



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

Filière Directeur d'Hôpital



**UNIVERSITÉ PARIS X NANTERRE**

U.F.R. de Sciences Juridiques,  
Administratives et Politiques

# **L'admission des patients venus de l'étranger dans les hôpitaux de Paris**



***France, terre d'accueil sanitaire ?***

---

**Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies  
en Droits de l'Homme et Libertés publiques**

*Responsable : Pr Danièle Lochak*

*Directeur de recherche : Pr Lucile Tallineau*

*Référent ENSP : M. Philippe Peyret*

*Date du Jury : nov.-déc. .2000*

---

---

**Marie Bonnet**

# SOMMAIRE

<b>Remerciements .....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
Section 1 - L'admission des patients venus de l'étranger dits « patients non-résidents » dans les hôpitaux de Paris.....	10
Section 2 - Les raisons du caractère spécifique de l'accueil médical des patients non-résidents.....	13
Section 3 - Le cas des patients non-résidents au carrefour d'impératifs parfois contradictoires .....	16
Section 4 - De l'opportunité d'une réorganisation de l'accueil des patients non-résidents .....	17
Section 5 - Méthode adoptée.....	19
<b>Chapitre préliminaire - une mesure de la « migration sanitaire » à destination des établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) .....</b>	<b>23</b>
Section 1 - Tableau statistique de l'hospitalisation à l'AP-HP des patients non-résidents .....	23
Section 2 - Les motifs médicaux du "voyage sanitaire" .....	29
Section 3 - Des filières .....	35
<b>PREMIÈRE PARTIE - DE LA LUTTE CONTRE LES « CRÉANCES SANITAIRES » À LA RESTRICTION DE L'ACCUEIL SANITAIRE .....</b>	<b>45</b>
<b>Chapitre 1 - L'admission des patients non-résidents.....</b>	<b>45</b>
Section 1 - Les procédures d'admission .....	46
Section 2 - Les conditions médicales de l'admission.....	52
Section 3 - Procédures d'admission et risque d'irrecouvrabilité.....	54
<b>Chapitre 2 - Une logique d'accueil obérée par la question financière.....</b>	<b>57</b>
Section 1 - La réalisation du risque d'irrecouvrabilité à l'origine de la constitution d'une « dette sanitaire » .....	58
Section 2 - La prise de conscience des enjeux de la dette sanitaire .....	62
Section 3 - Les mesures prises par l'AP-HP pour restreindre le stock des créances irrécouvrables .....	67
<b>DEUXIÈME PARTIE - POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DIPLOMATIQUE SANITAIRE AU SERVICE D'UNE ÉTHIQUE MÉDICALE .....</b>	<b>81</b>
<b>Chapitre 1 - Pourquoi repenser le système d'accueil des patients non-résidents ?..</b>	<b>81</b>
Section 1 - Une logique actuelle d'accueil des patients non-résidents non satisfaisante	81

Section 2 - Un système aujourd'hui en décalage avec les déterminants d'une éthique collective en pleine évolution .....	88
<b>Chapitre 2 - Pour une politique diplomatique sanitaire au service de l'éthique médicale .....</b>	<b>102</b>
Section 1 - La nécessaire formulation d'une stratégie médicale d'accueil des patients non-résidents s'inspirant des expériences existantes .....	102
Section 2 - Des structures et un financement spécifiques à imaginer.....	108
Section 3 - Deux corollaires indispensables à la mise en œuvre de la stratégie d'accueil des patients non-résidents.....	114
<b>Conclusion .....</b>	<b>123</b>
SECTION 1 - France, terre d'accueil sanitaire .....	123
Section 2 - Pour aller plus loin : pistes en vue d'une étude doctorale.....	126
Section 3 - La transparence en matière d'accueil des patients non-résidents en question... ..	129
Section 4 - Un enjeu stratégique pour l'AP-HP ? .....	131
Section 5 - Quel enseignement pour un directeur d'hôpital ? .....	132
<b>Entretiens réalisés .....</b>	<b>135</b>
Section 1 - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) .....	135
Section 2 - Autres interlocuteurs .....	136
<b>Bibliographie.....</b>	<b>139</b>
Section 1 - Bibliographie Générale .....	139
Section 2 - Mémoires de l'École Nationale de la Santé Publique : .....	139
Section 3 - Mémoires de Facultés de Médecine de Paris.....	140
Section 4 - Législation - Réglementation.....	140
Section 5 - Rapports .....	142
Section 6 - Documents internes à l'AP-HP .....	143
Section 7 - Contributions de chercheurs .....	146
Section 8 - Périodiques : presse spécialisée.....	146
Section 9 - Dépêches APM-Reuters /Santé .....	147
Section 10 - Périodiques : presse généraliste .....	147
Section 11 - Autres sources documentaires.....	148
Section 12 - Sites internet.....	148
<b>Liste des Annexes .....</b>	<b>151</b>



*“En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis à l'intérieur de maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et de mépris de mes confrères si j'y manque.”*

Serment de Montpellier, version accompagnant la soutenance de thèse inaugurale dont le texte a été proposé par le doyen de la faculté Lallemand, au début du XIX<sup>e</sup> siècle.



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier la communauté hospitalière Cochin – Tarnier – Saint-Vincent de Paul – La Roche Guyon, auprès de laquelle être élève-directeur fut une chance, initialement sous la responsabilité de M. Bitaud, alors directeur de Saint-Vincent de Paul, puis sous celle de M. Colin à la suite de la fusion avec l'hôpital Cochin. Les personnes qui composent cette communauté ont toujours su faire preuve de leur sens de l'accueil et livrer avec sensibilité des témoignages précieux et riches d'expérience.

Je remercie également l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris pour son soutien, l'Etablissement Français des Greffes et l'Institut Gustave Roussy pour leur accueil, le ministère des Affaires étrangères pour ses conseils.

La réalisation de ce mémoire universitaire dans un contexte professionnel fut l'occasion de rencontres surprenantes : rencontres de vocabulaires, de modes et schémas de pensée, mais surtout rencontres avec des personnalités. Plus d'une quarantaine de personnes ont consacré du temps à mes questions. Chacune a su éveiller ma curiosité et mon intérêt. Sans elles, ce travail n'aurait pu aboutir. Je souhaite leur témoigner toute ma reconnaissance, notamment au Professeur Hirsch, responsable de l'Espace Ethique de l'AP-HP, au Pr Sicard, chef du service de médecine interne à l'hôpital Cochin et président du Conseil Consultatif National d'Ethique, au Pr Deloche, responsable du service de chirurgie cardio-vasculaire de l'hôpital Européen Georges Pompidou et président de la Chaîne de l'Espoir, ainsi qu'à M. Omnès, directeur de l'hôpital Européen Georges Pompidou, qui ont tous accepté de me consacrer un temps précieux et m'ont soutenu dans la réalisation de ce travail par l'intérêt qu'ils ont manifesté.

Ma gratitude va aussi à mes maîtres de stage hospitalier, qui m'ont formée au métier de directeur d'hôpital public et m'ont appris à "penser" la réalité hospitalière : M. Frandji, aujourd'hui inspecteur au sein de l'Inspection générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, puis Mme Castagno, directeur adjoint au sein du groupe hospitalier Cochin – Tarnier – Saint-Vincent de Paul – La Roche Guyon; à M. Peyret, de l'Ecole Nationale de la Santé Publique pour ses encouragements et ses conseils critiques, ainsi qu'à M. Lecorps pour ses relectures; aux responsables du DEA : le Pr Tallineau, directeur de recherche, pour son exigence, son suivi sans faille et son engagement tout au long du calendrier universitaire ; le Pr Lochak responsable du DEA, qui m'a incitée à interroger inlassablement les concepts dans l'observation des faits.

Je remercie enfin tout particulièrement mon époux pour son aide précieuse, notamment en matière d'analyse quantitative de l'information.





## INTRODUCTION

La notion d'hôpital, qui renvoie à celle d'hospitalité (latin *hospitalis*), désigne tout établissement, public ou privé, où sont effectués les soins médicaux et chirurgicaux ainsi que les accouchements<sup>1</sup>.

L'hôpital public français a plus spécifiquement pour mission de soigner les patients dans le respect des principes du service public : principes d'égalité, de neutralité et de continuité.

Ainsi, en vertu du principe d'égalité, les hôpitaux sont tenus de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent », d'être « ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services » et de « n'établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins »<sup>2</sup>.

L'obligation de neutralité découle de ce principe d'égalité ; elle s'impose aux agents du service public et au service lui-même, qui doivent traiter tous les usagers en faisant abstraction de leurs opinions et de leurs croyances.

Enfin, les hôpitaux publics sont également tenus d'assurer un service continu. Le Code de la Santé publique prévoit que les établissements publics de santé doivent être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert leurs services « de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier »<sup>3</sup>.

Ces principes, qui doivent servir de fondement à la délivrance des prestations sanitaires, trouvent cependant parfois une réelle difficulté d'application concrète. Cet état de fait, bien connu en ce qui concerne par exemple les citoyens en situation de précarité, l'est moins dans le cas des patients venant de l'étranger dans le but de se faire soigner. Pourtant, l'accès au service public hospitalier pour ce public très spécifique soulève de nombreuses questions, qui sont l'objet du présent mémoire.

---

<sup>1</sup> Activités résumées généralement par les initiales M.C.O. (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

<sup>2</sup> Code de la Santé Publique, art. L. 711-4 [ref.bibl.n°49] soit art. L. 6112-1 du Nouveau Code de la Santé publique (le Code de la Santé Publique vient d'être l'objet d'une nouvelle et récente codification en ce qui concerne la partie législative seulement, dans le cadre de l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000. Des tables de correspondance entre anciens et nouveaux articles sont disponibles sur le site Internet [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). Toutefois, la partie réglementaire n'a, à ce jour, pas encore fait l'objet d'une telle codification.)

<sup>3</sup> Code de la Santé Publique, art. L. 711-4 [ref.bibl.n°49] soit art. L. 6112-1 du Nouveau Code de la Santé Publique.

## **Section 1 - L'admission des patients venus de l'étranger dits « patients non-résidents » dans les hôpitaux de Paris**

Ce mémoire traite des patients venus de l'étranger se faire soigner dans les hôpitaux français, et plus précisément dans les hôpitaux de Paris. Ces patients sont des voyageurs peu ordinaires, amenés à venir en France dans le cadre spécifique d'un "voyage sanitaire", après l'obtention, le cas échéant, d'un visa sanitaire. Il s'agit de personnes souvent gravement malades, atteintes d'une pathologie complexe ou rare, ne pouvant pas ou ne souhaitant pas être prises en charge par le système sanitaire de leur pays de résidence.

### **§ 1. Les patients venus de l'étranger**

Les patients venus de l'étranger sont qualifiés, dans ce mémoire, de « non-résidents », terme reprenant la terminologie officielle. Être un « non-résident » signifie ne pas avoir de résidence régulière en France, le critère de résidence étant en général apprécié en termes de durée (3 mois) et de stabilité.

#### 1. Définition

Le patient non-résident est un étranger de passage, conservant sa résidence à l'étranger. Il se trouve en France muni d'un visa de court séjour, ou sans visa pour les cas où aucun visa n'est requis, dans le cadre d'un voyage touristique ou d'une visite familiale durant lesquels apparaît un besoin sanitaire, ou encore dans le cadre d'un voyage à but exclusivement sanitaire.

Il y a donc plusieurs types de malades non-résidents admis dans les hôpitaux français :

- Les malades admis en urgence au cours d'un voyage touristique ou d'une visite familiale, avec ou sans visa de court-séjour.
- Les malades admis dans le cadre d'un voyage sanitaire programmé, avec ou sans visa sanitaire, selon les pays.
- Les malades admis dans le cadre de « fausses » urgences : il s'agit alors d'une admission non programmée administrativement, survenant au cours d'un voyage sans visa, pour une pathologie de long cours connue du patient, avec évolution prévisible.

Les étrangers non munis de visas, lorsque celui-ci n'est pas requis, doivent toutefois demeurer en situation régulière vis-à-vis de la législation concernant l'entrée et le séjour des étrangers (ordonnance modifiée n° 45-2658 du 2 novembre 1945), au terme de laquelle *« tout étranger doit, s'il séjourne en France, et après l'expiration d'un délai de trois mois depuis son entrée sur le territoire français, être muni d'une carte de séjour délivrée dans les conditions prévues à la présente ordonnance »* (art.6).

Il est possible de solliciter le cas échéant une autorisation provisoire de séjour (6 mois ou 3 mois moins un jour) qui n'ouvre généralement pas droit au travail sauf cas exceptionnels<sup>4</sup>.

L'étude réalisée inclut deux catégories spécifiques de patients non-résidents :

- Les patients non-résidents désireux de se faire soigner en France et qui se retrouvent en porte-à-faux avec la législation concernant l'entrée et le séjour des étrangers en France (leur situation devenant irrégulière).
- Les étrangers non-résidents choisissant de devenir résidents, aux fins d'une prise en charge de leur pathologie nécessitant des soins.

## 2. Les limites du sujet

Tout d'abord, ce mémoire exclut par définition les patients résidents, que ceux-ci soient français, étrangers ou apatrides, avec ou sans domicile fixe ; les résidents devant alors être compris comme ceux qui résident de façon habituelle en France.

Ensuite, ce mémoire ne s'est pas donné pour objet de traiter de la médecine de l'immigration, ou encore du besoin de santé publique existant au sein d'une population en situation de précarité ou d'exclusion, bien que ces thématiques se trouvent aux frontières du sujet traité.

Il ne s'agit donc pas ici de traiter des pathologies propres aux populations migrantes et immigrées, ou encore d'analyser la dimension interculturelle du face-à-face entre les patients d'origine étrangère et la médecine française. Il ne s'agit pas non plus de traiter de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité en général, ou encore de la question de la sanitarisation des étrangers en situation irrégulière.

Cette mémoire porte en définitive sur les catégories de patients venus de l'étranger pour se faire soigner en France, en situation régulière ou irrégulière, ou bien dont la situation, régulière à l'origine, est susceptible de devenir irrégulière.

Leur premier point commun est de ne pas bénéficier de la couverture de la sécurité sociale française dans la mesure où ils ne sont pas résidents : en effet, le bénéfice des remboursements de la sécurité sociale, mis à part le cas très spécifique des ressortissants de l'Union européenne, est soumis au principe de territorialité.

Leur second point commun est l'objectif de leur voyage : ces patients souhaitent être admis dans un hôpital français. La notion d'admission est alors importante. Elle fait référence à l'entrée du patient ou du malade dans le système hospitalier, avec pour objectif de bénéficier des prestations hospitalières.

---

<sup>4</sup> Guide de la protection sociale, GISTI [ref.bibl.n°11]

Le terme d'admission renvoie ici à l'action d'admettre, c'est à dire de laisser entrer dans un lieu, de recevoir. La notion d'admission à l'hôpital renvoie avant tout au circuit administratif du même nom, encadré et réglementé<sup>5</sup>, que ce mémoire se donne pour objet de décrire et d'expliquer.

## **§ 2. Les hôpitaux de Paris**

La terminologie « hôpitaux de Paris », utilisée dans le titre du mémoire, est celle qui est communément utilisée par les usagers du service public hospitalier parisien, ou encore par les médias. En réalité, cette terminologie fait référence au centre hospitalo-universitaire régional d'Ile-de-france, dont le nom exact est « l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris ». En effet, avec la loi du 31 juillet 1991, portant réforme de l'organisation hospitalière, « l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris » devient « l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris », dénomination qui permet d'associer la tradition d'accueil (l'assistance publique) aux missions de centre hospitalier régional<sup>6</sup>.

### 1. Le centre hospitalo-universitaire régional d'Ile de France ou « Assistance publique - Hôpitaux de Paris » (AP-HP)

Les établissements de l'AP-HP constituent le centre hospitalo-universitaire régional d'Ile-de-France.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et ses textes d'application ont effectué une refonte du statut de l'Assistance publique de Paris (décrets n°61-777 et 61-779 du 22 juillet 1961) : le décret n°92-1098 du 2 octobre 1992 (modifié par le décret n°97-633 du 31 mai 1997) fixe aujourd'hui pour l'essentiel les règles spécifiques d'organisation et de fonctionnement de l'AP-HP. Ces règles ont été maintenues par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. En droit, à l'exception des modalités du contrôle de l'Etat, elles ne sont guère éloignées des règles régissant les autres établissements publics de santé.

Pourtant, l'AP-HP est une exception dans le paysage sanitaire français : exception par sa taille ; exception par son régime budgétaire spécifique ; exception par la réunion des équipes médicales, soignantes, administratives et techniques qui la constituent et qui en font un pôle de référence national, et même international dans certains domaines<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> D'où le terme de « service d'admissions-frais de séjours », auquel doivent se présenter les patients qui souhaitent bénéficier des prestations sanitaires

<sup>6</sup> [ref.bibl. n°1]

<sup>7</sup> [ref.bibl. n°5]

Ainsi, l'AP-HP occupe une place prépondérante dans l'infrastructure sanitaire de Paris et de sa région, avec près de 30% du total de lits de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), tous hôpitaux privés et publics confondus<sup>8</sup>.

En 1999, l'AP-HP comptait 50 hôpitaux, totalisait 28 134 lits et employait 88 125 agents.

## 2. Les patients non-résidents à destination de l'AP-HP

L'accueil des patients étrangers est une spécificité des grands centres hospitalo-universitaires en général et de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) en particulier. Ainsi, *“la notoriété des services de l'AP-HP, le statut de Paris, mégapole au cœur de l'Europe qui connaît des flux de populations considérables, est de fait à l'origine de la présence dans les hôpitaux franciliens d'une importante population de malades venant de l'étranger”*<sup>9</sup>.

L'AP-HP met en avant cette spécificité comme un des éléments qui justifient son statut dérogatoire : en effet, l'accueil des patients venus de l'étranger fait partie des missions spécifiques de l'AP-HP. L'article R 716-3-1 du Code de la Santé publique énonce que l'AP-HP *“exerce les missions prévues au titre I du livre VII du Code de la santé publique”*<sup>10</sup> (i.e. les missions de l'établissement public de santé) *sur le plan régional et pour certaines d'entre elles sur le plan national et international.”*

La prédominance de l'AP-HP dans l'accueil des patients non-résidents est confirmée par le service des visas du ministère des Affaires Etrangères à Nantes : selon les fonctionnaires du ministère des Affaires Etrangères, environ 8 visas sanitaires sur 10 délivrés à Nantes le sont à l'intention d'un patient se rendant dans un établissement de l'AP-HP<sup>11</sup>. Cette prédominance justifie que le champ d'investigation sur lequel porte ce mémoire soit restreint à l'AP-HP.

## **Section 2 - Les raisons du caractère spécifique de l'accueil médical des patients non-résidents**

L'accueil médical des patients non-résidents pour des pathologies lourdes nécessite que soient prises en compte certaines spécificités. Ces spécificités rendent plus difficiles la prise en charge des patients non-résidents par le service public hospitalier national.

---

<sup>8</sup> [ref.bibl. n°1]

<sup>9</sup> Article Dupont-Thélot [ref.bibl.n°120]

<sup>10</sup>[ref.bibl. n°49]

<sup>11</sup> M. Larroque [entretien K1]

## **§ 1. L'éloignement géographique comme entrave à la rapidité d'intervention**

La caractéristique du patient non-résident est de résider à distance de l'hôpital d'intervention. Cela peut se révéler problématique lorsque le type de pathologie requiert une intervention inopinée.

Le cas des greffes permet de bien comprendre le problème. Ainsi, dans le cas des patients en attente de greffe, tout inscrit sur une liste d'attente d'organe doit répondre rapidement lorsqu'il est appelé par le centre hospitalier pour l'intervention chirurgicale. Le site Internet du centre hépato-biliaire (hôpital Paul-Brousse) rappelle cet impératif de disponibilité pour le receveur :

*« Comment être joignable à tout moment: il est utile lorsque vous êtes sur la liste d'attente de vous munir d'un signal d'appel à distance tel qu'un Alphapage, un Tadoo, un Tam-Tam, qui vous permet d'être joignable à tout moment sans gêner votre vie courante. Le temps disponible entre le moment où vous êtes appelé et le moment où vous devez vous présenter dans le service de transplantation est de l'ordre de trois à six heures. Dans la majorité des cas, vous disposez donc d'un délai largement suffisant pour vous rendre à l'hôpital sans prendre de risque. Cependant, il est préférable de rester à une distance raisonnable du centre de transplantation, et de vous assurer qu'un véhicule sera disponible, même en pleine nuit, pour vous amener sur place, en prenant contact par exemple avec un centre d'ambulance ou de véhicule sanitaire léger (VSL). »*

Bien entendu, le patient non-résident rencontre les mêmes difficultés que tout patient résident vivant les mêmes ennuis de santé. Mais ces contraintes communes peuvent obliger le patient non-résident à résider en France. Cela entraîne des conséquences non négligeables pour la personne, sur un plan tant professionnel et personnel que financier.

## **§ 2. Le difficile suivi postopératoire**

Le suivi postopératoire des patients ayant subi une intervention chirurgicale lourde (greffe, intervention sur le rachis, cardiologie) est indispensable : c'est ce suivi qui permet d'évaluer la réussite de l'intervention, d'ajuster le traitement s'il y a lieu, d'évaluer les besoins de reprise d'intervention ou encore les risques de récurrence ou de rechute.

Ce suivi doit être très rigoureux. Les contrôles nécessaires contraignent les patients non-résidents à des retours fréquents dans le centre où ils ont été opérés, surtout lorsqu'un suivi en alternance dans le lieu de résidence est impossible. Il est arrivé que les résultats de transplantations de non-résidents aient été compromis en raison de contrôles insuffisants ou tardifs <sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Rapport IGAS 1992 [ref.bibl.n°60]

Cette dimension rend plus lourdes encore les sujétions imposées aux patients non-résidents par rapport à celles qui pèsent sur les patients résidents.

### **§ 3. Le cas des enfants : les conséquences de la séparation et les besoins en éducation**

Le cas des enfants du « voyage sanitaire » est particulièrement difficile ; leur situation de malade, combinée avec celle de migrant, est d'autant plus complexe à gérer lorsqu'il s'agit de personnes dont le développement physique et intellectuel n'est pas achevé.

Une longue intervention signifie une coupure entre ces enfants et leur milieu familial. Lorsque l'enfant reste plusieurs années en France, après y être arrivé dès son plus jeune âge pour une intervention, il arrive qu'il perde la maîtrise de sa langue maternelle au profit du français. Il se pose ensuite la question du bon déroulement de l'apprentissage scolaire, comme de sa bonne intégration lors du retour dans le pays d'origine. De plus la charge financière que doivent supporter les familles peut être démesurée par rapport aux ressources du foyer<sup>13</sup>.

Parfois, le sacrifice va jusqu'à celui du bon équilibre de la vie familiale : une mère vient avec l'enfant malade en France, tandis que le reste de la famille reste dans le pays de provenance. Ces situations précaires peuvent avoir des conséquences destructrices quant à la stabilité du couple de parents, l'éducation des enfants valides restés seuls ou chez leurs grands-parents dans le pays de provenance.

Le choix est souvent difficile entre le maintien d'une hospitalisation loin du milieu familial et un rapatriement aux conséquences médicales incertaines. Lors d'un entretien a été cité le cas d'une petite fille algérienne arrivée à l'hôpital pour une intervention sur le rachis et qui est restée 4 ans dans la structure. Elle est décédée deux mois après son retour dans son pays<sup>14</sup>.

La situation peut devenir encore plus dramatique, lorsque l'intervention échoue ou n'atteint pas les résultats escomptés. Il peut alors arriver, dans des cas certes très rares, que les parents décident d'abandonner l'enfant.

Il convient d'avoir à l'esprit ces éléments lorsque l'on examine la question de l'admission des patients non-résidents dans les hôpitaux français. Ces éléments participent de la complexité de l'accès de ces patients au service public hospitalier national.

---

<sup>13</sup> Cas cités, pendant les entretiens, de familles ayant dû vendre certains biens (maison, commerce, ou bijoux) pour financer le « voyage sanitaire ». [entretien G1]

<sup>14</sup> Entretien avec une responsable du service social de Saint-Vincent de Paul [entretien H1]

### **Section 3 - Le cas des patients non-résidents au carrefour d'impératifs parfois contradictoires**

Le cas des soins aux patients étrangers illustre la difficulté de la mission qui incombe au directeur d'hôpital.

En effet, alors qu'il revient à celui-ci d'assurer l'organisation des soins au sein de son établissement, dans le respect des principes de service public, il doit également s'assurer de l'organisation financière des prises en charge selon un principe d'équilibre budgétaire et comptable.

#### **§ 1. Entre l'impératif de bonne gestion et le respect des droits de l'homme**

Si des normes internationales élèvent les droits d'accès aux soins<sup>15</sup> au rang de Droit de l'Homme et justifient que tous les patients soient traités sur un pied d'égalité, le gestionnaire hospitalier doit également vérifier que la prise en charge financière de tout soin est organisée.

En règle générale, le patient étranger ne sera pris en charge dans un hôpital français que si les organismes sociaux de son pays d'origine en acceptent la prise en charge<sup>16</sup> financière, ou si, à défaut, le patient assume lui-même les coûts de l'intervention, avec l'aide éventuelle de réseaux associatifs. C'est aussi souvent à cette condition que le patient obtiendra son visa d'entrée sur le territoire français.

A défaut de garantie de prise en charge financière, l'admission du patient non-résident ne peut être acceptée par le directeur d'hôpital.

#### **§ 2. Une politique d'admission des patients non-résidents qui évolue au gré de divers facteurs, notamment économique et budgétaire**

La politique d'admission de l'hôpital en matière de patients non-résidents, loin d'être strictement définie, oscille au gré de facteurs divergents. Ces facteurs sont la volonté de répondre à des besoins médicaux spécifiques et de mettre les techniques de pointe à la disposition du plus grand nombre d'une part, la volonté de restreindre des dépenses au montant toujours plus élevé d'autre part.

---

<sup>15</sup> Voir à cet effet le « **Projet de Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne** », rendu public à Bruxelles le 28 juillet 2000. L'article 33, intitulé « Protection de la santé » dispose que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention sanitaire et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ».

<sup>16</sup> Attestation écrite d'un organisme débiteur s'engageant à régler les frais hospitaliers d'un de ses adhérents ou affiliés.



Le coût pour l'AP-HP de l'accueil des patients étrangers, en raison du nombre important de "créances irrécouvrables"<sup>17</sup>, explique que la question ait été dominée, ces dernières années, par des considérations budgétaires. Le montant élevé des « non-valeurs politiques », terme financier désignant une procédure comptable complexe présentée dans le corps du mémoire, a nécessité la mise en place d'un contrôle particulier de l'accueil des patients non-résidents, s'apparentant à une véritable diplomatie sanitaire.

Cette politique se traduit dans le cadre de la politique de délivrance des visas sanitaires accordés, en contrepartie d'un engagement préalable de prise en charge. Certains pays, recensés comme étant à l'origine de nombreuses créances irrécouvrables, n'ont pas pu obtenir la reconnaissance de leurs prises en charge, tandis que leurs ressortissants se sont vu opposer des refus d'admission.

La question des patients non-résidents a ainsi été dominée depuis plus de vingt ans par des considérations budgétaires. La mise en place de diverses mesures a eu des effets non négligeables tant au niveau budgétaire qu'au niveau du recrutement de patients non-résidents, aujourd'hui en diminution certaine.

Ce mémoire présente un bilan chronologique des mesures prises dans ce domaine par l'AP-HP ainsi que la succession des circulaires portant sur ce sujet émanant de la Direction des Hôpitaux (ministère en charge de la Santé) depuis le milieu des années soixante-dix.

#### **Section 4 - De l'opportunité d'une réorganisation de l'accueil des patients non-résidents**

##### **§ 1. Des termes du débat en pleine évolution mais une politique d'admission des patients non-résidents inchangée**

Les termes du débat semblent s'être aujourd'hui déplacés. Cette modification tient essentiellement à la diminution des « non-valeurs »<sup>18</sup>, non seulement du fait d'une meilleure gestion des dossiers d'hospitalisation des patients non-résidents facilitant le recouvrement, mais aussi grâce à la politique de conventions diplomatiques passées entre l'AP-HP et les pays endettés.

---

<sup>17</sup> Créances hospitalières dont le recouvrement n'a pu être opéré par le Trésorier-Payeur Général, après épuisement des procédures amiables et contentieuses, en raison, soit de l'insolvabilité ou de la disparition des débiteurs, soit de la caducité des créances.

<sup>18</sup> L'admission en "non-valeur" d'une créance irrécouvrable est proposée par le comptable ; elle consiste à apurer les recettes non recouvrées par inscription de crédits en dépenses dans le budget hospitalier, à due concurrence, et donc à concurrence d'autres charges.

Cette politique a connu des succès, notamment dans le cadre d'une conjugaison avec la gestion de la dette du « Club de Paris », en lien avec le ministère de l'Economie et des Finances.

Toutefois, alors que le contexte budgétaire est en train de se modifier, il n'y a pas eu de renouvellement de la politique d'accueil des patients étrangers à l'AP-HP. Une certaine restriction des prises en charge acceptées pour les patients non-résidents perdure.

## **§ 2. Les inconvénient générés par le mode actuel d'organisation**

La politique de restriction des admissions des patients non-résidents ne va pas sans poser des problèmes à la fois éthiques et juridiques.

La question de l'égalité de traitement entre patients est posée, et la responsabilité administrative de l'hôpital peut être mise en cause pour défaut de rapidité d'intervention médicale.

Or, ne conviendrait-il pas, aujourd'hui, de considérer autrement la question de l'accueil des étrangers à l'AP-HP? C'est la thèse que soutient ce présent mémoire.

## **§ 3. Un contexte économique et juridique favorable à une réorganisation**

Le retour de la prospérité comme les évolutions juridiques actuelles pourraient favoriser une réorganisation des modalités d'admission des patients non-résidents.

Le retour de la croissance permet d'avancer cette idée, mais surtout le développement des considérations éthiques, comme le développement des normes internationales de protection des droits de l'homme, ou encore la libre circulation dans l'Union européenne, l'évolution du droit de la responsabilité médicale, et les impératifs d'accréditation<sup>19</sup>.

De plus, un renouveau de la politique d'accueil des patients étrangers redonnerait de la légitimité à la spécificité internationale que revendique l'AP-HP.

L'AP-HP pourrait même saisir la chance que lui donne sa renommée médicale pour faire de son rayonnement international une force.

---

<sup>19</sup> Introduite au sein du système de français par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation réalisé entre professionnels des établissements de santé au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité. Cette procédure, inspirée des modèles anglo-saxons, est conduite par l'ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Yves Matillon et Chantal Lachenaye-Llanas in Manuel d'Accréditation, ANAES, février 1999, p. 9)

#### **§ 4. La recherche de pistes de solutions**

Une réorganisation des modalités d'accueil des patients non-résidents nécessite que soient définie et appliquée une politique claire d'accueil des patients non-résidents. Cela demande notamment que soit revue l'organisation administrative de cet accueil.

Certaines innovations administratives ont déjà été installées comme la pratique des devis prévisionnels, ou encore avec la mise sur pied de cellules d'accueil spécifiques aux patients non-résident ; mais d'autres restent encore à développer, notamment par l'identification des services devant être ouverts à l'activité internationale, avec un développement de la logistique d'accueil (interprètes...). Cela nécessite également qu'un travail en réseau soit effectué, avec le monde associatif comme avec le ministère des Affaires Etrangères. Cela suppose enfin que les services destinés à développer une activité internationale bénéficient d'un traitement budgétaire particulier, dans la perspective d'une évolution vers la tarification à la pathologie. Cette question peut être envisagée de plusieurs façons : une tarification particulière pour les non-résidents (développement du paiement au forfait par exemple) ; un financement particulier par dotation supplémentaire dans le budget global; ou encore la reconnaissance d'un nouveau type de charge de service public permettant un bonus dans le cadre du nombre de points ISA<sup>20</sup>.

Ces différents scénarios sont évoqués dans le corps du mémoire, et un schéma organisationnel global est présenté.

#### **Section 5 - Méthode adoptée**

Le point de départ a été une étude de terrain rendue possible par une présence constante sur site hospitalier de février à mai 1999 puis d'avril à décembre 2000. L'étude porte uniquement sur l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) afin d'en restreindre le champ. Comme on l'a déjà dit, ce choix est légitimé par le caractère significatif du recrutement international de l'AP-HP.

Plus d'une quarantaine d'entretiens ont été menés sur 10 mois (d'octobre 1999 à septembre 2000) avec différents acteurs concernés par l'accueil des patients non-résidents. Les premiers entretiens ont permis de réunir un fonds documentaire. Chaque entretien donnait lieu également à une recommandation pour un entretien suivant. Puis, une gradation a été opérée, les entretiens portant sur des faits plus précis, plus complexes. Au fil de cette

---

<sup>20</sup> ISA ou indice synthétique d'activité: il s'agit de l'unité d'œuvre composite permettant de mesurer l'activité des unités de soins de courte durée des disciplines Médecine-Chirurgie-Obstétrique des établissements hospitaliers. La valeur du point est obtenue en rapprochant le nombre total de points générés par l'établissement des dépenses engagées par l'établissement pour produire ses services. La valeur du point ISA est notamment utilisée aux fins d'une comparaison de la productivité des établissements hospitaliers.

enquête, des témoignages précieux ont été récoltés : témoignages de pratiques soignantes et médicales notamment. Des documents ont été rassemblés.

Ce mémoire présente la synthèse de cette enquête au terme de cette année de recherche. Il se décompose en deux parties précédées d'un chapitre préliminaire :

- Le chapitre préliminaire, purement descriptif, donne ***UNE MESURE DE LA MIGRATION SANITAIRE A DESTINATION DES ETABLISSEMENTS DE L'AP-HP.***
- La première partie analyse le glissement qui s'est opéré, ***DE LA LUTTE CONTRE LES « CREANCES SANITAIRES » A LA RESTRICTION DE L'ACCUEIL SANITAIRE (I).***
- La deuxième partie avance des propositions, ***POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DIPLOMATIQUE SANITAIRE AU SERVICE D'UNE ETHIQUE MEDICALE (II).***



## L'émigration sanitaire...

*“On a souvent observé que le voyage est un terrain de métaphore de provenance globale, à travers lequel des transformations de toute sorte sont symbolisées : la mort comme trépas, la vie comme chemin, les changements et les rites d'initiation comme un rite de passage, un changement important comme un grand pas. Le voyage n'explique pas seulement, dans l'imaginaire collectif, des transitions spatiales mais aussi des séquences existentielles et sociales. Les journaux parlent de migration comme de “pèlerinage, voyage de l'espoir ou de désespoir, voyage pour guérir”, en se référant à l'histoire comme à des situations emblématiques ; dans ces cas, on fait plus souvent attention au mouvement qu'à son but. Bien souvent, l'importance emphatique du mouvement en lui-même, de sa motivation, sépare les deux éléments.*

*Au contraire, la façon de vivre une maladie et la façon de réaliser un voyage entendue comme gestion de la maladie, sont un fondement unique dans l'intentionnalité de l'individu, c'est à dire dans la façon avec laquelle le patient vit la signification de sa propre transformation. Si, dans l'Antiquité, le voyage avait une valeur car il expliquait le destin humain et la nécessité, de nos jours, il est souvent exalté comme fuite de la nécessité et du but. L'expérience du patient peut réunifier cette vision, en utilisant le voyage comme agent et comme modèle de transformation; car la nature humaine - avec l'expérience qui génère la nécessité, et les situations qui engendrent les buts et les événements, les motivations et leur articulation, les passions, les émotions...- progresse à travers l'expérience, et le voyage, avec les transitions qu'il réalise et symbolise, est un de ces “moments de vie plus intenses” qui signent la biographie et la mémoire de chacun.”*

Dr A. Mambelli et Dr F. Matozza, “L'émigration sanitaire des malades cancéreux italiens vers la France”, 1994

DU de Cancérologie clinique - Université Pierre et Marie Curie - Paris VI



## **CHAPITRE PRELIMINAIRE - UNE MESURE DE LA « MIGRATION SANITAIRE » A DESTINATION DES ETABLISSEMENTS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)**

Dans ce chapitre préliminaire, notre propos est d'abord d'observer au moyen d'un tableau statistique la réalité des flux de patients non-résidents à destination de l'AP-HP ; il s'agit ensuite d'étudier dans une perspective médico-économique les raisons médicales pour lesquelles ces patients décident d'entreprendre un tel "voyage sanitaire". Une présentation est faite, enfin, de la notion de filières.

L'étude qui suit provient en premier lieu de travaux synthétiques effectués par les directions centrales de l'AP-HP. Ces travaux permettent d'analyser le flux des patients non-résidents jusqu'en 1996. Il s'agit là des données statistiques publiques les plus récentes<sup>21</sup>. Des travaux plus ponctuels ont été publiés ultérieurement concernant l'attraction des établissements de l'AP-HP, mais ils ne permettent pas de distinguer les patients non-résidents.

