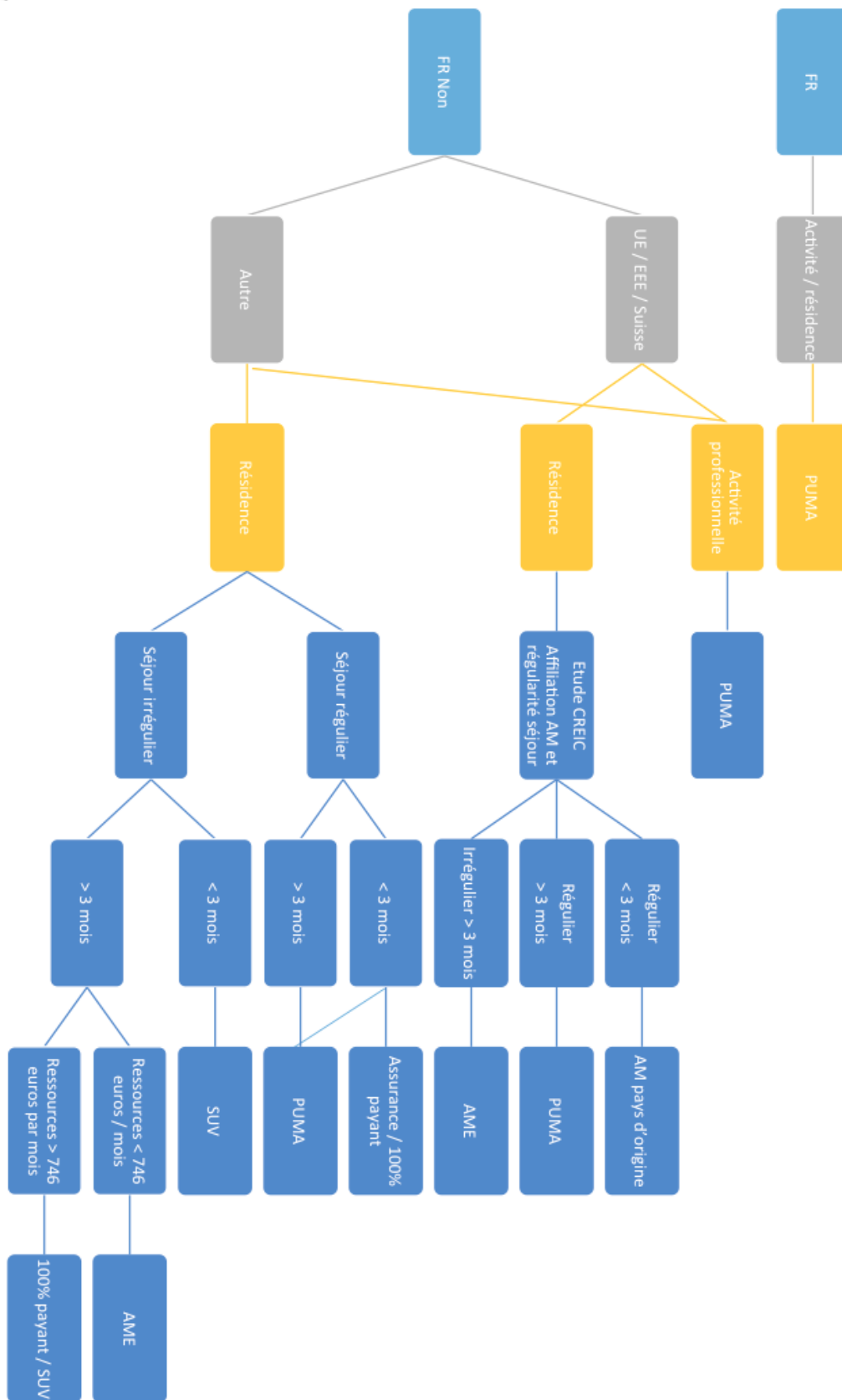
Un patient peut ainsi bénéficier, selon sa situation administrative et professionnelle, soit du régime d'Assurance maladie (couverture de base et complémentaire), soit d'un régime d'aide médicale, soit du remboursement de soins urgents dispensés à l'hôpital. Le tableau 1 ci-après présente de manière schématique les dispositifs auxquels il est alors éligible en théorie. Ce tableau a été élaboré à partir des textes en vigueur et des critères d'affiliation explicites qui en sont issus, sans toutefois être exhaustif du fait de nombreuses situations particulières et dérogations possibles.

Le droit au séjour sur le territoire français et celui à l'Assurance maladie apparaissent de plus en plus liés. Il est ainsi possible d'identifier sept critères d'affiliation :

- La nationalité du demandeur : la nationalité française, européenne (pays de l'UE, de l'espace économique européen [EEE], Suisse) ou d'un pays tiers entraîne l'application de règles différentes ;
- L'activité professionnelle, qui entraîne une affiliation sur critère d'activité, ou, en son absence, sur critère de résidence ;
- La régularité ou non du séjour sur le territoire du demandeur, s'il est étranger ;
- La durée du séjour sur le territoire (inférieure ou supérieure à trois mois), critère combiné avec celui de la vocation du séjour (temporaire ou permanent) et aménagé par d'importantes dérogations ;
- La couverture maladie de l'individu, qu'il dispose d'une couverture maladie dans son pays d'origine, d'une assurance privée ou d'aucune protection ;
- Les ressources du foyer : le seuil de ressources est le même pour l'attribution de l'AME et la CMU-C et majoré de 35% pour l'ACS. Ce seuil, fixé par arrêté est d'environ 746 euros par mois en moyenne pour une personne seule en France métropolitaine pour l'AME et la CMU-C et 1007 euros par mois pour l'ACS²¹.

²¹ « Plafonds d'attribution de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME », site internet de la CMU, mis à jour le 1^{er} avril 2019.

Tableau 1 : Le droit aux différents dispositifs de protection maladie des patients du CHSD



La cohabitation de plusieurs dispositifs, dont une personne peut bénéficier successivement selon son activité professionnelle, la durée et la régularité de son séjour contribue à complexifier l'accès aux droits et aux soins des personnes étrangères. **Cela constitue tout d'abord un enjeu de santé publique majeur lorsque le non-recours aux droits se mue en non-recours aux soins.** D'un point de vue gestionnaire et à l'échelle d'un établissement de santé comme celui de Saint-Denis, cela **perturbe le recouvrement des créances associées aux séjours des patients dont la couverture maladie est inexistante ou évolutive.**

C) La mise en œuvre de la PUMA a entraîné des restrictions dans l'accès à l'assurance maladie, tant dans les textes qu'en pratique

Les premières difficultés liées à la mise en œuvre de la réforme PUMA ont commencé dans les établissements de santé à la fin de l'année 2016. Il s'agit notamment de règles moins favorables pour l'affiliation sur critère de résidence. Ces difficultés, ainsi que celles issues d'autres mesures législatives et réglementaires récentes, sont examinées et objectivées à chaque étape du circuit du patient dans la deuxième partie de ce mémoire.

Ainsi, la construction d'un dispositif en-dehors de la protection maladie de droit commun pour les étrangers et des difficultés nouvelles pour la reconnaissance des droits à la protection maladie quels qu'ils soient contribuent à augmenter le nombre de patients sans couverture sociale parmi la population précaire. A titre d'exemple, seulement 13% des personnes qui se présentent dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde ont une couverture maladie lors de leur première visite, alors que 70% y sont éligibles²².

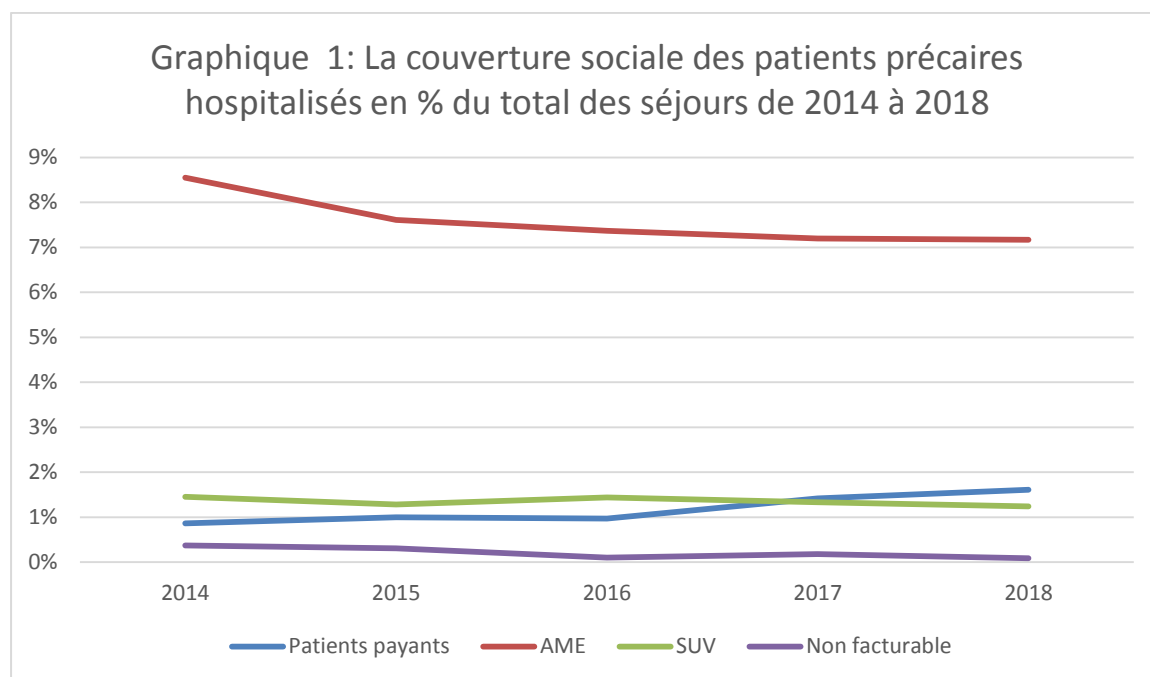
1.1.2 La part des patients du CHSD en dehors du régime d'Assurance maladie obligatoire ne cesse d'augmenter

Les patients hors Assurance maladie obligatoire regroupent **les patients en dehors du régime d'Assurance maladie de droit commun.** Ce sont les bénéficiaires de l'AME ou du dispositif des SUV, les patients couverts par une assurance privée et ceux sans droits ouverts à l'assurance maladie, alors « 100% payants ». Ces derniers, du fait d'un risque de recouvrement élevé, mis en évidence par le programme ORFEH, font l'objet d'un suivi

²² *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France*, Médecins du Monde, rapport 2017, p.58

particulier par le service en charge des recettes. **Le constat est celui d'une hausse continue des patients sans aucune couverture sociale parmi les séjours et les actes et consultations externes depuis 2014.**

A) Composition des séjours des patients identifiés comme précaires entre 2014 et 2018

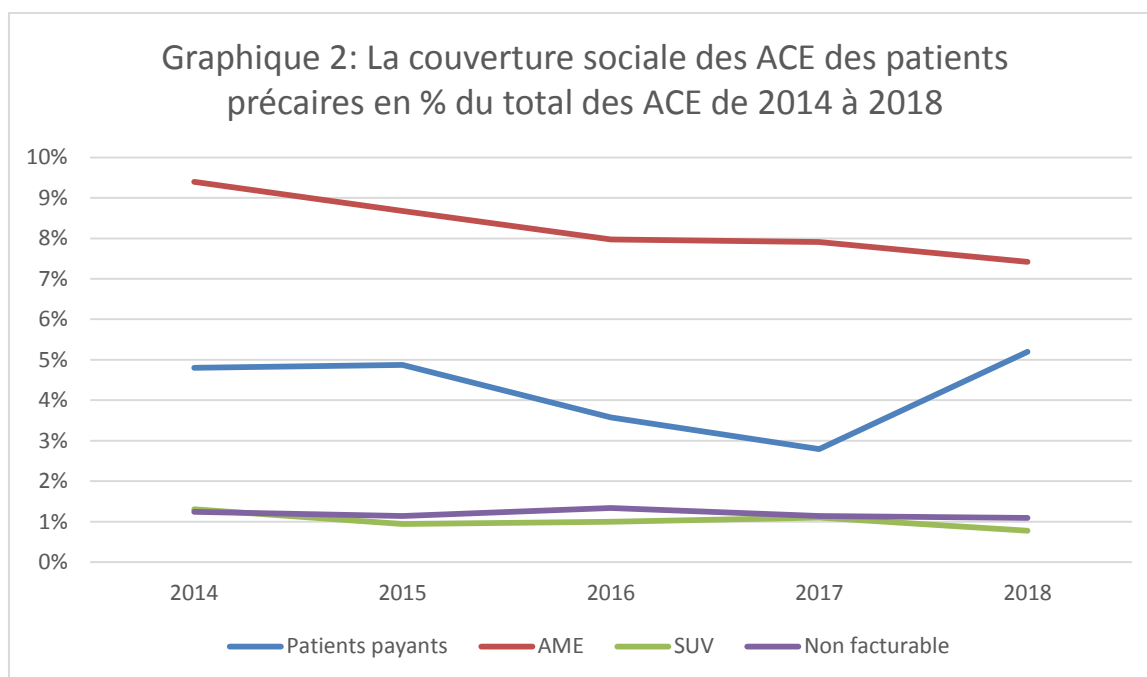


Ce graphique, élaboré à partir des tableaux de la couverture sociale des séjours des patients précaires de 2014 à 2018, tenus par le service des finances, fait apparaître plusieurs constats :

- **La part des patients hospitalisés sans couverture sociale (et payants au moment de la facturation) a doublé entre 2014 et 2018.** Ils représentent 0,86% des séjours en 2014, contre 1,61% en 2018.
- En revanche, la part des patients bénéficiaires de l'AME et des SUV diminue légèrement. Elle passe de 8,55% des séjours en 2014 à 7,17% en 2018 pour l'AME et de 1,45 à 1,24% pour les SUV. L'évolution des caractéristiques socio-économiques du bassin de recrutement de l'hôpital sur la période ne permet pas de penser que leur situation s'est améliorée et qu'ils bénéficient désormais de la protection universelle maladie, soit parce qu'ils sont en activité, soit parce que leur séjour sur le territoire est devenu régulier et stable. Il est alors possible d'en déduire que les patients sont moins nombreux à se voir accorder l'AME ou l'hôpital le remboursement des soins en SUV par des difficultés nouvelles dans le circuit administratif du patient.

Toutefois, les **tableaux** tenus par les services des finances pour le suivi des patients précaires **ne permettent plus d'identifier les patients démunis anciennement couverts par la CMU et désormais éligibles à la PUMA.**

B) Composition des actes et consultations externes des patients identifiés comme précaires entre 2014 et 2018



Ce graphique, élaboré à partir des tableaux de la couverture sociale des patients externes de 2014 à 2018, tenus par le service des finances, fait apparaître plusieurs constats :

- **La part des patients sans aucune couverture sociale est en hausse récente.** Conformément aux enseignements du programme ORFEH, la part des patients sans aucune couverture sociale est plus importante pour l'activité externe de l'hôpital (notamment les urgences sans hospitalisation) que pour les séjours et celle-ci augmente récemment. Cela peut être lié à un essoufflement des actions mises en œuvre dans le cadre de ce programme en 2015, qui avait permis une baisse des patients payants, ou des difficultés nouvelles d'accès à une protection maladie des patients. Après une baisse entre 2015 et 2017, où cette part tombe à 2,79%, elle représente 5,20% des passages en 2018.
- Comme pour les séjours, la part des patients AME et SUV diminue. Les patients AME représentent 7,42% des ACE en 2018, contre 9,4% en 2014. Ceux bénéficiaires des SUV représentent 0,78% en 2018, contre 1,31% en 2014.

Ce nombre croissant de patients sans couverture sociale vient mettre à mal le bon fonctionnement des circuits d'accueil (ouverture de droits), de facturation et de recouvrement. Ces dispositifs qui font du CHSD un hôpital reconnu dans la prise en charge des patients précaires nécessitent alors d'être renouvelés face à un risque financier de non recouvrement des créances.

1.2 Face aux difficultés rencontrées, les organisations innovantes du CHSD en matière d'ouverture de droits, de facturation et de recouvrement des patients précaires nécessitent une actualisation

Le savoir-faire du CHSD pour la prise en charge des patients précaires repose pour l'ouverture de droits sur un circuit associant le service social et celui des admissions, associé à un partenariat avec la CPAM ; et sur un suivi attentif des patients payants par le service en charge des recettes, appuyé par une organisation spécifique. Cependant, l'ouverture de droits en lien avec la CPAM connaît des difficultés (1.2.1), tout comme le recouvrement des créances des patients précaires (1.2.2).

1.2.1 Le partenariat avec la CPAM 93, qui permet une ouverture de droits facilitée pour les patients du CHSD, montre ses limites

A) L'ouverture des droits des patients du CHSD est mise à mal, malgré le partenariat avec la CPAM 93

Le service social du CHSD réalise une activité importante d'ouverture de droits du fait de la forte prévalence de patients sans droits parmi la patientèle. En 2017, 2715 patients arrivés à la PASS n'avaient aucune couverture sociale²³. Le CHSD dépose entre 3000 et 4000 demandes d'ouverture de droits de base ou de complémentaire chaque année, dont l'immense majorité est adressée à la CPAM 93. Signée en avril 2010, **la convention entre le CHSD et la CPAM 93 vise à faciliter l'ouverture de droits des patients du CHSD.**

Par ce partenariat, la CPAM 93 s'engage à un délai de traitement des demandes compris entre quatre et six semaines. **Il permet des dérogations aux nouvelles dispositions réglementaires des dates et modalités d'affiliation à l'Assurance maladie.** Par exemple, l'hôpital peut produire certaines attestations acceptées comme

²³ Rapport d'activité 2017 de la PASS du CHSD

pièces justificatives. L'accès à la PUMA ou à l'AME, qui constituent les demandes les plus nombreuses, est soumis à des règles dérogatoires plus favorables (ouverture de droits à date des soins et non à réception du dossier). Le partage d'information est également facilité avec un tableau de suivi des demandes partagé entre la CPAM, le service social et le bureau des entrées. A côté de ce partenariat, le CHSD dispose de l'agrément préfectoral pour domicilier administrativement les patients sans domicile fixe au CHSD, préalable aux démarches administratives.

Cependant, **le service social connaît des difficultés croissantes pour l'ouverture de droits des patients** : les délais de traitement sont allongés et certains dossiers bloqués. Près du quart des dossiers de demandes d'ouverture de droits déposés à la CPAM 93 ont fait l'objet d'une demande de pièces complémentaires ou sont classés sans suite depuis deux ans²⁴. Dans le cas particulier des patients européens inactifs sans couverture sociale, l'instruction des dossiers, confiée au CREIC par la CPAM 93, a été arrêtée dans l'attente de l'application des nouveaux textes réglementaires. Cela concerne 520 dossiers en 2018.

B) Les autres structures d'accueil et de soins des personnes précaires et étrangères du territoire rencontrent des difficultés similaires

Le « groupe plaidoyer CPAM 93 » rassemble le CHSD et les autres structures dionysiennes d'aide, d'accueil et de soins des personnes précaires et étrangères telles que Médecins du Monde, le comité pour la santé des exilés (Comede), l'association première urgence internationale, la PASS de la ville de Saint-Denis et celle de l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard. Il s'agit d'échanges informels lors desquels les participants partagent leurs difficultés et bonnes pratiques. Tous font remonter des difficultés croissantes pour l'ouverture de droits à l'Assurance maladie, caractérisées par un allongement des délais et des dossiers rejetés sans explication, que ce soit dans le cadre d'un partenariat avec la CPAM 93 ou non.

²⁴ En 2017, sur 3890 dossiers d'ouverture de droits déposés à la CPAM 93 : le CHSD a reçu 881 demandes de pièces complémentaires et 123 dossiers ont été classés « hors périmètre AME » ou « sans suite » (délais dépassés). En 2018, sur 3911 dossiers déposés, il y a eu 1013 demandes de pièces complémentaires et 216 dossiers classés « hors périmètre AME » ou « sans suite ».

1.2.2 Le programme ORFEH, inspiré de l'organisation de la facturation et du recouvrement mise en place au CHSD, nécessite d'être actualisé face à un non-recouvrement persistant des créances

Le programme ORFEH est issu d'une étude menée par le CHSD et le cabinet Veltys, avec le soutien de l'ARS, afin d'identifier les causes de non-recouvrement des créances des patients précaires.

A) Le programme ORFEH vise à mettre en place les organisations adéquates pour réduire un risque de recouvrement jugé élevé

Dans le cadre du travail d'objectivation de la précarité menée dans les années 2010, la direction des finances a évalué à un peu moins de deux millions d'euros par an les restes à recouvrer, pour un stock estimé à 4,5 millions d'euros entre 2011 et 2013, traduisant un non recouvrement important des créances. L'analyse conduite par le cabinet Veltys en 2015 visait à identifier les déterminants du non-recouvrement des factures émises pour des séjours aux payants et aux tiers (particuliers). Les résultats de l'enquête font apparaître que seule une facture sur deux est recouvrée et que le non-paiement concerne principalement :

- Les patients sans couverture sociale car étrangers irréguliers sur le territoire français. Ce sont des patients arrivés aux urgences en fin d'après-midi et qui n'ont pas été vus par le service social.
- Les patients dont les droits n'ont pas été trouvés sur les outils à disposition par l'accueil administratif (par exemple, dans le cas d'une arrivée aux urgences sans papiers ou carte vitale) ou dont les droits sont fermés.
- Les patients avec une couverture maladie de base mais sans complémentaire santé : le reste à charge, s'il est élevé, est souvent non payé.

Afin de réduire ce risque de recouvrement, le CHSD a renforcé son organisation déjà performante à destination de la patientèle précaire :

- Tout d'abord, les patients identifiés comme précaires par le service des finances font l'objet depuis plusieurs années d'un suivi attentif pour la facturation et le recouvrement. Les factures les plus élevées émises à des patients 100% payant ou ayant un reste-à-charge sont identifiées afin de cibler les démarches de relance pour le paiement des factures.
- En outre, l'organisation des caisses pour les actes et consultations externes permet d'avoir un taux d'encaissement direct de 87%.

- En janvier 2014, une équipe administrative a été installée à l'accueil de nuit des urgences afin de fiabiliser la prise d'informations des patients au moment de l'admission.
- Depuis mars 2015, des astreintes du service social sont organisées les weekends et jours fériés. Environ 20 à 30 patients sont ainsi vus par une assistante sociale chaque weekend. Cela permet de réunir toutes les informations sociales utiles à l'ouverture de droits ou à la facturation du séjour.

Cela permet au CHSD, malgré une faible probabilité de recouvrement des créances, d'avoir un taux de rejet de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) inférieur à 2% pour les ACE et inférieur à 5% pour les séjours.

Le circuit du patient pour l'admission, la facturation et le recouvrement est donc organisé de manière à minimiser la perte de recettes induite par la forte prévalence de patients précaires au CHSD. Le programme ORFEH inspiré de l'organisation du CHSD propose une démarche globale d'accompagnement aux établissements de santé franciliens sur des bassins de population précaires pour les aider à améliorer de manière pérenne la facturation et le recouvrement de leurs recettes et créances.

B) Cependant, la dégradation continue des restes à recouvrer depuis 2016 implique un bilan des actions mises en œuvre

L'évolution des restes à recouvrer connaît une dégradation récente. Ils représentent en 2018 un stock d'un peu moins de 22 millions d'euros de créances sur un total de 67 millions. Entre 2016 et 2018, les restes à recouvrer ont connu une **évolution annuelle moyenne supérieure à deux millions d'euros**²⁵. Cette évolution traduit une dégradation globale du bon recouvrement mais reste encore inexpliquée.

En conséquence, le CHSD va s'impliquer dès septembre 2019 dans le bilan régional du programme ORFEH, mené par l'ARS et réalisé par le cabinet Veltys. Ce deuxième programme (ORFEH 2) vise à évaluer l'impact des actions conduites dans les établissements de santé participants depuis le déploiement des plans d'amélioration (ORFEH 1). Il est également envisagé d'actualiser les éléments de l'étude économétrique de la précarité du territoire.

²⁵ Source : Tableau des finances, Recap RAR créances dépréciations, juin 2019

Face à ce constat d'une hausse problématique des patients sans aucune couverture sociale au CHSD, l'enjeu est d'identifier les risques financiers nouveaux induits par les évolutions normatives et pratiques récentes. En effet, **les patients sans couverture sociale présentent le risque de recouvrement le plus élevé**. L'analyse conduite précédemment par le cabinet Veltys montre que 80% du montant total facturé à ces patients n'est pas recouvré et qu'ils représentent 15% des factures pour 50% du montant total non recouvré par le CHSD²⁶. Il s'agit alors de traduire les difficultés rencontrées sur le terrain de manière objective et à chaque étape du parcours du patient sans droits ouverts à l'hôpital : ouverture de droits, facturation, recouvrement.

²⁶ Veltys CHSD, *Projet pilote du CHSD. Etudes de la précarité et du non-recouvrement*, 20 octobre 2015.

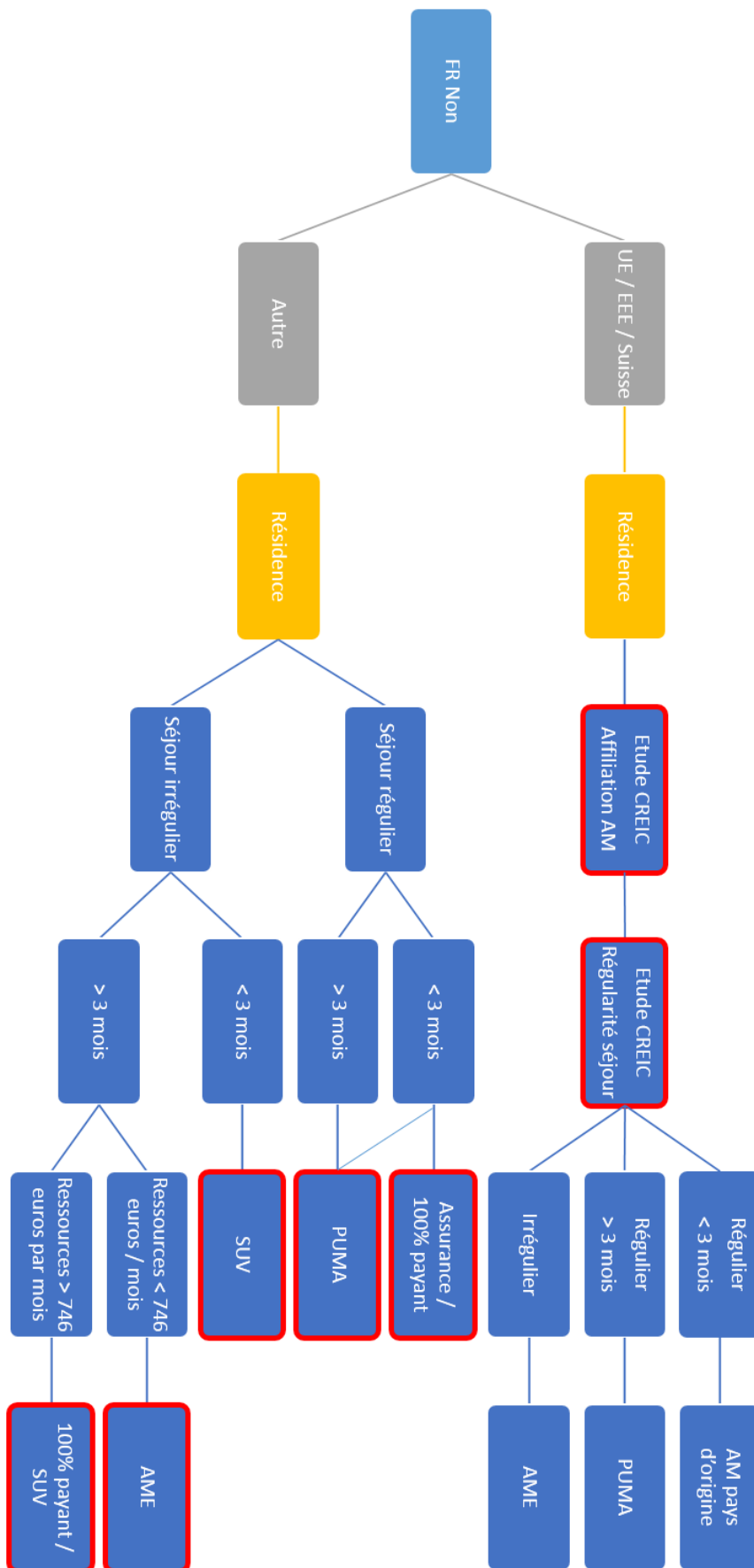
2 Le circuit d'accueil, de facturation et de recouvrement des patients non couverts par l'Assurance maladie, notamment les patients étrangers inactifs, présente des risques financiers nouveaux pour le CHSD

La clarification des possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie et de ses modalités pratiques montre que, **parmi les patients arrivés sans couverture sociale au CHSD, la catégorie des patients étrangers inactifs est celle qui rencontre le plus de difficultés d'affiliation**. Ils connaissent en effet un accès plus long et plus complexe à la PUMA, par une affiliation sur critère de résidence, et plus souvent qu'auparavant aux dispositifs dérogatoires tels que l'AME et les SUV. L'application de nouvelles règles a également entraîné parfois l'exclusion de ces patients de tout dispositif de protection maladie.