Cette étude provient en second lieu des données fournies par le système d'information central de l'AP-HP, "Infocentre"<sup>22</sup>, disponibles pour l'année 1998. Les données utiles ont été extraites par le département du contrôle de gestion de la direction des Finances de l'AP-HP. Cette base de données<sup>23</sup> a été exploitée par nos soins de façon à mettre en évidence leurs points saillants. La limite de l'exploitation est liée aux limites du système d'information qui ne permet pas encore de croiser plus de données (caractéristiques par patient ayant séjourné, telles que la facturation, les caractéristiques socio-démographiques, le pays de provenance, etc...). Mais les résultats obtenus, inédits, sont intéressants pour notre étude.

### **Section 1 - Tableau statistique de l'hospitalisation à l'AP-HP des patients non-résidents**

Les missions internationales de l'AP-HP, reconnues pour la première fois par un décret du 2 octobre 1992, correspondent à la réalité actuelle d'un recrutement significatif de patients au niveau international<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> article Dupont-Thélot [ref.bibl.n°120]

<sup>22</sup> « Infocentre » est un outil de requête des données issues du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information).

<sup>23</sup> Voir en annexe une page de la base de données pour exemple. Cette base recense, par établissement de l'AP-HP, et par Groupe Homogène de Malade, le nombre de séjours-hôpital de patients non-résidents comparé au nombre total de séjours enregistrés dans le système d'information. [annexe 16]

<sup>24</sup> cité dans livre de Dupont [ref.bibl.n°5]

Une analyse de l'attraction des hôpitaux de l'AP-HP<sup>25</sup> portant sur l'année 1996 a été réalisée fin 1998 par la direction de la Politique médicale et la direction des Finances. Cette étude portait sur la ventilation du nombre de séjours-hôpital<sup>26</sup> selon l'origine du patient. Voici les données synthétiques présentées dans ce document et concernant l'origine des patients admis à l'AP-HP :

- Paris et couronne : 89,2%
- Province : 8,6%
- DOM-TOM : 0,7%
- Etranger : 1,5%

Ainsi, si l'essentiel de l'activité de l'AP-HP est réalisé pour des patients originaires de Paris ou d'Ile-de-france (près de 90% de l'activité), il apparaît nettement que son attraction dépasse les limites de cette région, et comporte une dimension internationale non négligeable.

## **§ 1. Les patients non-résidents à l'AP-HP**

1. L'évolution observable du nombre d'hospitalisations en court séjour de patients non-résidents :

Le nombre d'hospitalisations en court séjour à l'AP-HP de patients non-résidents est de :

- 14 132 en 1994 ;
- 11 431 en 1995 ;
- 8 536 en 1996 ;
- 9 159 en 1997<sup>27</sup>.

Ainsi, une baisse d'activité concernant les patients venus de l'étranger dans les établissements de court séjour de l'AP-HP est nettement observable en 1995 et 1996 puis est suivie d'une petite reprise en 1997.

La diminution semble à nouveau constatée à partir de 1998 : pour un nombre total de séjours-hôpital dans les établissements de l'AP-HP (hors long séjour) de 873 548, on en

---

<sup>25</sup> note de la direction des Finances du 25 janvier 1999 [ref.bibl.n°82]

<sup>26</sup> Plus précisément du nombre de séjours-hôpital en plus et moins de 24 heures pour des activités d'aigus et de soins de suite. Les séjours-hôpital constituent un décompte du nombre de séjours selon un mode propre au PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). Ainsi, le nombre de séjours-hôpital est le résultat du décompte des résumés standardisés de sortie groupés ensuite par groupes homogènes de malades.

<sup>27</sup> in rapport AP-HP 1997, p.14 [ref.bibl.n°55]

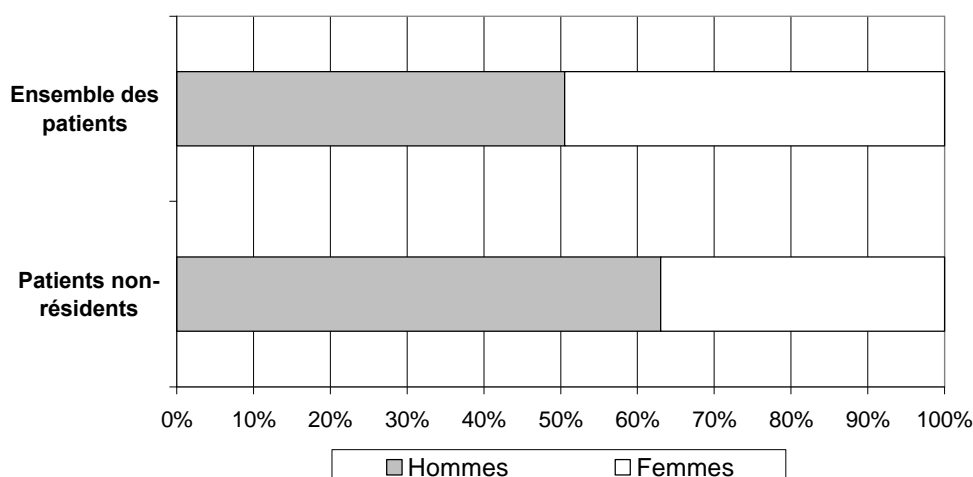


décompte 6 517 pour les non-résidents, soit une part des séjours-hôpital s'élevant à 0,75%<sup>28</sup>. Ces données révèlent une baisse sensible du recrutement international à l'AP-HP. Une étude publiée en 2000<sup>29</sup> concernant les patients non francophones livre une analyse précise du recrutement de patients non-résidents à l'AP-HP. Voici les données qu'elle présente : on compte 14 143 séjours (court et long séjour) d'étrangers non-résidents à l'AP-HP en 1996. En dix ans, le volume de cette catégorie de patients a subi des évolutions importantes : en 1986, on comptait 31 910 séjours pour la même catégorie et selon le même mode de comptage. La baisse en 10 ans est de 56%. Ces données confirment la baisse tendancielle du recrutement de patients non-résidents.

2. Les données synthétiques publiques, disponibles pour l'année 1996, dans les hôpitaux de court séjour et de long séjour de l'AP-HP

La même étude que citée précédemment présente également la répartition par sexe et par origine géographique des patients. Voici les données qui y sont présentées :

Les étrangers non-résidents sont en majorité des hommes (62,2%), dont l'âge moyen est de 44 ans (38,9 ans pour les femmes).

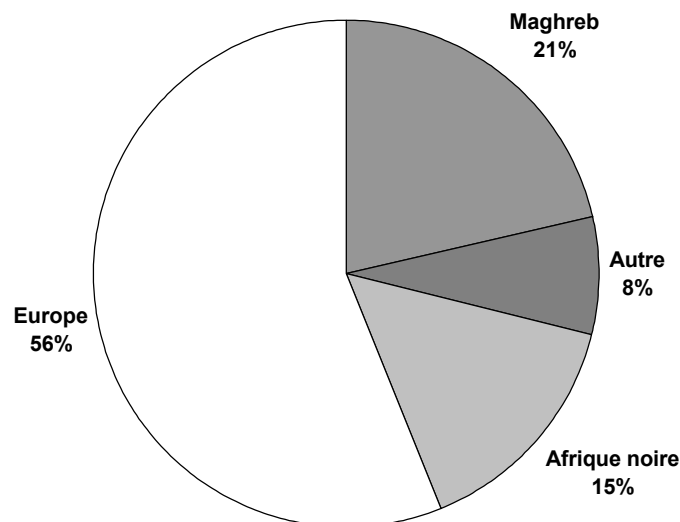


**Figure 1**  
**Répartition par sexe des patients hospitalisés à l'AP-HP en 1996**  
 (Source : Article Dupont-Thélot)

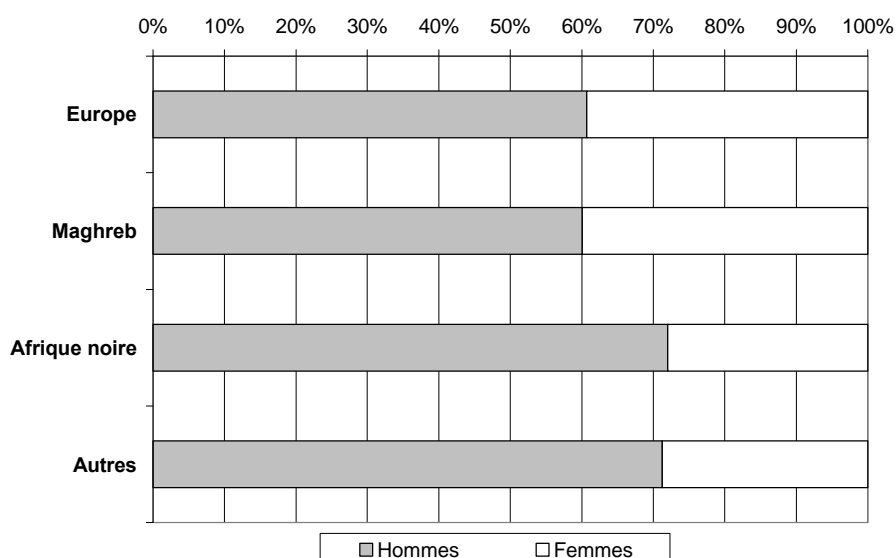
Les patients non-résidents venus se faire hospitaliser à l'AP-HP en 1996 sont pour 56,2% des européens, 21,3% en provenance d'Afrique du Nord, 15% en provenance de pays d'Afrique noire, 7,6% des ressortissants d'autres régions du monde. Ces proportions sont peu différentes chez les hommes et chez les femmes. Toutefois, la part des hommes est la plus importante chez les patients en provenance d'Afrique noire.

<sup>28</sup> Source : statistiques réalisées à partir des données « infocentre » 1998 [ref.bibl.n°79]

<sup>29</sup> article Dupont-Thélot [ref.bibl.n°120]



**Figure 2**  
**Répartition par origine géographique des patients non-résidents hospitalisés à l'AP-HP en 1996 (source : Article Dupont-Thélot)**



**Figure 3**  
**Répartition par sexe selon l'origine géographique des patients non-résidents hospitalisés à l'AP-HP en 1996 (source : Article Dupont-Thélot)**

Parmi les patients non-résidents, on constate une forte proportion de patients italiens : ces derniers ont effectué, en 1996, 5904 séjours-services, soit 41,2% des séjours de cette catégorie de patients. A eux seuls, ils représentent près des trois quarts des séjours des européens. Viennent ensuite les Algériens (11,2%), les Marocains (7,5%), puis les Béninois (4,2%), les Portugais (381 séjours soit 2,7% du total), et les Congolais (2,5%). A noter également la proportion de patients tunisiens (2,3%), égyptiens (1,9%), espagnols (1,6%), maliens (1,5%), belges (1,3%) et allemands (1,2%).

## § 2. Les hôpitaux de destination à l'AP-HP

### 1. La répartition des malades selon les hôpitaux de l'AP-HP en 1996<sup>30</sup>

Le recrutement de malades étrangers résidant à l'étranger est très hétérogène selon les hôpitaux. Quelques hôpitaux présentent un recrutement très important de ces patients : ainsi, l'hôpital Paul-Brousse (Villejuif) a-t-il accueilli plus du quart (27,1%) de cette catégorie de malades admis au sein de l'AP-HP en 1996 et ces admissions ont concerné un malade sur six dans cet hôpital (16,4% de son activité). Paul-Brousse, Tenon (12% de cette catégorie de patients), la Pitié-Salpêtrière (11,1%) et Necker-Enfants malades (9,9%) constituent un groupe d'hôpitaux qui à eux seuls accueillent plus de 60% de ces patients au sein de l'AP-HP. Viennent ensuite Broussais (4,1%), Bichat-Claude Bernard (3,4%), Bicêtre (3,1%), Lariboisière (3%), Cochin (2,9%), Saint-Louis (2,7%), Robert-Debré (2,5%).

Paul-Brousse excepté, ces patients ne représentent qu'un faible pourcentage de l'activité des hôpitaux concernés, en général inférieur à 2%. Ce pourcentage est plus élevé à Tenon (3,3%), Necker-Enfants malades (2,7%), Broussais (2,3%), mais bien inférieur à la Pitié-Salpêtrière (1,6%) ou à Cochin (0,8%) par exemple.

### 2. Les données relatives à l'attraction de cinq hôpitaux de l'AP-HP en 1997

L'analyse de l'attraction des hôpitaux de l'AP-HP<sup>31</sup> réalisée fin 1998 par la direction de la Politique médicale et la direction des Finances comportait un second volet. Ce dernier portait sur le même type de ventilation mais cette fois appliquée au nombre de patients pour des séjours de plus de 24 heures (et non plus au nombre de séjours-hôpital) accueillis en 1997 dans chacun des hôpitaux suivants : Beaujon, Lariboisière, Necker, Pitié-Salpêtrière et Saint-Louis, pour les seules activités d'aigus.

En recensant les résultats sur la base des Numéros d'Identifiant Patient (NIP), on comptait 2612 NIP correspondants à des non-résidents :

- 181 NIP d'étrangers non-résidents à Beaujon ;
- 291 NIP d'étrangers non-résidents à Saint-Louis ;
- 374 NIP d'étrangers non-résidents à Lariboisière ;
- 757 NIP d'étrangers non-résidents à Necker-Enfants malades ;
- 1009 NIP d'étrangers non-résidents à La Pitié-Salpêtrière.

Les données par NIP permettent de quantifier le nombre de dossiers ouverts pour des patients non-résidents et de mesurer leur importance par établissement. Ici, on peut voir le caractère significatif du recrutement en patients non-résidents de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

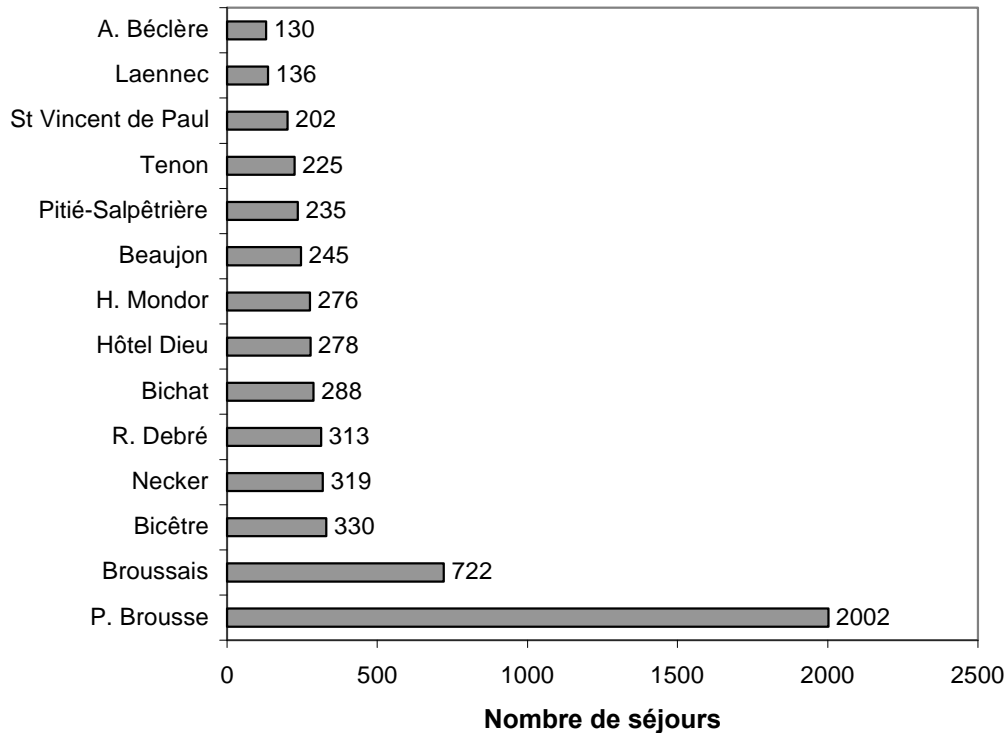
---

<sup>30</sup> article Dupont-Thélot [ref.bibl.n°120]

<sup>31</sup> note de la direction des Finances du 25 janvier 1999 [ref.bibl.n°82], citée en note n°25

### 3. Les résultats obtenus après analyse de la base de données 1998<sup>32</sup>

La base de données Infocentre permet la réalisation d'extractions informatiques de données. Il est possible d'en donner une représentation graphique. Cette méthode facilite la mise en évidence de l'importance du recrutement de patients non-résidents par établissement, en classant ces établissements par ordre d'importance selon le nombre de séjours de patients non-résidents accueillis. Les résultats obtenus sont les suivants :



**Figure 4**  
**Nombre de séjours de patients non-résidents dans différents hôpitaux de l'AP-HP en 1998 (Source : Infocentre AP-HP)**

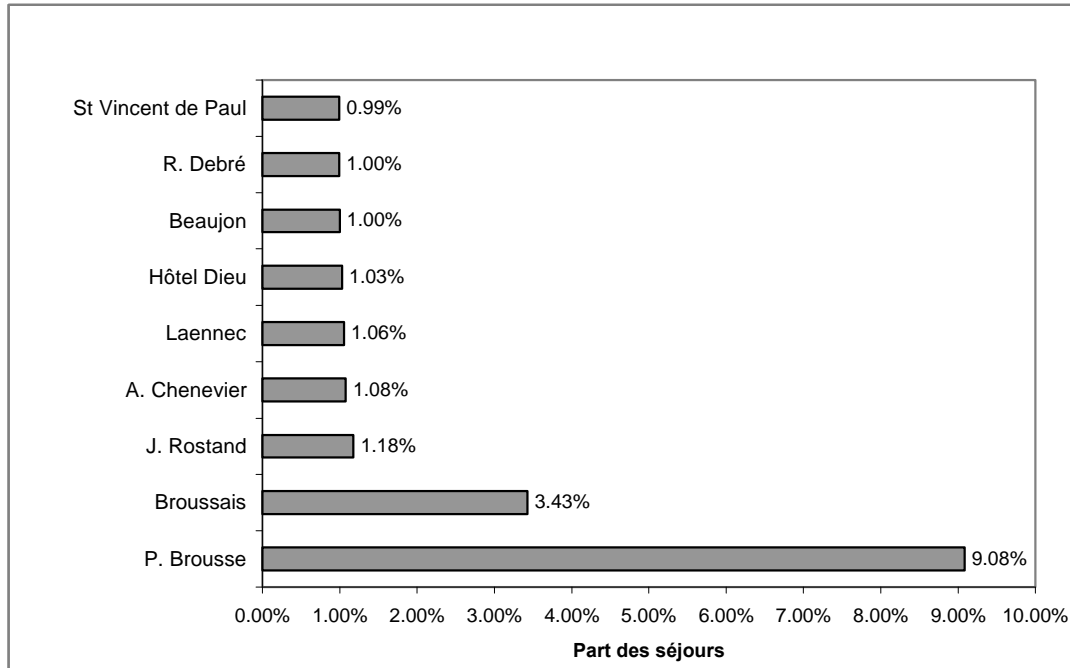
La réalisation de ce graphique fait apparaître que :

- Deux hôpitaux sont particulièrement représentés, Paul-Brousse et Broussais ;
- Une série d'hôpitaux sont également concernés significativement par l'accueil des patients non-résidents, mais dans une proportion moindre.

Le même type de graphique peut être réalisé, en se fondant cette fois, non plus sur le nombre de séjours de patients non-résidents, mais sur la part de séjours de patients non-résidents par rapport au nombre total de séjours (patients résidents plus patients non-résidents).

---

<sup>32</sup> La base issue de Infocentre ayant donné lieu à cette étude recense les patients non-résidents dans les établissements de l'AP-HP hors long-séjour. Ainsi, sont exclus de l'étude les établissements de Berck, Hendaye, La Roche Foucauld, La Roche Guyon, San Salvador et Villemin-Paul Doumer.



**Figure 5**  
**Part des séjours non-résidents dans le nombre total de séjours de différents hôpitaux de l'AP-HP en 1998 (Source : Infocentre AP-HP)**

La représentation graphique de la part des séjours de patients non-résidents dans l'activité des différents hôpitaux de l'AP-HP (fig.5) confirme comme la précédente représentation (fig.4) l'attractivité vis-à-vis des patients non-résidents de Paul-Brousse et de Broussais.

## **Section 2 - Les motifs médicaux du “voyage sanitaire”**

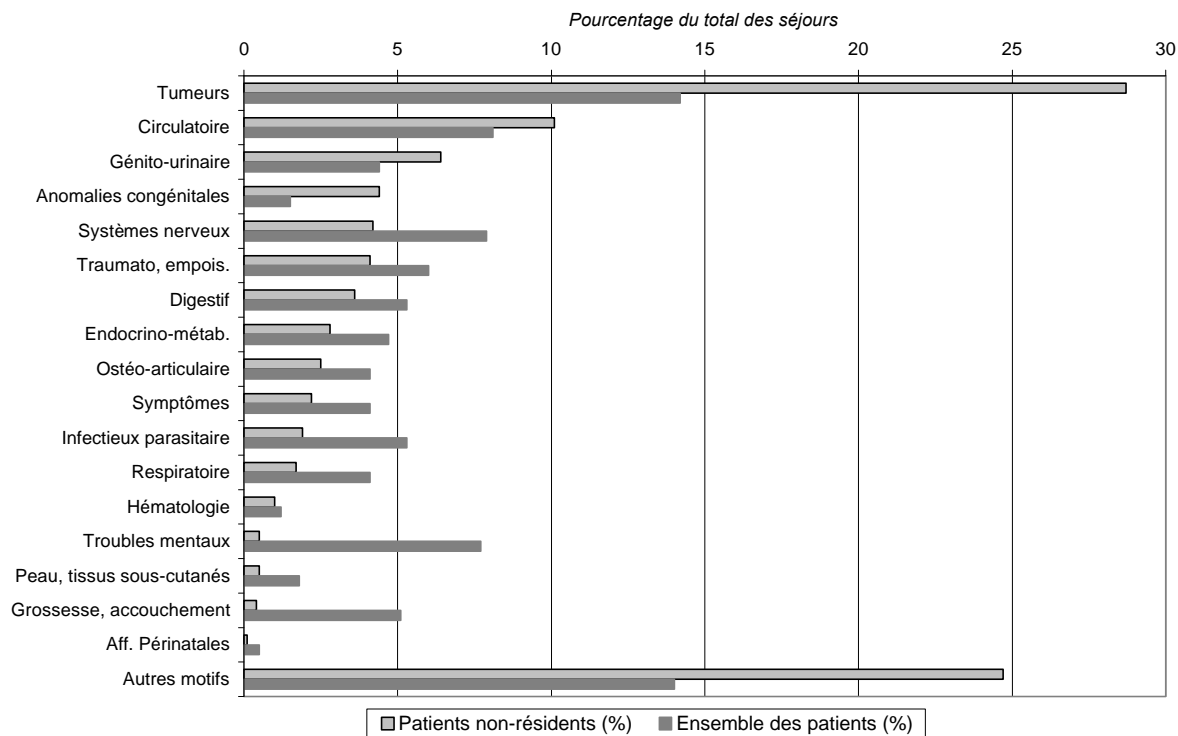
Il est généralement affirmé par les médecins et les soignants que le recrutement international de patients à destination de l'AP-HP est particulièrement orienté vers des pathologies lourdes et coûteuses : tumeurs, pathologies nécessitant des soins à haute technicité, greffes d'organes.

### **§ 1. Les pathologies des patients non-résidents soignés à l'AP-HP**

Les systèmes d'information de l'AP-HP permettent de recenser les motifs médicaux de fréquentation des établissements sanitaires. L'analyse statistique, rendue possible par les extractions informatiques, confirme l'affirmation selon laquelle les patients non-résidents font le voyage sanitaire en raison de pathologies lourdes et coûteuses.

## 1. Morbidité observée en 1996<sup>33</sup>

L'analyse faite dans l'étude déjà citée supra (Dupont-Thélot 2000) confirme que, pour les patients non-résidents, ce sont les tumeurs qui constituent le motif principal d'hospitalisation, avec plus du quart des séjours (28,7%). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (10,1%), des organes génito-urinaires (6,4%), les anomalies congénitales (4,4%). Voici une représentation graphique de ces résultats.



**Figure 6**  
**Répartition par CIM<sup>34</sup> des patients hospitalisés à l'AP-HP en 1996**  
(source : Article Dupont-Thélot)

Les auteurs de l'étude notent que ces proportions présentent d'assez grandes variations :

- Selon le sexe : par exemple, les maladies de l'appareil circulatoire entraînent près de 12% des séjours chez les hommes, contre seulement un peu plus de 7% chez les femmes ;
- Selon l'origine géographique : les séjours pour cancer représentent 39% des séjours effectués par les Européens, mais seulement 19% des séjours de personnes en provenance du Maghreb et 10% chez les ressortissants d'Afrique noire.

<sup>33</sup> article Dupont-Thélot [ref.bibl.n°120]

<sup>34</sup> CIM : Classification Internationale des Maladies. Publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et actualisée régulièrement, elle est utilisée pour coder les diagnostics dans le cadre de la programmation médicalisée des systèmes d'information (PMSI).

## 2. Données en 1998

Le système d'information de l'AP-HP permet de recenser les séjours des patients non-résidents, selon les actes qui leur ont été dispensés. En triant ces séjours classés par Groupe Homogène de Malade (GHM), il est possible de représenter les GHM les plus sollicités en nombre de séjours de patients non-résidents.

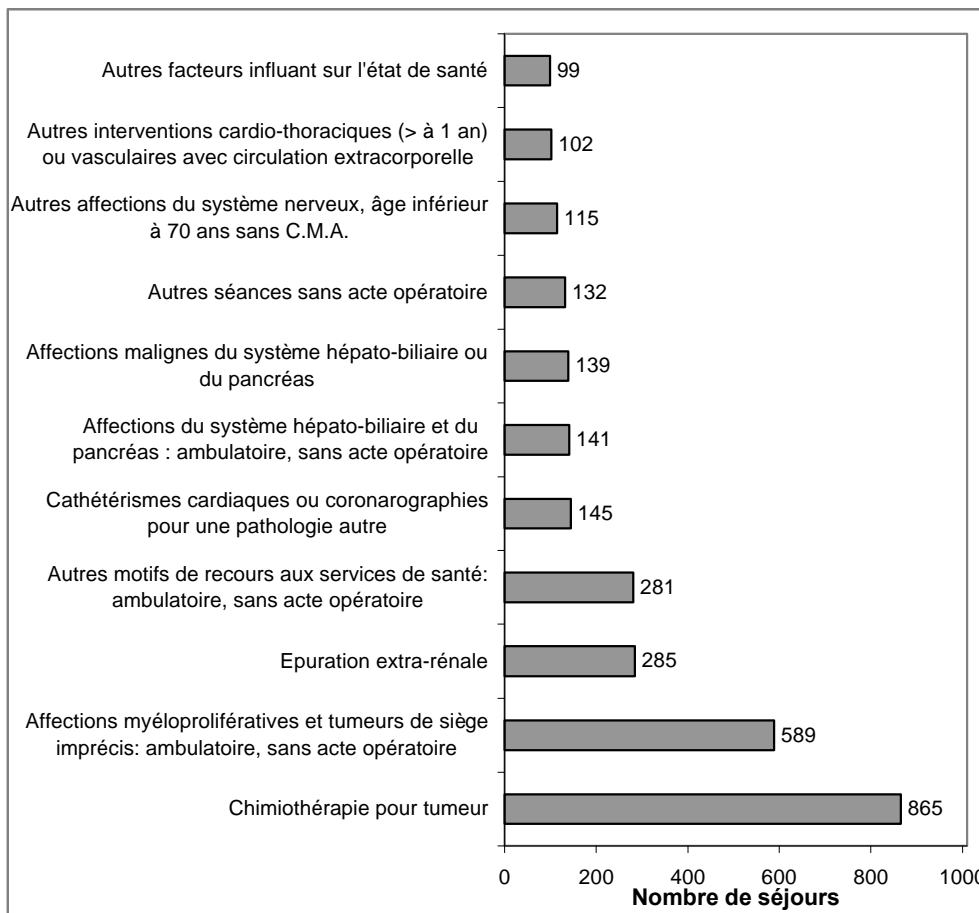


Figure 7<sup>35</sup>

**Nombre de séjours de patients non-résidents recensés par Groupe Homogène de Malades (GHM)<sup>36</sup> dans les hôpitaux de l'AP-HP (Source : Infocentre AP-HP)**

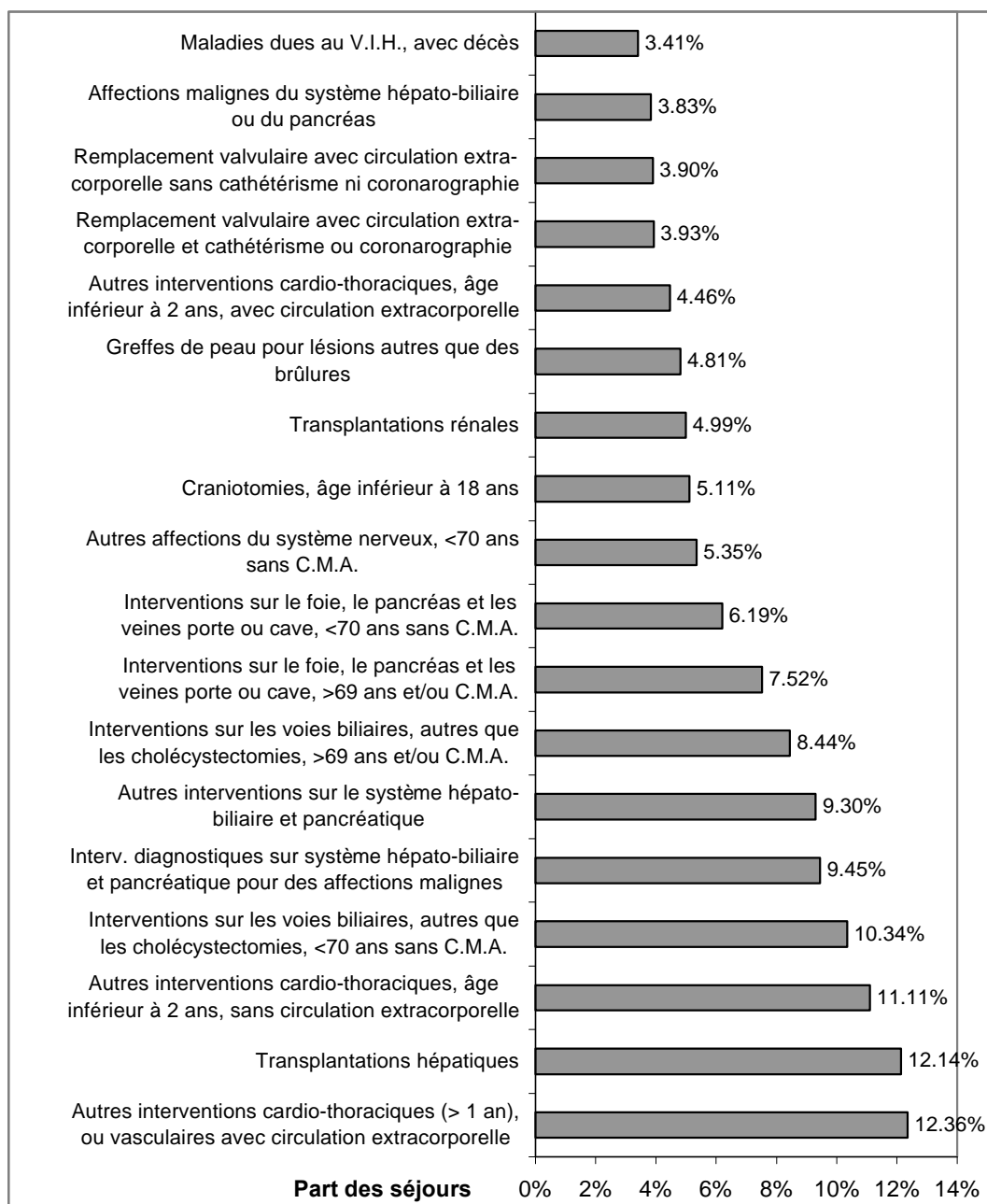
L'analyse fine qui en résulte confirme la place prépondérante de la chimiothérapie pour cette catégorie spécifique de patients. Ainsi, le "voyage sanitaire" est souvent motivé par la

<sup>35</sup> CMA (Complications et morbidités associées) : Affections associées au diagnostic principal, complications de celui-ci ou de son traitement, dont la présence induit une augmentation significative du coût du séjour.

<sup>36</sup> Ensemble de séjours hospitaliers caractérisés par les informations normalisées du résumé standard de sortie (RSS) et dont l'analyse permet d'affirmer que le coût de prise en charge de malades appartenant à un même GHM est comparable. L'analyse en GHM facilite l'analyse de l'activité médicale en substituant à un grand nombre de pathologies un nombre limité de GHM.

volonté de soigner un cancer. Ces patients, notamment des Italiens, viennent par périodes suivre les séances de chimiothérapies qui leur ont été prescrites<sup>37</sup>.

Il est également possible de classer les séjours de patients non-résidents par motif médical selon la part qu'ils représentent par rapport au nombre total de séjours effectués pour le même motif. Le tri est cette fois réalisé non pas en termes de nombre, mais selon la part de séjours de patients non-résidents par rapport au nombre total de séjours (patients résidents plus patients non-résidents).



**Figure 8**  
**Part des séjours de patients non-résidents dans l'activité des hôpitaux de l'AP-HP, recensés par Groupe Homogène de Malades (GHM) (Source : Infocentre AP-HP)**

<sup>37</sup> Voir en annexe le témoignage d'une interprète italienne [annexe 1]



Les résultats obtenus sont intéressants car ils diffèrent des résultats de l'analyse précédente, faite par nombre de séjours. Ainsi, il apparaît que :

- Dans le cadre de certains types d'interventions cardiaques (notamment avec circulation extra-corporelle, donc des interventions lourdes), plus de 10% des opérations sont réalisées au profit de patients non-résidents.
- Les transplantations hépatiques sont réalisées au profit de patients non-résidents à hauteur de 12%.

Ainsi, en nombre, la chimiothérapie domine. En part des séjours, c'est la chirurgie cardiaque et la greffe hépatique qui dominent.

Les deux représentations graphiques précédentes (fig. 7 et fig. 8) ont pour point commun de confirmer que la proportion de séjours de non-résidents est particulièrement importante pour des opérations lourdes et à haute technicité.

## § 2. Le cas particulier des greffes

### 1. L'Etablissement Français des Greffes (EFG) et les patients non-résidents

Selon la loi n°94-654 du 29 juillet 1994, tout receveur potentiel d'organe doit avoir été inscrit au préalable sur une liste d'attente. Il appartient à l'Etablissement Français des Greffes (EFG), créé par l'article 56 de la loi n°94.43 du 18 janvier 1994 (articles L.673-8 et L.673-9 de l'ancien Code de la Santé Publique, soit L.1251-1, 1251-2, 1252-1, 1252-2, 1252-3, et 1252-4 dans le nouveau Code de la Santé Publique), sous tutelle du ministre chargé de la Santé, de gérer la liste des patients en attente de greffe, mais aussi de répartir et d'attribuer les greffons. Ceci est valable pour les receveurs résidents comme pour les receveurs non-résidents.

Pour donner quelques ordres de grandeur, la liste d'attente d'organes (cœur, poumon, foie, rein, pancréas, intestin) et le nombre de greffes pratiquées se répartissent comme suit :

	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Nombre de patients en attente d'une greffe</b>	4928	4909	5232	5353	5818
<b>Nombre de greffes pratiquées</b>	2857	2807	2839	3116	3018

### 2. L'évolution du nombre et de la part de patients non-résidents inscrits sur la liste nationale d'attente de transplantation d'organes

La présence de patients non-résidents sur les listes d'attente d'organe a été très importante au début des années 1990. En effet, on en comptait 1066 à cette époque, sur une liste totale

de 4238 patients soit 25,2%. Le rapport de l'IGAS sur les transplantations d'organes en France, présenté par les Dr Bonan et Reyrole, M.-F. Guérin et P. Mouton en mai 1992, fait état de cette forte présence des patients non-résidents : « *Si la France se situe au premier rang en Europe pour le nombre de transplantations, elle doit en partie cette place à l'afflux de patients étrangers non-résidents, surtout pour les transplantations hépatiques et rénales* » (pp16-17) <sup>38</sup>. Les auteurs de ce rapport notaient que la France a une attitude globalement plus libérale que ses voisins européens. Le Royaume-Uni, par exemple, ne propose un organe à un patient non-résident que lorsque, parmi les résidents, il s'avère impossible de trouver un receveur compatible. En France, le principe d'égalité d'accès de tous aux soins ne permet pas d'accorder une telle priorité aux patients résidents.

Les statistiques fournies dans ce rapport de l'IGAS faisaient en effet état de 903 patients non-résidents sur la liste d'attente pour transplantation rénale, pour une liste totale de 3538 patients. Sur ces 903 patients non-résidents, 770 venaient d'Italie, 37 d'autres pays de la CEE et 96 hors CEE. Elles faisaient ensuite état de 118 patients non-résidents sur la liste d'attente pour transplantation hépatique, pour une liste totale de 326 patients. Sur ces 118 patients non-résidents, 116 venaient d'Italie, 2 d'autres pays de la CEE (aucun hors CEE).