Le tableau 2 ci-après résume les principaux et nouveaux risques associés à la situation des patients étrangers inactifs, arrivés au CHSD sans droits ouverts à l'Assurance maladie. Ce tableau rassemble des risques de plusieurs ordres :

- **Des risques liés aux nouveaux périmètres de couverture sociale** (2.1), notamment pour les étrangers réguliers arrivés sur le territoire depuis moins de trois mois, qui ne sont pas éligibles à la PUMA, sauf dérogations prévues par les textes, ni au remboursement des SUV.
- **Des risques liés à la demande d'ouverture de droits en elle-même** (2.2). Cela concerne notamment la longueur d'instruction des dossiers PUMA, ainsi que les pièces justificatives demandées et modalités de contrôle des demandes d'AME.
- **Des risques liés à la facturation et au recouvrement de ces factures** (2.3), notamment lorsque le délai d'instruction d'une demande de PUMA ou d'AME est tel qu'il entraîne le dépassement du délai de facturation du séjour, ainsi que la situation des ressortissants européens inactifs dont l'instruction des dossiers a longtemps été bloquée.

Tableau 2 : Les nouveaux risques associés à la situation des patients étrangers inactifs sans droits ouverts à l'Assurance maladie



2.1 Les nouveaux périmètres de couverture sociale entraînent une couverture moindre des patients étrangers

Les nouvelles normes fixées au niveau national et les pratiques évolutives des caisses primaires font apparaître de nouveaux risques d'absence de couverture maladie ou de couverture moindre par un dispositif moins favorable. Cela concerne principalement : les étrangers en situation irrégulière (2.1.1), les étrangers en séjour régulier et temporaire (2.1.2), les ressortissants européens inactifs en séjour permanent (2.1.3), ainsi que les étrangers lors de l'expiration de leur titre de séjour (2.1.4).

2.1.1 Les étrangers en situation irrégulière peuvent normalement demander l'allocation l'AME à partir de trois mois de présence sur le territoire et le remboursement des soins non couverts par le dispositif des SUV

Le tableau 3 présenté ci-après fait apparaître le principal risque associé à la situation des patients étrangers en situation irrégulière, sans couverture sociale lors de leur arrivée au CHSD. Celui-ci peut prétendre à différents dispositifs :

- S'il est arrivé sur le territoire depuis moins de trois mois, l'hôpital peut obtenir le remboursement des soins au titre des SUV. Pour cela, il doit au préalable faire une demande d'AME pour les soins réalisés et celle-ci doit être refusée par la CPAM pour non-respect de la condition de résidence.
- S'il est sur le territoire depuis plus de trois mois et que les ressources de son foyer sur les 12 derniers mois sont inférieures à un certain seuil (environ 746 euros par mois en moyenne pour une personne seule), il est éligible à l'AME.
- Si ses ressources sont supérieures au seuil ou incohérentes au regard des contrôles opérés par la CPAM, il ne peut prétendre à l'AME et devrait à ce titre bénéficier des SUV. Toutefois, il semblerait en pratique que certaines CPAM n'acceptent pas la facturation en SUV de soins non pris en charge par l'AME dans ce cas de figure.

En effet, les consignes récentes données par la Direction générale de la santé²⁷ (DGS) et la CNAM²⁸ tendent à limiter l'octroi des SUV aux patients en séjour

²⁷ L'instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants indique que le dispositif des SUV concerne les personnes en situation irrégulière qui ne sont pas éligibles à l'AME, notamment parce qu'elles n'en remplissent pas les conditions de résidence.

²⁸ La circulaire 27/2019 de la CNAM du 31 juillet 2019 venant préciser cette instruction présente le dispositif des SUV comme étant à destination des personnes résidant en France de façon irrégulière depuis moins de trois mois.

irrégulier présents sur le territoire depuis moins de trois mois. Or, ces interprétations sont plus restrictives que le texte de loi en lui-même, qui réserve les SUV aux étrangers irréguliers non bénéficiaires de l'AME²⁹. Jusqu'à présent, le CHSD ne rencontrait pas de difficultés dans ce cas-là car la CPAM 93 accepte en pratique le remboursement des soins de ces patients au titre des SUV mais fait face à un refus de paiement croissant de la CPAM de Paris (CPAM 75).

2.1.2 Les étrangers en séjour régulier et temporaire sont payants en l'absence d'une assurance maladie publique ou privée dans leur pays d'origine

Les étrangers en séjour régulier et temporaire, détenteurs d'un visa touristique, n'ont pas vocation à être pris en charge par les dispositifs d'Assurance maladie français. La recherche prioritaire d'une assurance maladie publique dans le pays d'origine ou d'une assurance privée (une couverture minimale est souvent obligatoire pour l'obtention du visa), entraîne la facturation du séjour à 100% ou des restes à charge au patient. Le tableau 4 ci-dessous présente **les cas où le séjour du patient, faute d'assurance maladie dans le pays d'origine ou d'assurance privée complète, génère une facturation au patient.** Ce serait par exemple le cas d'un touriste américain venu visiter la basilique de Saint-Denis, qui se casserait la jambe lors de sa visite et dont les frais d'hospitalisation seraient supérieurs au plafond de prise en charge de son assurance.

²⁹ Article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Tableau 3 : La protection maladie des patients étrangers en situation irrégulière

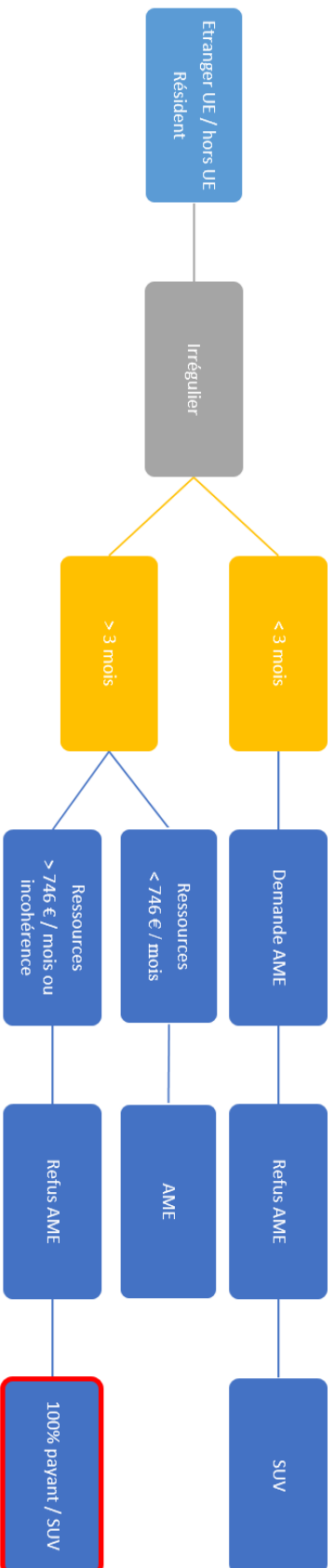
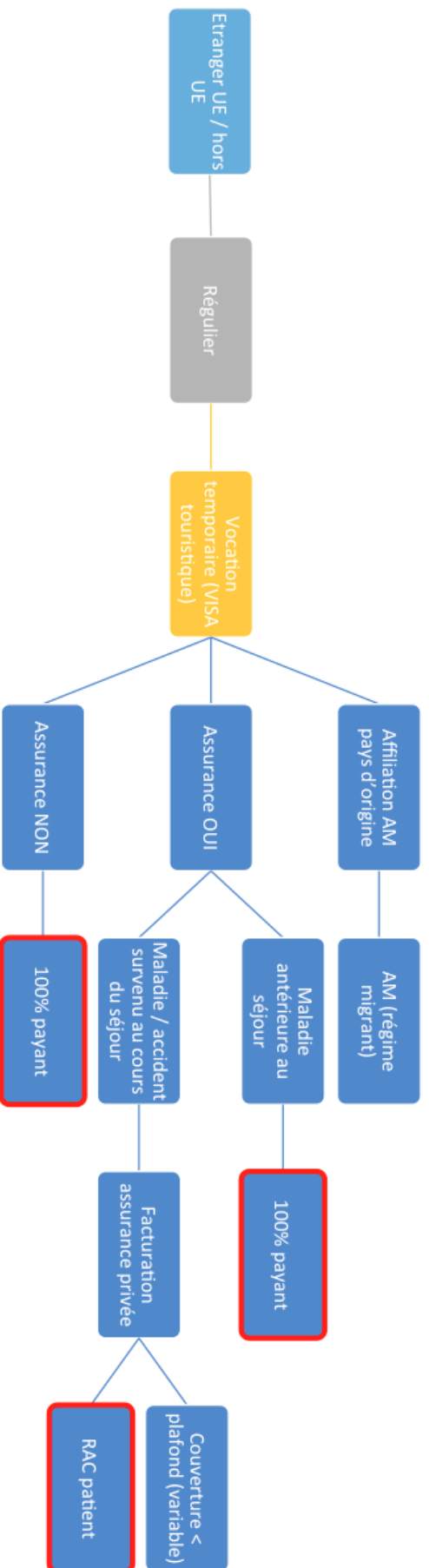


Tableau 4 : La protection maladie des patients étrangers en séjour régulier et temporaire



2.1.3 L'affiliation des ressortissants communautaires inactifs est complexe, du fait de la recherche préalable d'une assurance maladie dans le pays d'origine et l'examen particulier du droit au séjour par le CREIC

La situation la plus complexe est celle des étrangers européens inactifs, pour lesquels l'enchevêtrement des règles de séjour et de coordination des systèmes de sécurité sociale au niveau de l'UE a entraîné l'examen des demandes par une instance unique, le CREIC. Ces patients se sont vus appliquer récemment des règles et pratiques plus restrictives qu'auparavant, entraînant *in fine* une couverture sociale moindre³⁰.

La coordination des systèmes de sécurité sociale repose de manière générale sur la prise en charge par l'Etat membre d'origine si le séjour est temporaire et la prise en charge par l'Assurance maladie de l'Etat de résidence si le séjour est permanent et régulier³¹. En application des règles de circulation et de séjour dans les pays de l'UE, les citoyens européens sont présumés réguliers lors de leur trois premiers mois de séjour sur le territoire français, mais deviennent irréguliers dès lors que leur séjour dépasse trois mois et qu'ils n'ont pas de couverture maladie et ni des ressources suffisantes³².

Les règles en vigueur sont présentées dans le tableau 5 ci-après :

- Dans un premier temps, il semblerait que le CREIC examine le droit à l'Assurance maladie des patients étrangers européens inactifs, présents sur le territoire depuis plus de trois mois.
 - o Si le patient est couvert par l'Assurance maladie de son pays d'origine, le séjour est facturé normalement à la CPAM au titre du régime migrant.
- Dans un second temps, s'il n'est pas couvert par une assurance publique ou privée, le CREIC examine son droit au séjour afin de savoir s'il bénéficie, selon que son séjour est régulier ou non, de la PUMA ou de l'AME.

La pratique du CREIC et de la CPAM 93 fait apparaître que ces demandes n'aboutissent qu'à l'octroi de l'AME, y compris pour des patients éligibles à la PUMA. Par exemple, la conjointe (ayant-droit) européenne inactive d'un actif étranger travaillant en

³⁰ Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et collectif national droits de l'Homme ROMEUROPE, *Fonctionnement de la coordination européenne de Sécurité sociale en matière de soins. CREIC : Quand la coordination se transforme en machine à exclure les précaires*, Note technique d'analyse, 18 décembre 2018.

³¹ Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur le 1er mai 2010 et modifié pour la dernière fois par le règlement (UE) n°2017/492 de la Commission du 21 mars 2017.