La très grande majorité de cette catégorie de patients était donc constituée d'Italiens (13% de l'ensemble des malades transplantés), le reste étant composé pour un tiers des ressortissants des autres pays de la CEE et pour les deux tiers des personnes en provenance d'autres pays étrangers. Dans l'échantillon étudié par l'IGAS, les patients non-résidents représentaient 17,5% des malades transplantés, soit 10,3% pour les greffes cardiaques, 13,6% pour celles du rein et 34,6% pour celles du foie.

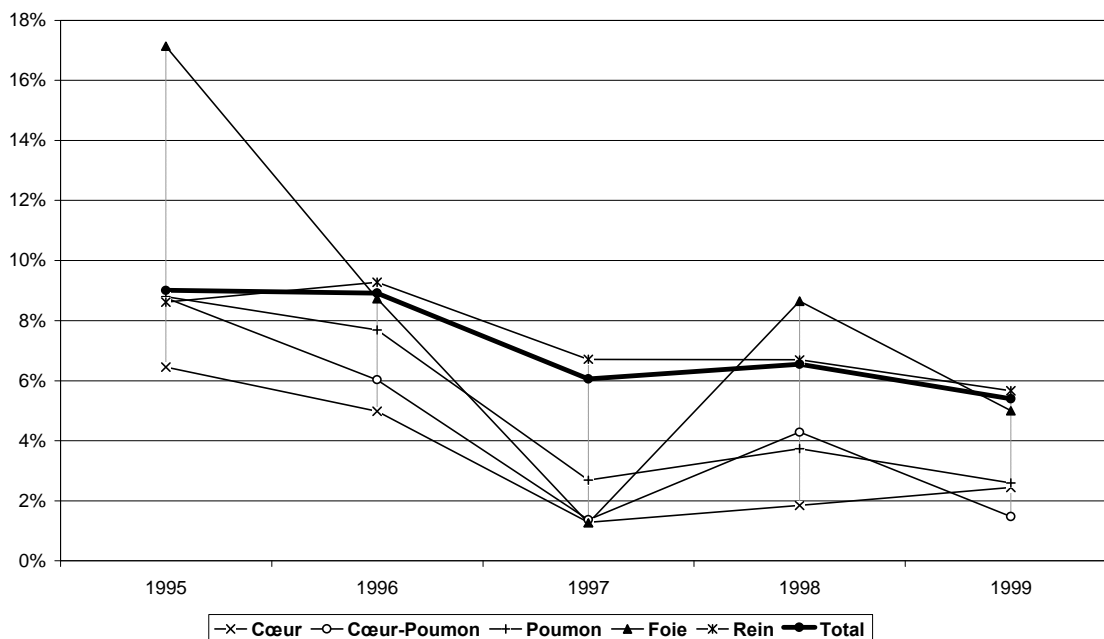
La création de l'EFG et la mise sur pied de nouvelles procédures de répartition des greffons (détaillées dans la première partie de cette étude) ont eu un effet certain sur la place des patients non-résidents dans la liste d'attente.

En effet, ceux-ci, au nombre de 374, ne représentaient plus que 16,9% de la liste en 1994. Puis, au nombre de 463, 11,9% en 1995. Cette proportion avoisine les 8,9% en 1996, les 6,1% en 1997, et probablement 5,4% en 1999 <sup>39</sup>. En pédiatrie, cette proportion de patients non-résidents est un petit peu plus élevée : 9,1% des enfants en attente d'organe sont non-résidents (soient 10 sur 110 en 1999).

---

<sup>38</sup> [ref.bibl.n°60]

<sup>39</sup> Données à utiliser avec précautions car provenant d'un document non publié et non consolidé.



**Figure 9**  
**Evolution de la part des patients non-résidents sur les listes d'attente de l'EFG**  
**entre 1995 et 1999 (Source : EFG)**

Ainsi, la baisse tendancielle du recrutement de patients non-résidents, observable tout type d'intervention confondu pour l'AP-HP, est également confirmée en ce qui concerne les greffes.

### Section 3 - Des filières

Le terme de « filière » est souvent évoqué par les personnels de l'AP-HP lorsqu'on les interroge sur l'accueil des patients non-résidents. Il convient d'expliquer comment ces filières se construisent, puis d'aborder la question de leur opacité, et enfin d'en tester la validité scientifique au moyen des données fournies par les systèmes d'information.

#### § 1. Les constructions des filières

Le recrutement de patients étrangers est souvent le fruit d'une synergie impliquant les médecins étrangers qui envoient leurs patients de l'étranger et les médecins qui les reçoivent en France. Ces échanges sont le résultat de liens tissés antérieurement : soit parce que le médecin étranger en question a fait fonction d'interne en France – il a alors connu le service où il envoie son patient pour y avoir exercé et pour avoir été formé par le "patron" de ce service -, soit parce que le médecin qui reçoit a noué des liens privilégiés particuliers avec le pays en question – études, missions, coopération...

Le professeur H elardot<sup>40</sup> explique bien comment une filière peut naître. Ce médecin a eu la possibilité, dans le cadre d'une collaboration médicale, de pratiquer une oesophagoplastie à Alger avec la « patronne » d'un service de CHU. Ce sont les relations nouées à cette occasion qui nourrissent aujourd'hui une « filière » de patients en provenance d'Algérie pour des oesophagoplasties pédiatriques. Lui ont ainsi été adressés un cas en 1993, un cas en 1994, deux en 1995, sept en 1999 et sept en 2000.

Un autre mode d'établissement des relations est celui résultant de l'engagement de certaines associations ou fondations. Situées en France, de nature caritative ou humanitaire, elles ont pour fonction d'aider des patients à l'étranger à venir se faire soigner en France. L'exemple de la « Chaîne de l'Espoir » est à ce titre exemplaire. Cette association, fondée par le Professeur Alain Deloche en 1988 sous l'égide de l'association Médecins du Monde, devenue autonome en 1995, permet d'opérer des enfants atteints de pathologies lourdes (cardio-vasculaires, orthopédiques, neurologiques...). L'association repère les enfants dans leur pays, et organise leur opération sur place ou en France. Dans ce dernier cas, ils sont hébergés si nécessaire, avant et après l'intervention, dans des familles d'accueil, jusqu'à leur rapatriement.

Une convention lie l'AP-HP et la Chaîne de l'Espoir depuis 1995. L'AP-HP assure 50% de la prise en charge des opérations parrainées par la Chaîne de l'Espoir. Le reste incombe à la Chaîne de l'Espoir, qui récolte des dons provenant de la générosité publique ou encore d'entreprises. Le budget de l'association s'élevait en 1999 à 650 000 francs. Ce dispositif a permis d'opérer depuis ses débuts 5 000 enfants, dont un tiers environ en France.

## **  2. La réversible opacité de la constitution des filières**

### 1. une analyse différenciée par pays

Même si c'est souvent indéniablement la renommée des services parisiens qui attire une clientèle étrangère prête à faire le "voyage de la dernière chance", les filières n'en alimentent pas moins de nombreuses rumeurs ou sous-entendus. Au-delà des explications géographiques ou historiques, des questions demeurent : pourquoi une telle prédominance des Italiens chez les patients européens, des Algériens chez les patients en provenance du Maghreb ou encore de Maliens chez les patients en provenance d'Afrique noire ?

#### *1.1. Les patients en provenance d'Italie*

Les Italiens viennent souvent du sud de l'Italie, qui souffre d'un certain déficit en moyens sanitaires avancés. De la part des autorités sanitaires italiennes, un calcul économique

---

<sup>40</sup> [entretien G1]

aurait été fait, selon lequel il valait mieux financer l'émigration sanitaire (formulaires E112<sup>41</sup>) plutôt que de développer des infrastructures coûteuses. Ainsi, « *selon des études faites en Italie, au moins 90% des Italiens soignés en France bénéficient du formulaire E112 ; la dépense de l'Etat italien pour l'émigration sanitaire a augmenté de façon parallèle à celle pour le service sanitaire national* »<sup>42</sup>.

Une autre raison de ce phénomène migratoire résulterait de la méfiance des Italiens vis-à-vis de leurs structures sanitaires nationales. Selon les résultats d'une enquête conduite en Italie (Corriere Medico 1988), 64% des Italiens choisiraient, s'ils en avaient la possibilité, un médecin étranger pour se soigner ; 58% avancement des doutes sur la compétence ou sur les honoraires des médecins jugés trop élevés ; seulement 8,5% des personnes interrogées déclarent avoir « très confiance » dans le personnel médical italien.

« *En particulier, les patients pensent que la qualité des médecins est insuffisante (28,3%) ; qu'il existe une incapacité professionnelle liée à des erreurs de diagnostic (34,1%) ; que les prescriptions de médicaments et les hospitalisations sont souvent inutiles (12,8%).* »<sup>43</sup>

Ces différents éléments expliquent les velléités d'émigration sanitaire des Italiens. Les raisons du choix de la France sont ensuite plus difficiles à cerner : « *Ce choix de se faire soigner à l'étranger est attribué par les patients et par leurs familles à des facteurs génériques d'influence comme : les conseils de certains amis, la renommée, j'ai entendu dire, la tradition... On peut individualiser différentes motivations à la base de ces comportements : en particulier, il faut souligner la tendance à des habitudes irrationnelles de la part des malades, conséquences d'une part du manque d'indications sanitaires précises et d'autre part la réponse individuelle, subjective et défensive face à des maladies qui menacent dramatiquement l'existence même.* »<sup>44</sup>

La proximité géographique ou culturelle, notamment dans le rapport très latin qu'entretient le malade italien avec son médecin (confiance totale remise entre les mains du praticien, dans le cadre de relations plutôt paternalistes) sont des débuts d'explication. Le fait enfin qu'il existe en France une offre médicale et sanitaire bien réelle et jouissant d'une réputation internationale fait le reste<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup> Formulaire destiné aux ressortissants de l'Union européenne. Cf. Chapitre 1 de la première partie de ce mémoire pour plus de détails.

<sup>42</sup> Mémoire Mambelli-Matozza [ref.bibl.n°22]

<sup>43</sup> Mémoire Mambelli-Matozza [ref.bibl.n°22]

<sup>44</sup> Mémoire Mambelli-Matozza [ref.bibl.n°22]

<sup>45</sup> Voir notamment classement au premier rang du système de santé français dans le dernier rapport mondial sur la santé de l'OMS (juin 2000) [ref.bibl.n°63]

### 1.2. Les patients en provenance d'Algérie

Pour ce qui est des patients algériens, la force et la complexité des liens qui unissent la France et l'Algérie sont un premier élément d'explication à l'importance de l'émigration sanitaire. Le second élément est un élément juridique. Les accords internationaux de sécurité sociale liant les deux pays, notamment la convention bilatérale de sécurité sociale du 1<sup>er</sup> octobre 1980 et le protocole annexe relatif aux soins dispensés en France à certaines catégories d'assurés sociaux algériens, expliquent le volume des échanges sanitaires<sup>46</sup>. En effet, ces accords facilitent la migration. Le fait de pouvoir communiquer avec le médecin dans sa langue est enfin un facteur non négligeable qui facilite la relation patient-soignant.

### 1.3. Les patients en provenance du Mali

Cette filière semble plus étonnante. La « filière malienne », évoquée au cours de plusieurs entretiens, est notamment caractérisée par ce qui a été cité comme le « syndrome du Métro Gambetta ». Aux portes de l'hôpital Tenon (AP-HP), cette bouche de métro constituerait la destination finale des patients en provenance du Mali pour une admission en urgence aux fins d'une dialyse. Comment expliquer la naissance et le maintien d'une telle filière ? En premier lieu, ces soins n'existent pas au Mali. Les liens entre les deux pays, la maîtrise de la langue française, l'expérience de l'entourage et le « bouche-à-oreille » font probablement le reste.

## 2. L'analyse de l'IGAS en 1992 à propos des greffes

En étudiant la question des transplantations d'organes en France, les auteurs se sont penchés sur les raisons du grand nombre de patients non-résidents sur la liste nationale d'attente. Ils se sont à cette occasion étonnés de l'existence de disparités de recrutement de patients selon les équipes de greffe, et ont interrogé le concept de filière.

En effet, alors que les patients non-résidents représentaient en moyenne 25% des patients sur liste d'attente :

- 6 équipes de greffes rénales totalisaient 40% de la population non-résidents ;
- 4 équipes de transplantateurs cardiaques, 80% de cette population ;
- 3 équipes de greffes hépatiques, 67% de cette population, ce qui représentait, selon les équipes, 50 à 86% des transplantations qu'elles avaient réalisées en un an.

L'IGAS explique ces variations de proportions par l'existence des « filières de recrutement » : « *les praticiens étrangers qui ne peuvent pas traiter et opérer chez eux, du fait d'une organisation hospitalière défailante ou à cause d'un manque d'organes disponibles dans des*

---

<sup>46</sup> Circulaire DH/9 C n°208 du 16 septembre 1987 relative aux conditions de séjour dans les établissements français de malades d'origine algérienne. [ref.bibl.n°42]

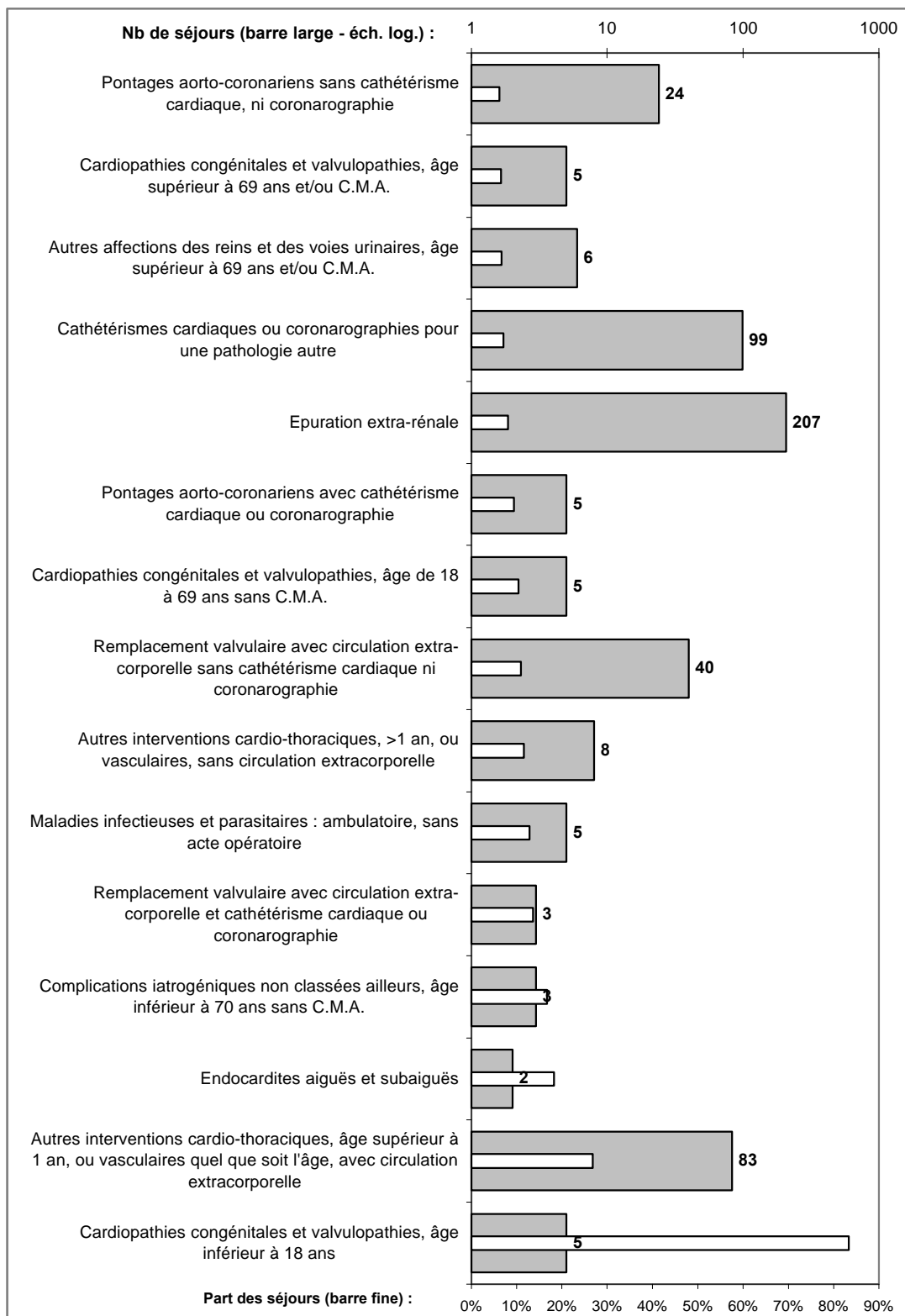
*pays beaucoup moins performants que le nôtre dans le domaine du prélèvement, adressent leurs patients aux transplantateurs français avec lesquels ils ont tissé des liens étroits à l'occasion de congrès, d'actions de formation organisées en France ou à l'étranger.»*

Selon les rapporteurs de l'IGAS, les praticiens « recruteurs » peuvent être tentés d'encourager la venue des patients non-résidents dans leur service. Ce surcroît d'activité les conduirait en effet à « *atteindre le seuil d'activité leur permettant d'acquérir l'expérience nécessaire* » ou encore à « *mieux asseoir leur notoriété* ».

### **§ 3. De la validité scientifique de la notion de filière**

L'interrogation du système d'information permet d'observer la réalité de ces “filières”, en combinant l'étude de l'attraction d'un établissement et le classement des GHM prépondérants sur cet établissement.

Ainsi, si l'on observe précisément les résultats obtenus pour l'hôpital Broussais, son rôle prépondérant en matière d'accueil des patients non-résidents peut être imputé à l'expertise qui y a été développée en matière de cardiologie. Le dispositif de la “Chaîne de l'Espoir” contribue au rayonnement international de cette expertise en favorisant l'accueil de patients non-résidents : les interventions en pédiatrie, pour des cardiopathies congénitales et valvulopathies, sont effectuées à plus de 80% sur des patients non-résidents (à noter que cela ne représente que 5 séjours).

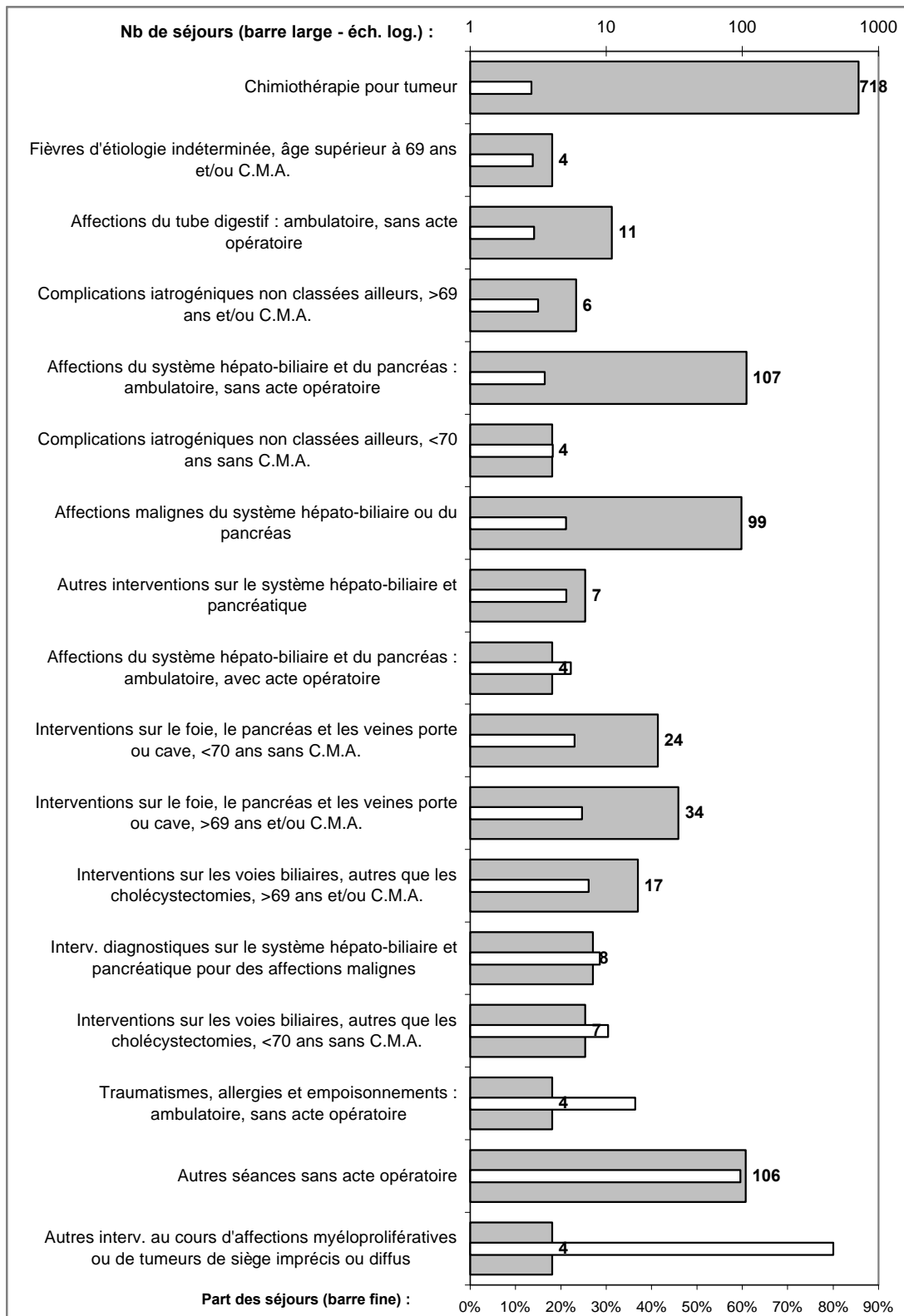


**Figure 10**  
**Principaux GHM donnant lieu à des séjours de patients non-résidents à l'hôpital Broussais en 1998 - Nombre de séjours et part dans l'activité totale (Source : Infocentre AP-HP)**

Pour ce qui est de Paul-Brousse, sa prépondérance incontestable en matière d'accueil des patients non-résidents peut s'expliquer par sa forte orientation oncologique (cancérologie).



On l'a vu, ce secteur recrute un nombre important de patients non-résidents. L'hôpital Paul-Brousse est également marqué par une orientation forte en matière d'interventions sur le système hépato-biliaire et le pancréas.



**Figure 11**  
**Principaux GHM donnant lieu à des séjours de patients non-résidents à l'hôpital Paul-Brousse en 1998 - Nombre de séjours et part dans l'activité totale (Source : Infocentre AP-HP)**





« Les établissements de santé français, publics et privés, accueillent de nombreux patients étrangers ne résidant pas en France, aussi bien pour des soins inopinés et plus ou moins urgents, au cours d'un séjour en France, que pour des interventions programmées, notamment, dans le cadre de la coopération sanitaire avec les autres Etats.

Si cet accueil permet de faire profiter de nos techniques et de nos compétences médicales des ressortissants de pays moins bien équipés, force est de constater que, depuis de longues années, il génère de nombreuses créances irrécouvrables qui pèsent lourdement sur la trésorerie des établissements de santé et, en définitive, pour une grande part, sur les régimes de protection sociale français. »

*Circulaire interministérielle CP/D1/D2/DH/AF1/AF2 n°96-555 du 10 septembre 1996, relative à la prise en charge des patients étrangers, adressée aux Préfets et aux directeurs d'établissements hospitaliers.*



## **PREMIERE PARTIE - DE LA LUTTE CONTRE LES « CREANCES SANITAIRES » A LA RESTRICTION DE L'ACCUEIL SANITAIRE**

Après avoir donné, dans un chapitre préliminaire, une mesure de la migration sanitaire à destination de l'AP-HP, la présente étude analyse l'évolution de la politique de l'AP-HP, depuis la volonté de réduire le stock de créances irrécouvrables résultant de l'accueil des patients non-résidents, jusqu'à la mise en place de restrictions à cet accueil.

Cette première partie décrit en premier lieu le déroulement administratif de l'admission à l'hôpital des patients non-résidents et les critères qui y président. Elle met en évidence les risques d'irrécouvrabilité qui sont présents à chaque étape de la procédure d'admission, en montrant comment ils sont à l'origine d'un stock de créances non recouvrées.

En second lieu, il est analysé dans quelle mesure la logique d'accueil des patients non-résidents a été obérée par la question financière. Il est montré comment l'AP-HP, devant le stock important de créances non recouvrées, a souhaité mettre en place des méthodes de gestion pour maîtriser l'évolution de ce qui est devenu une véritable « dette sanitaire » ; puis, de quelle manière la volonté de maîtrise de la « dette sanitaire » a conduit à tenter de restreindre les flux de migration sanitaire.

### **CHAPITRE 1 - L'ADMISSION DES PATIENTS NON-RESIDENTS**

Aux termes du décret du 14 janvier 1974, « *les étrangers sont admis dans l'établissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français* » (art. 31). En cas d'urgence notamment, ne pas faire diligence à cette règle reviendrait à enfreindre l'obligation de porter assistance à une personne en péril (Code pénal, art. 223-6).

Hormis les cas d'urgence médicalement constatée, l'admission des patients non-résidents est subordonnée à la présentation d'une prise en charge agréée par l'AP-HP ou au dépôt d'une provision proportionnée à la durée du séjour auprès des ambassades préalablement à l'hospitalisation<sup>47</sup>. Cependant, ce même décret du 14 janvier 1974 prévoit que « *les étrangers ressortissants d'un Etat membre de la Communauté économique bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français* » (art.32).

Ainsi, l'hôpital doit s'assurer avant l'admission d'un patient non-résident de sa solvabilité réelle ou de la prise en charge effective par un organisme tiers des frais engagés pour ce patient. A défaut de droits ouverts, les responsables du service des admissions-frais de séjours doivent contribuer, chaque fois que nécessaire, à aider les patients, quels qu'ils soient, à faire valoir leurs droits. Lorsqu'aucune prise en charge n'est possible, ils doivent

---

<sup>47</sup> in rapport d'activité AP-HP 1997, p.14 [ref.bibl.n°55]

exiger le paiement et le renouvellement éventuel de la provision prévue à l'article R.716-9-1 du Code de la Santé Publique. Dans tous les cas, le versement de cette provision peut être exigé, chaque fois que nécessaire, pour la part non prise en charge par un organisme tiers<sup>48</sup>.

## **Section 1 - Les procédures d'admission**

### **§ 1. L'admission administrative**

#### 1. Rappel des textes de référence

- Décret du 14 janvier 1974, art. 31 et 32 ;
- Circulaire n°2548 du 25 octobre 1977 relative à l'hospitalisation des ressortissants étrangers non-résidents sur le territoire français ;
- Circulaire DH/9 C n°208 du 16 septembre 1987 relative aux conditions de séjour dans les établissements hospitaliers français de malades d'origine algérienne ;
- Lettre ministérielle du 27 avril 1990 relative à la situation de malades qui nécessitent des soins importants et coûteux ne disposant pas de couverture sociale ;
- Circulaire interministérielle CP/D1/D2/DH/AF1/AF2 n°96-555 du 10 septembre 1996 relative à la prise en charge des patients étrangers.

#### 2. L'admission des malades non-résidents en urgence

La règle selon laquelle les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent trouve son application première en cas d'urgence médicalement attestée<sup>49</sup>. Dans un tel cas, l'admission d'un malade étranger non-résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative<sup>50</sup>.

Néanmoins, des précautions sont prises dès l'admission pour limiter les risques ultérieurs d'irrécouvrabilité. Il est précisé dans un guide à l'intention des services d'admission<sup>51</sup> que l'urgence ne dispense pas :

- De recueillir avec soin les renseignements et de photocopier les documents concernant le malade, en vue de l'émission des titres de recettes ;
- De préciser au malade le montant des frais engagés ;
- D'informer l'hébergeant que des actions en recouvrement peuvent être engagées à son encontre, si aucun règlement n'intervient ;

---

<sup>48</sup> Circulaire interministérielle 10 sept. 1996. [ref.bibl.n°34]

<sup>49</sup> Circulaire interministérielle 10 sept. 1996. [ref.bibl.n°34]

<sup>50</sup> Règlement intérieur de l'AP-HP [ref.bibl.n°78]

<sup>51</sup> La Gestion des Dossiers d'Hospitalisation [ref.bibl.n°2]

- De demander le versement d'une provision, compte tenu de la durée prévisible du séjour ;
- De faire signer un engagement de paiement et de réclamer un relevé d'identité bancaire.

Si le malade ne bénéficie d'aucune prise en charge, le service des Admissions - Frais de séjour doit en aviser le service médical, des décisions duquel pourront dépendre la durée et le coût du séjour. Lorsque des patients non-résidents font l'objet d'un rapatriement sanitaire vers leur pays d'origine ils doivent, en principe, payer les dépenses de rapatriement.

### 3. L'admission des malades non-résidents hors cas d'urgence

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un malade étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision égale au montant prévisible des frais d'hospitalisation<sup>52</sup>.

#### 3.1. Formalités préalables à l'admission

L'admission peut être précédée, avant l'arrivée du malade en France, de contacts entre un organisme étranger tiers-payeur ou une ambassade et le service d'hospitalisation afin de préciser le coût et la durée prévisionnels du séjour. Le praticien concerné par la prise en charge du patient doit :

- Apprécier l'urgence des soins ;
- Evaluer la durée prévisible du séjour.

Une fois ces informations communiquées, l'admission est subordonnée à la confirmation de la prise en charge des soins, soit par un organisme tiers - payeur, soit par le malade lui-même.

S'il s'agit d'un malade payant ou d'un malade relevant d'un organisme dont les prises en charge ne sont pas acceptées par l'AP-HP en raison de leur insolvabilité, le service doit lui adresser, à l'appui de sa convocation, un devis<sup>53</sup> précisant le montant de la provision à verser et mentionnant expressément « sauf complication médicale nécessitant une prolongation de séjour ». Cette disposition correspond à la lettre du Code de la Santé Publique selon lequel, en son article R.716-9-1 : « *Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit par les services de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie, soit par le ministère chargé des Anciens Combattants et Victimes de guerre ou par tout organisme public, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable souscrivent un engagement d'acquitter les frais*

---

<sup>52</sup> Règlement intérieur de l'AP-HP [ref.bibl.n°78]

<sup>53</sup> Voir exemple de devis en annexe [annexe 5]

*de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée ».*

La provision doit être versée par le particulier au Payeur auprès de l'ambassade de France du pays concerné. Il convient de s'assurer de son versement effectif auprès des services de la Trésorerie générale de l'AP-HP.

### *3.2. Formalités d'admission*

Les pièces suivantes sont réclamées lors de la constitution du dossier d'admission :

- une pièce d'identité ;
- l'adresse dans le pays d'origine ;
- l'adresse en France ;
- le certificat d'hébergement ;
- le nom et l'adresse de l'employeur.

Une attention particulière est portée sur les conditions de prise en charge du séjour. Le débiteur peut être, en effet :

- le malade lui-même (le « malade payant ») ;
- un organisme français de Sécurité Sociale dans le cadre des conventions internationales ;
- un organisme étranger.

## 4. Cas particuliers

### *4.1. l'admission de femmes étrangères désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)*

L'IVG n'est autorisée par la loi pour une femme étrangère que si celle-ci justifie d'une résidence régulière en France depuis plus de trois mois au jour de l'IVG. Les femmes célibataires étrangères de moins de 18 ans doivent, en outre, se soumettre aux dispositions relatives aux mineures célibataires<sup>54</sup>.

Les frais d'IVG sur des personnes de nationalité étrangère, durant leur séjour en France, ne sont pas pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans le cadre des conventions internationales. Ils doivent être réglés en totalité par la patiente le jour de son

---

<sup>54</sup> Règlement intérieur de l'AP-HP [ref.bibl.n°78]. Actuellement en cours d'évolution législative.



admission à l'hôpital, à charge pour elle d'en demander le remboursement à l'organisme dont elle relève s'il y a lieu.

#### *4.2. Les évacués sanitaires*

Des malades non-résidents en France peuvent être admis dans les hôpitaux dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles (victimes de la guerre au Kosovo par exemple). Les établissements hospitaliers sont, en règle générale, prévenus de ces arrivées par la direction générale de l'AP-HP. Des prises en charge, au titre de « l'aide médicale Etat », sont alors accordées par le ministère de la Santé. Après notification de la décision d'octroi, les factures émises pourront lui être adressées.

#### *4.3. Le cas particulier des greffes*

Les dispositions applicables en matière de greffes ont fait l'objet de mesures législatives et réglementaires :

- Loi n°94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain ;
- Pour la composition d'un dossier en vue d'une inscription sur la liste d'attente nationale d'organe en vue d'une transplantation : arrêté du 18 août 1994 pris en application de l'article R 714-3-21 du Code de la Santé publique fixant les tarifs de prestations en matière de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse<sup>55</sup> ; arrêté du 24 novembre 1994 relatif à la gestion de la liste nationale des patients susceptibles de bénéficier d'une greffe<sup>56</sup>.

L'inscription sur les listes nationales d'attente, tenues par l'Établissement français des greffes, est obligatoire. Trois éléments président à cette inscription<sup>57</sup> :

- La prescription du médecin traitant selon des critères strictement médicaux ;
- L'information transmise par le directeur de l'établissement de santé concerné qui vérifie, notamment, que la prise en charge financière de la greffe est bien assurée ;
- L'engagement sur l'honneur du patient de ne pas être inscrit sur une autre liste d'un pays étranger.

Les règles d'inscription décrites ci-dessus s'appliquent aux patients non-résidents. Ils doivent en outre fournir une attestation nominative du ministre de la Santé du pays d'origine précisant les raisons de l'impossibilité de bénéficier de la greffe dans le pays d'origine<sup>58</sup>.

---

<sup>55</sup> arrêté joint en annexe [annexe 4.1]

<sup>56</sup> arrêté joint en annexe [annexe 4.2]

<sup>57</sup> voir en annexe exemple de formulaire pour inscription sur la liste nationale d'attente d'organe. [annexe 4.3]

<sup>58</sup> article 7 de l'arrêté du 24/11/1994

La vérification par le directeur de l'établissement que la prise en charge financière de l'intervention est assurée<sup>59</sup> prend toute son importance quand il s'agit de malades devant payer par eux-mêmes l'intervention, ou lorsqu'un organisme privé étranger ou public étranger assure la prise en charge<sup>60</sup>.

Les patients qui ne résident pas dans l'Union européenne doivent en outre obtenir un visa pour soins médicaux de transplantation auprès du consulat de France d'origine. L'Établissement français des Greffes (EFG) donne dans ce cadre un avis au ministère des Affaires Étrangères quant à la délivrance du visa. Dans la pratique, il apparaît que le service des visas à Nantes suit en général l'avis de l'EFG.

## **§ 2. L'importance de l'identification du débiteur<sup>61</sup>**

Selon le mode de prise en charge, le patient relève de différentes catégories :

- un « malade payant » ;
- un patient bénéficiant de la couverture de la Sécurité sociale dans le cadre de conventions internationales ;
- un patient bénéficiant de la couverture d'un organisme étranger.

### 1. Les particuliers ou « malades payants »

Sont dénommés « malades payants » les patients ne pouvant justifier que d'une couverture sociale partielle ou d'aucune couverture sociale. Il peut s'agir de patients résidents ou de patients non-résidents. Ils sont redevables de la totalité du tarif de prestations et du forfait journalier, ce qui peut rapidement atteindre des sommes importantes<sup>62</sup>. Plusieurs possibilités leur sont offertes :

- un versement équivalent au devis d'hospitalisation, à la paierie de l'Ambassade ou du Consulat de France dans le pays d'origine ;
- un virement de la banque du pays d'origine du malade sur une banque française, cette dernière transférant les fonds à la caisse de l'établissement hospitalier où doivent être prodigués les soins ;
- un versement en espèces, à l'admission, du montant de la provision exigible ;
- un paiement par chèque étranger, émis en francs français.

---

<sup>59</sup> article 8 de l'arrêté du 24/11/1994

<sup>60</sup> Voir en annexe l'exemple de prise en charge par une compagnie aérienne [annexe 6.2]

<sup>61</sup> Fiches techniques présentées dans « la gestion des dossiers d'hospitalisation » [ref.bibli.n°2]

<sup>62</sup> Voir les tarifs journaliers des prestations de l'AP-HP fournies en annexe [annexe 3]

## 2. les conventions internationales de Sécurité sociale

Les frais d'hospitalisation en France de ressortissants étrangers non-résidents peuvent être pris en charge par les organismes français d'assurance-maladie dans le cadre de procédures définies par des accords internationaux de sécurité sociale. Il s'agit d'assurés (et ayants-droits) ressortissants :

- soit d'un pays de l'Union européenne ;
- soit d'un pays lié à la France par une convention bilatérale de sécurité sociale (Algérie notamment).

Pour bénéficier de la prise en charge, le malade doit être porteur d'un formulaire « d'attestation de droit aux prestations en nature » délivré par l'organisme de sécurité sociale dont il relève dans son pays d'origine. Ces formulaires sont, pour les ressortissants de l'Union européenne, principalement les formulaires E111 (hospitalisation d'urgence au cours d'un séjour temporaire dans un Etat membre de la CEE ; à justifier par un certificat médical d'urgence) et E112<sup>63</sup> (hospitalisation ou soins programmés).

Pour l'Algérie, il s'agit des formulaires SE 352-301 (travailleurs du secteur privé et fonctionnaires autorisés à se faire soigner en France à l'exception de leurs ayants-droits), SE 352-302 (séjour temporaire), SE 352-303 (prolongation de séjour délivrée par le service des prestations de l'organisme du pays d'origine), SE 352-01 et SE 352-02 (travailleurs détachés en France et ayants-droits).

Une demande de prise en charge SP4 (S.3407) doit ensuite être transmise, avec l'original du formulaire, dans des centres de sécurité sociale définis. Le taux de prise en charge accordé par la sécurité sociale suit la réglementation française (taux de base : 80%).

Les formulaires sont délivrés pour une période déterminée. Si le séjour se prolonge au-delà de la date indiquée, il faut impérativement établir et adresser au contrôle médical des caisses gestionnaires concernées une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical détaillé.

## 3. les organismes étrangers

Les malades peuvent se présenter munis d'une notification de prise en charge délivrée par un organisme étranger qui peut être une caisse de sécurité sociale, une ambassade, un consulat, un ministère... La facturation des frais de séjour est émise directement à l'encontre du tiers-payant, dans la limite de la durée de prise en charge accordée. Une demande de prolongation appuyée d'un rapport médical circonstancié doit être adressée au débiteur si nécessaire.

---

<sup>63</sup> Voir exemple de formulaire E112 anonymisé en annexe [annexe 6.1]

### § 3. Schéma de synthèse

Un schéma permet de synthétiser cette diversité de situations d'admission :

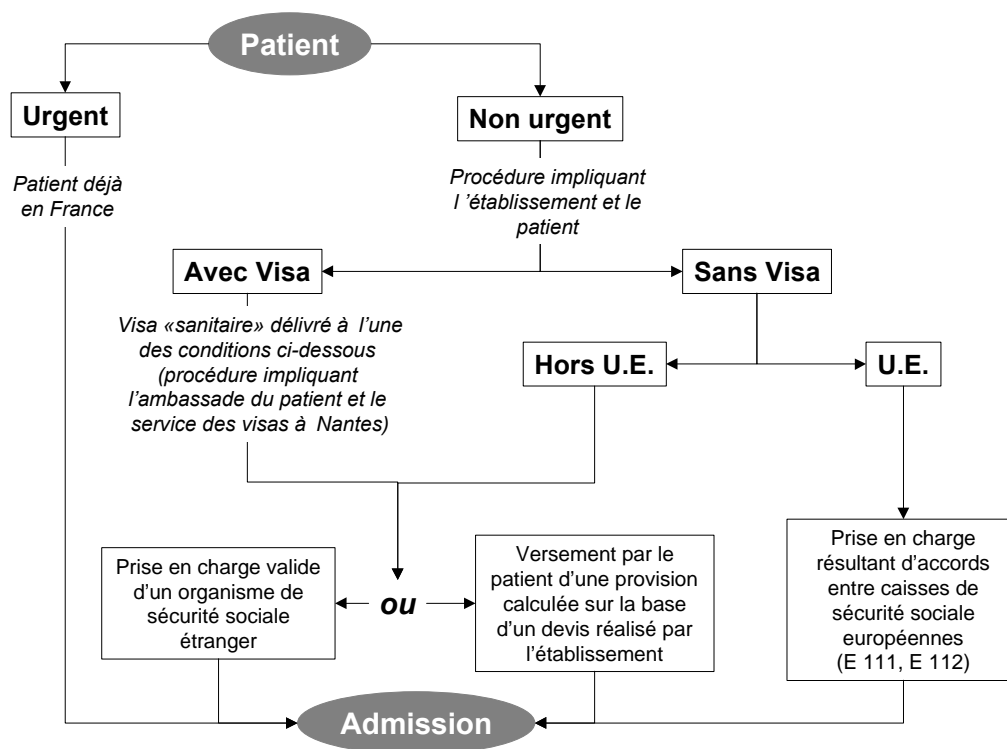


Figure 12  
Représentation synthétique de la procédure d'admission des patients non-résidents

## Section 2 - Les conditions médicales de l'admission

### § 1. L'appréciation du besoin médical

Le premier contact déterminant est celui qui se noue entre l'établissement d'envoi et celui de réception.

Un cas présenté en annexe<sup>64</sup> illustre la façon dont se nouent les contacts entre établissements. Dans ce cas, c'est l'assistante sociale d'un CHU d'Algérie qui entre en contact avec l'hôpital Saint-Vincent de Paul de l'AP-HP. Il s'agit de faire hospitaliser à nouveau une petite fille déjà opérée à Saint-Vincent de Paul en 1995. Il revient dès lors à l'établissement d'accueil d'apprécier la nature et l'ampleur du besoin médical, le degré d'urgence, ainsi que la durée prévisible du séjour.

<sup>64</sup> Voir en annexe la lettre d'un médecin d'un CHU d'Algérie à son confrère parisien concernant l'envoi d'un patient (pédiatrie) [annexe 2]

De manière générale, le besoin médical résulte souvent de l'impossibilité d'intervention dans le pays de provenance ou du constat du faible taux de réussite pour ce type d'intervention dans le pays.

Pour prendre un second exemple, celui de l'oesophagoplastie que nous avons évoqué dans le chapitre préliminaire comme faisant l'objet d'une filière, est une opération qui consiste à remplacer l'œsophage du patient suite à une brûlure gastrique. Une telle plastie est rarement pratiquée sur des enfants résidents. En revanche, de nombreux cas en provenance d'Algérie parviennent au service du Professeur Hélardot à l'hôpital Saint-Vincent de Paul, dans le cadre de la filière établie. Il s'avère que très peu de chirurgiens pédiatres osent se lancer dans ce type d'intervention en Algérie, qui se solde par un taux d'échec très important. En revanche, dans le service spécialisé en chirurgie viscérale de Saint-Vincent de Paul, le taux de réussite est très élevé. Ainsi, pour ce type d'intervention, le besoin médical exprimé par le pays de provenance s'explique donc moins par l'inexistence de l'intervention que par l'incapacité de l'offre existante à satisfaire exactement le besoin médical exprimé. Cette analyse peut être étendue à d'autres types d'interventions.

On peut retenir de ces exemples que l'admission d'un patient non-résident est souvent le fruit d'une rencontre entre un besoin médical exprimé par un médecin du pays et une offre existant en France.

## **§ 2. Prise en charge du malade et notion de besoin**

Il convient de distinguer deux types de cas pour lesquels les conditions d'admission dans un établissement sanitaire français diffèrent : le cas du malade payant et celui du patient bénéficiant d'une prise en charge par un organisme tiers. Le malade payant peut recourir pour sa part à toute l'offre de soins existante. Le malade avec prise en charge par un organisme tiers étranger, en revanche, voit ses possibilités d'accès aux soins restreintes. En effet, l'octroi de la prise en charge est laissé à l'appréciation de l'administration sanitaire du pays d'origine. Des refus de prises en charge par certains pays (Maroc par exemple) peuvent être observés, marquant une volonté de ne pas payer pour ceux qui « s'échappent » du système sanitaire national.

L'exemple qui suit a fait l'objet de la réunion du 23 juin 2000 de la cellule d'accueil des patients étrangers de l'hôpital Broussais et tend à confirmer le caractère fluctuant de la délivrance des prises en charge par les organismes de certains pays. Lors de cette réunion a été reçu un homme qui tentait d'obtenir l'admission de sa nièce, tunisienne de 25 ans, qui avait déjà été opérée dans le service plusieurs années auparavant (en 1986). La Tunisie avait alors délivré une prise en charge. Pour cette reprise d'opération (un double remplacement valvulaire), qui ne peut pas être réalisée en Tunisie, les institutions tunisiennes ont refusé de délivrer une nouvelle prise en charge. Alors que le besoin médical existe bel et bien, la prise en charge est refusée par l'organisme. Il faut savoir que la Tunisie

restreint aujourd'hui les délivrances de prise en charge pour intervention cardiaque en France, notamment pour des raisons budgétaires. Le devis réalisé pour cette patiente tunisienne, pour 10 jours d'hospitalisation, atteignait environ 100 000 francs.

Il est apparu également au cours de l'enquête que l'obtention desdites prises en charge peut donner lieu dans certains pays à de véritables pratiques de corruption. Un chirurgien a cité le témoignage d'une maman expliquant qu'elle avait du vendre tous ses bijoux pour monnayer l'octroi d'une prise en charge par un organisme de sécurité sociale<sup>65</sup>.

Ainsi, il semble qu'il y ait une distorsion entre l'appréciation médicale des besoins et les motifs d'octroi des prises en charge.

### **Section 3 - Procédures d'admission et risque d'irrécouvrabilité**

Les soins à l'AP-HP coûtent chers. Les patients non-résidents qui bénéficient de traitements ou d'interventions au sein de l'AP-HP peuvent connaître de réelles difficultés pour payer les factures qui correspondent aux soins reçus lorsqu'ils ne bénéficient d'aucune couverture. En outre, même lorsqu'une telle prise en charge financière par un organisme existe, celui-ci peut également avoir des difficultés pour payer. L'accueil des patients non-résidents est dès lors porteur de risques financiers réels pour les établissements hospitaliers : on peut parler d'un risque d'irrécouvrabilité.

#### **§ 1. La question des tarifs journaliers d'hospitalisation**

##### **1. Les tarifs journaliers de l'AP-HP**

Les tarifs pratiqués à l'AP-HP<sup>66</sup> varient selon les disciplines mais sont les tarifs les plus élevés de France. En court séjour, ils s'élèvent à 3 385 F la journée en médecine, à 4 856 F pour la médecine spécialisée, à 5 454 F en chirurgie, à 5 255 F pour les dialyses et à 10 218 F pour les spécialités coûteuses (réanimation, grands brûlés...).

##### **2. Les tarifs applicables aux greffes**

Pour les greffes, il s'agit de tarifs forfaitaires fixés par l'arrêté du 18/08/94. Les tarifs de prestations en matière de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse sont fixées comme suit :

- Rein ou pancréas : 280 000 F ;
- Rein et pancréas : 600 000 F ;
- Cœur : 414 000 F ;

---

<sup>65</sup> [entretien G1]

<sup>66</sup> Voir en annexe le détail des nouveaux tarifs pratiqués à l'AP-HP et applicables au 1<sup>er</sup> août 2000 [annexe 3].

- Cœur et Poumon : 500 000 F ;
- Poumon : 670 000 F ;
- Foie : 570 000 F ;
- Allogreffe de moelle osseuse : 880 000 F ;
- Autres transplantations : 900 000 F.

Ces tarifs s'appliquent pour la partie du séjour en spécialité très coûteuse, qui débute à la date d'admission du patient dans le service où a eu lieu la greffe, et se termine à la date de sortie de l'unité de réanimation où il a séjourné à la suite de l'intervention.

Cette somme ne constitue donc qu'une partie de la facture totale, en considérant que la plupart du temps, le patient sera hospitalisé dans un service « de suite » après la sortie du service de réanimation.

## **§ 2. L'accueil des patients non-résidents, un phénomène générateur d'un risque financier pour les établissements hospitaliers : le risque d'irrecouvrabilité**

Malgré les précautions prises préalablement à l'admission, deux types de risques importants existent<sup>67</sup>.

Le premier type de risque important est celui lié à l'apparition de complications au cours de l'intervention : un patient qui doit rester plus longtemps en réanimation, celui qui tombe dans un coma à la suite de l'intervention, celui qui doit connaître un suivi postopératoire plus long que prévu (parfois, et ce notamment pour les enfants, ce suivi peut se compter en années)... Les factures peuvent dès lors atteindre des niveaux très élevés (durée du séjour multiplié par le tarif journalier). Qu'il s'agisse de « malades payants » ou même d'organismes, les difficultés à payer peuvent être réelles.

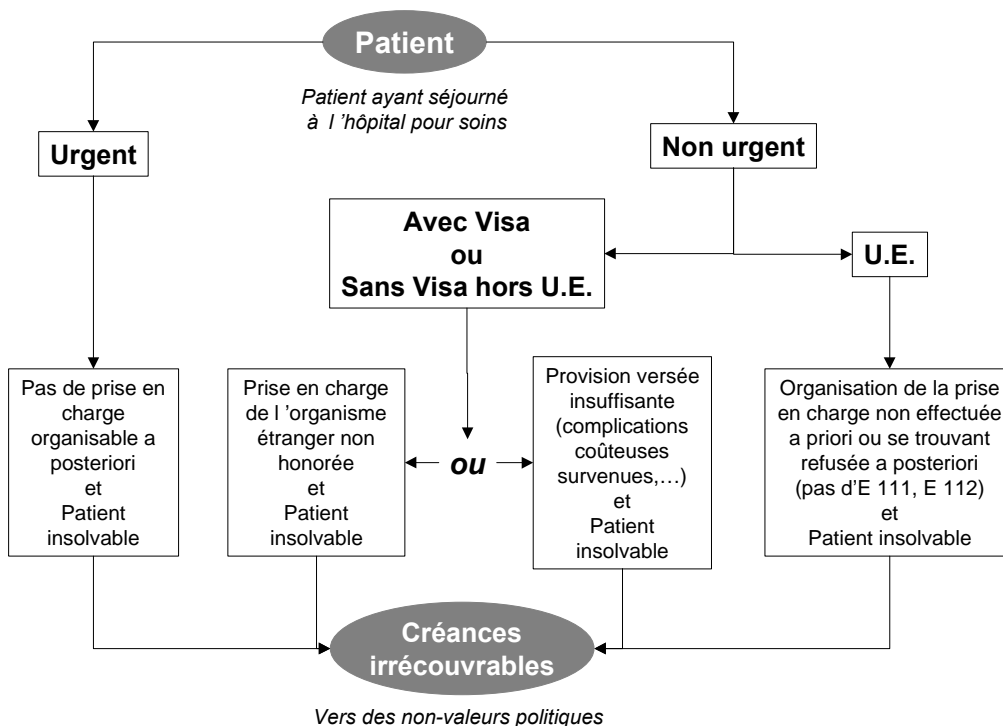
Un second type de risque est celui lié à l'état d'endettement de certains organismes étrangers. La prise en charge, sur le principe de laquelle les organismes étrangers s'étaient engagés, se cumule avec d'autres promesses de paiement. Selon l'évolution de la conjoncture économique du pays et selon l'évolution mondiale des cours de devises, les montants en jeu peuvent excéder les capacités financières de l'organisme étranger qui accumule alors des dettes vis-à-vis de l'AP-HP.

Ces deux types de risques constituent ensemble le risque d'irrecouvrabilité qui pèse sur les établissements hospitaliers lorsqu'ils admettent chaque patient non-résident. Cela signifie qu'en admettant ce type de patient, le risque existe que la facture ne soit pas honorée. Cela signifie que la créance ne sera pas recouvrée, une fois devenue irrécouvrable.

---

<sup>67</sup> Sur la difficulté pour les établissements hospitaliers à recouvrer leurs créances, voir les cas retracés par E. Svahn dans son mémoire et cités en annexe. [ref.bibl.n°21] [annexe 8]

En se calquant sur la représentation synthétique de la procédure d'admission des patients non-résidents (fig.12), on peut schématiser l'apparition de ce risque d'irrecouvrabilité existant pour chaque type d'admission.



**Figure 13**  
Différentes modalités d'apparition des créances irrécouvrables  
auprès de patients non-résidents

C'est la prégnance de ce risque d'irrecouvrabilité qui explique que la logique d'accueil des patients non-résidents ait été obérée par la question financière, ce dont traite le chapitre suivant.





## CHAPITRE 2 - UNE LOGIQUE D'ACCUEIL OBEREE PAR LA QUESTION FINANCIERE

Le budget d'un hôpital connaît une structure assez similaire d'un établissement à l'autre. A l'AP-HP, pour l'année 1998, le budget est structuré de la manière suivante : en dépenses, 73% relèvent des frais de personnel, 6% des frais financiers, 21% des frais médicaux et hôtelier ; tandis qu'en recettes, l'établissement est financé à 83% par la dotation globale de financement, versée par la caisse dite « pivot » d'assurance-maladie (recettes de groupe 1), à 8% par des recettes diverses (recettes de groupe 3), et à 9% par les produits de la tarification (recettes de groupe 2). Pour mémoire, les recettes de l'AP-HP avoisinaient au total (groupe 1+2+3) 36 milliards de francs au compte de gestion pour l'exercice 1998.

Les recettes provenant de patients non-résidents, qu'ils paient eux-mêmes la facture (débiteur « particulier ») ou qu'ils bénéficient d'une prise en charge d'un organisme étranger de Sécurité Sociale ou directement d'un Etat (débiteur « Organismes »), sont imputées budgétairement à la section des recettes de groupe 2. C'est à partir des recettes de groupe 2 que sera calculée la dotation globale<sup>68</sup> versée par l'assurance-maladie (recettes de groupe 1) : « *Pour les patients relevant d'une convention internationale ou ceux en provenance d'autres pays, les recettes constituent des recettes en atténuation. Elles viennent pondérer le montant de la dotation globale arrêté au moment de la fixation du budget prévisionnel (si elles augmentent, la dotation baisse et vice-versa).* »<sup>69</sup> Cela permet au budget hospitalier de connaître in fine un équilibre entre dépenses et recettes, ce qui est conforme à une norme impérative.

Toute nouvelle recette associée à un patient non-résident conduit donc à une réduction de la dotation globale, que cette recette ait réellement donné lieu à paiement<sup>70</sup> par le créancier ou qu'elle soit à l'état de créance non recouvrée<sup>71</sup>. Or, nous l'avons vu en fin de chapitre précédent, l'accueil des patients non-résidents est associé à un risque relativement important d'irrecouvrabilité des créances. Il faut dire aussi que les possibilités de poursuite par le trésorier-payeur général de l'AP-HP sont restreintes et limitées à une phase amiable, sans phase contentieuse possible.

---

<sup>68</sup> Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1984, l'essentiel des recettes des établissements hospitaliers était constitué du produit des prix de journées. Jugé inflationniste, le système dit du prix de journée a été supprimé par la loi du 19 janvier 1983 qui instaure, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1984, le système de financement dit du « budget global ». Cette réforme vise essentiellement à maîtriser la progression des dépenses hospitalières dans un contexte de crise économique et de diminution des recettes de l'assurance maladie : une enveloppe annuelle de dépenses est fixée a priori et de façon limitative. [ref.bibl.n°1]

<sup>69</sup> Rapport de l'IGAS.[ref.bibl.n°60]

<sup>70</sup> Voir situation du recouvrement des recettes de l'AP-HP pour l'exercice 1998 [annexe 10]

<sup>71</sup> Principe comptable des droits constatés

C'est la réalisation du risque d'irrecouvrabilité qui peut être à la source d'une accumulation progressive de créances au titre des débiteurs particuliers ou des organismes et Etats étrangers. Ces créances irrécouvrées, à partir d'un certain stade d'accumulation, peuvent peser lourdement sur la trésorerie des établissements. Lorsqu'il devient évident qu'elles ne pourront pas être recouvrées, elles doivent être apurées et compensées. Cette opération est soumise à des procédures de contrôle rigoureuses ; par ailleurs, compte tenu des règles de rigueur budgétaire, il est très difficile pour l'établissement d'obtenir une compensation à la hauteur des recettes admises en non-valeur.

Par le biais de ces mécanismes, l'accueil des patients non-résidents peut donc créer des difficultés financières et budgétaires réelles pour les établissements hospitaliers.

Nous allons voir que la réalisation du risque d'irrecouvrabilité est à l'origine de la constitution d'une dette sanitaire. L'ampleur des montants en jeu a conduit à une véritable prise de conscience des enjeux de cette dette sanitaire. Tirant les conséquences de ces enjeux, l'AP-HP a pris les mesures qui s'imposaient pour limiter l'évolution du stock des créances irrécouvrables.

## **Section 1 - La réalisation du risque d'irrecouvrabilité à l'origine de la constitution d'une « dette sanitaire »**

Nous allons voir quel est le mécanisme de constitution de la dette sanitaire avant d'examiner les montants en jeu.

### **§ 1. Une accumulation des créances irrécouvrables des patients non-résidents à l'origine d'une dette sanitaire**

Il convient avant toute chose de comprendre le fonctionnement comptable du circuit des créances irrécouvrables : de leur constitution à leur admission en non-valeur, avant d'étudier les mécanismes de compensation de ces non-valeurs.

1. Le circuit des créances irrécouvrables : du recouvrement à l'admission en « non-valeur politique »

#### *1.1. La créance irrécouvrable*

La créance irrécouvrable est une créance hospitalière dont le recouvrement n'a pu être opéré par le trésorier-payeur général, après épuisement des procédures amiables et contentieuses, en raison, soit de l'insolvabilité ou de la disparition des débiteurs, soit de la caducité des créances.

## 1.2. La non-valeur

L'admission en non-valeur d'une créance irrécouvrable est proposée par le comptable. Elle consiste à apurer les recettes non recouvrées par inscription de crédits en dépenses dans le budget hospitalier, à due concurrence.

Il existe au sein de l'AP-HP plusieurs types de motifs d'admission en non-valeur. Chacune possède un code spécifique :

- Code 90 : Poursuites extérieures (poursuites confiées par le TPG de l'AP-HP à un comptable extérieur en France ou à l'étranger, restées sans réponse après un rappel annuel) ;
- Code 91 : la non-valeur politique (Titres émis à l'encontre des particuliers algériens ; ou encore titres émis à l'encontre des Etats et des Organismes étrangers, à l'exception de ceux ayant une convention de rééchelonnement avec l'AP-HP) ;
- Code 92 : Non-valeurs sur décisions de l'AP-HP ;
- Code 93 : Non réponse AP-HP (pas de réponse aux demandes de renseignements) ;
- Code 94 : poursuites inopérantes ou réglementaires impossibles ;
- Code 95 : décédés et disparus ;
- Code 96 : Titres inférieurs aux seuils des demandes de renseignement (avec notamment adresse incorrecte ou incomplète) ;
- Code 97 : poursuites non autorisées (notamment particuliers après refus de l'aide médicale ; ou particuliers, en l'absence de réponse à une demande d'aide médicale au terme d'un délai d'un mois) ;
- Code 98 : titres inférieurs aux seuils de poursuite<sup>72</sup>.

Dans le cadre de cette étude, ce sont principalement les non-valeurs politiques (code 91) qui nous intéressent.

## 1.3. De la créance irrécouvrable à la non-valeur

Le trésorier-payeur général de l'AP-HP tient un état détaillé des créances non recouvrées et des non-valeurs par pays, en distinguant les créances sur des particuliers et les créances sur des organismes (détail figurant dans un listage intitulé le HPAYS). Lorsque des créances s'avèrent irrécouvrables, le trésorier-payeur général de l'AP-HP propose leur inscription au compte des « pertes sur créances irrécouvrables ». La somme est ensuite destinée à être admise en non-valeur. Les propositions du TPG se font sur la base d'un calendrier régulier<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> Typologie extraite d'une note de la direction des finances de l'AP-HP du 28 juin 1999 [ref.bibl.n°77]

<sup>73</sup> Voir entretien avec la fondée de pouvoir du TPG [entretien F1]

#### 1.4. Le rôle du conseil d'administration

L'admission en non-valeur des créances irrécouvrables ne peut se faire qu'après accord du Conseil d'administration de l'établissement. En effet, l'article 318-3 de l'instruction M 21<sup>74</sup> sur la comptabilité des établissements d'hospitalisation publics dispose que les « *demandes d'admission en non-valeur, formulées par le comptable, sont soumises au Conseil d'administration qui statue notamment :*

- *sur la portion des restes à recouvrer dont il convient de poursuivre le recouvrement;*
- *sur la portion qu'il propose d'admettre en non-valeur, au vu des justifications produites par le comptable, en raison soit de l'insolvabilité des débiteurs, soit de la caducité des créances, soit de la disparition des débiteurs ;*
- *sur la portion qu'il propose de laisser à la charge du comptable »*

Afin de préparer la séance du Conseil d'Administration statuant sur l'admission en non-valeur d'une partie ou de la totalité des restes à recouvrer, il a été constitué à l'AP-HP, par l'arrêté directeur n°73-3081 du 21 octobre 1973, une commission technique dénommée « Commission d'admission en non-valeur des créances irrécouvrables ». Cette commission est chargée d'examiner les propositions d'admission en non-valeur présentées par le trésorier-payeur général. Lors de la séance du 26 novembre 1999, les propositions d'admission en non-valeur concernaient 153 886 titres au titre des exercices 1998 et antérieurs. Le montant total s'élevait à 198 millions de francs, ce qui représente 0,55% du total des recettes budgétaires de fonctionnement de l'AP-HP, tous budgets confondus, au compte de gestion de l'exercice 1998 (et 6% des recettes de groupe 2). La part des créances « étrangers » avoisinait les 30% de cette demande d'admission en non-valeurs, soit 59 millions de francs<sup>75</sup>.

#### 2. La compensation des non-valeurs

L'évolution de la dotation globale de financement d'un hôpital constitue l'un des principaux leviers de maîtrise budgétaire. Il est donc difficile, pour les établissements hospitaliers,

---

<sup>74</sup> Le plan comptable, mis en place dans l'économie privée depuis 1947, a été appliqué aux hôpitaux publics à la suite du décret du 28 mars 1953. Cela a conduit à modifier profondément les règles de gestion financière des établissements, avec la distinction de deux sections au sein du budget (la section d'exploitation et la section d'investissement) et l'introduction de la notion d'amortissement. Le régime financier a ensuite été modifié par un arrêté ministériel du 29 décembre 1959 permettant notamment aux hôpitaux de pouvoir alimenter leur fonds de roulement [ref.bibl.n°1]. Toutefois, c'est aujourd'hui de l'instruction interministérielle M21 que dépend désormais la comptabilité hospitalière. Cette instruction comptable, datant de 1988, a été revue dans une nouvelle version diffusée depuis juin 2000 par l'Imprimerie nationale.

<sup>75</sup> Récapitulatif des demandes diffusé par la Direction des Finances de l'AP-HP [ref.bibl.n°72]

d'obtenir un accroissement de cette dotation globale pour compenser les pertes de recettes résultant de l'admission en non-valeur. Les créances irrécouvrées constituent donc pour les établissements une charge budgétaire dont il convient de maîtriser l'évolution.

Depuis 1992, l'AP-HP finance la totalité des créances admises en non-valeur<sup>76</sup>. L'institution ne constitue pas de provisions pour dépréciation des créances et comptabilise directement les pertes sur créances irrécouvrables au compte 654. Comme un budget hospitalier n'est pas extensible, étant encadré par la tutelle, l'admission au compte 654 se fait au détriment des autres dépenses (telles que les dépenses en personnel, en produits pharmaceutiques...).

Ainsi, l'accumulation des créances irrécouvrables est problématique pour deux raisons : c'est autant d'argent prévu qui n'est pas recouvré, d'où un problème de gestion de trésorerie ; ensuite, elle comprend un risque certain d'admission en non-valeurs compensées à concurrence d'autres dépenses.

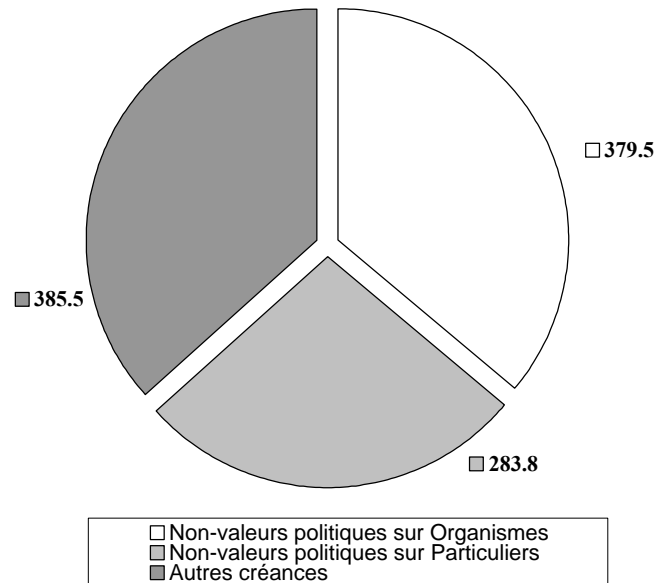
A noter que le débat relatif à l'accueil des patients non-résidents existe de la même manière au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de province. Le club des Directeurs des Affaires Financières des CHU de province qui s'est tenu à Rennes les 6 et 7 juillet 2000 s'en est fait l'écho : « *Les EPS n'ont aucune obligation d'accueillir les malades étrangers non-résidents, non assurés et non urgents. La règle en vigueur pour les recettes engendrées par ces séjours est défavorable aux établissements, car elles sont classées en groupe 2, et viennent donc en atténuation de la dotation globale de financement.* » Il semble dans ce cadre que certains de ces établissements de province cherchent à contourner cette difficulté en imputant tout ou partie de leur activité pour des patients non-résidents en recettes de groupe 3.

## **§ 2. Risque d'irrécouvrabilité et constitution d'une dette sanitaire : les masses en jeu**

Il convient de distinguer la réalisation annuelle du risque d'irrécouvrabilité, selon le circuit qui vient d'être évoqué, du stock total de créances irrécouvrées de l'AP-HP vis-à-vis de patients ou d'organismes étrangers. Ce stock, qui s'élève à 1 048 millions de francs (comprenant les créances irrécouvrables de l'exercice budgétaire en cours, de l'exercice précédent et des exercices antérieurs), est réparti de la manière suivante :

---

<sup>76</sup> « L'évaluation du risque d'irrécouvrabilité », extrait de *L'Analyse financière rétrospective de l'AP-HP-1994-1998*, TG de l'AP-HP, Ministère de l'Economie et des Finances, juin 1999 [ref.bibl.n°81]



**Figure 14**  
**Répartition par nature des créances irrécouvrées de l'AP-HP sur particuliers et organismes étrangers au 31 octobre 1999 (source : AP-HP)**

Sur 1 048 millions de francs de créances irrécouvrables (1,048 milliard de francs), il y a 663 millions de francs admis en non-valeurs politiques (code 91). C'est l'existence de ce stock de créances irrécouvrables (1,048 milliard de francs) du fait des patients non-résidents à l'AP-HP, et celle des non-valeurs politiques (663 millions de francs) qui explique que l'accueil des étrangers soit avant tout une question considérée sous l'angle budgétaire.

## **Section 2 - La prise de conscience des enjeux de la dette sanitaire**

A la suite d'une prise de conscience de l'ampleur des sommes en jeu est apparue la volonté de maîtriser l'évolution de la dette sanitaire. Cette prise de conscience a eu lieu au niveau de la direction générale de l'AP-HP, comme également au plus haut niveau de responsabilité administrative et politique.

### **§ 1. Au niveau de la direction générale de l'AP-HP : le constat des difficultés**

Dès le milieu des années 1970, la question de l'accueil des patients non-résidents a suscité des interrogations de la part de la direction générale de l'AP-HP, concernant notamment les pays de provenance prépondérante, à savoir l'Italie, le Gabon ou encore certains pays du Maghreb. Des réunions internes, au siège de l'AP-HP, ont été organisées au cours de l'année 1978 durant lesquelles des solutions ont été évoquées<sup>77</sup>. Dans un courrier adressé

<sup>77</sup> cf compte-rendu de réunion du conseiller technique du cabinet du Directeur général de l'AP-HP, 6 juillet 1978 [ref.bibl.n°108]

en 1978 aux directeurs d'établissement <sup>78</sup>, le directeur général de l'AP-HP M.Pallez écrit : « *Le recouvrement des frais d'hospitalisation des malades étrangers, ne résidant pas en France et venus spécialement de leurs pays pour être hospitalisés dans les établissements de l'AP-HP, est particulièrement difficile, ainsi que l'illustrent les données suivantes :*

- *Pour l'année 1978, à la fin du premier semestre, seulement 3% des frais d'hospitalisation relatifs à des malades étrangers non-résidents avaient donné lieu à paiement*
- *Pour l'exercice 1977, au 13 mars 1978, sur plus de 63 millions de francs mis en recouvrement, les paiements effectifs étaient inférieurs à 200 000 F;*
- *Pour les exercices 1976 et antérieurs et pour les seuls Etats d'Afrique du Nord, les sommes restant à recouvrer s'élevaient encore à plus de 36 millions de francs au 31 juillet 1978. »*

Le Directeur général détaille dans ce même courrier les difficultés financières et budgétaires qui en résultent :

- les difficultés de trésorerie en raison du décalage entre le paiement des dépenses et l'encaissement des recettes ;
- des majorations des prix de journées lorsqu'il apparaît que certaines créances doivent être abandonnées parce que le règlement ne pourra pas être obtenu <sup>79</sup>.

Douze ans plus tard, le 24 janvier 1990, une note du directeur des Finances de l'AP-HP (M.Cordier), adressée aux directeurs d'établissements, fait état de préoccupations similaires. Cette note est relayée le 19 juillet 1990 par un courrier du directeur général, M.Stasse. Celui-ci rappelle : « *Depuis plusieurs mois, l'AP-HP est particulièrement attentive aux difficultés de nature financière que peut entraîner l'admission dans nos services de malades étrangers non-résidents ne disposant en France d'aucune couverture sociale ni d'aucune prise en charge valable émanant des organismes d'assurance dont ils sont censés relever. La vigilance que vous manifestez, avec le concours de la Direction de votre établissement, a des effets appréciables. Malgré cela, nos créances demeurent encore trop importantes et je voudrais aujourd'hui vous sensibiliser à nouveau à la prise en charge de ces patients»*

L'attention des chefs d'établissement n'est plus seulement attirée sur les difficultés de recouvrement, mais sur la nécessité de mettre en œuvre un contrôle rigoureux des admissions. Alain Cordier, devenu directeur général de l'AP-HP au début de l'année 1993, déclare au journal Libération : « *Si on ne fait rien, on court à la faillite* » dans un article intitulé « Urgence, les impayés des hôpitaux de Paris ».

---

<sup>78</sup> lettre fournie par E. Svahn (EDH 1984) dans son mémoire ENSP [ref.bibl.n°21 et n°109]

<sup>79</sup> Ce constat était antérieur à l'instauration du mécanisme de dotation globale. Cf. explications en note n°68

## § 2. Au plus haut niveau de responsabilité administrative et politique

La question de l'accueil des patients non-résidents n'a pas laissé insensibles les parlementaires, ainsi qu'en témoignent certaines interventions dans les hémicycles des assemblées. Elle a également donné lieu à une série de circulaires émanant de la direction des Hôpitaux.

### 1. Les questions des parlementaires <sup>80</sup>

#### 1.1. La question de Pierre-Charles Krieg

Le 8 février 1982, M. le député Pierre-Charles Krieg demande à M. le Secrétaire d'Etat auprès du Ministre des Affaires sociales et de la solidarité nationale de lui faire connaître le coût des traitements médicaux accordés en France aux différentes catégories de citoyens étrangers dans les centres hospitaliers de l'AP-HP (...).

En réponse, le ministre indique que : *« les statistiques dont disposent actuellement les établissements hospitaliers et les Caisses d'Assurance maladie ne permettent pas de connaître le coût des traitements médicaux accordés en France aux différentes catégories de citoyens étrangers hospitalisés aussi bien dans les centres hospitaliers de l'AP-HP que dans les centres hospitaliers régionaux ».*

#### 1.2. La question d'André Borel

Le 4 octobre 1982, M. le député André Borel appelle l'attention du ministre chargé de la santé sur la charge financière résultant, pour les établissements hospitaliers, de l'hospitalisation des ressortissants étrangers atteints d'une maladie inopinée, au cours de leurs séjour en France : *« Lorsque les intéressés sont insolubles, et qu'ils ne sont pas en possession d'un titre de séjour régulier, les hôpitaux se trouvent néanmoins tenus de les admettre en cas d'urgence, en vertu du principe tiré de l'obligation de porter assistance à personne en danger. Or les conventions internationales ne règlent nullement le cas de ces personnes. [...] En conséquence, ne serait-il pas nécessaire de généraliser la procédure de contrôle préalable de l'absolue et urgente nécessité de l'hospitalisation des intéressés, procédure qui est déjà appliquée par l'AP-HP? ».*

La réponse n'écarte pas formellement l'idée de la mise en place de tels contrôles : *« Le problème soulevé par l'honorable parlementaire est bien connu de mes services. En effet, les créances impayées correspondant aux frais de séjour des étrangers non pris en charge, pèsent sur la trésorerie des hôpitaux. (...) Les établissements publics détenteurs de telles créances ne peuvent que s'adresser à M. le ministre des relations extérieures par la voie diplomatique, en lui demandant d'effectuer, auprès des Etats étrangers concernés, des*

---

<sup>80</sup> cité par E. Svahn (EDH 1984) dans son mémoire ENSP [ref.bibl.n°21]



*démarches dont le résultat demeure incertain. Par ailleurs, le problème fait l'objet d'une étude très attentive des services du ministère, à l'issue de laquelle de nouvelles instructions pourraient être adressées à l'ensemble des établissements hospitaliers(...) »*

## 2. L'implication de la direction des Hôpitaux : la politique des circulaires

La direction des Hôpitaux a suivi de très près l'évolution de cette question. Elle est à l'origine de circulaires régulières, faisant référence à la gestion des créances générées par l'accueil des patients non-résidents, et visant à prendre régulièrement la mesure du phénomène.