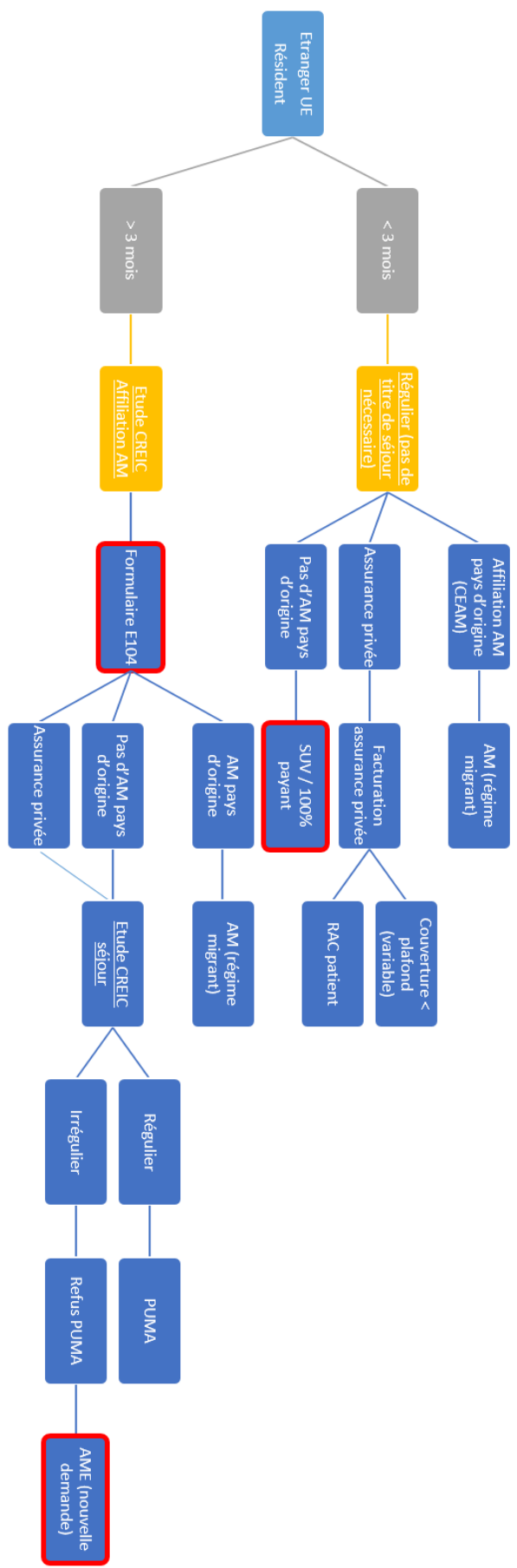
³² Circulaire DSS/DACI n°2011-225 du 9 juin 2011 relative à la condition d'assurance maladie complète dont doivent justifier les ressortissants européens inactifs, les étudiants et les personnes à la recherche d'un emploi, au-delà de trois mois de résidence en France.

France (couvert par la PUMA sur critère d'activité) se voit octroyer l'AME alors qu'elle est éligible à la PUMA en tant qu'ayant-droit majeur d'un actif.

Par ailleurs, **les ressortissants communautaires** dont le séjour est à vocation permanente mais présents sur le territoire depuis moins de trois mois se voient appliquer depuis 2017 la même règle que celle applicable aux patients étrangers en séjour régulier et temporaire. Une assurance publique ou privée dans le pays d'origine est prioritairement recherchée et en l'absence de celle-ci, les patients sont 100% payants. Alors que ces patients pouvaient autrefois tous bénéficier des SUV, ils ne peuvent en bénéficier aujourd'hui qu'à condition de produire une attestation de fin de droits à l'Assurance maladie dans leur pays d'origine, qu'ils ne possèdent souvent pas. Ce **renvoi abusif vers les mécanismes de protection des autres Etats membres de l'UE** est jugé contraire à l'esprit des textes et dénoncé dans le rapport du Défenseur des droits³³.

³³ Défenseur des droits, *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, rapport, mai 2019, pp.32-33.

Tableau 5 : Les droits à l'Assurance maladie des ressortissants communautaires inactifs – séjour court et séjour long (+/- 3 mois)



2.1.4 Pour les étrangers non européens, l'expiration du droit au séjour entraîne la perte d'affiliation à l'Assurance maladie

Le rapprochement progressif du droit au séjour et de celui à l'Assurance maladie s'illustre notamment par les **règles applicables à l'expiration du droit au séjour** d'un étranger jusqu'alors régulier sur le territoire français. Les textes prévoient un maintien des droits à l'Assurance maladie pendant les 12 mois suivant l'expiration d'un titre de séjour pour les étrangers non européens³⁴. Le patient est donc encore couvert pour un an par l'Assurance maladie obligatoire mais la nécessité de demander le renouvellement (annuel) ou l'octroi pour la première fois de la CMU-C peut intervenir durant cette période probatoire. Or, la possibilité de demander la CMU-C pendant cette période a été bloquée entre 2017³⁵ et 2019³⁶. Pour les patients du CHSD, cela a eu pour effet d'annuler la prise en charge de la part complémentaire pendant l'année suivant l'expiration du titre de séjour. Sachant que ces patients ayant encore des droits ouverts à l'Assurance maladie obligatoire ne peuvent prétendre à l'AME³⁷.

Outre les textes en vigueur qui réduisent l'étendue de la couverture sociale des patients étrangers, la procédure de demande en elle-même est rendue plus difficile et contribue à empêcher l'accès à une protection maladie effective.

2.2 Les différents circuits d'ouverture de droits en vigueur sont devenus moins fluides et leur issue plus incertaine

L'élaboration de ces circuits, à la jonction du service social et des admissions, vise à identifier les risques liés aux difficultés pratiques d'accès aux droits des patients. Cela concerne ici les principales demandes d'ouverture de droits au CHSD : PUMA et CMU-C (2.2.1), AME (2.2.2), remboursement au titre des SUV (2.2.3) et le cas particulier des ressortissants communautaires inactifs (2.2.4) pour les difficultés liées à la date d'ouverture des droits, des délais d'instruction et des pièces justificatives demandées. Si ces différents circuits sont présentés en annexe, les principaux risques sont présentés ici.

³⁴ Décret n°2017-240 du 24 février 2017

³⁵ La lettre réseau de la CNAM du 3 avril 2017 soumet l'octroi ou le renouvellement de la CMU-C à la production d'un titre de séjour ou à la preuve de demande en cours.

³⁶ La circulaire 16/2019 de la CNAM du 9 juillet 2019 prévoit effectivement, à la suite des demandes des associations et du rapport du Défenseur des droits, l'octroi et le maintien de la CMU-C pendant la période d'un an suivant l'expiration du titre de séjour.

³⁷ Défenseur des droits, *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, rapport, mai 2019, pp.19-22.

2.2.1 Les circuits d'ouverture de droits à la PUMA et la CMU-C entraînent souvent une date d'affiliation postérieure à celle des soins

La demande d'affiliation à la PUMA peut se faire sur deux critères. Soit sur critère d'activité, qui ne pose pas de difficulté car l'affiliation se fait alors au jour de la première heure travaillée, soit sur critère de résidence. **Depuis la mise en œuvre de la PUMA, cette affiliation qui concerne particulièrement les patients précaires est souvent postérieure à la date des soins.** Les étrangers inactifs, qui peuvent bénéficier de la PUMA s'ils sont en séjour régulier de plus de trois mois sur le territoire français ou moins de trois mois dans certains cas, rencontrent alors des difficultés à obtenir la prise en charge de leur séjour par la Sécurité sociale. En 2018, le CHSD a déposé 518 dossiers PUMA et PUMA et CMU-C auprès de la CPAM 93.

Premièrement, la date d'affiliation à la PUMA est postérieure à celle des soins dans plusieurs cas de figures :

- Si le patient fait la demande de PUMA par lui-même, la date d'affiliation est celle de réception du dossier complet par la CPAM³⁸.
- Si le CHSD réalise la demande pour le patient dans le cadre du partenariat avec la CPAM 93, la date d'ouverture des droits est celle de la demande (que le service social fait correspondre en pratique à la date des soins) si la CPAM 93 reçoit le dossier complet dans un délai de 30 jours. L'envoi du dossier à plus de 30 jours entraîne l'abandon de l'instruction (classement sans suite)³⁹. Or, **ce délai est de plus en plus difficile à respecter pour le CHSD du fait des nombreuses pièces justificatives que doit fournir le demandeur**. C'est notamment le cas des personnes dispensées de la condition de résidence de trois mois : les demandeurs d'asile, les personnes à vocation d'installation dans le cadre du regroupement familial et les bénéficiaires de certaines aides sociales (le revenu de solidarité active par exemple). L'extrait d'acte de naissance et les justificatifs d'hébergement font partie des pièces difficiles à rassembler pour les patients du CHSD lorsque ceux-ci sont issus d'un parcours migratoire complexe ou sont logés chez des tiers.
- La rétroactivité des droits est par ailleurs soumise à des conditions strictes⁴⁰.

Deuxièmement, la demande de prise en charge de la part complémentaire pour les personnes précaires fait apparaître plusieurs difficultés⁴¹ :

³⁸ Annexe A1

³⁹ Annexe A2

⁴⁰ Annexe A3

⁴¹ Annexe A4

- Tout d'abord, le dossier de CMU-C est très long à constituer car il doit retracer de manière exhaustive les ressources du demandeur et de son foyer sur les 12 mois précédant la demande.
- Par défaut, la CMU-C est attribuée le 1^{er} jour du mois suivant la date d'instruction de la demande, sachant le délai d'instruction est en moyenne de trois semaines. La couverture de la part complémentaire est alors systématiquement postérieure au séjour.
- Toutefois, dans le cadre du partenariat avec la CPAM 93 et si le CHSD précise la date des soins dans son dossier de demande, l'ouverture des droits peut avoir lieu le 1^{er} jour du mois de l'instruction de la demande.
- Il est également possible de faire une demande de rétroactivité permettant d'ouvrir les droits à titre rétroactif dès le début de l'hospitalisation. Cette possibilité est largement utilisée au CHSD.
- En revanche, l'ACS ne prend jamais en charge les soins en cours. En effet, il s'agit d'une aide financière pour souscrire à une complémentaire santé et celles-ci appliquent un délai de carence avant la prise en charge.

2.2.2 Le circuit d'ouverture de droits à l'AME en rend compliqué l'accès par l'exigence d'un délai de trois mois sur le territoire et des pièces justificatives afférentes

En 2018, 2390 demandes d'AME ont été déposées par le CHSD. C'est le dispositif d'aide dont bénéficient le plus souvent les patients. L'AME s'adresse aux patients en situation irrégulière, à partir d'une durée de résidence sur le territoire de trois mois.

Il convient de distinguer plusieurs circuits de demande d'AME :

- Si le patient réalise sa demande seul, il doit déposer le dossier complet sous huit jours à compter de la date de signature de l'imprimé AME. L'ouverture du droit à l'AME est alors à date de réception du dossier complet⁴².
- Pour le CHSD, **la condition de résidence de trois mois présente des difficultés pour la continuité de prise en charge des soins des patients en situation irrégulière**. En effet, ceux-ci relèvent des SUV pour leurs trois premiers mois de présence sur le territoire, puis de l'AME.
 - o Or, l'ouverture des droits à l'AME est faite à date de la demande (que le service social fait correspondre à la date des soins) seulement si celle-ci est réalisée moins de trois mois après l'hospitalisation.

⁴² Annexe A5

- Dans le cas contraire, l'ouverture des droits est faite à date de réception du dossier complet⁴³.
 - Dans l'exemple fréquent d'une parturiente de la maternité, étrangère en situation irrégulière et arrivée quelques jours auparavant sur le territoire, cela implique donc de faire deux demandes distinctes pour la patiente, celle pour les SUV dès l'hospitalisation, et éventuellement celle pour l'AME après trois mois.
- Le CHSD réalise toutefois des demandes conjointes d'AME et SUV, rendues possibles par la possibilité de demander la rétroactivité du droit à l'AME pour le mois précédent la date de la demande, si celle-ci est faite plus de trois mois après le séjour⁴⁴.

Par ailleurs, **la procédure est régulièrement bloquée du fait de pièces justificatives devenues plus exigeantes pour le contrôle des conditions de ressources et de résidence**. Si le principe déclaratif l'emportait jusqu'en 2005, les conditions de résidence et de ressources sont désormais soumises à une liste de pièces justificatives⁴⁵. L'absence de fourniture des pièces demandées dans les délais entraîne le classement sans suite de la demande. Afin d'éviter cela, les établissements de santé ont désormais la possibilité de fournir une attestation sur l'honneur en l'absence de justificatif d'identité et de durée de résidence de plus de trois mois⁴⁶. Ces exigences renforcées sont contraires à l'esprit de l'AME, qui s'adresse initialement à l'ensemble des résidents irréguliers sur le territoire français.

2.2.3 De la même manière, le bénéfice du dispositif des SUV est rendu compliqué par le circuit de demande en lui-même

Seul l'hôpital peut demander au titre des SUV le remboursement des soins des patients irréguliers non couverts par l'AME. Le circuit de demande et de facturation est réalisé en plusieurs étapes, ce qui allonge le délai d'obtention, voire même en bloque l'accès⁴⁷.

Tout d'abord, l'hôpital doit faire une demande d'AME auprès de la CPAM 93 et obtenir un refus de prise en charge pour ces soins. Cette exigence de refus préalable d'AME

⁴³ Annexe A6

⁴⁴ Annexe A6

⁴⁵ Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 et circulaires du 27 septembre 2005 et du 8 septembre 2011

⁴⁶ Circulaire 27/2019 de la CNAM du 31 juillet 2019 venant préciser l'instruction du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

⁴⁷ Annexe A7

instaurée en 2008⁴⁸ a été aménagée récemment par la décision de rejet implicite née du silence de la CPAM gardé pendant plus de deux mois. L'hôpital peut alors demander la prise en charge des soins au titre des SUV, en joignant la demande initiale d'AME datée de plus de deux mois⁴⁹.

A compter de l'accord, l'hôpital doit facturer ces SUV auprès de la CPAM 75, qui gère l'ensemble des SUV pour l'Île-de-France. Or, l'instauration en 2015 d'un délai maximal d'un an pour la facturation des SUV à partir de la date du soin⁵⁰ empêche souvent le remboursement du séjour ou des soins à l'hôpital car les différentes étapes de l'instruction ont entraîné le dépassement du délai d'un an. Par ailleurs, le CHSD déplore le refus inexplicé de nombreux dossiers. La CPAM 75 refuse en effet le paiement de factures de SUV qui ont pour pièce justificative un refus d'AME pour dépassement des conditions de ressources ou un refus de demande de rétroactivité d'AME.

2.2.4 L'ouverture des droits des ressortissants communautaires inactifs est longtemps restée bloquée par l'exigence d'un formulaire retraçant les droits à l'assurance maladie dans le pays de provenance, que les patients du CHSD ne sont pas en mesure de fournir

Le circuit d'ouverture de droits des ressortissants européens inactifs en séjour stable (plus de trois mois) est rendu particulièrement complexe. Le patient, selon qu'il est en situation régulière ou non, peut prétendre soit à la PUMA, soit à l'AME⁵¹.

En France, l'affiliation à la PUMA sur critère de résidence est soumise à l'examen du droit à l'Assurance maladie et au séjour par le CREIC. L'instruction, d'une durée moyenne théorique d'un mois, se déroule comme suit :

- **Le CREIC recherche tout d'abord l'affiliation à une assurance maladie publique ou privée dans le pays d'origine du patient.** A l'heure actuelle, le formulaire E014, document retraçant les différentes périodes d'ouverture de droits dans les pays de l'UE, est exigé pour l'instruction. Si le patient n'a pas de droits ouverts, des pièces complémentaires sont ensuite demandées afin qu'il justifie de la fermeture des droits dans son pays d'origine. Or, les patients du CHSD ne

⁴⁸ Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.

⁴⁹ Instruction DGS du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants et circulaire 27/2019 CNAM du 31 juillet 2019

⁵⁰ Instruction interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents

⁵¹ Annexe A8

disposent pas de tels formulaires et ne sont pas en capacité de les fournir, ce qui a entraîné le blocage de 520 dossiers en 2018.

- En l'absence d'un tel formulaire retraçant les droits à l'assurance maladie du patient dans les différents pays de l'UE, il incombe normalement à la CPAM faire elle-même les recherches de droits ouverts dans le pays d'origine, ce qui n'est souvent pas fait. Un amendement à l'instruction de la DGS du 8 juin 2018 est attendu afin de clarifier les textes et empêcher que l'absence de fourniture d'un tel document ne fasse obstacle à l'instruction des droits du patient.
- **Ensuite, le CREIC étudie le droit au séjour du patient.** Si la plupart des patients du CHSD sont en situation irrégulière, la procédure en vigueur implique tout d'abord l'examen du droit à la PUMA, le refus de celui-ci puis une nouvelle demande d'AME. Cela entraîne un allongement inutile des délais. Toutefois, une nouvelle circulaire de la CNAM devrait prévoir que la présence d'un formulaire de fin de droits ou d'une attestation sur l'honneur dans le cadre du partenariat CPAM 93 permette une instruction plus rapide et une demande d'AME sans refus de la PUMA au préalable.

2.3 La facturation et le recouvrement des patients sans droits ouverts à l'Assurance maladie font apparaître des risques financiers nouveaux

Le nombre croissant de patients sans couverture sociale met à mal le circuit de facturation et de recouvrement des patients 100% payant par une hausse des créances irrécouvrables qui sont insuffisamment comptabilisées (2.3.1). Le suivi global des patients en cours d'ouverture de droits est satisfaisant mais présente de nouveaux risques (2.3.2). Par ailleurs, les ouvertures de droits tardives entraînent un manque à gagner encore non évalué pour l'hôpital (2.3.3).

2.3.1 Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient 100% payant est déjà très performant et mais la reconnaissance de la créance comme irrécouvrable est trop tardive

Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient 100% payant présenté dans le tableau 6 ci-dessous fait apparaître des risques de plusieurs ordres et plus ou moins maîtrisés :

- **Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient payant est performant** car le CHSD réalise de nombreuses actions en amont du Trésor public

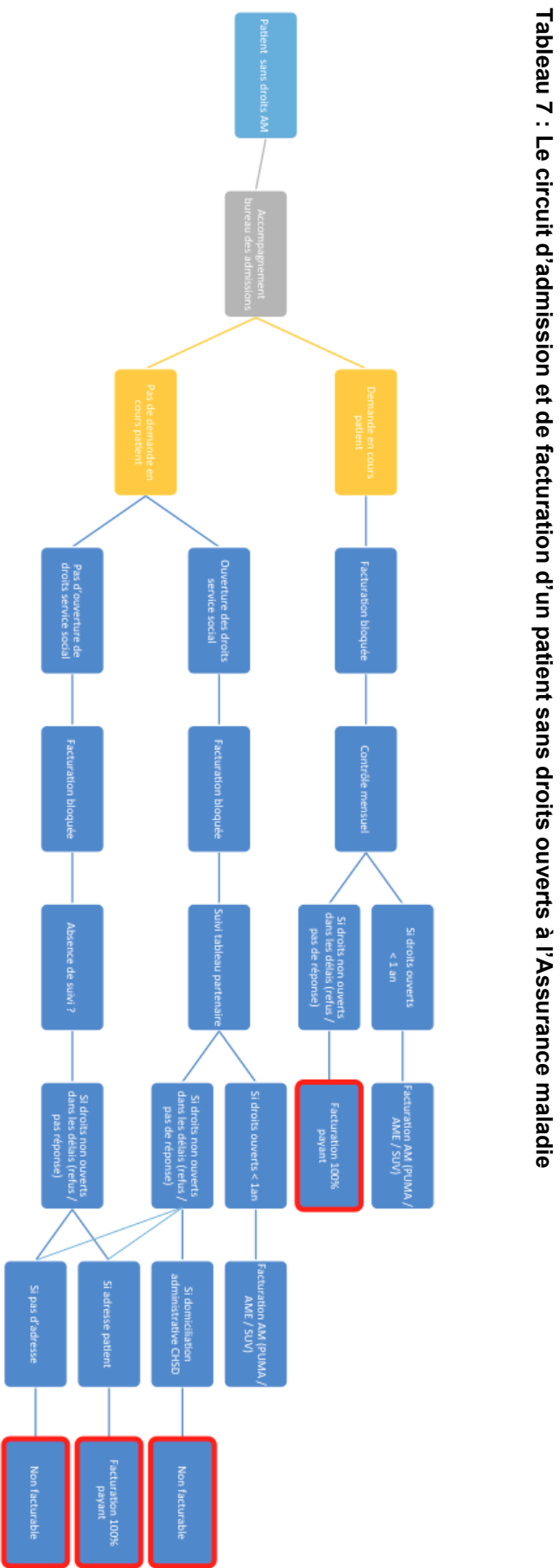
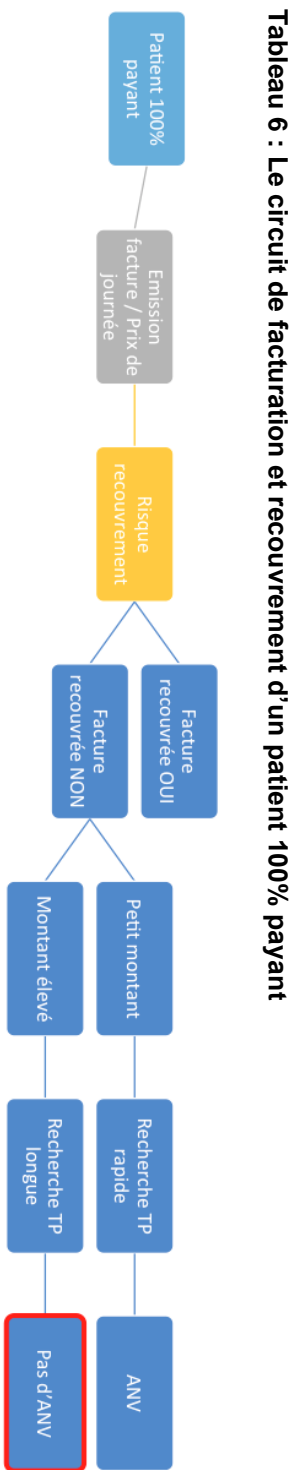
(TP). L'ensemble des factures émises aux 100% payants sont suivies, les relances sont ciblées sur les factures d'un montant compris entre 50 et 500 euros, qui ont plus de chances d'être recouvrées, et le patient est invité à régler ses factures lors d'un séjour postérieur à l'hôpital.

- **Le risque de recouvrement d'une facture est bien identifié.** Au niveau global, une facture sur deux parmi celles émises aux 100% payants est recouvrée.
- **En revanche, le non-paiement des factures entraîne des difficultés liées au rythme lent de recherche du Trésor public.** Or, tant que les recherches ne sont pas intégralement faites pour le recouvrement, le Trésor public ne peut pas proposer d'admission en non-valeur (ANV) pour la facture. Ce risque est d'autant plus élevé que le montant de la facture est important, qui entraîne une recherche longue par la trésorerie. C'est le cas par exemple de factures de 20 000 euros de 2015 ni soldées, ni admises en non-valeur.

Face à l'évolution continue des restes à recouvrer, supérieurs à deux millions d'euros par an en moyenne et dont la plupart constituent des créances irrécouvrables, le rythme des propositions des ANV de la trésorerie semble insuffisant. Sous l'effet de plusieurs facteurs, la réduction des effectifs de la trésorerie de 28 à 23 ETP comme la longueur des démarches obligatoires de recouvrement pour les factures au montant important, les ANV représentent un total de 800 000 euros par an. Cela crée un décalage entre le montant des restes à recouvrer généré chaque année, supérieur à deux millions d'euros, et celui de la reconnaissance de la créance comme irrécouvrable. A titre de comparaison, le montant annuel moyen des ANV était supérieur à un million d'euros entre 2011 et 2014⁵², pour un montant de restes à recouvrer moindre.

L'augmentation du montant des ANV est alors nécessaire afin de garantir la fiabilité des informations financières de l'établissement et suppose une nouvelle dynamique d'apurement des comptes, qui pourrait être soutenue par une aide financière de l'ARS, sur le modèle de ce qui a été fait avec le programme ORFEH en 2015.

⁵² Montant des ANV entre 2011 et 2014 : 1,33M en 2011, 1,32M en 2012, 0,7 en 2013, 1M en 2014. Source : *Note sur le profil du recouvrement des factures dues par la patientèle des particuliers du CHSD*, juin 2015.



2.3.2 Le circuit d'admission et de facturation d'un patient sans droits ouverts à l'Assurance maladie fait apparaître un suivi global satisfaisant de ces patients mais présente des risques nouveaux

Le tableau 7 ci-dessus fait apparaître plusieurs circuits possibles pour l'admission et la facturation d'un patient sans droits ouverts à l'Assurance maladie. A l'origine, si un patient sans preuve d'affiliation ou de bénéfice de tout dispositif de protection maladie est hospitalisé au CHSD, un agent du bureau des admissions va à son chevet afin d'évaluer l'existence de droits ou non à l'Assurance maladie. En leur absence et si le patient n'a pas déjà fait de demande par lui-même, une fiche de liaison est transmise au service social afin que celui-ci prenne le relai pour l'ouverture de droits. En tout état de cause, **la facturation du séjour est temporairement bloquée afin de ne pas facturer à un individu un séjour ayant vocation à être pris en charge par l'Etat ou l'Assurance maladie.**

Plusieurs circuits sont possibles :

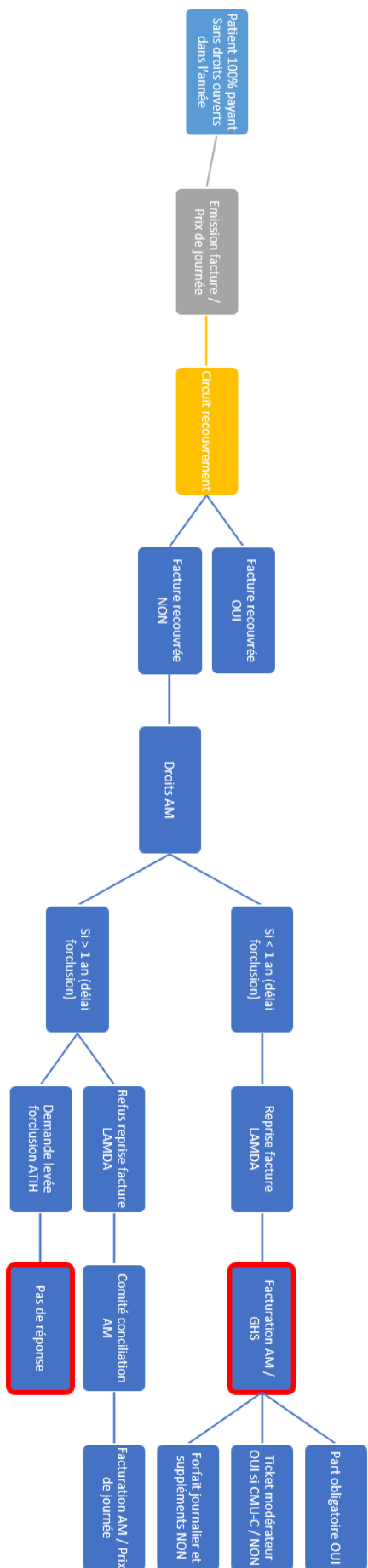
- Si le patient a fait une demande d'ouverture de droits seul, le CHSD suit mensuellement l'octroi ou non des droits. Si les droits sont ouverts dans l'année en cours, cela ne pose pas de difficultés particulières. En revanche, passé ce délai le service des finances facture ce séjour aux patients.
- En l'absence de droits ouverts et de demande en cours, le service social se rend auprès du patient pour réaliser la demande avec lui. Il arrive toutefois, dans une proportion non évaluée, qu'un patient signalé par le bureau des admissions ne soit pas accompagné par le service social. Dans le cas largement majoritaire où le service social du CHSD réalise l'ouverture de droits pour les patients, ces dossiers font l'objet d'un suivi conjoint entre le bureau des admissions, le service social et la CPAM 93. Au 24 juin 2019, 420 dossiers de patients arrivés sans droits au CHSD sont en cours d'ouverture de droit.
 - o Si ces patients voient leurs droits ouverts dans l'année, ils sont facturés normalement au titre de la PUMA, de l'AME ou des SUV.
 - o En revanche, la non-ouverture de droits pendant l'année entraîne d'abord une facturation du séjour en 100% payant, ce qui implique une reprise des factures en LAMDA si les droits sont finalement ouverts. Ce dispositif permet de corriger les informations liées à la facturation qui ont un impact sur la valorisation de l'activité ou le circuit financier habituel.
 - o Cette facturation peut être rendue impossible par l'absence d'adresse ou la domiciliation administrative du patient du CHSD, qui concerne environ 1000 patients par an.