Il est intéressant de voir dans les termes de ces circulaires successives la similitude des préoccupations et de leur présentation.

### 2.1. Circulaire de 1977 du directeur des Hôpitaux, Jacques Guillot, adressée aux Préfets et aux directeurs de centres hospitaliers<sup>81</sup>

Cette circulaire met l'accent sur les créances dues et montre la volonté de la direction des Hôpitaux d'en suivre l'évolution.

*« Mon attention a été appelée sur l'importance, dans les admissions en non-valeurs, des dettes à la charge des ressortissants étrangers venus spécialement en France pour y recevoir des soins (...) D'ores et déjà, vous voudrez bien m'adresser un état faisant apparaître le montant des créances dues par les ressortissants étrangers non-résidents en France, en me précisant leur pays d'origine et en ventilant ces créances comme indiqué ci-dessus »* (i.e créances non honorées par des organismes étrangers ; créances provenant des refus de prise en charge au titre de l'aide sociale)

### 2.2. Circulaire de 1980 du directeur des Hôpitaux, Jacques Guillot, adressée aux Préfets<sup>82</sup>

Cette circulaire montre les mêmes soucis que précédemment et introduit en sus la notion de non-valeur.

*« L'attention de mes services est constamment appelée sur le fait que de nombreux malades d'origine étrangère et non-résidents en métropole viennent se faire soigner en France et sont le plus souvent hospitalisés à cet effet dans les établissements hospitaliers publics. Or, bien souvent, les frais correspondant à cette hospitalisation ne sont pas réglés et doivent être admis en « non-valeur », soit parce que les intéressés sont démunis de toute prise en charge, soit parce que les prises en charge régulièrement délivrées (...) ne sont pas honorées, soit parce que les intéressés ne peuvent régler eux-mêmes lesdits frais (...) Je vous demande d'intervenir auprès des établissements hospitaliers publics de votre circonscription (...) afin de leur demander de préciser le montant des créances non-recouvrées au cours des trois dernières années (...) »*

---

<sup>81</sup> [réf. bibl. n°45]

<sup>82</sup> [réf. bibl. n°44]

### *2.3. Circulaire de 1983 du directeur des Hôpitaux, Jean de Kersvadoué, adressée aux Commissaires de la République et aux directeurs de centres hospitaliers<sup>83</sup>*

La direction des Hôpitaux fait état de la volonté de suivre de près les établissements connaissant des problèmes de trésorerie liés à la gestion du stock de créances irrécouvrables provenant des séjours de patients non-résidents.

*« La multiplicité des dossiers relatifs à des dettes de ressortissants étrangers à l'égard d'établissements d'hospitalisation français m'a conduit à adopter, en accord avec M. le ministre des Relations Extérieures, des mesures de simplification de la procédure applicable en la matière (...) Les établissements connaissant des problèmes de trésorerie liés à l'existence de créances sur des états ou des organismes de prévoyance étrangers nées à l'occasion de l'hospitalisation de leurs ressortissants devront m'adresser un état de ces créances (...) »*

### *2.4. Circulaire interministérielle de 1996, adressée aux Préfets et aux directeurs d'établissements hospitaliers<sup>84</sup>*

Cette circulaire, la plus récente en la matière, se veut pédagogique. Elle reprend méthodiquement les arguments déjà présents dans les circulaires précédents.

*« Les établissements de santé français, publics et privés, accueillent de nombreux patients étrangers ne résidant pas en France, aussi bien pour des soins inopinés et plus ou moins urgents, au cours d'un séjour en France, que pour des interventions programmées, notamment dans le cadre de la coopération sanitaire avec les autres Etats. Si cet accueil permet de faire profiter de nos techniques et de nos compétences médicales des ressortissants de pays moins bien équipés, force est de constater que, depuis de longues années, il génère de nombreuses créances irrécouvrables qui pèsent lourdement sur la trésorerie des établissements de santé et, en définitive, pour une grande part, sur les régimes de protection sociale français. Ces créances proviennent tant des particuliers ne disposant pas de couverture sociale que d'Etats et d'organismes de protection sociale ou d'assurance qui, pour des raisons diverses, n'honorent pas, ou avec des retards excessifs, leurs engagements » (...)*

Une certaine continuité apparaît dans l'étude de ces circulaires. Il reste difficile toutefois de juger de leur portée. Elles coïncident cependant avec la mise en place au sein de l'AP-HP de mesures spécifiques destinées à maîtriser l'évolution à la hausse du stock de créances irrécouvrables.

---

<sup>83</sup> [réf. bibl. n°43]

<sup>84</sup> [réf. bibl. n°34]

### **Section 3 - Les mesures prises par l'AP-HP pour restreindre le stock des créances irrécouvrables**

L'ampleur du stock de créances irrécouvrables accumulées, à la suite de la prise de conscience de ses enjeux par les responsables de l'organisation sanitaire et par l'AP-HP, a rendu prioritaire la maîtrise de leur évolution. L'AP-HP s'est dès lors mobilisée spécifiquement sur cette question par la mise en œuvre de méthodes diverses : on peut aujourd'hui en dresser un bilan. Deux types d'intervention doivent être distingués : des interventions visant à limiter l'apparition de nouvelles créances irrécouvrables, lors de la phase d'admission, et des interventions visant à agir sur le stock de créances irrécouvrables accumulées, dans le cadre d'une gestion de la dette sanitaire.

#### **§ 1. Les méthodes mises en œuvre lors de la phase d'admission**

Trois types de méthodes ont été préconisées puis mises en œuvre par la direction de l'AP-HP au niveau de la phase de l'admission des patients non-résidents. La première vise à contrôler strictement les conditions de l'admission au préalable. La seconde vise à limiter les types de prises en charges acceptées. La troisième consiste à améliorer les procédures facilitant le recouvrement des créances et leur suivi.

##### **1. Le contrôle préalable à l'admission**

Dès la fin des années soixante-dix, cette solution a été favorisée par la direction de l'AP-HP. Les réunions de travail au siège de l'AP-HP en 1978 préconisent deux solutions :

- Les directeurs d'hôpitaux, sauf urgence, doivent n'accepter que les prises en charge régulières ;
- Les médecins, sauf urgence, ne doivent admettre que les malades dont ils estiment que leur état justifie une hospitalisation à Paris.

Les préconisations du Directeur général de l'AP-HP, M.Pallez, à destination des directeurs des établissements de l'AP-HP et des responsables des admissions-frais de séjour, sont les suivantes en 1978 :

*« Il convient, hormis les cas où vous constaterez qu'il y a urgence, de subordonner l'hospitalisation, d'une part à l'existence d'une affection que l'équipement sanitaire du pays d'origine ne peut traiter et, d'autre part, à la présentation par le patient de garanties de solvabilité, constituées par la remise d'une prise en charge d'un organisme d'assurance maladie complétée éventuellement par le versement d'un dépôt de provision.*

*La réalisation de la seconde condition, dont la vérification incombe aux services administratifs de votre établissement, ne pourra être considérée que comme secondaire par rapport à la première ou, en tout cas, très délicate à faire respecter si le malade est déjà présent à l'hôpital.*

*Il m'apparaît donc que l'action essentielle à mener doit porter sur l'obtention, préalablement à la venue du malade, d'une information complète sur son état de santé, afin que vous vous prononciez en connaissance de cause sur le bien-fondé de cette venue.*

*(...) La demande d'admission est accompagnée presque toujours d'une prise en charge et d'un certificat médical. Lorsque ce dernier n'est pas suffisamment explicite, il est souhaitable que vous demandiez des informations complémentaires plus détaillées, puisque ce type d'admission ne relève pas de l'urgence et peut encore être différée de quelques semaines . »*

Ces préconisations ont été consignées dans les différents guides à usage interne, afin d'aider les responsables des admissions face à certains cas litigieux. La direction des Hôpitaux s'est fait l'écho de ces recommandations auprès des hôpitaux de province.

Ces dispositions ont conduit dès lors à refuser l'admission des patients non-urgents dont la prise en charge n'était pas assurée.

Un témoignage recueilli récemment illustre la similitude de ces procédures mises en œuvre depuis longtemps par l'AP-HP, avec les méthodes actuelles des services d'admissions-frais de séjours de certains CHU de province. Un ressortissant ivoirien s'est présenté aux urgences d'un grand CHU pour le traitement d'un paludisme. Les responsables de ce CHU ayant décidé de restreindre au maximum l'accueil des patients étrangers non solvables, le personnel a dû s'assurer auprès des assistantes sociales de la solvabilité de cet homme.

## 2. Le tri dans les prises en charge acceptées : la « liste rouge »

Un second type de mesure, parmi les plus marquantes au sein de l'AP-HP, a été l'établissement de la « liste rouge »<sup>85</sup> en 1987. Cette liste retrace, par pays, les types de prises en charge connues pour leur fort taux d'irrécouvrabilité et que les établissements ont pour instruction de ne plus reconnaître. Sur cette liste figurent des organismes de pays tels que l'Arabie Saoudite, le Bénin, la Bulgarie, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Cap vert, le Centrafrique, les Comores, le Congo, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Egypte, le Gabon, la Guinée, l'Irak, la Libye, Madagascar, le Mali, la Mauritanie, le Maroc, le Niger, le Sénégal, la Somalie, la Syrie, le Tchad, le Togo, la Yougoslavie, le Zaïre.

Cette mesure conduit à refuser systématiquement les engagements de prise en charge pour les assurés des organismes figurant sur cette liste rouge. On peut comprendre les effets drastiques d'une telle mesure.

## 3. L'amélioration des procédures d'admission facilitant le recouvrement des créances et leur suivi

Parfois, le recouvrement des créances est impossible du fait d'erreurs commises au moment de l'admission par les personnels des services d'admissions-frais de séjours. L'AP-HP a

---

<sup>85</sup> Voir liste en annexe [annexe 12]

cherché à faire diminuer ces erreurs. Il convient pour ce faire que les personnels d'admissions effectuent correctement le travail de recueil de l'ensemble des données concernant le patient et le redevable. La circulaire de 1996 insiste sur le fait que les titres de recettes émis doivent comporter tous les renseignements nécessaires au bon recouvrement. Un des enjeux financiers actuels est la recherche d'une diminution de ce type d'erreurs (codage, renseignements) qui restent beaucoup trop fréquents selon les services de la trésorerie générale, afin d'en atténuer le coût. Le trésorier-payeur général, qui se charge d'effectuer les relances, voit son travail facilité lorsque les services d'admissions ont correctement effectué ce recueil de renseignements. Il appartient ensuite à la trésorerie générale d'effectuer le suivi des créances non recouvrées par catégories. Ses services mesurent également le risque d'irrecouvrabilité, ce qui permet notamment d'éclairer la direction générale sur la conduite à tenir.

Ces trois types de mesures intervenant au niveau des admissions ont en définitive pour objectif de limiter la création de nouvelles créances irrecouvrables et d'atténuer le risque d'irrecouvrabilité.

## **§ 2. Gérer la dette sanitaire : la diplomatie sanitaire**

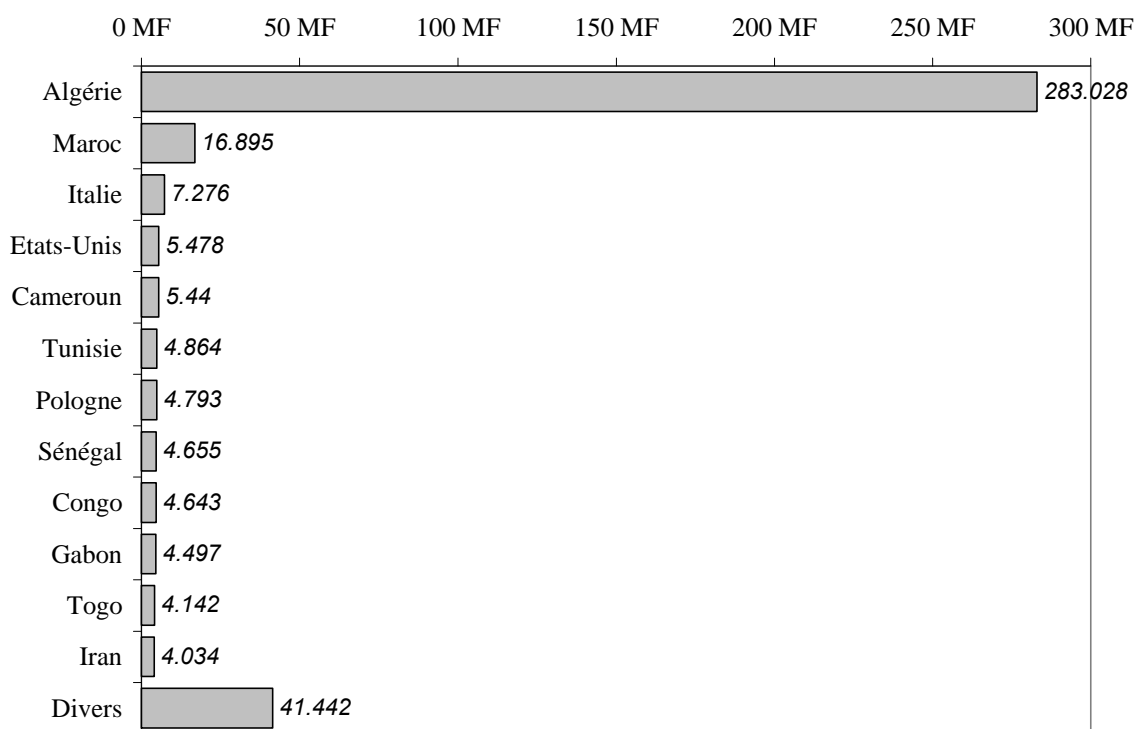
Le second volet des méthodes mises en œuvre par l'AP-HP afin d'améliorer la gestion des créances irrecouvrables concerne la maîtrise de l'évolution de la dette sanitaire. Ainsi, l'institution ne s'est pas contentée de gérer le flux des créances irrecouvrables, mais elle a également souhaité maîtriser l'évolution du stock de ces mêmes créances. Concrètement, une politique spécifique de gestion de la dette sanitaire des pays concernés a été menée, dessinant les contours d'une politique diplomatique sanitaire. La question algérienne, pour sa part, a donné lieu à des mesures spécifiques.

1. Des créances irrecouvrables au Club de Paris : une mobilisation au plus haut niveau de l'exécutif dessinant les contours d'une « diplomatie sanitaire ».

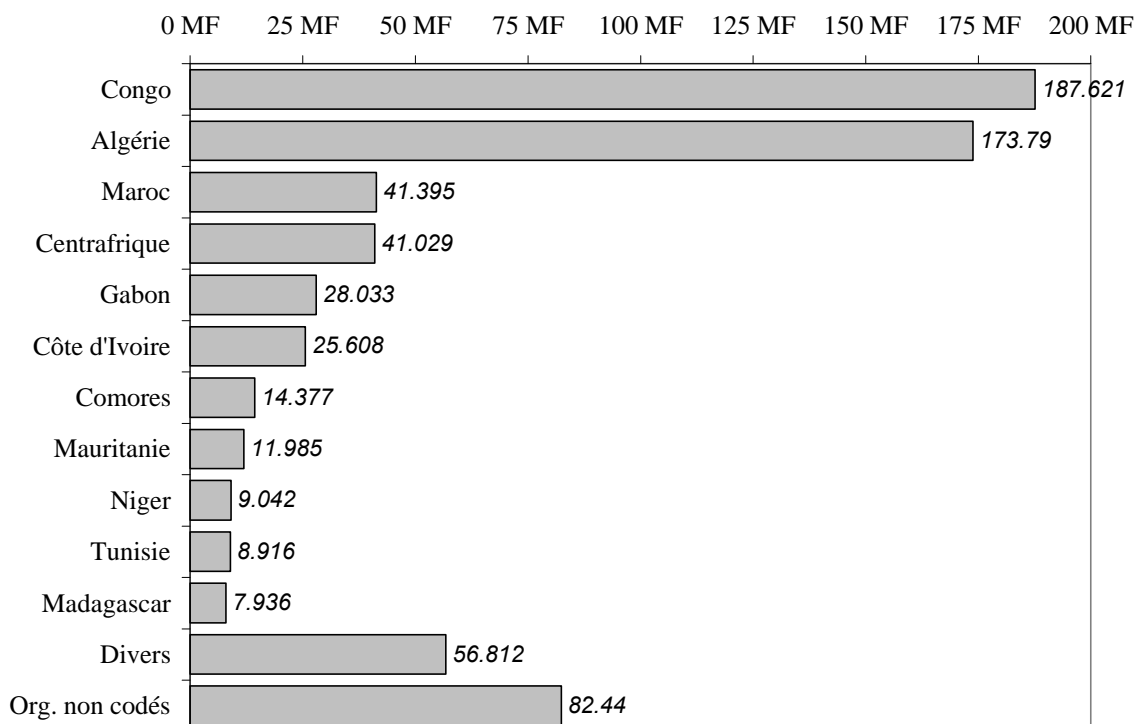
L'existence de stocks importants de créances irrecouvrables, pour certains pays, a nécessité qu'une attention toute particulière y soit consacrée. Cela passe tout d'abord par un suivi très précis de ces créances par pays. L'AP-HP tient à cet effet des états détaillés<sup>86</sup>, à partir desquels ont pu être réalisés les graphiques suivants, qui permettent de voir les montants des créances irrecouvrables sur les particuliers non-résidents (fig.15) et sur les organismes étrangers (fig.16).

---

<sup>86</sup> [réf. bibl. n°73]



**Figure 15**  
**Créances irrécouvrées sur des particuliers étrangers par l'AP-HP**  
**au 31 octobre 1999 (Source : AP-HP)**



**Figure 16**  
**Créances irrécouvrées sur des organismes étrangers par l'AP-HP**  
**au 31 octobre 1999 (Source : AP-HP)**

Pour les particuliers, on peut voir la prédominance de l'Algérie ; viennent ensuite le Maroc et l'Italie. Pour les organismes, l'Italie n'apparaît pas ; l'Afrique domine avec le Congo, l'Algérie, le Maroc puis le Centrafrique.

L'AP-HP a complété ce suivi par la mise en place d'une politique de relations étrangères avec les représentants des organismes étrangers concernés ou des Etats étrangers eux-mêmes. Dans le cadre de ces relations étrangères très spécifiques, les « non valeurs » ont joué un rôle d'outil de la politique diplomatique sanitaire.

### *1.1. Les négociations de l'AP-HP avec les pays.*

L'AP-HP s'est très tôt engagée dans la conclusion de conventions de rééchelonnement avec les organismes étrangers fortement débiteurs.

A noter que la nature juridique de ces conventions a été posée. Une réponse a été donnée à ce propos au Directeur général de l'AP-HP en 1982 : *« Le directeur général de l'AP-HP n'a pas compétence pour passer des accords avec les Etats étrangers. Certes, deux conventions ont déjà été passées avec le Congo et avec le Gabon, mais il ne s'agit pas d'accords internationaux ; ces conventions ne sont en fait que des arrangements et sont dépourvues de toute valeur juridique ».*

En effet, pour qu'il y ait convention internationale, il faut que la convention soit conclue d'Etat à Etat. Les conventions passées à la suite de cet avis avec les pays étrangers ont respecté ces conditions et ont été conclues dans le cadre de l'application d'accords cadres ou de négociations au sommet (par exemple au sein du Club de Paris)<sup>87</sup>.

On peut affirmer que le rééchelonnement de la dette sanitaire participe de la politique diplomatique française.

### *1.2. Les correspondances entre représentants de l'Etat*

Des copies de lettres échangées entre Etats et relatifs à la question de la dette sanitaire ont été archivées au siège de l'AP-HP.

Une lettre de l'ambassadeur du Congo adressée au ministre de l'Economie et des Finances, datée du 24 octobre 1986, sollicite un soutien supplémentaire de la France sous la forme d'un rééchelonnement des paiements dus par le Congo au titre de diverses dettes, notamment celles envers l'AP-HP (118,9 millions de francs). Par courrier en date du 13 novembre 1986, la France a accepté les termes du rééchelonnement proposé par le Congo.

Des demandes similaires ont ensuite été déposées de la part du Gabon et de la République centrafricaine pour des montants respectivement de 60,3 et 22,9 millions de francs, demandes acceptées par le ministre de l'Economie et des Finances.

---

<sup>87</sup> Voir convention type en annexe [ annexe 11.1] et convention avec le Gabon [annexe 11.3]

### *1.3. La circulaire de 1987 relative à l'application aux hôpitaux publics de l'accord international de rééchelonnement de la dette de certains pays africains*

Cette circulaire, qui comprend en annexe les courriers cités précédemment, présente les accords internationaux portant rééchelonnement des dettes à vue du Congo, du Gabon et de la République centrafricaine. Il est annoncé que cet accord, qui concerne pour partie la dette contractée par ces pays vis-à-vis notamment des établissements hospitaliers publics français, pourrait être étendu ultérieurement selon des modalités spécifiques à d'autres pays étrangers débiteurs. Il est également spécifié qu'en raison de l'importance de sa créance sur ces trois pays, l'AP-HP a été admise comme partie à la négociation de ces accords.

La circulaire présente l'accord cadre. En ce qui concerne la dette hospitalière, cet accord prévoit la négociation de conventions particulières avec les administrations concernées, établissant de façon précise le montant de la dette à apurer. Une grande latitude est laissée aux établissements hospitaliers pour déterminer les modalités de négociations qui paraissent les mieux appropriées. Elles peuvent se dérouler de façon autonome quand il s'agit de gros centres hospitaliers. Elles peuvent aussi, lorsqu'il s'agit d'établissements de taille plus modeste, se faire dans le cadre d'un regroupement d'hôpitaux. Le ministre des Affaires Sociales rappelle, à cette occasion, le rôle qui incombera alors aux directeurs des établissements hospitaliers : *« Il vous appartiendra de fixer contradictoirement avec la partie africaine d'une part, le montant de la dette correspondant au total des titres non recouverts afférents à des prestations fournies soit dans le cas d'hospitalisation soit au titre de soins externes, et d'autre part, la qualité juridique des débiteurs selon l'origine des prises en charge accordées. J'appelle tout particulièrement votre attention sur le fait que le montant de la dette une fois arrêtée engage les parties. Le comptable de l'établissement - voire le cas échéant, la Chambre régionale des Comptes - serait fondé à refuser de considérer les demandes de mise en irrécouvrables de créances qui auraient dû faire l'objet de la négociation ».*

### 2. La gestion spécifique du problème algérien : la circulaire de 1987

Le mémoire déjà cité d'E. Svahn<sup>88</sup> fait référence à la question algérienne. Suite aux accords d'Evian et à la Convention de 1965 (art.9) entre la France et l'Algérie, les ressortissants algériens exerçant une activité professionnelle dans leur pays d'origine pouvaient être admis dans un établissement hospitalier français s'ils étaient porteurs d'une attestation, émanant de leur organisme de sécurité sociale, stipulant leur droit au maintien des prestations des assurances maladie et maternité (formulaire SE 352-03 ou 04).

Dans ce cadre, la caisse de sécurité sociale française prenait en charge les frais afférents aux soins donnés. Le remboursement par le régime algérien, fixé annuellement, s'effectuait

---

<sup>88</sup> [réf. bibl. n°21]



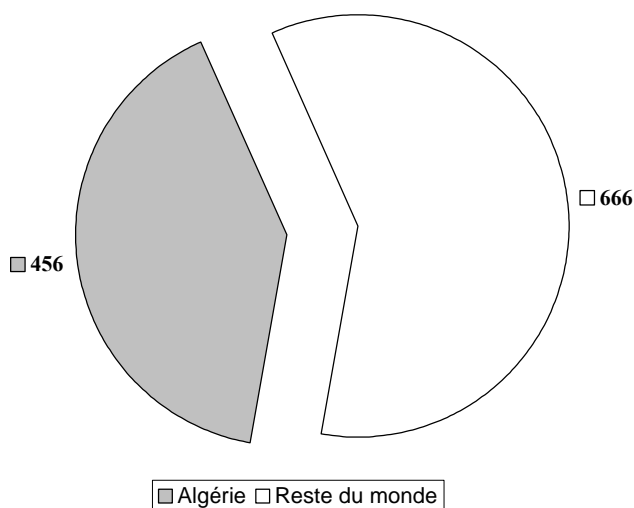
de manière globale et surtout forfaitaire. Ce système avait vocation à n'être que transitoire, pour un temps où les liens entre caisses de sécurité françaises et algériennes aussi bien qu'entre les institutions sanitaires et les corps médicaux des deux pays étaient encore très étroits. Calculés en fonction du coût moyen annuel des soins de santé par assuré malade en France, les remboursements se sont avérés symboliques comparés aux dépenses supportées par le régime français.

Le protocole annexé à la convention générale du 1<sup>er</sup> octobre 1980 se voulait un début de solution à la question des compensations financières entre les deux pays. Le mode de remboursement forfaitaire retenu aboutissait pratiquement à un remboursement intégral des dépenses supportées par les caisses françaises.

Pourtant, avant comme après la mise en place de ce protocole, des créances non recouvrées dues aux séjours de patients algériens se sont accumulées. A hauteur de 90 millions de francs en 1979, elles atteignaient 150 millions de francs en 1982. Les restes à recouvrer se répartissaient entre plusieurs débiteurs : des organismes tels que la CASORAN, la CASORAL, la CASOREC, mais aussi le ministère de la Santé.

Les données actuelles montrent que le stock accumulé de créances sur l'Algérie perdure : 283 millions de francs au titre des particuliers (fig.15) et 173 millions de francs au titre des organismes (fi.16).

Ce stock représente une partie importante du stock total des créances irrécouvrées (fig.17).



**Figure 17**  
**Répartition par origine géographique des créances irrécouvrées de l'AP-HP sur particuliers et organismes étrangers au 31 octobre 1999 (source : AP-HP)**

E. Svahn, dans son mémoire en 1984, expliquait que tout en étant le plus gros débiteur, l'Algérie n'était pas le pays dont la dette augmente le plus vite : il montre que compte tenu du

nombre de ses ressortissants hospitalisés, l'Algérie est un pays relativement bon payeur<sup>89</sup>. Les conditions des arrangements élaborés à la fin des années 80 et dans le courant des années 90 ont confirmé cet état de fait.

La circulaire de 1987, relative aux conditions de séjour dans les établissements hospitaliers français de malades d'origine algérienne, expose la nouvelle organisation de la sécurité sociale algérienne. La CNASAT se substitue aux anciennes caisses (notamment Casoral, Casoran, etc...). Grâce à ce nouveau dispositif, les autorités algériennes entendent parvenir à une gestion plus efficace, car centralisée, des transferts de malades dans les hôpitaux français, de la délivrance des prises en charge et de leurs règlements. Elles préconisent également des modalités d'apurement des dettes nées avant la mise en place de ces nouvelles structures.

La circulaire insiste sur le fait que la caisse algérienne de sécurité sociale se montre très ferme, s'agissant des malades admis sans prise en charge dans les hôpitaux français : elle refuse les régularisations a posteriori toutes les fois qu'il n'est pas prouvé que le malade a dû être admis pour soins urgents et inopinés.

Un protocole d'accord financier relatif à la dette hospitalière de la Caisse Nationale des Assurances Sociales algérienne (CNAS) a enfin été signé entre l'AP-HP, la Trésorerie générale près l'AP-HP, et ladite Caisse le 16 août 1996<sup>90</sup>. Ce protocole vise à apurer la créance totale de l'AP-HP à l'encontre de la CNAS pour les facturations afférentes aux exercices 1992, 1993, 1994 et arrêtées au 30 septembre 1995. Le protocole, prévu pour une durée de 4 ans, devait courir jusqu'au 31 décembre 1999. Le protocole visait aussi et surtout le paiement des arriérés s'élevant à 767 millions de francs : cette dette devait être apurée à raison de 200 millions de francs par an selon un échéancier trimestriel de 50 millions de francs sur la période courant du troisième trimestre 1995 au 30 juin 1998. Ensuite, les échéances trimestrielles passaient à 30 millions de francs.

### **§ 3. Des résultats certains**

L'action menée au niveau des admissions est le fruit de la prise de conscience analysée précédemment. Elle n'a pas mis fin à l'accueil des patients non-résidents mais a indéniablement permis une meilleure maîtrise des flux. La mesure de la liste rouge<sup>91</sup>, plus radicale, a eu un effet évident sur le recrutement de patients non-résidents venus de l'étranger, en donnant un coup d'arrêt à certaines filières de recrutement. La première conséquence, dans ce cadre, est la restriction de l'accueil des patients non-résidents.

---

<sup>89</sup> [réf. bibl. n°21]

<sup>90</sup> Voir copie du protocole en annexe [annexe 11.2]

<sup>91</sup> [annexe 12]

Mais au-delà des mesures visant à restreindre l'accumulation de nouvelles créances irrécouvrables, la diminution des non-valeurs est le résultat de la mise en œuvre de la diplomatie sanitaire que nous avons examinée précédemment et visant à réduire le stock des créances irrécouvrables. Le traitement spécifique de la question algérienne, surtout, a permis de traiter une partie importante du stock de créances irrécouvrables. Des résultats budgétaires sensibles ont été obtenus.

## 1. Des restrictions à l'accueil sanitaire

Nous l'avons vu, une maîtrise de l'inflation des flux d'accueil a été recherchée afin de répondre à des soucis budgétaires. Cette politique, dont l'on peut aujourd'hui faire le bilan, a eu des effets drastiques sur l'accueil des patients non-résidents. En effet, si l'on reprend les statistiques fournies par E. Svahn dans son mémoire en 1984, les étrangers hospitalisés en « aigus » à l'AP-HP et domiciliés hors de France étaient :

- 3 310 en 1972 ;
- 14 809 en 1977 ;
- 17 405 en 1978 ;
- 19 355 en 1979 ;
- 24 010 en 1980 ;
- 27 520 en 1981 ;
- 28 731 en 1982.

Les données récentes (en court-séjour uniquement) témoignent de la diminution de l'accueil des patients non-résidents :

- **14 132** en 1994 ;
- **11 431** en 1995 ;
- **8 536** en 1996 ;
- **9 159** en 1997<sup>92</sup>.

Pour 1999, il s'agit probablement de 6 517 séjour-hôpital de patients non-résidents.

Bien entendu, il convient de manier ces données avec précautions car les méthodes de comptage ne sont pas nécessairement les mêmes d'une période à l'autre. Mais la baisse du recrutement de patients non-résidents paraît sensible.

## 2. Des résultats budgétaires certains

Si l'on observe les données retracées par E. Svahn (op. cit.), l'on voit que les créances non recouvrées connaissent une hausse constante : de l'ordre de 300 millions de francs à la fin des années 1970, elles atteignent 500 millions de francs fin 1983. Elles représentaient alors 3% du budget d'exploitation de l'AP-HP. Il était d'ailleurs particulièrement intéressant

---

<sup>92</sup> in rapport AP-HP 1997, p.14 [ref.bibl.n°55]

de rapprocher ces montants des données concernant la trésorerie : une réserve de trésorerie de l'ordre de 1540 millions au 31/12/82, et une moyenne des fonds disponibles de 510 millions de francs en octobre 1983.

Pour ce qui est de la situation actuelle, plusieurs éléments doivent être passés en revue : le stock de restes à recouvrer, son évolution, ainsi que celle des non-valeurs. Les restes à recouvrer, tous débiteurs confondus, atteignent 3 milliards de francs au 31 octobre 1999. Sur ces trois milliards, 1,048 milliard de francs sont le fait des débiteurs étrangers. Les restes à recouvrer sur débiteurs étrangers représentent ainsi 2,7% du budget d'exploitation. Il y a donc eu une certaine réduction de la proportion par rapport à l'année 1984.

Annuellement, les montants retenus pour les admissions en non-valeurs définitives diminuent. Tous codes confondus, résidents et non-résidents compris, 577,74 millions de francs étaient retenus comme non-valeur définitive en 1994, 583,38 millions en 1995, 398,95 millions en 1996, 495,85 millions en 1997, 430,86 millions en 1998 puis 197,46 en 1999. On assiste ainsi à une importante décreue des montants retenus pour l'admission en non-valeur définitive de créances irrécouvrables à partir de 1995. En ce qui concerne la part concernant les non-résidents : les montants s'élevaient à 189,88 millions de francs en 1994, 220,85 en 1995, 131,00 en 1996, 240,40 en 1997, 187,56 en 1998 et 59,64 millions en 1999. La décreue de l'admission en non-valeur des créances irrécouvrables concerne donc également les patients non-résidents. Mais cette décreue est nette seulement à partir de 1999.

Les admissions en non-valeur des créances irrécouvrables sur patients non-résidents retenues en 1999 (59,64 millions de francs) proviennent d'exercices antérieurs : de 5 à 10 ans (1 million de francs) pour une petite partie, et pour des exercices inférieurs à 5 ans pour le reste (58 millions de francs) dont 39,28 millions pour des exercices remontant de 3 à 5 ans et 19,44 millions pour les deux exercices précédents.

On peut analyser la répartition de ces non-valeurs retenues en 1999 par code. Sur les 59 millions de francs retenus et concernant les non-résidents, ce sont les non valeurs politiques (code 91 : 38 millions de francs) qui représentent la part la plus importante :

- Code 90 : 6 millions de francs ;
- Code 91 : 38 millions de francs ;
- Code 93 : 0,5 millions de francs ;
- Code 93 : 2,9 millions de francs ;
- Code 94 : 6,1 millions de francs ;
- Code 95 : 4,4 millions de francs ;
- Code 96 : non significatif (385 francs) ;
- Code 97 : 0,6 millions de francs ;
- Code 98 : 0,04 millions de francs.

Selon la Trésorerie générale près l'AP-HP, la diminution significative du volume des émissions sur les organismes étrangers amorcée en 1995 et amplifiée en 1996, comme le respect par la CNAS d'Alger du protocole financier signé le 1<sup>er</sup> août 1996, ont largement contribué à l'amélioration de la situation de trésorerie constatée en 1998. Toutefois, elle note que le rythme des admissions en non-valeur reste fluctuant sur les organismes étrangers<sup>93</sup>.

Nous avons ainsi étudié les raisons pour lesquelles la procédure d'accueil des patients non-résidents présentait des risques d'irrecouvrabilité à l'origine d'une dette sanitaire. La prise de conscience de son ampleur a conduit l'AP-HP à prendre diverses mesures.

Il apparaît, au terme de cette première partie, que la problématique financière liée aux créances irrécouvrables résultant du séjour de patients non-résidents a connu une nette amélioration du fait des efforts menés par l'AP-HP pour en maîtriser l'évolution. La question financière n'est certes pas réglée et nécessite qu'une attention constante y soit consacrée, notamment pour ne pas connaître les phénomènes inflationnistes inquiétants qui ont pu être observés dans le courant des années 80.

Mais si la politique de l'AP-HP a porté ses fruits en terme budgétaire, c'est au détriment d'une vision plus médicale de l'accueil des étrangers. C'est ce que nous proposons d'étudier maintenant dans la deuxième partie.



---

<sup>93</sup> « L'évaluation du risque d'irrecouvrabilité », extrait de *l'Analyse financière rétrospective de l'AP-HP-1994-1998*, TG de l'AP-HP, Ministère de l'Economie et des Finances, juin 1999 [ref.bibl.n°81]



« Je ne te demande pas quelle est ta race, ta nationalité, ta religion, mais quelle est ta souffrance »

*Louis Pasteur*





## **DEUXIEME PARTIE - POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DIPLOMATIQUE SANITAIRE AU SERVICE D'UNE ETHIQUE MEDICALE**

Nous avons vu que la logique d'accueil des patients non-résidents est depuis une vingtaine d'années obérée par la question financière. Un strict contrôle de cet accueil guidé par un souci avant tout budgétaire a été mis en place, au détriment d'une vision plus médicale. Les mesures prises par l'AP-HP ont eu des effets en termes financiers et budgétaires, mais elles posent aujourd'hui de nombreux problèmes.

C'est au vu de ces différents problèmes qu'il semble indispensable aujourd'hui de repenser le système d'accueil des patients non-résidents. Cela nécessite que soit mise en œuvre une véritable politique diplomatique sanitaire au service d'une éthique médicale. Nous formulons à cet effet des propositions d'amélioration de la procédure d'accueil des patients non-résidents.

### **CHAPITRE 1 - POURQUOI REPENSER LE SYSTEME D'ACCUEIL DES PATIENTS NON-RESIDENTS ?**

Il convient avant toute chose de présenter les raisons pour lesquelles la logique actuelle d'accueil des patients non-résidents n'est pas satisfaisante. Ensuite, nous avancerons l'idée selon laquelle ce système est aujourd'hui en décalage avec les déterminants d'une éthique collective en pleine évolution.

#### **Section 1 - Une logique actuelle d'accueil des patients non-résidents non satisfaisante**

Les restrictions apportées à l'accueil des patients non-résidents ont de lourdes conséquences dont pâtissent non seulement les patients mais aussi les équipes médicales et administratives des établissements. Le système en place non seulement renforce les inégalités entre patients non-résidents, mais il est de plus éthiquement contestable, et porteur d'un risque juridique de surcroît.