2.3.3 Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient arrivé au CHSD sans droits ouverts à l'Assurance maladie et dont l'ouverture de droits est tardive fait apparaître un manque à gagner financier encore difficile à évaluer

Le tableau 8, qui retrace la facturation et le recouvrement des patients avec une ouverture de droits à la protection maladie tardive, fait apparaître deux risques financiers distincts :

- Le premier risque financier est celui lié à la facturation des séjours en GHS à l'Assurance maladie ou au titre de l'AME ou des SUV là où le séjour est facturé au patient au prix de journée. Le tarif journalier de prestation étant supérieur au tarif associé au GHS, il existe un manque à gagner théorique pour l'hôpital. Ce risque financier est théorique car la facture adressée au patient a seulement une chance sur deux d'être recouvrée.
 - o Si les droits du patient sont ouverts dans le délai de forclusion d'un an de la facture, le CHSD reprend les dossiers en LAMDA. Au 30 avril 2019, la reprise des séjours de l'année précédente a permis à l'établissement de récupérer près de 400 000 euros (230 000 euros au titre des séjours Assurance maladie, 31 000 euros au titre des séjours AME et 122 000 euros au titre des séjours SUV).
 - o En revanche, si les droits du patient sont ouverts après le délai d'un an de forclusion, la reprise des factures en LAMDA est refusée par le CHSD. En effet, la responsable des admissions considère qu'une ouverture de droits extrêmement tardive du fait de délais excessifs ou d'erreur d'appréciation par la CPAM ne doit pas être supportée financièrement par le CHSD. Il est déjà arrivé que le refus du CHSD d'annuler la facture adressée à un patient entraîne la convocation du comité de conciliation de la CPAM afin que celle-ci règle la facture réclamée au patient.
- Cependant, le risque de non facturation des séjours des ressortissants communautaires inactifs dont l'accès à la protection maladie a été bloqué par le CREIC est important. La reprise de dossiers datant de 2018, dont la facture a été adressée aux patients il y a plus d'un an, implique une levée de forclusion par l'ATIH. En l'absence de réponse de celle-ci, la facturation de ces séjours à l'Assurance maladie ou au titre de l'AME ou des SUV est impossible.

Tableau 8 : Le circuit de facturation et de recouvrement d'un patient avec une ouverture de droits à l'Assurance maladie tardive



3 L'analyse de ces risques financiers nouveaux permet à l'établissement d'établir un plan d'action priorisé en interne et en externe

La construction d'un tableau d'analyse de risques de ce parcours des patients étrangers inactifs, sans droits ouverts à l'Assurance maladie à leur arrivée au CHSD, permet d'établir un plan d'actions qui vise à améliorer l'ouverture des droits, la facturation et le recouvrement de ces patients en interne (3.1 et 3.2) et des propositions à destination des acteurs extérieurs : partenaires, autorités nationales et de tutelle (3.3 et 3.4).

3.1 L'analyse des risques financiers permet à l'établissement d'agir en priorité sur les risques nouveaux et maîtrisables

Les circuits des patients étrangers sont traduits au sein d'un tableau d'analyse de risque présenté en annexe B et organisé comme suit :

- Chaque ligne correspond à la situation initiale du patient (point d'entrée dans le circuit), à laquelle est associée une ou plusieurs tâches. Le risque identifié est ensuite évalué au niveau financier, à partir des données disponibles et selon une pondération en fonction de la fréquence (nombre de factures), de la gravité (montant des factures) et du dispositif mis en place pour le limiter.
- Chaque étape du circuit administratif et financier du patient sans droits ouverts à l'assurance maladie correspond à une grande catégorie de risque : ouverture de droits, facturation, recouvrement.
- Il s'agit principalement d'un modèle d'analyse qui pourrait être étoffé dans le cadre d'un travail plus approfondi et pluri professionnel sur la précarité des patients du CHSD.

Il met en évidence les risques financiers les plus importants et ceux sur lesquels l'établissement peut agir directement. Il semble alors que **si le préjudice financier le plus important et identifié est celui qui fait appel à des actions des partenaires extérieurs** – dossiers des ressortissants communautaires inactifs et ouverture de droits tardive pour des séjours déjà facturés aux patients et dont la date de forclusion est dépassée – **le préjudice lié aux longueurs et difficultés d'affiliation, notamment à l'AME, est insuffisamment identifié et ciblé.**

3.1.1 L'ouverture de droits des patients pourrait faire l'objet d'un suivi plus ciblé afin de tirer parti au mieux des règles d'affiliation à l'Assurance maladie en vigueur

Les dispositifs en vigueur au CHSD font apparaître deux types de suivi : un suivi conjoint par le bureau des entrées, le service social et la CPAM 93 **pour les patients dont l'ouverture de droits est en cours** dans le cadre du partenariat et un suivi par les responsables des recettes de l'ensemble des **factures adressées aux patients payants**.

Si ce dispositif permet la bonne facturation des séjours et un taux d'encaissement des factures relativement élevé par rapport à la composition de la patientèle dont la probabilité de recouvrement est faible, la longueur des délais d'ouverture de droits à l'Assurance maladie pourrait être mieux anticipée. L'instruction de la CPAM, quand elle entraîne le dépassement du délai de forclusion des factures ou une ouverture de droits postérieure à celle des soins, représente potentiellement un préjudice financier important. Ainsi, **le nombre total de patients sans droits ouverts mais dont la demande est en cours**, pour l'année en cours (juillet 2018 à juillet 2019) **est de 854, pour un montant total des séjours évalué à 2,8 millions d'euros**.

Deux situations méritent une attention particulière et pourraient être identifiées dès l'entrée du patient par l'accueil administratif :

- **Tout d'abord les demandes d'AME**, dont l'instruction est souvent longue mais l'octroi rarement refusé, **pourraient faire l'objet d'un suivi à deux mois**. En effet, à cette date, le silence de la CPAM vaut décision de rejet et il est alors possible de demander le remboursement en SUV, ou, le cas échéant, de facturer le séjour au patient.
- **Ensuite, la nationalité européenne et l'inactivité professionnelle d'un patient justifient un accompagnement du service social**, quand bien même celui-ci aurait déjà une demande de droits en cours auprès de l'Assurance maladie. En effet, l'instruction opaque de ces dossiers par le CREIC entraîne souvent une couverture moindre (AME plutôt que PUMA) ou des renvois abusifs vers les systèmes de protection sociale des autres pays de l'UE (exigence de CEAM entraînant facturation en 100% payant et non prise en charge au titre des SUV).

3.1.2 La facturation des séjours des patients dont l'ouverture de droits a été bloquée suppose une grande vigilance vis-à-vis du délai de forclusion des factures adressées au patient et une action correctrice de la part de la CPAM

La situation la plus problématique est celle des **ressortissants communautaires** inactifs, dont l'ouverture de droits a été bloquée par le CREIC. Le préjudice financier des 500 dossiers bloqués était évalué à 1,16 millions d'euros. En application de la consigne donnée par le ministère de la santé en 2019, environ 200 dossiers ont été repris par la CPAM. En juin 2019, il restait 300 dossiers bloqués pour 2018 et 58 pour 2019.

La situation des « ni – ni », **patients étrangers dont le titre de séjour a expiré**, qui ne peuvent plus demander la CMU-C, sans toutefois pouvoir bénéficier de l'AME implique également une reprise de ces dossiers par la CPAM, en application des règles récentes⁵³. Cela représente près de 3000 factures entre 2012 et 2019, pour un montant total de 292 371 euros.

Pour l'ensemble des séjours des patients n'ayant pas eu de droits ouverts à l'Assurance maladie l'année précédente et qui ont ainsi été facturés au patient il y a plus d'un an, l'ouverture des droits par la CPAM après le délai de forclusion de la facture suppose une levée de forclusion par l'ATIH afin de pouvoir reprendre ces factures en LAMDA et les facturer à l'Assurance maladie. En 2019, cela concerne 21 patients (séjours forclos 2018), pour un préjudice évalué à 50 000 euros.

3.2 L'organisation du service social et sa jonction avec le bureau des admissions pour les patients en cours d'ouverture de droits pourraient être améliorées

3.2.1 Au moment de l'accueil administratif, instaurer une première évaluation de l'affiliation à l'Assurance maladie du patient

Au niveau des admissions, il semble souhaitable de recueillir plus d'informations relatives à la situation administrative du patient afin d'évaluer dès le départ sa situation potentielle vis-à-vis de l'assurance maladie. Les bénévoles en charge de l'accueil au CASO de Médecins du Monde comme les agents administratifs de PASS de la ville de Saint-Denis

⁵³ Circulaire 16/2019 de la CNAM du 9 juillet 2019

recupèrent, dès l'entrée du patient, les informations suivantes : la nationalité du patient, son activité et ses ressources, son adresse postale, sa dernière date d'entrée en France et sa situation au regard du droit au séjour. Si la vocation du CASO et de la PASS sont différentes de celle de l'hôpital, le recueil de ces informations permet de libérer du temps pour les assistantes sociales qui peuvent alors se concentrer sur l'accompagnement des situations les plus complexes (européens inactifs).

3.2.2 Au sein du service social, une organisation en filière afin de permettre le suivi continu du patient

A l'heure actuelle, les assistantes sociales du service social sont réparties par pôle, tout en étant rattachées hiérarchiquement à la responsable du service social. Une organisation par filière (entrée, court séjour, éventuellement soins de suite ou réadaptation) permettrait aux assistantes sociales d'avoir un suivi continu du patient de son entrée à sa sortie. Cela éviterait les pertes d'information liées à la situation sociale du patient.

3.2.3 Un suivi particulier des patients représentant un fort enjeu financier par le service social et celui chargé des recettes

Au vu des montants financiers en jeu, les patients ressortissants communautaires inactifs doivent être identifiés comme tels dès l'entrée et continuer de faire l'objet d'un suivi attentif du bureau des entrées et du service social.

De la même manière, un suivi conjoint entre le service social, le plus à même de connaître et d'appliquer les nouvelles règles relatives à l'affiliation à l'Assurance maladie, et le service des recettes, pourrait être instauré pour l'ensemble des demandes d'ouverture de droits problématiques. Un tel suivi, appliqué aujourd'hui aux demandes de PUMA sur critère de résidence ou d'AME permettrait de s'assurer du bon respect des règles de droit et des délais.

3.3 Le renforcement et le développement des partenariats avec les acteurs locaux visent à garantir une ouverture de droits fluide

3.3.1 Proposer une nouvelle convention avec la CPAM 93 afin de s'accorder sur les pièces justificatives admises et les délais d'instruction

La convention avec la CPAM 93 pourrait être révisée afin de s'assurer du respect des délais de référence d'instruction et le remplacement de certaines pièces justificatives par des attestations sur l'honneur. **Le respect des délais d'instruction par les partenaires est un enjeu majeur pour l'accès aux droits des patients du CHSD.** En effet, les délais théoriques, déjà élevés : 23 jours pour la PUMA, 51 jours pour la CMU-C, 42 jours pour l'AME et un mois pour le CREIC, ne sont pas respectés. Par ailleurs, les possibilités pour le CHSD de produire des attestations sur l'honneur à la place de certains formulaires que les patients peinent à fournir, comme cela est en partie autorisé pour l'instruction auprès du CREIC, devraient être élargies.

3.3.2 Permettre un suivi du remboursement des soins urgents et vitaux par un partenariat *a minima* avec la CPAM 75

Afin d'éviter un refus inexplicé des remboursements des SUV, un partenariat pourrait être conclu avec la CPAM 75 afin de permettre une clarification des règles quant aux soins acceptés en SUV ou non (notamment les refus d'AME pour conditions de ressources).

3.4 L'établissement peut également anticiper des évolutions normatives potentiellement défavorables et proposer des pistes d'amélioration

3.4.1 Le regroupement des CPAM chargées de l'instruction des demandes d'AME, sur le modèle du CREIC, laisse présager un allongement des délais d'instruction

A la fin de l'année 2019, seules trois CPAM vont gérer les AME sur le plan national. La CPAM 93 va gérer les AME pour la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise, le Val-de-Marne, la région Hauts-de-France et Grand Est. Cette fusion des caisses pour la gestion des AME laisse présager un risque d'engorgement et un allongement en conséquence des délais d'examen des demandes d'AME, sur le modèle de ce qui s'est passé avec le CREIC.

3.4.2 Les modalités de la fusion à venir de la CMU-C et de l'ACS sont à suivre afin d'éviter que la couverture de la part complémentaire soit systématiquement postérieure à celle de soins

Une fusion de la CMU-C et l'ACS, pensée pour réduire le non recours aux droits (le taux de recours à l'ACS est seulement de 40%), au sein d'une CMU-C contributive est envisagée pour la fin de l'année 2019. Cette réforme, selon les modalités qu'elle prendra, peut aboutir à un système de protection complémentaire pour les personnes ayant un faible niveau de ressources, soit sur le modèle de la CMU-C (l'Etat assure le rôle d'une complémentaire santé), soit sur celui de l'ACS (l'Etat soutient financièrement l'adhésion à une mutuelle). Ce dernier cas de figure pourrait engendrer une protection complémentaire systématiquement ultérieure à la date des soins.

3.4.3 Une réforme de l'aide médicale d'Etat, jugée trop généreuse, semble être envisagée à nouveau

Une réforme de l'AME semble être envisagée. Une mission sur ce sujet a été confiée à l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales, qui devraient rendre leurs conclusions au début du mois d'octobre 2019. Selon les associations d'aides aux personnes précaires et étrangères, il serait envisagé de réduire le bénéfice de l'AME, soit par un panier de soins plus limité qui exclurait une partie des soins de ville, soit par l'instauration d'un ticket modérateur. Cela entraînerait alors un report sur l'offre de soins hospitalière et le nombre de patients arrivés au CHSD sans aucune couverture sociale pourrait augmenter en conséquence.

3.4.4 En tout état de cause, l'ouverture de droits pourrait être simplifiée par la suppression de certaines étapes d'instruction

Deux éléments allongent inutilement les demandes de couverture sociale ou de remboursement des soins des patients du CHSD. Pour les ressortissants communautaires inactifs, c'est le refus préalable de la PUMA avant l'instruction de la demande d'AME, qui doit à nouveau être déposée. Les patients du CHSD relevant la plupart du temps de l'AME, il semble judicieux de permettre la suppression systématique de cette étape. De la même manière, la facturation des SUV, sur un périmètre clarifié, devrait pouvoir être faite sans refus de d'AME au préalable ou le délai de facturation de ceux-ci allongé.