De plus, il souffre d'un paradoxe : alors que l'AP-HP continue de revendiquer son attachement au recrutement international de ses patients, cette spécificité n'est pas exploitée par ses gestionnaires comme un élément de politique médicale. Ce système souffre d'un manque de stratégie.

## **§ 1. Un système d'accueil inégalitaire, éthiquement contestable et porteur d'un risque juridique de surcroît**

Non seulement le dispositif actuel d'accueil des patients non-résidents ne respecte pas le principe d'égalité dans le cadre du choix des personnes admises, mais de plus, ce dispositif n'est pas satisfaisant selon un point de vue éthique. Enfin, nous sommes en présence d'un système d'accueil porteur d'un risque juridique.

### **1. Le dispositif actuel ne respecte pas le principe d'égalité dans le cadre du choix des personnes admises**

Lorsque des patients, qui veulent être soignés en France, voient leur prise en charge refusée, parce que le pays en question refuse de financer l'intervention ou qu'il figure sur la liste rouge, ils n'ont que peu de solutions à leur disposition. Ils doivent assumer eux-mêmes les frais de l'hospitalisation, obtenir une prise en charge d'un organisme ne figurant pas sur la « liste rouge », ou faire appel à la générosité publique, parfois avec l'aide d'une association. De manière très exceptionnelle, il peut être fait appel à l'aide médicale Etat. Se dessinent dès lors plusieurs types d'inégalités :

- Une inégalité entre celui qui peut payer ses soins et celui qui ne le peut pas (inégalité de richesse) ;
- Une inégalité entre celui qui peut bénéficier d'une prise en charge et celui qui ne le peut pas ;
- Une inégalité entre celui qui bénéficie d'une aide exceptionnelle de l'Etat français (ministère en charge de la Santé, par le biais d'une aide médicale ; ou ministère des Affaires Etrangères, dans le cadre d'une aide exceptionnelle<sup>94</sup> ) et celui qui n'en bénéficie pas.

Le premier type d'inégalité relève normalement de mécanismes d'assurance ou de la solidarité. Or, en matière internationale, les mécanismes de mise en œuvre de cette solidarité restent à inventer.

Dans le second cas, l'admission du patient est soumise à l'appréciation par l'AP-HP de la situation du pays dont ce patient est ressortissant. Cela soulève une ambiguïté quant à la position du patient dans le jeu de négociations sanitaires, et plus généralement à sa position dans le jeu des relations internationales. Les spécialistes de droit international public

---

<sup>94</sup> Lettre Mme Veyret du 30 juin 2000, chef du service de l'Action humanitaire, division médicale du ministère des Affaires étrangères : « A titre exceptionnel, le bureau des interventions du cabinet du ministre peut donner son accord et financer sur son enveloppe « aide et secours » les demandes « urgentes » qui lui sont soumises. Celles-ci sont transmises par nos postes diplomatiques ou par un autre cabinet. » Voir intégralité de la lettre en annexe. [annexe 6.3]

expliquent que l'individu en droit international existe peu et disparaît derrière les Etats. Quel que soit le besoin médical avéré du patient, son cas dépend de la situation macro-économique de son pays.

Dans le troisième cas, le problème évident est celui des critères d'attribution de ces aides exceptionnelles. Quels sont ces critères ?

## 2. Un dispositif non satisfaisant selon un point de vue éthique

Une dimension d'éthique collective a été soulevée par l'IGAS dans son rapport en 1992. Les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont confirmé les questions éthiques que se posent les professionnels dans le cadre de l'accueil des patients non-résidents.

### 2.1. Une dimension d'éthique collective soulevée par l'IGAS

La présence de nombreux patients non-résidents sur la liste nationale d'attente d'organes ne va pas sans poser des problèmes d'éthique collective. En 1992, l'IGAS a soulevé la question de l'opportunité de mesures de rationalisation d'un système portant sur des ressources rares et limitées : *« Compte tenu de la pénurie persistante d'organes, le nombre important de patients d'au-delà les frontières empêche-t-il les malades résidant en France d'être greffés à temps ? Tel est le problème moral qui se pose, parfois vivement ressenti. La mission a eu connaissance de pétitions de patients en attente de greffe s'inquiétant du risque de diminution de leurs chances provoqué par l'afflux d'étrangers. »*

Selon l'IGAS, la situation semblait d'autant plus gênante que l'Italie, principal pays de provenance de patients étrangers, paraissait être loin de déployer le même effort que la France pour obtenir des dons d'organes au sein de sa population (d'une manière très générale, très peu de greffons utilisés dans les centres français proviennent de l'étranger : 3,6% pour le foie, 1% pour le rein, 5,7% pour le cœur, 3,2% pour l'ensemble des organes dans l'échantillon retenu pour l'étude de l'IGAS en 1992). La présence massive d'italiens sur les listes d'attente était d'autant plus critiquée que la rumeur courait que ces patients s'inscrivaient sur les listes d'attente de plusieurs pays en même temps afin d'accroître leurs chances.

### 2.2. Un conflit d'éthiques exprimé par les professionnels

A ces éléments d'interrogation en matière d'éthique collective s'ajoute le conflit d'éthiques exprimé par les professionnels. Les praticiens rencontrés à l'occasion de cette étude sont conscients de la dimension économique de la question et conscients des enjeux liés à l'éthique collective. Lors de deux entretiens successifs avec des médecins<sup>95</sup> a été évoquée la phrase de M. Rocard : *« La France ne peut pas accueillir toute la misère du monde »*.

---

<sup>95</sup> [entretien G1], [entretien I2]

Toutefois, chaque médecin garde à l'esprit le serment d'Hippocrate, selon lequel il se doit de soigner toute personne dont l'état de santé nécessite des soins. Cette obligation est inscrite dans le code de déontologie médicale et fait donc partie de son éthique professionnelle et individuelle. Dans ce cadre, le refus d'admission paraît inacceptable au médecin. Il vit difficilement ces limites posées à l'exercice de ses compétences.

Des médecins sentent ainsi parfois le besoin de laisser éclater une certaine indignation. C'est ce qui transparaît dans l'article du Pr Donadiou (service d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'Hôpital Trousseau, AP-HP), paru dans l'édition du 12 décembre 1999 du journal Libération sous le titre « Un enfant est mort »<sup>96</sup>. Les mots de ce médecin résument bien ce point de vue : « *La mort d'un enfant est toujours une source de douleur infinie pour les siens, pour les équipes soignantes. Trop tôt, trop injuste. Mais comment assumer un décès pour lequel il est absolument manifeste que tout n'a pas été fait, et même précisément qu'une décision administrative -humaine donc- est venue priver un sujet de près de la moitié de ses chances de guérison. On voudra peut-être nous renvoyer à notre émotion, voire à notre émotivité, et nous faire part de l'intérêt suprême à disposer d'une gestion rigoureuse. Jusqu'à présent, le poids de cette politique gestionnaire se portait d'abord sur la lutte contre les gaspillages hospitaliers - qui existent de façon incontestable- (...). Mais maintenant (...) j'observe que des choix administratifs amènent à peser sur les chances de guérison des patients.* »

Ces conflits sont également vécus par ceux qui participent de l'admission des patients : personnels des admissions-frais de séjour, personnel administratif de l'Etablissement Français des Greffes donnant un avis pour la délivrance du visa sanitaire par les services du ministère des Affaires Etrangères à Nantes. Ces conflits d'éthique ne laissent pas ces professionnels indifférents. Ils sont soit résignés, soit scandalisés, mais toujours en situation de difficulté intérieure. Ils doivent apprendre à travailler avec ces tensions, d'autant plus que le système compte sur eux pour que les décisions difficiles soient prises.

Emmanuel Hirsch reconnaît que « le plus tourmentant » dans le cadre de cette problématique, « c'est la solitude de la décision »<sup>97</sup>. A cette occasion, se déroule un face-à-face entre le malade à admettre et la personne détentrice du pouvoir de décision. Ce face-à-face fait intervenir des éléments de subjectivité, d'empathie, ainsi qu'un ensemble de représentations. Un véritable conflit de logiques existe au sein de ces unités hospitalières : la logique médicale (faire toujours plus pour sauver quelqu'un) et la logique gestionnaire (les ressources sont limitées). Ce conflit de logique est un conflit d'éthiques : la restriction de l'accueil sanitaire pour des raisons budgétaires est incompatible avec le primat de la raison

---

<sup>96</sup> Voir copie de l'article en annexe [annexe 13].

<sup>97</sup> [entretien P1]

médicale. Or, « *il est primordial que l'équipe hospitalière qui doit faire face à ce type d'interrogations, ne succombe pas sous le poids de la décision, quelle qu'elle soit.* »<sup>98</sup>

### 3. Un système d'accueil porteur d'un risque juridique

La problématique financière et les méthodes mises en place pour limiter le risque d'irrécouvrabilité a pour conséquence dommageable des retards dans la prise en charge médicale. Ces retards peuvent être à l'origine de préjudices médicaux que le juge administratif considère comme indemnisables.

Dans une affaire récente, un recours en responsabilité a été déposé contre l'AP-HP pour un délai d'attente trop long préalablement à l'admission d'une patiente, retard qui a rendu l'intervention médicale plus difficile et a causé l'aggravation du cas. L'AP-HP a été condamnée à réparation pour dommage, par la Cour administrative d'appel de Paris, dans un arrêt rendu en formation plénière le 9 juin 1998 (n°95PA03525, Drt adm., nov.1998, n°361, note C. Esper)<sup>99</sup>. Dans cette affaire, la patiente, qui réside en Algérie, souffre d'un méningiome (affection entraînant altération continue de l'acuité visuelle). Elle se présente sans prise en charge à l'hôpital Bicêtre pour y subir une opération d'exérèse de la tumeur. Un risque imminent de cécité existe. Ne relevant pas de la convention franco-algérienne sur la sécurité sociale, elle doit retourner en Algérie se procurer les documents nécessaires. Ce n'est qu'à son retour qu'a lieu l'opération qui extrait la tumeur, mais en lui laissant une cécité quasi complète et définitive.

Après ouverture d'une procédure contentieuse en responsabilité et rejet du tribunal administratif, la Cour administrative d'appel s'est penchée avec attention sur ce cas sans précédent en jurisprudence, infirmant le jugement et condamnant l'AP-HP à verser une somme de 100 000 francs. Elle se fonde pour cela sur les termes des articles 4 et 31 de l'ancien décret du 14 janvier 1974, en constatant la situation d'urgence. Les délais avant l'intervention, rendus nécessaires par le renvoi de la patiente en Algérie pour faire établir les documents de prise en charge, ont « compromis les chances » de la malade de conserver une acuité visuelle normale. La Cour a donc apprécié le caractère d'urgence, non pas au regard du risque vital lié à la tumeur, mais au regard du risque de cécité.

Ainsi, le directeur devait prononcer l'admission même en l'absence de tout renseignement sur le remboursement ultérieur des frais de séjour. L'ajournement est une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement. C. Esper dans son article souligne combien le rôle du professionnel de santé est délicat en période de maîtrise des dépenses de santé. Le juge sait prendre en compte l'excuse budgétaire (CE 20 janvier 1989, CH Compiègne Hôpital St Joseph, Rec. P.910) mais dans une certaine limite : il condamne lorsque la décision prise

---

<sup>98</sup> [entretien P1]

<sup>99</sup> gazette du Palais, C. Esper, 17 juin 1999 [ref.bibl.n°124]

prive le malade des garanties médicales auxquelles il a droit (CAA Nantes, 22 fév. 1989, CHR d'Orléans, AJDA, 1989, p.276 ; CAA Paris, CHT de Papeete, n°96PA0077).

C. Esper conclut : « *L'arrêt ainsi rapporté procède du même état d'esprit. Il revient toujours à ce professionnel de santé de décider au mieux entre deux intérêts qui s'opposent quelquefois, celui du patient et celui de la collectivité toute entière au travers de l'équilibre des comptes* ».

## **§ 2. Une préjudiciable absence de politique médicale dans l'accueil des patients non-résidents**

Le dispositif actuel d'accueil des patients non-résidents n'est pas satisfaisant en raison d'une illisibilité de la politique médicale mise en œuvre. En fait, l'absence de politique médicale laisse la porte ouverte à de multiples stratégies : la stratégie politique comme la stratégie médiatique. De plus, les restrictions drastiques à l'accueil sanitaire risquent d'avoir des effets préjudiciables sur le bon rayonnement international de la médecine française.

1. L'absence de politique médicale laisse la porte ouverte à de multiples stratégies : la stratégie politique comme la stratégie médiatique

L'accueil des patients non-résidents non-urgents et sans prise en charge se fait au cas par cas. Des décisions d'admissions, ou de financement par l'Aide médicale Etat, sont prises en l'absence de critères médicaux clairs et transparents. Les responsables de ces décisions ne mettent en avant aucune ligne d'action claire. Dans ce flou, certaines stratégies semblent payer : la stratégie des appuis politiques, permettant le passe-droit, ou celle du bon usage des médias.

Chaque responsable hospitalier connaît un cas de passe-droit, comme celui du fils d'un haut dignitaire de tel ou tel pays qui obtient une admission qui aurait été normalement refusée, en raison d'appuis politiques qui se sont manifestés au bon moment. Certaines de ces pratiques sont réalisées en connaissance de cause, au titre de la « diplomatie sanitaire », mais un grand nombre résulte seulement de l'absence de critères clairs et de dispositif de contrôle.

La stratégie médiatique est plus récente. Le cas de la petite Aï cha<sup>100</sup> illustre parfaitement cette stratégie. Une jeune fille marocaine devait subir une greffe de foie à l'AP-HP. Sa famille, ne bénéficiant d'aucune prise en charge, ne pouvait verser la provision de 800 000 francs demandée. Une campagne médiatique de soutien à la jeune fille a été déclenchée. Le président de l'Etablissement Français des Greffes s'est exprimé sur les ondes en octobre 1999 afin d'expliquer la question des créances irrécouvrables et le fait que les patients sans prise en charge doivent trouver un financement. Le siège de l'AP-HP a été interpellé sur la question de l'admission de cette jeune fille et du financement de

---

<sup>100</sup> [entretien I3] – [réf. bibl. n°122]

l'intervention. Finalement, un donateur anonyme s'est engagé à verser les 800 000 francs nécessaires pour que la jeune fille soit inscrite en France sur la liste des patients en attente de greffons <sup>101</sup>.

De la même manière, un jeune Tunisien avait finalement pu subir une transplantation grâce à la participation financière – in extremis - de la sécurité sociale de son pays (Quotidien du Médecin 10 novembre 1998).

Ces deux exemples montrent l'impact de l'intervention des médias dans ce genre d'affaires. Mais, pour quelques affaires rendues publiques, bien d'autres restent méconnues. Sommes-nous sûrs que certaines admissions obtenues après battage médiatique méritaient véritablement d'être acceptées ? Les personnes subissant l'intervention coûteuse sont-elles viables ensuite ? Doivent-elles bénéficier d'un suivi post-opératoire rapproché et ultra-médicalisé, dans une situation de dépendance forte, qui nécessite pour l'intéressé de rester très longtemps dans la structure médicale française ? En l'absence de stratégie médicale claire, il est impossible de répondre à ces questions qui touchent pourtant à la répartition équitable de biens rares.

## 2. Les restrictions à l'accueil sanitaire nuisent au bon rayonnement international de la médecine française et de l'AP-HP

L'AP-HP continue de revendiquer sa mission spécifique de recrutement international, qui justifie en partie le statut dérogatoire de l'institution (tutelle budgétaire spécifique notamment...). Or, les restrictions apportées à l'accueil de patients non-résidents ont nuit tant au rayonnement international de l'AP-HP en matière médicale qu'à sa place sur le « marché sanitaire » mondial.

### 2.1. *L'impact négatif sur le rayonnement international de la médecine française*

La crispation budgétaire sur le problème de l'accueil sanitaire des patients non-résidents s'accompagne d'une certaine frilosité en matière d'accueil sanitaire international. Les actions internationales au sein de l'AP-HP, et notamment au sein de chacun des établissements, sont marquées par une discrétion certaine.

Les seules campagnes d'envergures qui perdurent sont du fait soit du pouvoir politique (accueil d'évacués sanitaires du Kosovo en pédiatrie...), soit du fait des médecins eux-mêmes (contacts personnels résultants de congrès internationaux...), soit encore d'une dynamique née d'un projet personnel (La Chaîne de l'Espoir autour du Pr Deloche).

Cette frilosité ne peut avoir qu'un retentissement négatif sur le rayonnement médical international de l'AP-HP et de la France : certains hauts responsables de l'AP-HP sont intimement persuadés de ce que la France est en train de disparaître de ce champ au profit de ses voisins belges, hollandais, britanniques, ou encore italiens.

---

<sup>101</sup> Article du Quotidien du Médecin, 4 novembre 1999 [ref.bibl.n°122]

## 2.2. L'éloignement des patients non-résidents solvables, y compris relevant de l'UE

L'AP-HP n'a pas cherché ces dernières années à développer une offre adéquate dans un marché sanitaire mondial en plein essor.

De nouveaux métiers se sont développés, autour d'un « marketing » sanitaire, tels que ces « consultants » spécialisés dans l'orientation internationale des patients et qui organisent la prise en charge complète, du début à la fin de l'intervention chirurgicale. Ce métier d'intermédiaire n'est pas nouveau : le journal *Le Monde* y faisait déjà référence le 22 janvier 1992<sup>102</sup> : « *Dans certains pays, des intermédiaires organisent le déplacement des malades dont l'état de santé nécessite une greffe vers certains centres en leur garantissant une intervention dans un délai donné* ». Mais alors que ces flux étaient autrefois souvent dirigés vers la France, ils semblent aujourd'hui avoir été détournés.

Alors que certaines cliniques ou gros centres hospitaliers à l'étranger ont su s'adapter à la mondialisation des flux sanitaires et à ces modifications à l'œuvre sur le marché, l'AP-HP n'a pas été à même d'anticiper cette évolution. En essayant de limiter l'accueil des patients non-résidents non-solvables, l'AP-HP a éloigné en même temps les patients solvables.

Ainsi, le refoulement de la migration sanitaire s'avère aujourd'hui contreproductive : la France non seulement n'est plus considérée comme une terre d'accueil sanitaire, ce qui explique une modification des flux en provenance des « filières » traditionnelles ; mais de plus, celles-ci ont été détournées au profit de nouveaux grands centres médicaux internationaux : Afrique du Sud, Milan, Bruxelles, Londres.

La diplomatie sanitaire française a pris en quelque sorte du retard sur ses homologues voisins, qui ont su comprendre les enjeux internationaux à l'œuvre dans le domaine sanitaire. Alors que la mondialisation heurte de plein fouet le monde hospitalier, l'AP-HP n'a pas su mettre en avant ses atouts pourtant incontestables : ses qualités humaines, professionnelles et scientifiques et ses capacités d'accueil importantes.

### **Section 2 - Un système aujourd'hui en décalage avec les déterminants d'une éthique collective en pleine évolution**

Le système d'accueil des patients non-résidents paraît d'autant plus contestable qu'il semble aujourd'hui en décalage avec les déterminants d'une éthique collective en pleine évolution, du fait d'une amélioration de la situation économique, d'une évolution des droits de l'Homme conduisant à l'émergence de droits du malade et du renforcement des droits des étrangers malades.

---

<sup>102</sup> Cité dans le rapport IGAS [ref.bibl.n°60]



## § 1. Les conséquences de l'amélioration de la situation économique

L'évolution du contexte économique français qui amène à considérer autrement les relations sanitaires internationales et la place de la production sanitaire dans le circuit économique global. On voit parallèlement évoluer la pensée éthique quant à la nécessité d'un partage des ressources au niveau international.

### 1. Sortie de crise économique et reprise de la croissance : sentiment de solidarité

La sortie de crise favorise la mise en œuvre d'une plus grande solidarité sanitaire internationale.

#### 1.1. L'hôpital et la crise

En 1965, J.-M. Prandt, alors assistant de Direction des hôpitaux, affirmait dans son mémoire « Les étrangers à l'hôpital » : « *Les principes humanitaires chers à notre pays font que l'hospitalisation des étrangers ne souffre pas d'équivoque.* »

20 ans après, E. Svahn, lui aussi directeur d'hôpital en formation à l'École Nationale de la Santé publique, citait cette phrase de J.M. Prandt avant d'ajouter : « *Dans une France considérablement enrichie depuis cette époque, mais dont la croissance économique est stoppée, il n'est pas sûr que ce point de vue généreux soit toujours aussi incontesté.* »

Le contexte de crise économique, conjugué à l'incapacité des autorités sanitaires à juguler le montant des dépenses de santé, a fait de la restriction de l'évolution des budgets hospitaliers une priorité. La lutte contre les créances irrécouvrables faisait partie intégrante de ce mouvement. Dans la circulaire que le directeur des Hôpitaux, Jacques Guillot, adresse aux Préfets en 1980, il était dit : « *Au moment où le gouvernement se préoccupe de mieux maîtriser les dépenses hospitalières, il importe de déterminer le montant de ces créances, lequel, dans certains établissements hospitaliers publics, risque d'accroître le déficit budgétaire et de majorer le prix de journée.* »

Le retour de la croissance économique pourrait aujourd'hui changer la perspective.

#### 1.2. Prospérité et solidarité internationale

Un article du Monde du 10 août 2000<sup>103</sup> rend compte d'un certain apaisement dans la perception sociale des phénomènes d'immigration : « *La bonne tenue de l'économie et le recul du chômage entraînent une détente dans la façon dont la société française perçoit l'immigration* » et « *la croissance retrouvée et la baisse continue du chômage ont également contribué à apaiser le climat* ». Pour Gilles de Robien (UDF) : « *Les peurs sont moins facilement mobilisables quand ça va mieux sur le plan économique* ». Pour l'ancien Premier ministre Alain Juppé : « *La décrispation est possible parce que le contexte économique est*

---

<sup>103</sup> [réf. bibl. n°140]

*aujourd'hui plus favorable mais aussi parce que les Français sont plus ouverts et plus tolérants ».*

On assiste de la même manière à une évolution des mentalités par rapport à la fracture sanitaire internationale. La secrétaire d'Etat à la Santé, Dominique Gillot, est allée défendre à la mi-juillet 2000, lors du congrès mondial sur le Sida qui s'est tenu à Durban (Afrique du Sud), le Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) créé par la France en 1997 sur une initiative du Président de la République et de Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé<sup>104</sup>. Ce fonds a vocation à démontrer la faisabilité de l'accès aux médicaments anti-rétroviraux dans les pays en voie de développement. Il intervient au Maroc, en Côte d'Ivoire et au Sénégal, prochainement au Vietnam et en Afrique du Sud.

La France semble aujourd'hui encline à faire un effort sensible à destination des pays sanitaires défavorisés. La création du FSTI en est une illustration.

## 2. Conscience du caractère productif des dépenses de santé

Pour l'école économique néo-keynésienne réunie autour de Jean-Paul Fitoussi de l'Observatoire français de conjoncture économique (OFCE)<sup>105</sup>, les politiques de rigueur en matière de dépenses de santé peuvent avoir des effets pervers sur l'activité économique. Selon les chercheurs de l'Observatoire, toute politique de contingentement dans le secteur de la santé, qui se caractérise par un fort contenu en emplois, a des effets macro-économiques plus forts que ceux engendrés par un choc dans un autre secteur. Les experts de l'OFCE ne condamnent pas les réformes de structure du système sanitaire et la réflexion relative à l'offre de soins. Toutefois, ils soulignent que l'idéal serait de réallouer à des tâches plus utiles au sein du système de santé les fruits de la « chasse aux gaspillages » : on s'approcherait selon eux alors sans doute de l'optimum économique.

## 3. L'évolution de la pensée éthique : de la pertinence du partage des ressources?

### *3.1. L'éthique comme élément de réponse au conflit entre contrainte financière et rôle humanitaire de l'hôpital*

Les changements dans l'environnement économique ont créé un sérieux dilemme pour les hôpitaux : jusqu'où les soins doivent ils être guidés par les forces du marché ? Xaver Frauenknecht, membre du comité exécutif de l'Hôpital de Nuremberg (Allemagne)<sup>106</sup>, souligne que le besoin de réconcilier les contraintes financières avec le rôle humanitaire traditionnel de l'hôpital est devenu une question de survie pour l'entreprise hospitalière ;

---

<sup>104</sup> [réf. bibl. n°137] - [réf. bibl. n°138]

<sup>105</sup> [réf. bibl. n°118 bis]

<sup>106</sup> Article paru dans le journal officiel de l'Association européenne des Directeurs d'hôpitaux [ref.bibl.n°118]

cependant, il admet qu'il existe un danger : celui que les activités hospitalières finissent par être mues uniquement par les lois du marché, et non plus par les besoins du patient. L'objectif clef de l'hôpital doit, selon lui, être de faire en sorte que la recherche de la rentabilité ne supplante pas définitivement toute autre considération.

Pour surmonter le conflit culturel entre l'argent et l'humain, Xaver Frauenknecht préconise d'arriver à un équilibre entre intérêts divergents. Selon lui, la rationalité économique doit faire partie de tout raisonnement éthique : elle forme une partie essentielle de l'attitude éthique.

Le Pr Sicard, qui préside le Comité national consultatif d'Éthique, confirme cette approche. Pour lui, l'éthique médicale doit intégrer la réflexion économique. Ainsi, tout médecin doit être conscient du coût réel des interventions et de la charge qu'elles représentent pour le contribuable. Le médecin doit accepter l'idée selon laquelle il est impossible de mettre en œuvre tous les dispositifs imaginables pour chaque patient (que ce soit par conviction médicale ou par souci de précaution extrême).

### *3.2. La réponse éthique au problème des patients non-résidents sans prise en charge*

Selon le Pr Sicard, les patients non-résidents non-urgents sans prise en charge pâtissent des inégalités sanitaires entre pays. La France, pour sa part, bénéficie de ressources d'un niveau supérieur<sup>107</sup>. Or, le système sanitaire français est caractérisé par un certain gaspillage, dû à la multiplication des examens dont l'utilité n'est pas toujours prouvée, et à l'inflation de prescriptions contestables mais toujours remboursées par les caisses de sécurité sociale. Le positionnement éthique consisterait à accepter de partager cette richesse sanitaire avec les ressortissants des pays qui ont besoin de prestations de santé primaires. Ainsi, l'éthique médicale, dans ce cadre, reviendrait à une véritable action de solidarité qui passerait par un transfert de ressources. Emmanuel Hirsch<sup>108</sup>, responsable de l'Espace Éthique avance la même idée : « *La véritable solidarité, c'est accepter soi-même une baisse des standards.* »

## **§ 2. L'évolution des droits de l'homme et l'émergence de droits du malade**

Alors que l'émergence et le développement des droits de l'Homme donnent une existence à l'individu en droit international, quoi de plus prégnant dans ce débat que le sujet de la santé ? Le citoyen malade pâtit de façon majeure de l'organisation des relations internationales, au travers de pratiques telles que les « listes rouges ». L'existence d'un droit de l'Homme d'accéder aux soins est la seule chance pour lui de passer outre les relations diplomatiques entre États. Ce droit de l'Homme a été reconnu et proclamé à plusieurs reprises et décliné en direction de publics spécifiques.

---

<sup>107</sup> Voir classement du système de santé français dans le rapport 2000 de l'OMS [ref.bibl.n°63]

<sup>108</sup> [entretien P1]

## 1. En droit international

### 1.1. Un droit universel d'accès aux soins

Ce droit à en premier lieu été proclamé à l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'Homme (ONU, 1948) : « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.* »

### 1.2. Un droit universel spécifiquement protégé en ce qui concerne les enfants

L'article 24 de la convention de New York relative aux droits de l'enfant dispose : « *les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.* » ; « *Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour (...) assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires* » (...), « *Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en voie de développement*<sup>109</sup> ».

Il existe par ailleurs une charte des droits de l'enfant hospitalisé<sup>110</sup> (UNESCO, OMS Europe, 1989). Celle-ci, outre la protection de tout patient hospitalisé, énonce des règles spécifiques, notamment d'encadrement affectif et éducatif. Son article 1 dispose : « *Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants.* »

### 1.3. Des développements européens spécifiques

La libre circulation<sup>111</sup> concerne aussi les patients. Par deux arrêts (Decker et Kohll, CJCE, 28 avril 1998), la Cour de Justice des Communautés européennes avait estimé que l'achat d'une paire de lunettes par un luxembourgeois en Belgique devait être remboursé par la sécurité sociale luxembourgeoise, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir une autorisation préalable et qu'il en allait de même pour des soins d'orthodontie pratiqués par un luxembourgeois en Allemagne. La Cour estimait en effet que les prestations en question

---

<sup>109</sup> [réf. bibl. n°6]

<sup>110</sup> [réf. bibl. n°53]

<sup>111</sup> [ref.bibl.n°126]

étaient bien des prestations de services, respectivement soumises aux articles 30 et 59 du Traité de Rome, qui interdisent toute restriction à leur libre circulation.

La question de savoir si un ressortissant d'un Etat membre de l'Union peut se faire librement hospitaliser dans un autre Etat membre de la Communauté hospitalière vient également d'être posée à la Cour<sup>112</sup>, dans les affaires Smits et Peerbooms (C-157/99). Mme Smits, une Néerlandaise atteinte de la maladie de Parkinson, a suivi un traitement spécialisé dans une clinique en Allemagne. Ce traitement, qui n'existait pas aux Pays-Bas, était, selon elle, plus performant que celui pratiqué dans son pays. Quant à M. Peerbooms, lui aussi néerlandais, il a été hospitalisé à Innsbruck, en Autriche, alors qu'il était dans le coma à la suite d'un accident de la circulation. Il y a suivi un traitement qui n'existait aux Pays-Bas qu'à titre expérimental et réservé à des personnes plus jeunes que lui. Dans ces deux cas, leurs caisses de sécurité sociale (dans leur pays d'origine) ont refusé les prises en charge au motif qu'ils n'avaient pas obtenu l'autorisation préalable de faire pratiquer ces soins. La CJCE a été saisie d'une question préjudicielle.

Dans ses conclusions présentées le 18 mai 2000, l'avocat général observe d'abord que les deux patients néerlandais ne paient ordinairement pas les prestations de santé. Cette absence de rémunération empêche d'assimiler les soins à des prestations de service au sens du traité de Rome. Il en conclut que le traité de Rome ne s'oppose pas à ce que les assurés sociaux aient besoin d'une autorisation préalable pour se faire rembourser des soins prodigués dans un établissement non conventionné, qu'il soit situé aux Pays-Bas ou ailleurs. Il ajoute que même si l'on considérait que ces soins constituaient des prestations de service au sens du traité de Rome, l'autorisation préalable, bien qu'étant un frein à leur libre exécution, serait justifiée par la nécessité de maintenir l'équilibre financier du système.

Le même jour, un autre avocat général concluait dans une autre affaire (Abdon Vanbraekel, C-368/98), concernant une assurée sociale belge venue suivre un traitement en France – avec l'accord de sa caisse-, qu'elle devait être remboursée sur la base de ce que prévoit la sécurité sociale de son pays si elle y avait suivi ledit traitement.

Ainsi, on voit actuellement se dessiner un droit du patient européen. Nous ne savons pas si la Cour va suivre les avocats généraux. Si c'est le cas, l'autorisation préalable devrait perdurer. Mais la notion de clientèle européenne est désormais en voie de constitution, sur la base des effets de la libéralisation de la circulation « hospitalière ». Cela va concerner dans un premier temps un petit nombre de patients à la recherche de performance et de qualité, pour des prises en charges complexes, et certainement toujours sur la base de l'autorisation préalable. Mais cela peut être amené à évoluer très vite, avec une harmonisation attendue des systèmes hospitaliers, et une véritable liberté de circulation des patients.

---

<sup>112</sup> Article du monde du 14 juin 2000 [ref.bibl.n°141]

Le projet de « Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne » rendu public à Bruxelles le 28 juillet 2000 contient un article 33, intitulé « Protection de la santé » disposant que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention sanitaire et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ». Cette charte des Droits fondamentaux européens et l'agenda social constitueront d'ailleurs deux des priorités de la présidence française de l'Union européenne, du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2000.

Longtemps éloigné des considérations européennes, l'hôpital devra désormais compter avec une Europe qui se propose de jeter les bases d'un véritable droit social européen<sup>113</sup>.

## 2. En France : les droits des malades en démocratie sanitaire sans condition de nationalité

La France a développé depuis quelques années une politique de promotion des droits du malade. Une charte du patient hospitalisé a été publiée en 1995, annexée à une circulaire. Actuellement, une loi est en cours de préparation, qui vise au renforcement des droits des usagers du système de santé.

### 2.1. La charte du patient hospitalisé

L'objectif de la charte est de faire connaître leurs droits essentiels aux patients accueillis dans les établissements de santé. Annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés, cette charte est destinée à faire l'objet d'un affichage.

Elle proclame les droits de la personne hospitalisée, et dispose que les établissements hospitaliers se doivent de veiller au respect des droits de l'Homme et du Citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non-discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. Les établissements doivent, en outre, s'assurer que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits.

L'article 1 traite de l'accès au service public hospitalier : « *Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes les personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Ils les accueillent de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. A défaut, ils doivent tout mettre en œuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement. (...) L'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et, en particulier, aux personnes les plus démunies quand bien même elles ne pourraient justifier d'une prise en charge par l'assurance maladie ou l'aide médicale. En situation d'urgence, lorsque leur état le justifie, elles doivent être admises à l'hôpital.* »

## 2.2. Le projet de loi relatif aux droits des usagers du système de santé

Les réflexions entamées par le ministère en charge de la santé autour de la notion de droit des usagers en vue de l'élaboration d'un projet de loi ont été enrichies par le rapport Caniard intitulé « La place des usagers dans le système de santé »<sup>114</sup>.

Ce rapport rappelle que, « *dans le prolongement des Etats Généraux de la Santé, la réflexion sur la place des usagers dans le système de soins répond au souci d'organiser la démocratie sanitaire.* » L'auteur définit le périmètre de ce nouveau concept de démocratie sanitaire et affirme que celle-ci se fonde sur la notion d'usager du système sanitaire, détenteur de droits spécifiques (accès, information, dignité, qualité des soins) sans condition de nationalité.

Le rapport énonce : « *Parler du malade comme d'un citoyen pose également problème. De fait, dans le cadre national français, la référence à la citoyenneté répond à des critères très précis, notamment la détention de la nationalité. Or, par exemple, dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU), le législateur a admis que doit accéder aux soins toute personne qui répond à des critères sociaux qui ne lui ont pas garanti jusqu'alors une couverture médicale, indépendamment de sa nationalité. Ce soigné dispose au moment de sa relation avec l'organisation sanitaire des mêmes droits citoyens que les nationaux. Les droits dont il est ici question sont ceux de la personne humaine, d'où la préférence accordée à la notion d'usager d'un système de soins plutôt qu'à celle de citoyen.*»

On peut noter une véritable montée en puissance de la promotion des droits du malade sans condition de nationalité, ce qui peut porter à se poser la question de l'applicabilité de ces droits au patient non-résident.

### § 3. Le renforcement actuel des droits des étrangers malades

Ce renforcement a eu lieu dans deux domaines séparés : tout d'abord dans le cadre de la création de la CMU avec pour corollaire la refonte du droit de l'aide médicale Etat ; ensuite avec la création d'un nouveau type de titre de séjour pour les étrangers malades.

#### 1. Un droit de l'aide médicale rénové avec la loi relative à la CMU

La mise sur pied de la couverture-maladie universelle (CMU), qui vise à assurer le financement des soins aux personnes dénuées de toute couverture sociale, a été aussi l'occasion de rénover l'aide médicale Etat dont on a vu qu'elle pouvait pallier l'absence de prise en charge pour un patient. Ces dispositions ouvrent de nouvelles perspectives quant

---

<sup>113</sup> Billet des Cahiers hospitaliers n°157, mai 2000 [ref.bibl.n°117]

<sup>114</sup> Rapport rédigé suite à la lettre de mission du ministre en charge de la santé du 13 janvier 2000 [ref.bibl.n°56]

aux possibilités pour les établissements d'obtenir la prise en charge de certains patients non-résidents et d'éviter la constitution de nouveaux stocks de créances irrécouvrables.

### *1.1. La combinaison de la CMU et de l'aide médicale Etat renouvelée*

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a fait l'objet de la circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000/14 du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale de l'Etat. Voici une synthèse des nouvelles dispositions applicables en matière de couverture médicale des étrangers en France.