Conclusion

Le nombre croissant de patients sans couverture sociale et les difficultés pour ceux-ci à s'affilier à l'Assurance maladie constituent ainsi une situation préoccupante pour le CHSD. Par la composition de sa patientèle, les mesures restrictives vis-à-vis de l'accès aux droits et aux soins des malades étrangers affectent l'établissement et notamment le circuit administratif et financier des patients : ouverture de droits, facturation, recouvrement. La couverture sociale moindre des patients étrangers inactifs, la longueur et l'exigence renforcée des procédures de demande, le dépassement des délais de facturation et l'insuffisance de l'enregistrement comptable face au non recouvrement des créances constituent des risques financiers nouveaux. Ces risques sont plus ou moins connus et maîtrisés au sein de l'établissement et nécessitent tant l'action des partenaires extérieurs, au premier rang desquels la CPAM, qu'une amélioration des circuits internes.

Ayant été missionnée pour travailler sur la précarité des patients du centre hospitalier de Saint-Denis, ce mémoire n'en a finalement exploré qu'un seul aspect. En effet, la prise de charge de la précarité des patients s'exprime de manière beaucoup plus large et quotidienne dans l'établissement et au sein de différentes organisations (par exemple, la commission des hospitalisations longues, la liaison d'appui médico-psycho-éducatif et social [LAMPES], la convention avec le Samu social pour les femmes sans solution d'hébergement en maternité). Lors des premiers entretiens avec les médecins chefs de service pour les interroger sur leur vision de la précarité à l'hôpital, j'ai mesuré la difficulté à m'attaquer à un sujet qui touche si profondément les pratiques professionnelles des médecins et soignants. J'ai donc préféré, dans une démarche préparatoire à un travail plus global sur la précarité que la direction de l'établissement souhaite lancer à nouveau, mettre à plat les difficultés rencontrées actuellement par la direction des finances face à la situation des patients sans couverture sociale. Ce mémoire s'est donc attaché à retranscrire les difficultés évoquées afin de les formaliser, d'identifier la cause de chacune d'entre elle et de proposer tant que possible des solutions opérationnelles. Cette démarche « gestionnaire » s'est doublée d'une démarche d'analyse des risques, sur le modèle de celle utilisée en certification des comptes (fréquence, gravité, pondération) afin d'identifier les risques financiers existants et maîtrisés et ceux nouveaux et non traités.

Bibliographie

Articles de périodiques, revues :

- « L'aide médicale d'Etat, l'âme de la démocratie sanitaire française », *La Croix*, tribune publiée le 10 avril 2017. Lien : <https://www.la-croix.com/Debats/Forum-et-debats/LAide-Medicale-dEtat-lame-democratie-sanitaire-francaise-2017-04-10-1200838504> , consulté le 19 août 2019

Etudes, rapports, guides :

- Cour des comptes, « Les communes défavorisées d'Île-de-France : des difficultés structurelles appelant des réformes d'ampleur », *Rapport public annuel*, février 2019.
- Défenseur des droits, *Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer*, rapport, mai 2019.
- Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, rapport, mai 2016.
- INSEE, « Niveaux de vie – pauvreté » in *Tableaux de l'économie française*, INSEE Référence, édition 2018.
- Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France, *Gentrification et paupérisation au cœur de l'Île-de-France, évolutions 2001 – 2015*, mai 2019.
- Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France, *L'habitat indigne et dégradé en Île-de-France. Etat des lieux des enjeux et des politiques*, novembre 2018.
- LEBAS J., *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital : document de synthèse remis à Madame le ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la Santé*, La documentation française, février 1998.
- MARIC M. et al., *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins*, DREES, Etudes et recherches, n°81, novembre 2008.
- NASCIMENTO I. (dir. Christian TIBAULT), « L'IDH-2 : un outil d'évaluation du développement humain en Île-de-France », *Institut d'aménagement et d'urbanisme*, Note rapide, n°656, mai 2014,
- Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins du Monde en France, *Médecins du Monde*, rapport, 2017.
- Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et collectif national droits de l'Homme ROMEUROPE, *Fonctionnement de la coordination européenne de Sécurité sociale en matière de soins. CREIC : Quand la coordination se transforme en machine à exclure les précaires*, Note technique d'analyse, 18 décembre 2018.

Supports de formation :

- Colloque CNAM et Odenore, « Renoncement et accès aux soins. De la recherche à l'action. Cinq années de collaboration entre l'Assurance maladie et l'Odenore », 6 et 7 juin 2019

Supports de textes juridiques :

- Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur le 1er mai 2010 et modifié pour la dernière fois par le règlement (UE) n°2017/492 de la Commission du 21 mars 2017.
- Code de l'action sociale et des familles (CASF), article L.254-1 (périmètre des soins urgents et vitaux).
- Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
- Loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 créant la protection universelle maladie (article 59).
- Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat.
- Décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie.
- Instruction interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents.
- Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale d'Etat.
- Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n°2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.
- Circulaire DSS/DACI n°2011-225 du 9 juin 2011 relative à la condition d'assurance maladie complète dont doivent justifier les ressortissants européens inactifs, les étudiants et les personnes à la recherche d'un emploi, au-delà de trois mois de résidence en France.
- Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'aide médicale de l'Etat, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs).

- Circulaire 16/2019 de la CNAM du 9 juillet 2019 relative à la gestion de la régularité de séjour et l'ouverture des droits CMU-C et ACS pendant la période de maintien de droit qui suit l'expiration du titre de séjour.
- Circulaire 27/2019 de la CNAM du 31 juillet 2019 venant préciser l'instruction de la DGS du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
- Lettre réseau de la CNAM du 3 avril 2017.

Sites internet, ressources en ligne :

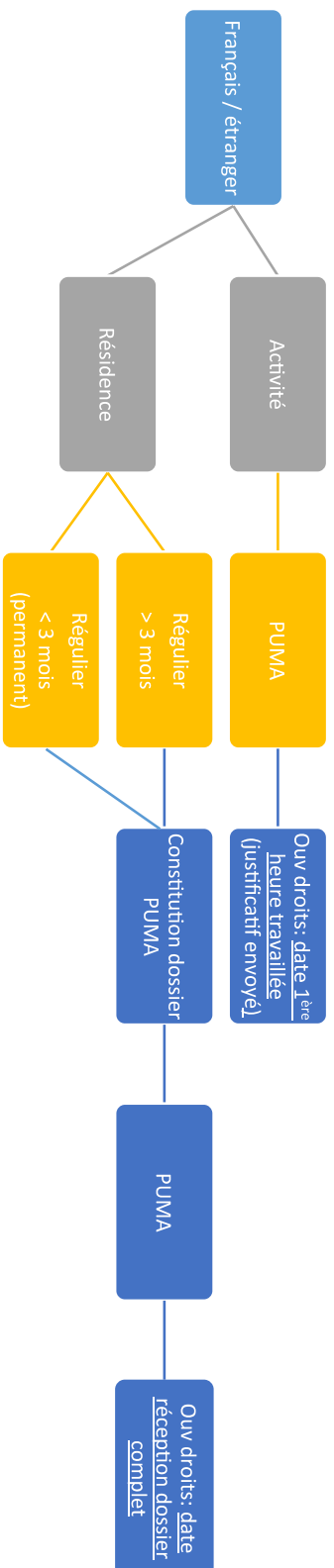
- « Commune de Saint-Denis », *Comparateur de territoire INSEE*, paru le 9 août 2019. Lien : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-93066+FRANCE-1>, consulté le 19 août 2019.
- « Les permanences d'accès aux soins de santé », site internet de l'ARS, article du 20 février 2017. Lien : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>, consulté le 23 juillet 2019.
- « Plafonds d'attribution de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME », site internet de la CMU, mis à jour le 1er avril 2019. Lien : <http://www.cmu.fr/plafonds.php>, consulté le 22 juillet 2019.

Liste des annexes

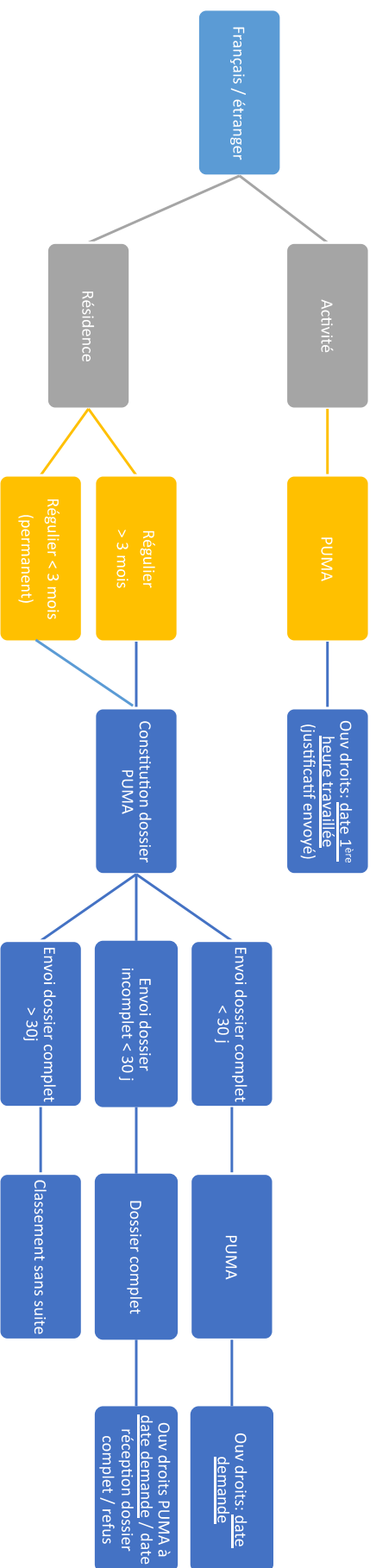
Annexes A : Circuits d'ouverture de droits à l'Assurance maladie des patients du CHSD

Annexe B : Modèle de tableau d'analyse des risques financiers des patients sans droits ouverts à l'Assurance maladie (focus : les patients étrangers)

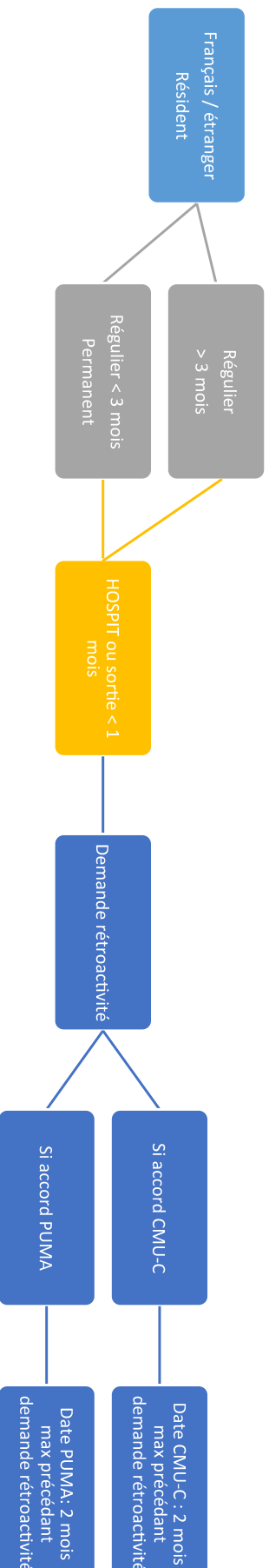
ANNEXE A1: Circuit ouverture de droits PUMA seule – Hors partenariat



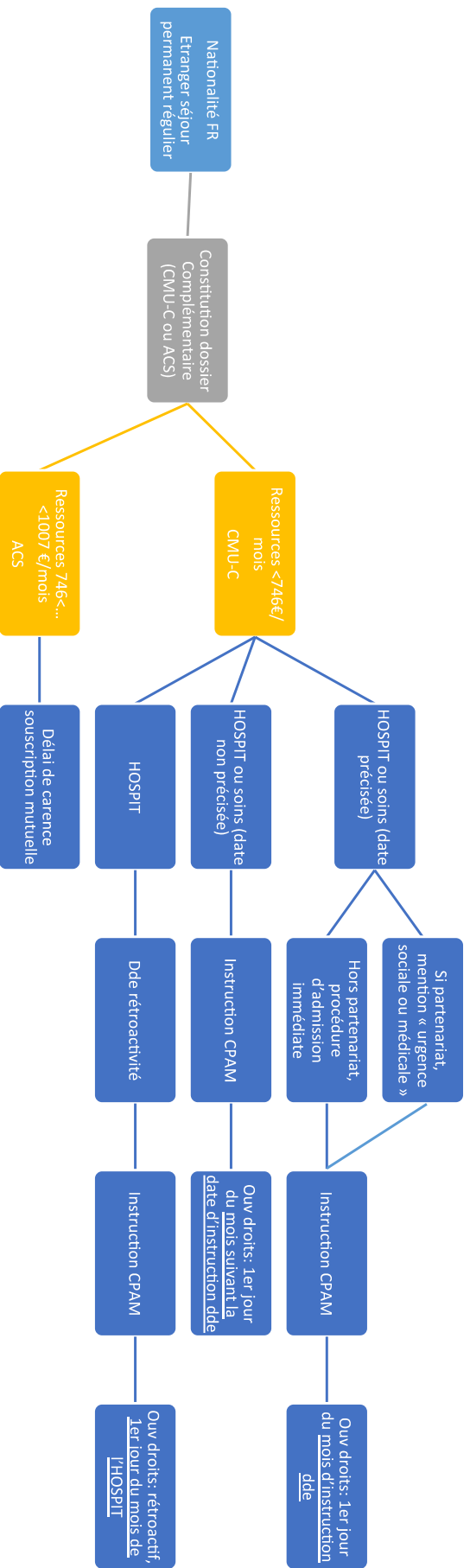
ANNEXE A2: Circuit ouverture de droits PUMA seule – partenariat CPAM 93



ANNEXE A3: Circuit ouverture de droits PUMA résidence + CMUC – demande rétroactivité