<b>Situation</b>	<b>Couverture maladie</b>	<b>Observations</b>
Etrangers de passage (visa court-séjour, visite dans la famille installée en métropole ou dans les TOM) conservant sa résidence à l'étranger	Couverture ou assurance du pays d'origine	Possibilité d'aide médicale Etat, totale ou partielle, sur décision ministérielle (article 187-1, alinéa 2, du code de la famille et de l'aide sociale)
Etranger en situation régulière au regard de la législation sur le séjour, résidant en métropole ou dans les TOM de manière ininterrompue depuis plus de trois mois	Couverture maladie universelle	Pour ceux qui ne relèvent, à aucun autre titre, d'un régime de sécurité sociale. Sous condition de ressources, ils ont accès à la protection complémentaire de santé de la CMU (articles L.380-1 et R.380-1 du code de la sécurité sociale)
Etranger en situation régulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis trois mois ou moins (à l'exception des personnes mentionnées à l'article R.380-1 du code de la sécurité sociale, à qui n'est pas opposable le délai de trois mois de résidence).	Aide médicale Etat à titre transitoire	Pour les soins dispensés à l'hôpital y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier
Etranger en situation irrégulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis moins de trois ans	Aide médicale de l'Etat	Pour les soins dispensés par un hôpital y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier
Etranger en situation irrégulière résidant en métropole ou dans les DOM depuis au moins trois ans	Aide médicale de l'Etat	Pour les soins dispensés à l'hôpital et pour les soins en ville

Dans tous les cas, l'aide médicale Etat ne peut être accordée que sur décision ministérielle. La circulaire du 10 janvier 2000 fait donc clairement la distinction entre, d'une part, les patients non-résidents qui ne peuvent pas prétendre à la CMU et ne peuvent bénéficier de l'aide médicale Etat que de manière exceptionnelle et, d'autre part, les étrangers déclarant être résidents qui bénéficient plus largement de l'aide médicale Etat, voire de la CMU lorsqu'ils résident en France de manière régulière depuis plus de trois mois.

Cette subtile distinction laisse une certaine marge d'interprétation, permettant d'obtenir le financement du séjour hospitalier de certains patients non-résidents en les « intégrant » à la catégorie des patients résidents, à la faveur d'un faisceau d'indices.

### *1.2. Les souplesses d'interprétation des critères de résidence et de durée de séjour*

Pour déterminer si l'intéressé remplit la condition de résidence en France ouvrant droit à l'aide médicale Etat, l'administration se réfère aux critères de fait dégagés par le Conseil d'Etat dans un avis du 8 janvier 1981.

Aux termes de cet avis, *« la condition de résidence doit être regardée comme satisfaite, en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée, dans chaque cas, en fonction de critères de fait et, notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. (...) Si l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale réserve le bénéfice de certaines formes d'aide sociale, parmi lesquelles l'aide médicale à domicile, aux étrangers justifiant une certaine durée de résidence ininterrompue en France, aucune règle de durée particulière de résidence ne peut être imposée pour la prise en charge des frais de séjour dans les établissements hospitaliers ».*

La circulaire du 10 janvier 2000 relative à l'aide médicale Etat rappelle que l'appréciation du critère de résidence doit se faire au cas par cas, lors de l'instruction du dossier avec le demandeur : *« La situation des personnes en situation irrégulière ne rend pas toujours facile cette instruction »*, admet l'administration<sup>115</sup>, qui souligne que *« l'objectif sanitaire et social est de ne pas freiner l'accès aux soins de personnes particulièrement précaires, tout en évitant la prise en charge des personnes de passage »*. S'il y a urgence médicale, ces dernières auront, dans tous les cas, accès à cette aide.

En ce qui concerne le critère relatif à la durée de séjour, les premiers projets de décret prévoyaient de conditionner l'accès à la CMU à l'exigence d'un titre de séjour supérieur à trois mois, excluant les étrangers détenant des récépissés ou en attente de titre. Finalement, le décret du 1<sup>er</sup> décembre 1999 ne fixe aucune liste limitative des titres. En effet, la preuve de la régularité du séjour peut être apportée par tout moyen : titre de séjour de toute durée, récépissé de première demande de titre ou de demande d'asile, convocation à un rendez-vous .

Un nouveau texte est venu préciser la notion de résidence : la circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le

---

<sup>115</sup> Cité dans Actualité Sociale Hebdomadaire, Juin 2000 [ref.bibl.n°115]

bénéfice de la CMU. Cette circulaire précise que la condition de résidence stable et régulière applicable également au droit de la protection complémentaire en matière de santé, se traduit, pour la stabilité, par la notion de résidence ininterrompue sur le territoire national de plus de trois mois et, pour la régularité, par la référence à la législation sur le séjour des étrangers en France. La vérification initiale de cette condition doit être effectuée par la Caisse instructrice du dossier afin de ne pas retarder l'affiliation de l'intéressé. Un contrôle de la condition de résidence est ensuite mis en place.

## 2. L'existence d'un nouveau type de titre de séjour pour les étrangers malades

La loi « Debré » du 24/04/1997 avait déjà conduit à insérer un alinéa à l'ordonnance de 1945 visant à ajouter la catégorie d'étranger malade à la liste des étrangers ne pouvant faire l'objet d'une mesure d'expulsion ou d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière. De plus, la circulaire du 24 juin 1997 prévoyait que l'étranger malade en situation irrégulière pouvait bénéficier d'un droit au séjour si « *il est atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical (de longue durée) sous réserve qu'il ne puisse effectivement poursuivre un traitement approprié dans son pays d'origine* ».

La loi n° 98-349 du 11/05/1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA) modifie l'ordonnance n°45-2658 du 02/11/1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France. L'article 5 de la loi comporte un 11° alinéa relatif aux étrangers malades, suivant les recommandations du rapport Weil. Il conduit à la création d'un article 12 bis 11 dans l'ordonnance de 1945 selon lequel l'étranger, résidant habituellement en France et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale indispensable en France dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, reçoit une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale », sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. Une circulaire d'application (NOR/INT/D/98/00108/C du 12/05/1998 relative à l'application de la loi RESEDA) est venue préciser la portée de l'article 12 bis 11. Elle met l'accent sur la condition de résidence habituelle en France (qui ne peut être qu'exceptionnellement inférieure à un an). Il a été précisé ultérieurement que si la condition de résidence habituelle n'est pas remplie, l'étranger pourra recevoir une autorisation provisoire de séjour renouvelable pendant la durée du traitement. La circulaire rappelle également la nécessité de prendre en compte la durée prévisible du traitement pour déterminer la durée de la validité de la carte de séjour temporaire délivrée. La condition d'impossibilité de suivre effectivement un traitement approprié dans le pays d'origine doit en revanche être appréciée avec une certaine

souplesse. La circulaire souligne qu'il doit être tenu compte « non seulement des capacités sanitaires adéquates, mais encore des capacités d'accès du patient à ces moyens »<sup>116</sup>.

Le rapport d'observation d'Info Migrants, publié en mai 2000 fait écho des premières démarches d'étrangers sur la base de ces nouvelles dispositions législatives. Il s'agit souvent d'étrangers malades en situation irrégulière. Généralement, suite à la découverte d'une maladie, ils s'adressent aux travailleurs sociaux pour une prise en charge des soins, et ce sont souvent ces derniers qui sollicitent les services d'Info Migrants (service d'aide aux administrations et institutions sur la législation applicable aux étrangers, issu de l'association Inter Service Migrants), pour d'éventuelles démarches en vue d'obtenir un droit au séjour sur la base de l'article 12 bis 11.

Parmi les étrangers en situation irrégulière et atteints par le virus du SIDA, un cas spécifique ressort : celui d'étrangers homosexuels ayant déposé une demande d'asile auprès de l'OFPRA, en raison des poursuites pénales encourues dans leur pays d'origine du fait de leur homosexualité (Cuba, Algérie, Soudan), mais n'ayant pas obtenu le statut de réfugié. Lors d'exams médicaux (pendant la procédure de demande d'asile ou bien postérieurement), ils ont appris leur séropositivité et sollicitent un titre de séjour sur cette base. Info Migrants constate la diversité des nationalités concernées par ces demandes de titre de séjour « médical ». Toutefois, le continent africain semble prédominer.

On assiste ainsi dans ce cadre à la construction, certes lente et embryonnaire, d'un droit au séjour de l'étranger malade (étranger sans titre nécessitant des soins), qui ouvre également droit à la CMU<sup>117</sup>.

La circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la CMU précise en annexe : « *Les personnes venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure n'ont pas vocation à relever de la CMU* ». En effet, aux termes de la circulaire : « *cette catégorie concerne des personnes non-résidents et n'ayant pas de liens avec un régime français de sécurité sociale, mais venues en France pour y recevoir des soins de santé et y séjournant légalement pour ce faire. Pour ces soins programmés, ils bénéficient d'un accord préalable de prise en charge par l'organisme de protection sociale de leur pays de résidence. En conséquence, ils ne relèvent ni de l'assurance-maladie, ni de l'aide médicale* ». Les patients non-résidents sont donc exclus de ce dispositif.

---

<sup>116</sup> Développement in Réforme du droit des étrangers, H. Fulchiron [ref.bibl.n°8]

<sup>117</sup> Article « L'accès aux soins des étrangers : débats et évolutions du droit », Gisti, in Hommes et Migrations, Mai-Juin 2000 [ref.bibl.n°114]

Toutefois, on peut voir nettement que la conjugaison de la loi relative à la CMU, à l'Aide médicale Etat rénovée et les possibilités ouvertes à l'étranger malade d'obtenir un titre de séjour changent radicalement la donne. De l'avis des responsables des services d'admissions-frais de séjour, ces dispositions permettent d'obtenir des financements qu'ils n'auraient pas obtenus avant l'instauration de ces dispositifs et qui auraient de fait donné lieu à des créances irrécouvrables.

Malgré l'évolution réelle du contexte économique et juridique que nous venons d'examiner, les établissements hospitaliers ne disposent toujours pas d'outils spécifiques pour traiter la question du séjour des patients non-résidents et sont tentés de s'appuyer sur des dispositifs conçus à d'autres fins. Or, les nouvelles exigences éthiques, le développement du contentieux en matière hospitalière, comme les perspectives d'accréditation, ne peuvent qu'inciter à une clarification du traitement des admissions des patients non-résidents dans le respect des principes de service public.

Il apparaît aujourd'hui indispensable, au vu des évolutions actuelles des données de la question, d'envisager une modification du système administratif d'accueil des patients non-résidents.

Le moment semble propice pour que soit repensée la notion de solidarité sanitaire et que soit élaborée une véritable politique médicale d'accueil des patients non-résidents, établie sur la base de critères médicaux transparents et équitables.



## **CHAPITRE 2 - POUR UNE POLITIQUE DIPLOMATIQUE SANITAIRE AU SERVICE DE L'ETHIQUE MEDICALE**

Au vu des différents dysfonctionnements engendrés par l'organisation actuelle de l'accueil des patients non-résidents, et dans la mesure où le contexte paraît propice du fait de l'évolution des déterminants de l'éthique collective, il semble nécessaire d'explorer des pistes d'évolution de cette organisation. L'objectif serait avant tout d'admettre les patients non-résidents selon des critères médicaux transparents. Par ailleurs, un second objectif serait d'arriver à regrouper les différents dispositifs d'aides, et surtout d'unifier les mécanismes de financement à l'œuvre pour une simplification des pratiques.

Dans ce cadre, il semble nécessaire en premier lieu de formuler une stratégie médicale d'accueil des patients non-résidents en s'inspirant des expériences existantes. Il convient ensuite d'imaginer des structures et un financement spécifiques

### **Section 1 - La nécessaire formulation d'une stratégie médicale d'accueil des patients non-résidents s'inspirant des expériences existantes**

Il est indispensable de dresser un bilan des expériences qui existent déjà en matière d'organisation de l'accueil des patients non-résidents. L'Etablissement Français des Greffes, la Chaîne de l'Espoir, les cellules d'accueil spécifiques des patients non-résidents sont autant de dispositifs qui permettent une rationalisation du système d'accueil des patients non-résidents.

Les moyens que ces organisations utilisent aux fins d'une meilleure rationalisation méritent d'être analysés.

#### **§ 1. Le bilan des expériences existantes**

##### **1. Les succès de l'EFG**

L'Etablissement Français des Greffes (EFG) a succédé à France-Transplant dont l'organisation et le fonctionnement avaient été sévèrement critiqués par l'IGAS<sup>118</sup>. Six grands types de missions ont été confiées à l'EFG à sa création :

- La gestion des listes nationales d'attente, de répartition et d'attribution des greffons, de coordination ;
- Une prestation de conseil dans l'application des textes et avis sur de nombreux types de demande d'autorisation (prélèvement, conservation, greffe, exportation, importation) ;
- Un avis sur les dossiers de demande de visa sanitaire pour les patients non-résidents n'appartenant pas à l'Union européenne ;

---

<sup>118</sup> [réf. bibl. n°60]

- La diffusion d'information sur la greffe ;
- La gestion et l'interrogation du registre national automatisé ;
- Un rôle d'évaluation des prélèvements et des résultats des greffes par type de greffe et par équipe.

Des règles de répartition des organes ont été fixées par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'EFG après avis de son Conseil médical et scientifique et de son Conseil d'Administration. Un greffon ne peut être attribué qu'à un patient dont l'inscription sur la liste nationale d'attente a été confirmée par l'EFG, qui applique les règles de répartition en vigueur.

Ces règles de répartition distinguent des catégories de patients prioritaires, notamment ceux dont l'état de santé réclame une greffe en urgence ou les enfants. Elles fixent également le principe général de l'appel des patients en attente, à partir d'une recherche à différents « échelons territoriaux » successifs :

- l'échelon local ;
- l'échelon inter-régional (selon le découpage territorial de l'EFG) ;
- l'échelon national ;
- l'échelon international.

Ces règles de répartition sont soumises à une révision régulière.

L'accueil des patients non-résidents nécessite un avis médical du comité scientifique de l'EFG, un avis administratif de l'EFG pour la délivrance du visa sanitaire auprès du service des visas du ministère des Affaires Etrangères et enfin une recherche des solutions financières appropriées.

Les problèmes qui peuvent se poser en matière de suivi post-opératoire (et notamment prescriptions de médicaments) sont pris en compte. Parfois, la seule solution au suivi des non-résidents est de les « transformer » en résidents. Tel est le cas de certains enfants du Maghreb, pour lesquels un retour dans leur pays d'origine après l'opération peut être impossible sous peine d'échec.

## 2. L'exemple de la « Chaîne de l'Espoir »

La Chaîne de l'Espoir est tournée exclusivement vers des enfants non-résidents. Elle fonctionne sur la base d'une enveloppe limitée. Les interventions pratiquées exigent donc une véritable sélection des patients : seuls ceux dont le pronostic vital post-opératoire est garanti feront l'objet de l'intervention chirurgicale. Cela exclut notamment les enfants trop jeunes (moins de deux ans). Chaque cas est examiné médicalement, par dossier ou sur place dans le pays, afin de déterminer l'opportunité scientifique et médicale de l'intervention.

### 3. L'exemple de la cellule d'accueil des étrangers de Broussais et de la cellule d'accueil des italiens

Divers problèmes pratiques se posent aux patients non-résidents, en particulier de coût du transport et de l'hébergement. Ils sont souvent contraints de faire des séjours longs et répétés en France avant et après l'intervention et donc à trouver un logement lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés. Il en va de même pour la famille lorsque celle-ci est présente, notamment dans les cas d'hospitalisation d'enfants.

Les centres d'accueil des Italiens mis en place au sein de l'hôpital Paul Brousse et de l'hôpital Broussais ont pour finalité de répondre à ces problèmes d'ordre matériel<sup>119</sup>. Le personnel spécialisé de ces cellules aide les malades et leurs familles dans les différentes démarches, et, en particulier, les assistent dans la recherche de logements. Des bénévoles apportent également leur concours direct dans divers domaines, notamment en servant d'interprètes aux patients italiens.

La cellule d'accueil des étrangers de Broussais a pour but plus spécifique de prévenir l'apparition des créances irrécouvrables. Mise en place le 4 novembre 1991, elle avait, dès sa création, pour ambition de réguler les demandes d'admissions des patients étrangers et d'harmoniser au maximum les impératifs médicaux avec les contraintes administratives et financières<sup>120</sup>, en :

- permettant aux patients démunis de prise en charge et de moyens financiers de pouvoir être hospitalisés et suivis médicalement tout en réduisant le coût financier supporté par l'établissement ;
- offrant une banque de renseignements à l'attention des malades et des services médicaux, pour tous les problèmes relatifs aux admissions de malades étrangers, résidant ou non sur le territoire ;
- étudiant et validant les demandes de transfert de malades étrangers venant directement de leur pays ou d'un autre établissement.

La cellule est saisie aussi bien par les services de soins que par le service des admissions. Elle doit être mobilisable tous les jours et à toute heure. Un tableau des astreintes a été mis en place dès 1991, les gardes étant assurées conjointement par un représentant du corps médical et un administratif. Le membre de permanence, saisi d'une question, est chargé d'entrer en contact avec les autres membres. Une décision ne peut être prise par un seul

---

<sup>119</sup> Voir en annexe communiqué du Consulat d'Italie annonçant la mise en place de ces cellules [annexe14]

<sup>120</sup> Entretien avec le Pr Deloche [entretien N2]



membre : la décision doit être le résultat d'une concertation entre le corps médical et les agents administratifs composant la cellule. La cellule se réunit une fois par semaine<sup>121</sup> afin d'étudier les dossiers concernés<sup>122</sup>.

Sur délégation du directeur de l'établissement, et après approbation du Conseil consultatif médical, cette cellule a autorité pour proposer au directeur de l'établissement de prononcer ou différer l'admission des malades étrangers sans prise en charge, après consultation du médecin demandeur de l'admission.

Elle est également chargée de proposer des structures d'accueil permettant aux patients sans prise en charge de séjourner le minimum à l'hôpital tout en leur assurant un suivi médical. Ces structures d'accueil, dont le coût journalier doit être inférieur aux tarifs en vigueur à l'AP-HP peuvent faire l'objet de conventions afin que les frais soient pris en charge, soit par le patient, soit, si nécessaire, par l'AP-HP.

Cette cellule a en outre pour mission d'aider les services de soins pour l'organisation des rapatriements sanitaires. Elle informe et indique au service des admissions-frais de séjour les démarches faites ou à faire<sup>123</sup>.

La création de la cellule d'accueil des patients étrangers à l'hôpital Broussais a eu un effet sensible sur l'apparition des créances irrécouvrables. Voici un tableau récapitulatif :

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<b>Nombre de dossiers</b>	998	972	1062	1015	857	815
<b>Coût total des hospitalisations</b>	64 944 236 F	69 261 548 F	79 049 490 F	80 295 212 F	63 091 872 F	46 684 410 F
<b>Impayés</b>	4 909 329 F	2 074 671 F	2 197 641 F	3 234 327 F	2 249 470 F	1 398 158 F
<b>Pourcentage de créances impayées</b>	7,56%	3%	2,78%	4,03%	3,57%	2,99%

#### 4. Bilan : les moyens de la rationalisation du système

Les structures telles que l'EFG, la Chaîne de l'Espoir, ou encore la cellule d'accueil spécifique des étrangers de Broussais permettent une rationalisation des flux des patients non-résidents. Tout en recherchant un équilibre financier dans le cadre de l'accueil des patients non-résidents, elles tentent de préserver un caractère équitable à la gestion de

<sup>121</sup> Il nous a été donné dans le cadre de cette étude d'assister à une réunion

<sup>122</sup> Voir en annexe feuille anonymisée de suivi des dossiers [annexe 15]

<sup>123</sup> La cellule d'accueil des étrangers ne disparaît pas avec la fermeture de Broussais : la création de l'hôpital Européen Georges Pompidou a lieu par regroupement des équipes de trois hôpitaux dont celles de Broussais. La cellule d'accueil des étrangers sera reprise telle quelle dans le fonctionnement du nouvel hôpital.

l'admission. Evidemment, ces quelques structures ne parviennent pas à elles seules à répondre à la problématique des patients non-résidents. Toutefois, il est possible de tirer de leur exemple des enseignements utiles quant aux éléments indispensables à la rationalisation du système d'accueil des patients non-résidents.

#### *4.1. Une admission des patients selon des critères médicaux fixes et transparents*

En premier lieu, il s'agit d'accepter de raisonner en « économie limitée ». Cela impose notamment de concevoir et de fixer une limite au nombre d'interventions possibles (cf. greffes, ou encore nombre d'interventions annuelles dans le cadre de la Chaîne de l'Espoir).

En second lieu, et en lien direct avec le premier point, il est indispensable d'introduire, dans le système d'accueil des patients non-résidents, des critères médicaux présidant à la sélection.

Ces critères devraient, dans la mesure du possible, être établis à l'avance, par type de pathologie, et participer de la motivation des visas sanitaires délivrés par le ministère des Affaires Etrangères.

En troisième lieu, il semble important de limiter au maximum la prise de décision solitaire. Celle-ci est lourde de conséquences pour celui qui est chargé de la prendre, quand bien même des critères clairs auraient été définis. A cet égard, l'intervention d'un collègue pluridisciplinaire semble indispensable.

Enfin, la possibilité de dérogations aux limitations posées par le premier point doit être envisagée, afin de maintenir une véritable humanité dans le fonctionnement des établissements. C'est en particulier le cas lorsque des liens ont été noués entre un patient particulier et une équipe hospitalière.

#### *4.2. L'organisation et la standardisation des formalités d'admission*

Pour éviter les pertes de temps inutiles, alors que le temps est extrêmement précieux pour les équipes hospitalières comme pour les patients non-résidents qui viennent de loin, la standardisation des procédures administratives requises en matière d'accueil des patients non-résidents est indispensable.

#### *4.3. La recherche d'une réduction des coûts*

A l'exemple de ce que pratique la cellule étrangers de Broussais, il est possible d'optimiser le circuit du patient non-résident. Le patient doit être admis pour le temps strictement nécessaire à l'intervention. Les examens peuvent être réalisés dans des temps rapprochés, afin de ne pas augmenter les coûts du séjour. Le patient ne doit rester dans un lit de spécialité coûteuse que le temps nécessaire à son bon rétablissement, et être transféré ensuite vers des structures d'accueil moins coûteuses. A l'hôpital Broussais, il a ainsi été mis

fin à certaines situations où un patient non-résident pouvait rester hospitalisé longtemps car la structure ne savait pas où le renvoyer.

La chaîne de l'Espoir de son côté a développé un système d'hébergement en familles d'accueil. Avant l'intervention comme après, le cas échéant, l'enfant est accueilli dans une famille, qui se charge des liens et formalités avec la structure sanitaire. Cela réduit d'autant le séjour de l'enfant en établissement, ce qui non seulement est bénéfique pour le petit patient, mais aussi réduit le coût du séjour hospitalier.

Les bénéfices attendus d'une telle rationalisation sont une meilleure équité, une réduction des coûts, et la satisfaction des patients comme des équipes hospitalières.

## **§ 2. La formulation d'une politique médicale d'accueil**

Pour formuler les critères médicaux d'admission, il convient au préalable d'élaborer une politique médicale d'accueil des patients non-résidents.

1. une réflexion de type médico-économique inscrite dans la durée pour l'élaboration d'une politique

L'exploitation des outils d'analyse médico-économique permet une bonne connaissance des flux, leur valorisation analytique et donc une meilleure connaissance des phénomènes. Il est possible d'individualiser et d'isoler les différents types de groupes homogènes de malades concernés (GHM), puis d'isoler les patients non-résidents par provenance, en mettant en évidence les montants des factures. La stratégie doit également être tournée vers l'avenir : des projections à quelques années (5 ans) pourraient être réalisées.

Une telle analyse permettrait d'étudier la demande tournée vers la France en matière sanitaire, et de voir quelles sont les prestations sanitaires demandées, comme le volume d'admissions susceptible d'en découler. Cela conduirait à mieux dimensionner l'offre à destination des patients non-résidents. Il est également envisageable, compte tenu de la spécificité de ces patients, de spécialiser tel ou tel service, dans tel ou tel établissement, vers l'activité internationale, pour un type d'intervention bien précis (et éventuellement orienté vers telle région du monde ou tel groupe de pays).

Ces éléments de réflexion doivent ensuite servir à l'élaboration d'une politique médicale d'accueil des patients non-résidents, fondée avant tout sur des choix. Ces choix doivent être effectués dans le cadre de structures claires. C'est ce que nous verrons dans la section suivante.

2. Des critères d'accueil fiables à partir d'un consensus médical

Il convient enfin d'arrêter les critères médicaux d'admission de ces patients : contraintes liées à l'âge, question de la viabilité, contraintes postopératoires, taux de réussite de

l'intervention, risques de récurrence, risques d'échecs. Cela demande que des recherches spécifiques soient faites afin de déterminer ces critères médicaux d'admission, tant en matière médicale qu'en matière d'éthique.

De l'établissement de ces critères et de leur bon respect découle le caractère égalitaire du recrutement des patients non-résidents comme le meilleur respect des exigences éthiques exprimées par les professionnels. Nous verrons aussi dans la section suivante quelles peuvent être les modalités concrètes d'une telle organisation.

## **Section 2 - Des structures et un financement spécifiques à imaginer**

Au vu des difficultés financières engendrées et analysées précédemment et de l'importance prise aujourd'hui par les indicateurs de productivité, il ne semble pas que l'accueil des patients non-résidents ne bénéficiant pas d'une prise en charge puisse être supporté indéfiniment par le budget spécifique des établissements hospitaliers. Si l'AP-HP a pu se doter de moyens spécifiques pour gérer la question des créances irrécouvrables, une telle démarche n'est pas à la portée des CHU de province. Comme on l'a vu, certains établissements, et l'AP-HP ne fait pas exception, ont été conduits à mettre en œuvre des politiques très restrictives en matière d'accueil des patients non-résidents. Toutefois, il semble indispensable que la France poursuive son engagement spécifique envers ces patients particuliers et continue à affirmer son engagement sanitaire international. Cela correspond sans aucun doute aux missions et valeurs dont se réclame la France en général, mais aussi les hôpitaux de Paris en particulier. Pour certaines spécialités rares, ce surcroît d'activité contribue également à maintenir en France une véritable capacité d'intervention médicale et hospitalière.

Cette section explore ce qui pourrait être une refonte de l'organisation de l'accueil des patients non-résidents en France, autour des axes suivants :

- La création d'un organisme chargé de définir la politique d'accueil sanitaire et les modes de mise en œuvre de cette politique ;
- La création d'un « fonds de solidarité sanitaire », permettant aux établissements hospitaliers de recourir, de manière encadrée, à une source de financement spécifique pour leurs patients non-résidents non pris en charge ;
- Un ensemble de mesures d'accompagnement : définition de prix forfaitaires par intervention, formalisation d'un réseau d'acteurs, unification des modes de financement existants et actions de communication.

### **§ 1. La création d'un organisme chargé de définir la politique d'accueil sanitaire**

Un organisme national serait chargé de définir la politique d'accueil des patients non-résidents puis de prévoir leur déclinaison par site.

## 1. Une organisme national assisté d'un comité scientifique

La nécessité d'élaborer une politique d'accueil sanitaire, permettant de définir les critères d'accueil, a été soulignée à plusieurs reprises. Cette mission pourrait être confiée à un organe national, impliquant les acteurs concernés par la question :

- le ministère de la Santé (direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins – DHOS -) ;
- le ministère des Affaires Etrangères (les services des visas, mais aussi les services tournés vers l'action humanitaire) ;
- le ministère de l'Intérieur (délivrance de titres de séjours pour raisons de santé) ;
- des représentants des établissements hospitaliers (siège et établissements de l'AP-HP, CHU de province) ;
- l'Etablissement Français des Greffes ;
- les associations œuvrant dans le domaine (Chaîne de l'Espoir...)

Un tel organe permettrait de tirer les enseignements utiles des expériences éparses existantes. Au-delà des principes généraux de la politique d'accueil sanitaire, il serait chargé de valider les critères d'accueil : quels patients doivent être accueillis, pour quels soins et quelles pathologies, quels patients doivent être refusés et pourquoi. Dans ce but, il pourrait se faire assister d'un comité scientifique, chargé de formuler un avis médical et éthique tant sur la définition des critères que sur leur application concrète. Ce comité serait pluridisciplinaire, comprenant des médecins, anthropologues, spécialistes d'éthique, etc... On peut éventuellement envisager la création d'une liste d'attente équivalente à celle qui existe pour les greffes ; le comité scientifique serait alors chargé de donner son avis quant à la gestion de cette liste.

Pour son fonctionnement, cet organe pourrait être composé d'un Conseil d'orientation et d'une cellule opérationnelle. La cellule opérationnelle serait plus particulièrement chargée d'assurer le suivi de la mise en œuvre du dispositif auprès des établissements hospitaliers.

## 2. Une déclinaison de la stratégie déterminée par sites

Il conviendrait de prévoir une déclinaison de la stratégie par site hospitalier concerné. Il appartiendrait aux établissements tournés significativement vers les patients non-résidents de proposer la politique d'accueil sanitaire dans leur établissement. L'organe national serait le garant de la coordination de ces différentes politiques d'établissement. Il s'agirait en fait de structurer l'offre sanitaire tournée vers les non-résidents en pôles, entrant dans le cadre des « projets d'établissement ».

## **§ 2. Des moyens budgétaires sur la base d'un fonds de financement : le fonds de solidarité sanitaire**

La question la plus importante est celle du financement. Il convient d'imaginer une organisation permettant de dégager les établissements du problème des créances irrécouvrables. Si plusieurs formules peuvent être explorées, c'est la solution de la création d'un fonds spécifique qui fait ici l'objet de l'analyse la plus détaillée.

### **1. L'octroi d'une dotation supplémentaire aux établissements concernés**

On peut imaginer que le financement de l'accueil des patients non-résidents soit conservé dans le cadre du budget hospitalier normal.

Un « bonus » sur le nombre de points ISA <sup>124</sup> (indice de productivité) serait octroyé : cela correspondrait à l'évolution actuelle du mode de financement hospitalier, qui laisse prévoir le passage à une tarification à la pathologie. En effet, les établissements investis de missions de service public se voient, dans ce cadre, gratifiés de bonus sur leur résultat de productivité, du fait de trois missions de service public (recherche, enseignement, urgences). On pourrait ainsi envisager que l'accueil des patients non-résidents soit considéré comme une mission supplémentaire de service public.

A terme, un supplément de dotation budgétaire serait inclus a posteriori dans la dotation globale de financement des établissements concernés. Cette solution supposerait toutefois de pouvoir chiffrer, établissement par établissement, le bonus devant être octroyé au titre de l'accueil des patients non-résidents. Il conviendrait par ailleurs de prévoir des mécanismes pour contrôler si les suppléments de dotation budgétaires ont bien été utilisés au profit de l'accueil de patients non-résidents. Une autre difficulté de la solution ci-dessus tient à ce que ces dotations supplémentaires seraient à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie, principe qui pourrait être contesté.

S'agissant de la mise en œuvre d'une politique à destination de patients étrangers, le financement pourrait plutôt relever directement du budget de l'Etat. Comme précédemment, une dotation supplémentaire forfaitaire viendrait s'ajouter à la dotation globale de financement, et serait destinée à couvrir les charges provenant des patients non-résidents non solvables. Ce seraient alors des recettes d'un nouveau type.

### **2. L'exemple allemand**

Cherchant à gagner la confiance d'une clientèle étrangère, depuis 1997, les hôpitaux allemands ont le droit de traiter des patients non-résidents, en dehors du cadre des budgets fixés pour la population allemande. Dans le cadre de la réforme récente de son système de santé (nouvelle loi entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2000), les dépenses induites par l'accueil

---

<sup>124</sup> Cf. note n°20 en introduction.

de patients non-résidents sont exclues des budgets. Ce traitement spécifique vise à ce que l'accueil de patients non-résidents ne pèse pas sur la productivité attendue des établissements. Les résidents classiques, eux, sont traités dans le cadre des budgets alloués, avec des tarifs à la pathologie. Il serait intéressant de pousser un peu plus loin l'étude de ces nouvelles dispositions.

### 3. La création d'un fonds de solidarité sanitaire

La création d'un fonds de financement semble être une des solutions les plus intéressantes. Ce fonds pourrait intervenir sur demande des établissements hospitaliers, de façon à éviter que les non-valeurs ne grèvent leur budget et ne pèsent sur leur productivité mesurée en coût moyen du point ISA. Il fonctionnerait sous la forme d'une enveloppe limitée, nécessitant une régulation des flux fondée sur des critères d'admission clairs.

Le fonds servirait à couvrir les frais de séjour engendrés par des patients sans prise en charge, tels que les soins effectués, le séjour, l'usage de matériel (coûts directs et coûts induits). En revanche, les patients payants solvables ou munis d'une prise en charge valide seraient orientés classiquement.

Ce fonds pourrait prendre la forme d'une enveloppe fermée votée par le Parlement, permettant ainsi un véritable affichage politique. On peut imaginer de consacrer à ce fonds un pourcentage de l'Objectif National d'Assurance Maladie (Loi de Financement de la Sécurité sociale), complété le cas échéant par des subventions européennes, le recours au mécénat (patients solvables non-résidents ; grandes entreprises pharmaceutiques) ou à la générosité publique par le canal d'associations.

La gestion du fonds serait réalisée sous la responsabilité de l'organe national cité plus haut. La cellule opérationnelle assurerait la répartition du fonds, en fonction des demandes déposées par les établissements hospitaliers confrontés à l'accueil de patients non-résidents ne disposant pas de prise en charge ou incapable de financer eux-mêmes l'intervention.

Un contrôle extérieur (Inspection des Finances, Cour des Comptes ...) de l'exécution du budget serait à prévoir.

### **§ 3. Les mesures d'accompagnement nécessaires**

Il ne suffit pas de créer ex nihilo un fonds de solidarité sanitaire pour régler la question du financement de l'accueil des patients non-résidents. Des mesures d'accompagnement sont nécessaires. Il convient de définir le meilleur mode de tarification, de formaliser le réseau d'acteurs impliqués, de définir l'articulation dudit fonds avec les systèmes éparés de financement existant actuellement, de standardiser les procédures mais aussi de définir les contours d'une politique de communication autour de cette organisation.

## 1. Définition du mode de tarification par l'hôpital

Le coût de l'hospitalisation pour un patient non-résident dépend de nombreux impondérables : durée du séjour, apparition de complications. Le patient étant redevable de l'ensemble des coûts, les établissements ne sont pas nécessairement incités à réduire ces coûts, alors que l'exemple cité précédemment de la cellule d'accueil de Broussais montre que cela est possible.

Il semble que la tarification au forfait, telle qu'elle est pratiquée pour les greffes, soit adaptée au traitement de la question des séjours des patients non-résidents. Le passage envisagé actuellement en comptabilité hospitalière à la « tarification à la pathologie » devrait permettre d'établir de tels forfaits pour tous les types d'intervention.

Il convient avant toute chose d'arrêter ce que l'on compte inclure dans le forfait. On peut débattre notamment de l'opportunité de l'intégration des coûts indirects (issus des calculs de la comptabilité analytique). Si toutefois les coûts indirects étaient intégrés, faudrait-il également y inclure le coût de fonctionnement du dispositif spécifique d'accueil des patients non-résidents ? A terme, on peut imaginer l'établissement d'une tarification spécifique destinée aux étrangers.

## 2. Formalisation du réseau d'acteurs impliqués

Dans chaque établissement, des correspondants de l'organe national devront être désignés, tant la direction générale pour le Comité d'orientation que les services d'admissions pour le traitement des questions administratives en lien avec la cellule opérationnelle.

Il convient ensuite d'organiser un travail en réseau en amont et en aval des prises en charge. A cet égard, il pourra être utile de s'inspirer du modèle de l'Etablissement Français des Greffes ou de celui de la Chaîne de l'Espoir

## 3. Définition de l'articulation du fonds de solidarité sanitaire avec les systèmes épars de financement existant actuellement

Il conviendrait de définir les modalités d'articulation du dispositif préconisé avec les diverses procédures de financement existantes (interventions discrétionnaires du ministère des Affaires Etrangères ou exceptionnelles du ministère de la Santé). Il faudrait imaginer également l'articulation du fonds sanitaire avec le dispositif existant d'aide médicale Etat en place depuis la loi relative à la CMU. Pour certaines des procédures existantes, il pourrait être pertinent d'intégrer les lignes budgétaires correspondantes au fonds de solidarité sanitaire.

Enfin, les critères de résidence mériteraient d'être précisés, afin de déterminer qui peut prétendre à la CMU et qui est plutôt concerné par l'intervention du fonds sanitaire.



#### 4. Standardisation des procédures

Les pratiques administratives d'accueil des patients non-résidents devront être harmonisées pour une meilleure rapidité des procédures. Il faudra également standardiser les cas de refus d'admission pour éviter les pertes de temps lourdes de conséquence et, le cas échéant, réorienter les patients en lien avec la cellule opérationnelle.