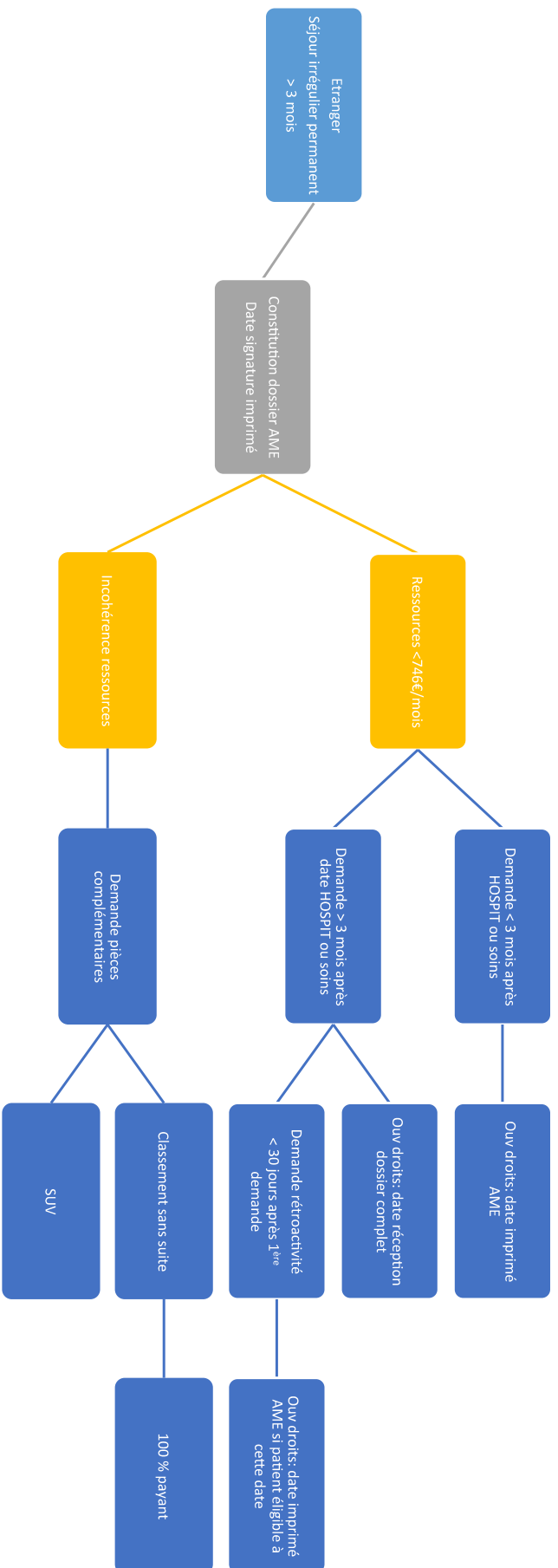
ANNEXE A4: Circuit ouverture de droits complémentaire santé – Partenariat / hors partenariat



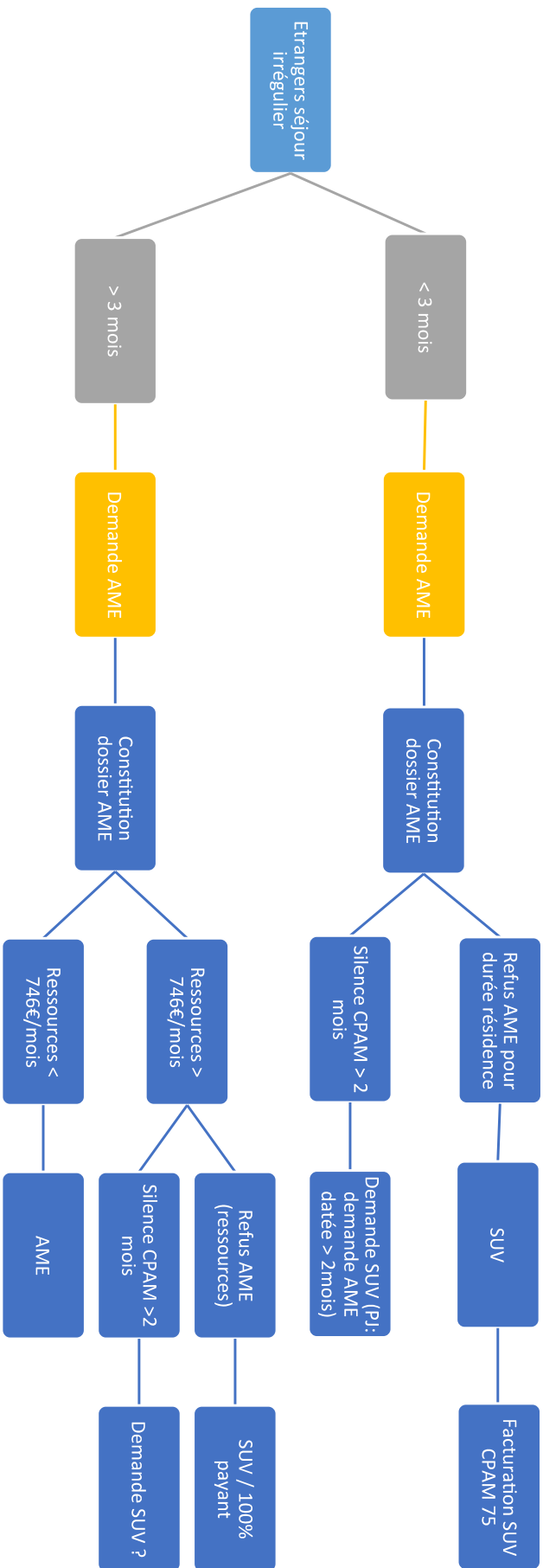
ANNEXE A5: Circuit ouverture de droits AME hors CPAM 93



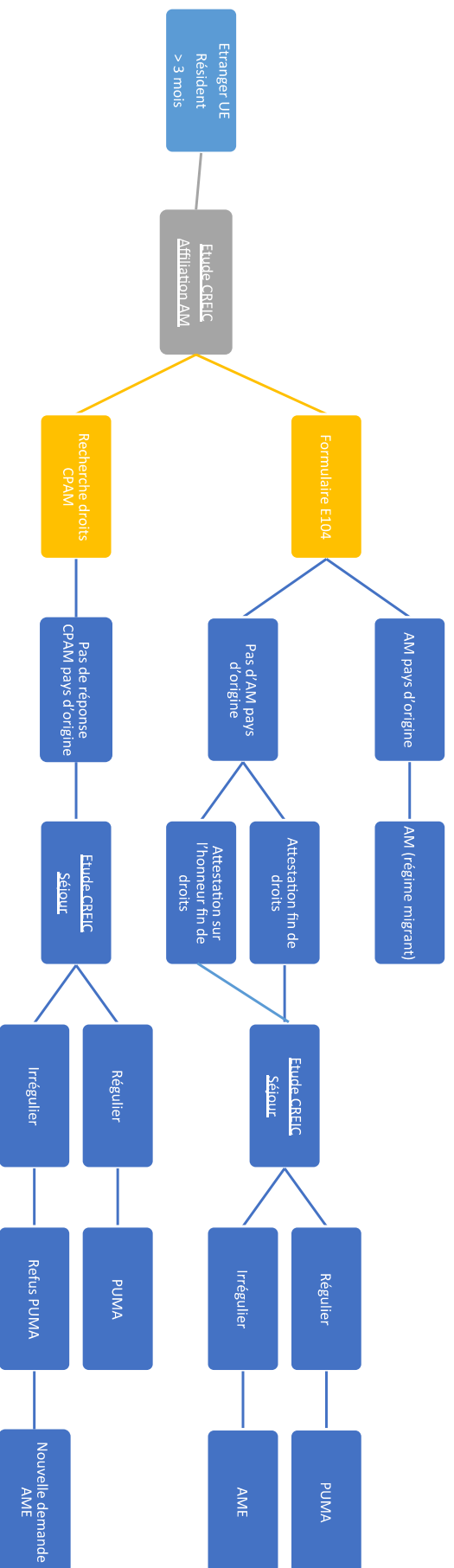
ANNEXE A6: Circuit ouverture de droits AME CPAM 93



ANNEXE A7: Circuit ouverture de droits SUV – CPAM



ANNEXE A8: Circuit ouverture droits pour les ressortissants communautaires séjour permanent inactifs – étude CREIC partenariat CPAM 93



Annexe B : Modèle de tableau d'analyse des risques financiers des patients sans droits ouverts à l'Assurance maladie (focus : les patients étrangers)

Procédure	Situation administrative du patient	Cas les plus fréquents	Tâches	Risques associés	Dispositifs mis en place (avec service concerné) pour maîtriser risque	Fréquence	Evaluation du risque		Critère finale
							Garantie (montant)	Fondération	
1. Ouverture de droits	Etranger UE / étranger / séjour < 3 mois	Demande remboursement SUV	Contribution dossier (CHSD) Instruction demande (CPAM) Appréciation droits AME	Instruction longue car réels AME CHAM 75 nécessite au préalable avoir légalisé à la CPAM 75. Non pris en compte CHAM 75					
1. Ouverture de droits	Etranger UE / étranger / séjour < 3 mois / permanent	Demande de remboursement SUV	Instruction demande Appréciation droits AME	Autorisation fin de droits AME sans UE d'origine pour remboursements SUV, réels AME pour résidents néerlandais Risque réels CHAM 75					
1. Ouverture de droits	Etranger hors UE / étranger / séjour < 3 mois / permanent	Demande remboursement SUV et AME	Demander cotisations AME + SUV Instruction demande Appréciation droits AME	Pas de continuité de la prise en charge SUV pour AME Risque réels CHAM 75 Risque AME nécessaire pour SUV - demande de rétroactivité si demande d'AME > 3 mois après hospitalisation Besoin de réels de rétroactivité AME					
1. Ouverture de droits	Etranger hors UE / étranger / séjour > 3 mois / permanent	Demande AME	Contribution dossier Instruction demande (CPAM) Appréciation droits AME (CHAM)	Boite étrangère : date signature impérative AME Régimes pièces justificatives non possédées, risque de refus AME pour conditions de ressources ou incohérences (patient SUV ou 100% parental). Ouverture droits AME après date des soins.					
1. Ouverture de droits	Etranger UE / étranger / séjour > 3 mois / permanent	Demande AME	Contribution dossier Instruction demande (CEREC) Instruction demande (CPAM)	Pas de demande : date signature impérative AME Instruction longue (absence de formulaire E104) ou manque recherche droits AME pays d'origine + réels PUMA nécessaire (patient SUV ou 100% parental). Ouverture droits AME après date des soins.					
1. Ouverture de droits	Etranger hors UE / étranger / séjour < 3 mois / permanent	Demande PUMA pour regroupement familial	Appréciation droits (CPAM) Instruction demande (CPAM)	Pas de demande : date d'hospitalisation, application d'un délai de carence ou exécution sans suite Instruction longue et demande pièces complémentaires					
1. Ouverture de droits	Etranger UE / étranger / séjour < 3 mois / permanent	Demande PUMA pour regroupement familial (part-droit assure social)	Contribution dossier (partent) Instruction demande (CEREC) Appréciation droits (CEREC)	Boite étrangère : date signature impérative AME Instruction longue Poids accord pour rassembler les pièces justificatives					
1. Ouverture de droits	Etranger hors UE / étranger / séjour > 3 mois / permanent	Demande PUMA pour résidence	Contribution dossier (partent) Instruction demande (CPAM) Appréciation droits (CPAM)	Boite étrangère : date signature impérative AME Instruction longue Poids accord pour rassembler les pièces justificatives					
1. Ouverture de droits	Etranger UE / étranger / séjour > 3 mois / permanent	Demande PUMA pour résidence	Contribution dossier (partent) Instruction demande (CEREC) Appréciation droits (CEREC)	Boite étrangère : date signature impérative AME Instruction longue Poids accord pour rassembler les pièces justificatives					
1. Ouverture de droits	Etranger hors UE / étranger / séjour > 3 mois / permanent	Demande PUMA pour résidence + CHAM-C	Contribution dossier Instruction demande (CPAM) Appréciation droits (CPAM)	Poids accord pour rassembler les pièces justificatives Instructions sur un seul					

DE FOURNOUX	Maillys	Octobre 2019
Elèves directeurs et directrices d'hôpital Promotion 2018 - 2019		
Le circuit administratif et financier des patients sans couverture sociale au centre hospitalier de Saint-Denis. Un exemple de prise en charge des patients précaires à l'hôpital public.		
<p>Résumé :</p> <p>Le centre hospitalier de Saint-Denis est le seul établissement public de santé d'un territoire 430 000 habitants. Avec plus de 75% de la patientèle qualifiée de très précaire, il est investi dans la prise en charge particulière de ces patients.</p> <p>L'établissement rencontre toutefois des difficultés croissantes liées à la situation des patients sans couverture sociale : les textes législatifs et réglementaires récents réduisent les possibilités d'affiliation à l'Assurance maladie pour les étrangers, le nombre de patients sans aucune couverture sociale augmente depuis 2014, un nombre croissant de dossiers d'ouverture de droits est ralenti ou bloqué (sur près de 4000 demandes par an, près d'un quart fait l'objet d'une demande de pièces complémentaires ou est classé sans suite). Cela se traduit par un non recouvrement persistant des créances avec plus de deux millions d'euros de restes à recouvrer chaque année.</p> <p>Plus particulièrement depuis 2016, les patients étrangers inactifs rencontrent des difficultés d'affiliation à l'Assurance maladie qui se répercutent à toutes les étapes du circuit administratif et financier : une couverture sociale moindre, des délais plus longs et une procédure plus exigeante pour l'ouverture de droits, des dates d'affiliation postérieures aux soins et une facturation et un recouvrement rendus difficiles.</p> <p>Les risques financiers nouveaux identifiés peuvent alors faire l'objet d'un plan d'actions priorisé, qui vise notamment à : alerter la CPAM sur les situations problématiques représentant un préjudice financier important, améliorer ses organisations internes et nouer des partenariats pour rendre les ouvertures de droits et leur suivi plus fluides et anticiper les évolutions normatives à venir relatives au droit à l'Assurance maladie des personnes étrangères.</p>		
<p>Mots clés :</p> Admission – Aide médicale d'Etat – Assurance maladie – Couverture maladie universelle complémentaire – Facturation – Précarité – Protection universelle maladie – Recouvrement – Soins urgents et vitaux		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		