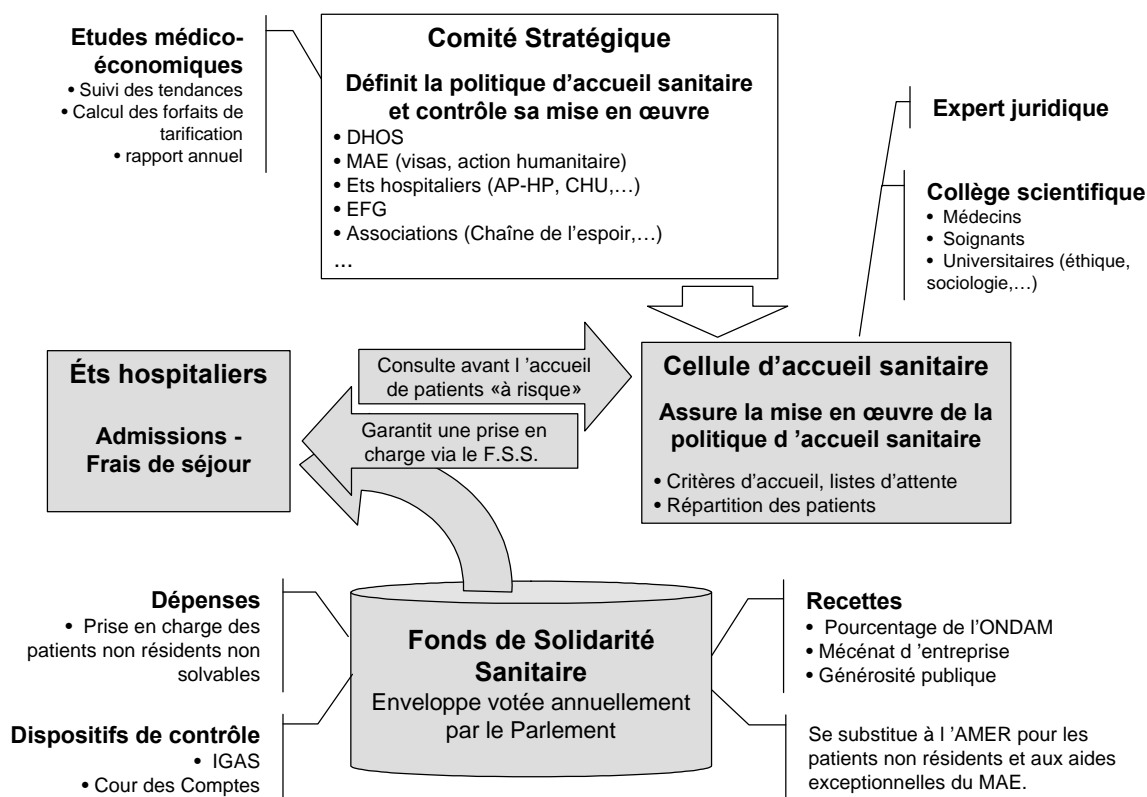
#### 5. Définition d'une politique de communication

Ce dispositif ne peut fonctionner que s'il est suffisamment connu. Il convient de prévoir un exposé du dispositif proposé qui soit clair, lisible, et pédagogique, et de réfléchir au degré adéquat de diffusion : auprès des ambassades, des hôpitaux (admissions-frais de séjour, services sociaux), associations, sociétés de prestations de type ISM Interprétariat...

La France pourrait également contribuer à la préparation d'une meilleure coordination au niveau européen de la question sanitaire. Cet engagement paraît d'autant plus opportun au vu de l'évolution de la jurisprudence européenne en matière sanitaire, privilégiant la liberté de circulation des patients et donc la concurrence entre établissements hospitaliers.

### § 4. Schéma de synthèse

Le dispositif proposé peut être schématiquement représenté ainsi :



**Figure 18**  
**Proposition de réorganisation des modalités d'accueil des patients non-résidents**

### **Section 3 - Deux corollaires indispensables à la mise en œuvre de la stratégie d'accueil des patients non-résidents**

L'accueil des patients non-résidents doit avoir deux corollaires. Tout d'abord, l'accueil des patients non-résidents soulève un certain nombre de questions pratiques très spécifiques : établissement de devis, traductions... Les conditions d'accueil des patients non-résidents dans les structures sanitaires peuvent probablement être améliorées afin de répondre le plus efficacement possible à ces questions pratiques. Ensuite, il faut être conscient du caractère partiel de cet engagement sanitaire en France. Celui-ci doit être complété par une action de coopération sanitaire avec les pays demandeurs.

#### **§ 1. L'amélioration de l'accueil des patients non-résidents dans les établissements**

Il convient de se doter de possibilités d'un accueil amélioré pour les patients non-résidents. L'objectif de ces améliorations est double : il en va tout d'abord d'un plus grand respect des droits du malade sans condition de nationalité ; ensuite, cette amélioration pourra contribuer à séduire une clientèle solvable.

##### **1. Un accueil amélioré pour les non-résidents**

L'expérience des cellules d'accueil spécifiques montre le rôle essentiel que peuvent jouer des « référents –étrangers » aux admissions et dans les services de soins. Ces référents auraient pour rôle d'être vigilants quant à la délivrance de l'information, la bonne réalisation des devis et des avis médicaux.

Il convient également de souligner l'importance de l'interprétariat<sup>125</sup>, par des interprètes à demeure ou sur intervention ponctuelle, in situ ou par téléphone.

Afin de limiter la durée du séjour, le circuit du patient doit être rationalisé et organisé de façon claire et transparente. Cela requiert certains efforts, par exemple en termes de regroupement des examens (cf expérience de la Chaîne de l'Espoir).

Il est enfin nécessaire de développer les formules alternatives à l'hospitalisation avant et après l'intervention telles qu'elles existent pour la Chaîne de l'Espoir dans des familles d'accueil; et de veiller à l'accueil et à l'hébergement des familles (cf. Maison des Parents à Saint-Vincent de Paul ; lits d'accompagnant dans certaines chambres de l'hôpital Européen Georges Pompidou).

Sur tous ces points, il semble nécessaire de prévoir des formations spécifiques, en particulier pour les référents proposés précédemment, portant sur différents thèmes tels que les droits des malades, les droits des étrangers, les droits des étrangers malades, les modes de financement, le fonctionnement du dispositif d'accueil hospitalier des patients non-résidents, les interlocuteurs au sein du dispositif et le rôle de chacun.

---

<sup>125</sup> Entretiens avec ISM interprétariat. Voir témoignage en annexe. [entretien O1] [annexe 1]

## 2. Les objectifs de ces améliorations

### *2.1. un meilleur respect des droits du malade sans condition de nationalité*

Le séjour doit correspondre aux normes de qualité imposées aux hôpitaux dans le cadre de la démarche d'accréditation, respecter les droits énoncés dans la charte des droits du patient hospitalisé en termes de respect de la dignité, de la culture et des croyances, mais aussi être adapté aux impératifs découlant de la jurisprudence médicale des juges administratif et judiciaire en termes de « consentement éclairé ».

Ainsi, tout patient accueilli dans le système sanitaire français doit être soigné dans le respect de ses droits les plus élémentaires et des grands principes du service public hospitalier : égalité, continuité, universalité, qualité des soins, prise en compte de l'urgence, écoute de la douleur et recours aux soins palliatifs. Les besoins en suivi postopératoire doivent être évalués dans le cas d'un patient non-résident tout autant qu'ils le seraient pour un patient résident.

### *2.2. Séduire une clientèle solvable*

L'amélioration de l'accueil est enfin une condition pour que les hôpitaux français puissent satisfaire une clientèle internationale solvable, à la recherche non seulement d'excellence médicale mais aussi de performance en matière d'accueil.

## **§ 2. Une diplomatie sanitaire tournée vers les pays étrangers**

Les structures sanitaires visitées dans le cadre de cette recherche ont exprimé un véritable souci de solidarité internationale. De nombreux interlocuteurs ont manifesté la volonté de donner à cette solidarité une expression concrète. Mais les interlocuteurs ont toujours montré qu'ils étaient conscients des limites de leurs possibilités d'action. En effet, le rôle des structures sanitaires françaises face aux inégalités sanitaires mondiales ne peut qu'être limité. Il convient de compléter ce dispositif d'accueil des patients non-résidents par une action sur place, dans les différents pays concernés, en fonction de leurs besoins.

### 1. Une limite évidente à l'action sanitaire en France : les déterminants de la santé publique des pays d'envoi

Les oesophagoplasties réalisées pour des enfants en provenance du Maghreb à l'hôpital Saint-Vincent de Paul en sont une illustration. La nécessité de remplacer l'œsophage fait suite à l'ingestion de produits toxiques tels que la soude. En France, la mise sur le marché de flacons sécurisés a rendu rare ce type d'accidents domestiques. En revanche, ces précautions d'emballages ne sont pas respectées dans de nombreux pays du Tiers-

Monde<sup>126</sup>. Alors que l'oesophagoplastie n'est que rarement pratiquée sur les petits enfants résidant en France, le besoin est réel dans certains pays étrangers. Il apparaît que les possibilités de techniques médicales françaises sont un début de solution. Toutefois, la véritable solution ne réside-t-elle pas dans l'amélioration de la santé publique dans les pays concernés ? En l'occurrence, ne conviendrait-il pas d'étendre à de nouveaux pays les standards européens de sécurisation des produits susceptibles d'être manipulés par des enfants ?

Ainsi, ce qui paraît déterminant dans l'état de santé des patients non-résidents, ce sont souvent les conditions de santé publique de leur pays d'origine. Or, les structures sanitaires françaises n'ont pas pris en compte les déterminants de santé publique des autres pays : il en va ici de l'éternel débat concernant les limites de la médecine humanitaire. Il y a donc une nécessaire modestie à avoir quant au rôle des hospitaliers français.

### 1.1. Un constat largement partagé

Dans un récent ouvrage, deux chercheurs en santé publique se font l'écho de cette problématique : *“Les (...) facteurs déterminant la situation sanitaire des populations (...) sont essentiellement politiques. L'environnement écologique, économique et social est le produit de rapports de forces internationaux, nationaux ou internes aux entreprises, dans lesquels les enjeux de santé publique sont loin d'être prioritaires. Le politique est un système aporétique, contradictoire, où des enjeux paradoxaux s'affrontent qui conduisent à se demander si jamais aucun Etat pourra reconnaître la santé comme une valeur à défendre face à d'autres valeurs qui peuvent être, à volonté, la puissance de la nation, sa productivité, sa compétitivité. Les politiques de santé ne sauraient donc se concevoir en dehors d'une réflexion et d'un engagement de l'Etat et des décideurs politiques portant sur les conditions favorables à la vie des humains. N'est-ce pas pourtant l'ambition de la santé publique?”*<sup>127</sup>

Dès 1990, la direction des Hôpitaux soulignait<sup>128</sup> la limite à l'intervention hospitalière française : *« Le problème posé par les malades soignés dans nos hôpitaux en raison de l'insuffisance de moyens techniques, médicaux et humains capables de leur apporter un traitement approprié, ne peut être traité dans un cadre seulement national.*

*Révéléateur des différences importantes qui existent dans le niveau de développement économique de notre pays et des pays du Maghreb et d'Afrique, notamment, celui-ci requiert*

---

<sup>126</sup> [entretien G1]

<sup>127</sup> Livre de P. Lecorps, J.-B. Paturet, « Santé publique, du biopouvoir à la démocratie », ENSP, 1999 [ref.bibl.n°13]

<sup>128</sup> [ref.bibli.n°40]

*de la part de la France et de la communauté européenne une action à long terme de coopération internationale scientifique et médicale en faveur de ces pays ».*

Jonathan Mann <sup>129</sup>, ancien professeur de Santé publique et Droits de l'Homme de l'Université de Harvard, rappelle que : « *Chaque fois que l'on améliore les conditions de réalisation des droits de l'Homme, on contribue à mettre en place les bases d'une politique de santé publique efficace. De ce point de vue, la Déclaration d'Alma-Ata du 12 septembre 1978 constitue une précieuse référence :*

*" Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables, et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays. "*

*Nous comprenons le sens politique de l'action conduite dans les projets de santé publique, mais aussi la nature des obstacles qui s'opposent à nombre de nos projets. Les questions de santé ne sont pas réductibles à leur seule dimension médicale. Le niveau de santé d'une population constitue l'expression patente d'un cumul de dysfonctionnements qui aboutissent à un stade catastrophique, dès lors que les personnes n'ont plus même les moyens de vivre.»*

## *1.2. L'exemple du Sida*

L'hôpital Rotschild <sup>130</sup> reçoit de nombreux malades porteurs du VIH dans son service des maladies infectieuses et tropicales. Ceux-ci reçoivent des médicaments souvent distribués en ambulatoire. Une ordonnance revient environ à 5 000 francs par mois, à vie. Ces dispensations médicamenteuses posent des problèmes de financement, à hauteur de 800 000 francs à 1 million de francs par an. Au mois de juin 2000, l'hôpital en était déjà à 635 000 francs de créances irrécouvrables.

La seule solution trouvée par la direction des Finances de l'hôpital Rotschild, pour financer les factures provenant de patients non-résidents non solvables, est de solliciter une aide exceptionnelle du ministère de la Santé, pour les dossiers les plus importants en volume financier (notamment le cas d'un patient ivoirien dont la facture s'élève à 300 000 francs).

Mais l'on voit très bien que la question du SIDA dans les pays d'Afrique ne sera pas réglée par l'action du seul hôpital Rotschild. L'actuelle mobilisation internationale sur ce thème montre qu'il s'agit d'enjeux extrêmement complexes et larges, et à quel point il est important de conjuguer les différentes formes d'interventions sanitaires auprès du public des non-

---

<sup>129</sup> Aujourd'hui décédé. Cité dans le manuel « Droits de l'Homme et Pratiques soignantes » [ref.bibl.n°6]

<sup>130</sup> Entretien avec le directeur des Finances de cet établissement [entretien E6]

résidents : l'engagement sanitaire international de la France sur le territoire national mais aussi dans les pays concernés.

## 2. Action devant être combinée avec une action sur place : les dispositifs existants

Ainsi, soigner les patients non-résidents, c'est aussi agir sur les déterminants sanitaires du pays en question : cela veut dire aller opérer localement, développer les moyens et structures sanitaires sur place, former les équipes du pays, et enfin aider les pays concernés à mieux maîtriser les déterminants fondamentaux de leur santé publique.

Les actions de coopération internationale sont nombreuses à l'AP-HP et ont justifié la création au siège d'une Direction des Affaires internationales<sup>131</sup>. Ces activités englobent les coopérations médicales et scientifiques, les coopérations institutionnelles et les actions internationales dans des domaines tels que les soins infirmiers, la gestion, la maintenance d'équipements, la formation<sup>132</sup>.

Ces interventions de l'AP-HP sont financées à plus de 90% par des organismes tiers : l'Union européenne, le ministère des Affaires étrangères, le ministère de l'Economie et des Finances, la Banque mondiale, l'OMS, la Caisse française de Développement. L'AP-HP est un opérateur reconnu de ces financeurs pour ses compétences médicales. La direction des Affaires internationales de l'AP-HP est depuis 1992 le seul centre collaborateur de l'OMS pour les hôpitaux en France : elle a été reconduite dans cette mission pour 1998-2000. En 1998, 279 personnes, dont 86% de l'AP-HP, ont été envoyées pendant 1814 jours de mission dans 39 pays étrangers<sup>133</sup>.

On peut citer comme exemple la coopération franco-albanaise. L'AP-HP est intervenue dans la création du CHU de Tirana, la mise en place de l'Ordre des médecins albanais et la réorganisation de la Faculté de médecine. Des équipes parisiennes de médecins, infirmières, d'administrateurs, d'ingénieurs, d'architectes font des séjours réguliers à Tirana, en relation étroite avec le ministère de la Santé albanais<sup>134</sup>.

C'est parfois tout un service qui s'engage dans une action de partenariat. Ainsi, le service d'urologie de l'hôpital Cochin poursuit depuis plusieurs années une coopération avec

---

<sup>131</sup> Cité dans le livre de Dupont p. 33 [ref.bibl.n°5]

<sup>132</sup> A noter que depuis la loi de juillet 1991, la loi hospitalière donne mission aux centres hospitalo-universitaires de mener des actions de coopération internationale.

<sup>133</sup> Afrique du Sud, Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Bangladesh, Bolivie, Bosnie, Brésil, Bulgarie, Chili, Chine, Equateur, Espagne, Ethiopie, Hongrie, Israël, Italie, Kazakhstan, Liban, Luxembourg, Maroc, Mauritanie, Mexique, Moldavie, Palestine, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Sri-Lanka, Suède, Turquie, Vietnam, Zimbabwe (Données issues du Rapport AP-HP 1998) [ref.bibl.n°54]

<sup>134</sup> Cité dans « Accueilli et soigner : l'AP-HP, 150 ans d'histoire » [ref.bibl.n°1]

plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Mali, Côte d'Ivoire, Togo, Gabon). Dans un premier temps, les infirmières et les médecins de l'hôpital africain viennent se former à Cochin pendant 6 mois ou un an. De retour dans leur pays, ils évaluent le matériel nécessaire à leur activité et l'équipe de Cochin recherche, recycle et expédie le matériel adapté à ces demandes. Une équipe parisienne de plusieurs dizaines de membres (personnel médical et non-médical) se rend sur place pour une durée d'une semaine, opère des patients sélectionnés suivant un programme établi à l'avance, fait le point sur l'état et l'utilisation du matériel envoyé. Au Togo, la mission parisienne a procédé à l'équipement d'ambulances chirurgicales destinées à parer à l'enclavement de plusieurs villages.

A noter qu'une association comme la Chaîne de l'Espoir complète son action en France par une action dans les pays mêmes. Les médecins font le voyage pour aller opérer sur place certains enfants ou pour déterminer quels sont les enfants qui devront entreprendre le voyage sanitaire.

Les flux de patients non-résidents nous rappellent que l'écart des performances entre les systèmes sanitaires des pays développés et ceux du Tiers-Monde ne peuvent pas s'accroître indéfiniment.

Les pays développés disposent d'une médecine performante, mais pour un coût de plus en plus élevé, qui attire les patients en provenance de pays ne disposant pas de telles ressources médicales. Le prix que ces patients consentent à payer (ou qui est pris en charge par leurs organismes nationaux) prive leur pays d'origine de ressources utiles au développement de leur propre système sanitaire. Cette logique contribue à creuser le fossé entre les systèmes sanitaires.

Les politiques de coopération sanitaire contribuent à réduire ce fossé. Toutefois, elles ont parfois des effets pervers, notamment lorsqu'elles conduisent à la création de « filières » telles qu'elles ont été étudiées dans le chapitre préliminaire de ce mémoire. Les médecins étrangers formés en France, n'ayant pas à leur disposition dans leur pays les plateaux techniques les plus modernes, vont chercher à en faire bénéficier leurs patients dans le cadre de « voyages sanitaires ».

Une première réaction envers ces phénomènes pourrait consister pour les pays en voie de développement à limiter le flux de patients à destination de pays étrangers comme la France. C'est la politique mise en œuvre par certains organismes de sécurité sociale de pays comme la Tunisie par exemple, qui cherchent à préserver les ressources disponibles pour leur système sanitaire national. Une telle solution se fait cependant au détriment de la prise en charge de certains patients.

Dans les pays développés, la nécessaire réflexion qu'il convient de mener concerne la question du partage des richesses sanitaires. Selon le Professeur Sicard, président du

Conseil National Consultatif d’Ethique, on ne peut séparer la question de la prise en charge des patients non-résidents de celle du « gâchis » perpétré au profit des patients résidents. Il y a vraisemblablement un excédent à dégager de nos pratiques dispendieuses (multiplication des explorations fonctionnelles dont l’utilité n’est pas toujours prouvée, travaux d’imagerie redondants et analyses superflues ; anarchie des prescriptions...). N’est-ce pas là l’occasion de réfléchir à la rationalisation globale des prestations dispensées par l’hôpital public ? A partir de ces économies, il serait envisageable d’aider les pays du Tiers-Monde : « *la générosité paie quand c’est une générosité partagée* »<sup>135</sup>.



---

<sup>135</sup> Entretien avec le Pr Sicard [entretien P2]



*« C'est un sujet difficile car nos préoccupations financières communes doivent rester compatibles avec le caractère humanitaire de notre mission de soins et la réputation internationale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. »*

Courrier du Directeur général de l'AP-HP, François Stasse, à l'attention des chefs d'établissement, le 19 juillet 1990.



## **CONCLUSION**

### **Section 1 - France, terre d'accueil sanitaire**

A l'issue d'une année de recherche, les résultats obtenus confirment les hypothèses proposées initialement et soumises au directeur de recherche du DEA à l'Université de Nanterre comme à la commission d'agrément des mémoires de recherche de l'École Nationale de la Santé publique.

L'étude menée a permis de mettre en évidence certains dysfonctionnements de l'organisation globale de l'accueil des patients venus de l'étranger et a été l'occasion de proposer des pistes de réorganisation.

#### **§ 1. Mémoire et méthode : bilan**

##### **1. Le traitement du sujet**

Le cas des patients non-résidents soignés à l'hôpital public français méritait d'être étudié pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce qu'il s'agit d'un phénomène peu connu bien que notable. Ensuite, parce que ces patients voient leur spécificité peu prise en compte, bien que cela puisse être constitutif de mauvaises pratiques hospitalières. Enfin, l'étude de ce sujet, aux "frontières" du système sanitaire, peut être instructive sur le système hospitalier dans sa globalité.

##### **2. La construction d'une analyse et la formulation de pistes d'amélioration**

L'objectif de cette étude, après avoir cerné les raisons qui font de l'accueil des patients non-résidents une question sensible et complexe, était de justifier et de proposer une nouvelle organisation globale de l'accueil des patients non-résidents. Ce "discours" n'a été rendu possible qu'après l'analyse complète des matériaux réunis pour l'étude.

La problématique générale, l'analyse des enjeux, les propositions finales ont évolué au fil des entretiens menés. Les propositions ont ensuite été soumises aux interlocuteurs susceptibles de pouvoir les commenter.

##### **3. Les difficultés rencontrées**

Une première difficulté de ce travail résultait de la pluridisciplinarité de l'approche devant être menée. Ce travail s'inscrit certes dans une démarche juridique, centrée sur les droits de l'Homme et les libertés publiques. Mais il se devait également d'intégrer des approches médicale, statistique et épidémiologique, sociologique et anthropologique, philosophique et éthique. Le choix de la pluridisciplinarité a paru indispensable, au risque pour cette étude de se transformer en une mosaïque éparse, peu réutilisable pour les travaux postérieurs. Mais c'est de la pluridisciplinarité seule que pouvait émerger un discours éclairant.

La seconde difficulté était la confidentialité du sujet. Il n'y a aucun écrit de synthèse sur ce thème, ni aucune recherche récente d'envergure. Corollairement, ce travail a parfois suscité pendant sa réalisation doute et scepticisme auprès de certains interlocuteurs rencontrés. Il a donc fallu surmonter l'absence de références et le manque d'intérêt parfois perceptible au sein du milieu hospitalier. Toutefois, il ne s'agissait pas de prendre ces données comme des obstacles insurmontables mais plutôt comme des variables supplémentaires.

Ainsi, ce mémoire doit être vu comme le défrichage d'une "terra incognita" et jugé comme tel.

## **§ 2. Les principaux résultats**

Si l'accueil des patients non-résidents reste une réalité observable au vu des données statistiques disponibles (environ 6 500 séjours-hôpital en 1998 de patients non-résidents selon les données Infocentre, soit 0,75% du nombre total de séjours à l'AP-HP), son volume connaît depuis plusieurs années une baisse non négligeable. En effet, en dix ans, le volume de cette catégorie de patients a pratiquement baissé de moitié. D'après les données issues d'études publiées<sup>136</sup>, on comptait 14143 séjours (court et long séjour) d'étrangers non-résidents à l'AP-HP en 1996 ; pour la même catégorie, on comptait 31 910 séjours en 1986. Pour partie, cette baisse peut s'expliquer par la politique de l'AP-HP et de ses autorités de tutelle. En effet, pendant plusieurs années, restreindre l'accueil des patients non-résidents est apparu comme une solution au problème récurrent de constitution d'un stock de créances irrécouvrables très élevé. Ce stock s'élevait au 31 octobre 1999 à un peu plus d'un milliard de francs et comprend une part importante de non-valeurs (663 MF).

Or, les modalités choisies de restriction de l'accueil sanitaire ne vont pas sans soulever de difficiles questions éthiques mais aussi juridiques. Ainsi, les restrictions de cet accueil n'obéissent à aucun critère médical précis. L'admission de certains patients sera acceptée, alors que l'intervention médicale ou chirurgicale n'est pas forcément promise à un fort taux de succès, tandis que celle d'autres patients sera refusée. Ce système non seulement semble entrer en contradiction avec le principe d'égalité applicable dans le cadre du service public hospitalier, mais de plus crée des situations éthiquement très difficiles à vivre pour les équipes hospitalières, surtout lorsque des décisions aux conséquences parfois fatales doivent être prises dans une certaine solitude.

En outre, ces situations ne vont pas sans créer des difficultés juridiques, comme il a été vu dans le cadre de la jurisprudence la Cour administrative d'appel de Paris en 1998 : le juge n'a pas hésité à imputer à l'AP-HP la responsabilité des retards causés par la procédure de vérification préalable de la prise en charge financière du séjour d'une patiente algérienne.

Enfin, cette diminution drastique du recrutement international de l'AP-HP a des conséquences fâcheuses sur le rayonnement international de la médecine française. Les

---

<sup>136</sup> Article Dupont-Thélot [ref.bibl.n°120]

« filières » traditionnelles sont aujourd'hui, semble-t-il, concurrencées par de nouveaux circuits sanitaires internationaux en direction de l'Afrique du Sud, ou encore de Londres. Cela ne va pas sans entrer en contradiction avec les missions spécifiques de l'AP-HP en matière d'action internationale, qui justifie pour partie son statut dérogatoire par rapport aux autres établissements hospitaliers dits du « régime général ».

Dans la mesure où le contexte national est en train de se modifier (retour de la croissance, affirmation sans cesse renouvelée des droits de l'Homme et notamment au niveau européen, développement du concept de démocratie sanitaire sans condition de nationalité, mais aussi montée en puissance du sentiment de solidarité envers les pays sanitaires défavorisés, cf. la conférence de Durban), il semblerait judicieux de considérer différemment la question de l'accueil des patients non-résidents. La possibilité de continuer à donner une envergure internationale à la médecine hospitalière française devrait être perçue comme une opportunité, et pas une charge. Cette possibilité pourrait même être un des axes de développement de la diplomatie française.

### **§ 3. Les propositions**

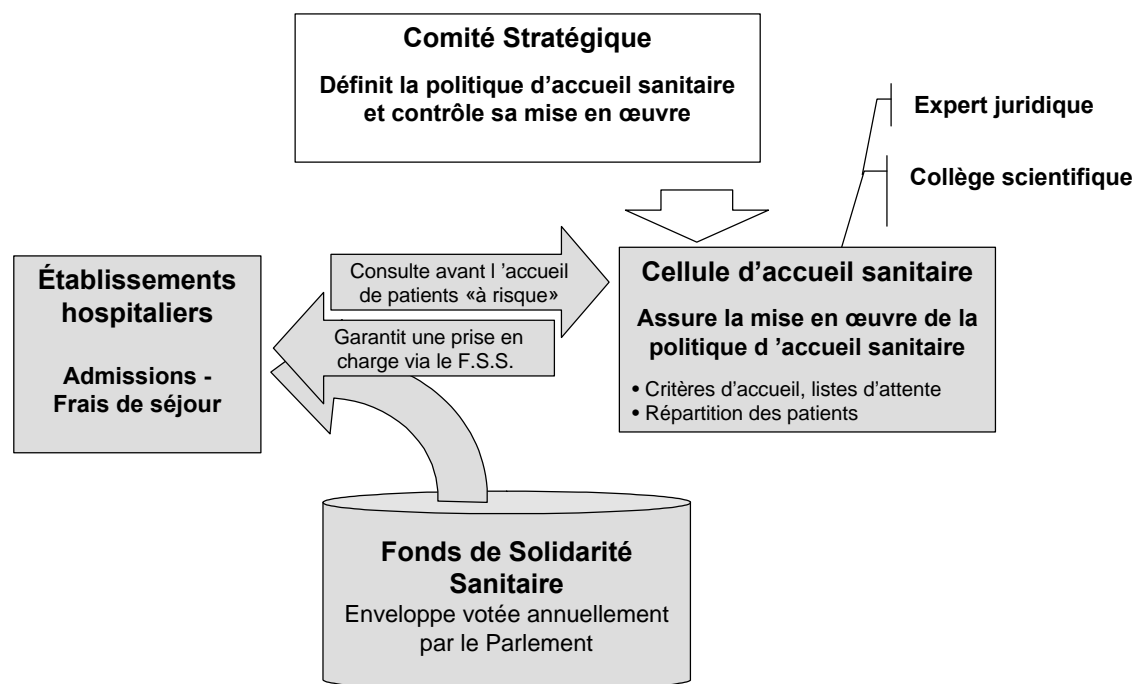
C'est au vu de ces éléments qu'on a été formulées diverses propositions visant à modifier le circuit d'accueil des patients non-résidents dans les hôpitaux en général et à l'AP-HP en particulier. Ces propositions s'inspirent de modèles de régulation déjà existants dans certains secteurs de prise en charge : l'Etablissement Français des Greffes, la Chaîne de l'Espoir pour la chirurgie pédiatrique, la cellule d'accueil des étrangers à Broussais pour le volet médico-administratif.

Ces propositions peuvent être synthétisées :

- Une formulation de critères médicaux et éthiques présidant à l'admission des patients non-résidents en France, tels qu'ils existent déjà dans le cadre des transplantations d'organes organisées par l'EFG et de la chirurgie pédiatrique organisée par la Chaîne de l'Espoir ;
- La création d'un fonds unique de financement avec clarification des critères se substituant aux divers dispositifs de financement existants ;
- La formalisation du réseau entre les interlocuteurs spécialisés et harmonisation des pratiques d'admission des patients non-résidents ;
- Une politique de communication pour un développement de ce dispositif dans la transparence et le respect du principe d'égalité ;
- La généralisation de cellules d'accueil spécialisées dans les établissements pour servir de relais à ce dispositif, sur la base de l'expérience de la cellule d'accueil des étrangers de l'hôpital Broussais ;

- Une articulation de ce dispositif avec les moyens consacrés aux interventions diplomatiques sanitaires tournées vers l'international.

#### § 4. Schéma de synthèse des propositions



**Figure 19**  
Représentation synthétique des propositions de réorganisation des modalités d'accueil des patients non-résidents

## Section 2 - Pour aller plus loin : pistes en vue d'une étude doctorale

### § 1. Propositions de pistes de poursuite de l'enquête

Les données utilisées dans le cadre de cette étude méritent d'être croisées, confrontées, et affinées. Le travail présenté ici n'est qu'une introduction à ce qui pourrait être fait ultérieurement : l'analyse médico-économique plus fournie des flux de patients non-résidents, l'élaboration d'éléments de stratégie sanitaire internationale, la définition précise du fonds de financement, de son mode de gestion et des critères d'attribution.

Cette étude nécessiterait notamment d'être complétée par une analyse précise du fonctionnement des grands CHU de province dans le cadre de l'accueil des patients non-résidents et par une analyse des systèmes étrangers : Royaume-Uni, Allemagne, Belgique, Suisse, Etats-Unis.

L'étude précise du cas allemand semble nécessaire : on a vu que la législation récente portant réforme du système sanitaire allemand prévoyait, outre le passage à un financement à la pathologie, un traitement budgétaire particulier des soins aux patients non-résidents. L'objectif de cette législation est de ne pas grever les indices de productivité des

établissements, tout en laissant la possibilité aux établissements de développer leur clientèle internationale. Le traitement budgétaire et financier des soins aux patients non-résidents se fera selon des modalités spécifiques. Il y a certainement dans l'exemple allemand de riches enseignements pour le système sanitaire français actuellement en mutation.

Cette étude mériterait également d'être complétée par des entretiens supplémentaires tant au niveau de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie que de la direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins (anciennement direction des Hôpitaux au sein du ministère en charge de la Santé), mais aussi avec les représentants d'associations spécialisées, avec les correspondants médicaux de certaines ambassades ou encore de consulats. Il conviendrait aussi de rencontrer les responsables du ministère de l'Intérieur chargés de suivre la question des titres de séjour délivrés aux étrangers pour motifs médicaux.

Enfin, il conviendrait de compléter ces résultats par une présentation des réactions qu'ils suscitent auprès de la Direction générale de l'AP-HP, afin de connaître la position de celle-ci quant à l'éventuelle opportunité d'une stratégie médicale d'accueil des patients non-résidents à l'AP-HP.

## **§ 2. Propositions de protocole de recherche statistique : Infocentre combiné aux extractions des autres logiciels de l'AP-HP**

1. Le travail effectué dans le cadre de cette étude : exploitation d'études partielles déjà réalisées et exploitation inédite des données fournies par Infocentre

Cette étude comporte un volet analytique exploitant des études déjà réalisées. Elle s'appuie aussi sur une exploitation inédite des données fournies par le nouveau système d'information utilisé à l'AP-HP, Infocentre. Cette application informatique permet de faire des extractions d'informations issues du PMSI.

Ces études ont permis de dire quelles étaient les raisons médicales des séjours réalisés par les patients non-résidents. Il s'agissait par ce moyen de donner une vision médico-économique de la venue des patients non-résidents. Ainsi, il apparaît que ceux-ci viennent en priorité pour des interventions ou prises en charge lourdes, comme la chimiothérapie, les greffes, la chirurgie cardiaque, ou encore les dialyses. Il est possible de valoriser économiquement ces séjours, puisque ces résultats sont classés par GHM dont on connaît la production moyenne en points ISA<sup>137</sup>. En multipliant le résultat de cette « production » par le coût moyen du point ISA, on peut savoir ce que représente l'accueil des patients non-résidents en dépenses.

---

<sup>137</sup> Cf. note n°20 en introduction.

## 2. Le travail supplémentaire pouvant être envisagé et ses limites au vu du système d'information actuel de l'AP-HP

Il serait utile pour le gestionnaire hospitalier de connaître les résultats d'un calcul médico-économique affiné des séjours de patients non-résidents afin d'évaluer les flux de patients non-résidents, classés par pays de provenance, et par pathologies, avec une valorisation en points ISA<sup>138</sup>. Ensuite, il convient de croiser avec les données de facturation en déterminant le montant des factures ainsi que la proportion de recouvrement effectif<sup>139</sup>.

Ces données réunies permettront de construire un tableau médico-économique des grandes pathologies concernées dans le cadre des séjours de patients non-résidents, par pays de provenance (les fameuses « filières ») faisant figurer également le risque d'irrecouvrabilité défini par filière.

Ces éléments n'ont pas été calculés à l'occasion de cette étude. En effet, Infocentre ne donne pas la possibilité d'un tel croisement des données. Pour cela, il faudrait recueillir chaque type de données pour chacun des 50 établissements de l'AP-HP, puis faire les croisements manuellement. Dans l'état actuel des possibilités permises par les systèmes d'information, cela représente un travail important.

## 3. Les possibilités futures du système d'information

Toutefois, les évolutions prévues du système d'information laissent entrevoir de nouvelles opportunités en matière de recherche.

### *3.1. La possibilité d'un croisement des données : vers la connaissance détaillée de tout séjour, notamment de ses coûts globaux (directs et indirects)*

Le projet actuel de construction d'une « datawarehouse » au sein de l'AP-HP serait la clef de voûte à venir du système d'information de l'AP-HP. Conçu comme un achèvement de ce qui avait été entamé avec Infocentre, la « datawarehouse » permettrait ce croisement des données, dont on a vu qu'il serait nécessaire à une analyse médico-économique fine de chaque filière et à la connaissance précise du risque d'irrecouvrabilité.

### *3.2. La possibilité d'une traçabilité totale de tout patient (séjour, coût, facturation) et la construction d'un outil d'aide à la décision stratégique*

Cette possibilité donnée par la « datawarehouse » facilitera de toute évidence les études rendues nécessaires pour l'analyse stratégique des hôpitaux en général et l'AP-HP en

---

<sup>138</sup> Exemple : X patients en provenance du pays A viennent par an, pour un motif M, en direction de tel établissement H de l'AP-HP.

<sup>139</sup> Exemple : les X patients étudiés génèrent un total de Y francs de facturation dont un pourcentage P% est recouvré.



particulier : positionnement de son offre par rapport aux besoins et en fonction des moyens financiers alloués pour le fonctionnement.

Ces données à la disposition du gestionnaire hospitalier permettront de dire : « il convient que je me spécialise sur telle filière : il y a une réelle demande, que nous savons et pouvons satisfaire ». L'étape supplémentaire revient à en faire la démonstration chiffrée aux organismes de tutelles, et d'obtenir le financement y afférent, sur la base de la cellule d'accueil préconisée précédemment.

Est-ce à dire qu'il faut aller jusqu'à prévoir des quotas d'accueil, par pathologie et par type d'intervention, puis par pays ? Ce qui est envisagé pour l'immigration en général pourrait l'être pour l'accueil sanitaire en particulier. Cela paraît d'autant plus justifié qu'on raisonne en matière de médecine de façon plus évidente en situation d'économie limitée et de rareté.

Les critères de sélection étant établis a priori, ce type de régulation macro-économique aurait le mérite de la transparence et de gagner en équité.

### **Section 3 - La transparence en matière d'accueil des patients non-résidents en question...**

#### **§ 1. Un débat qui reste complexe**

##### 1. Dans un contexte délicat de débat relatif à la maîtrise de la pression migratoire

La question de l'hospitalisation des patients étrangers dans les hôpitaux français reste un sujet délicat. En effet, durant les débats législatifs en 1998 relatifs aux modifications de l'ordonnance de 1945 concernant l'entrée et le séjour des étrangers, la question médicale ainsi que celle de l'hospitalisation a souvent suscité des échanges vigoureux entre parlementaires.

Hugues Fulchiron, dans son ouvrage relatif à la réforme du droit des étrangers<sup>140</sup>, relate les conditions de vote de l'article prévoyant la délivrance de titres de séjour pour les étrangers résidants en France et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié « dans le pays dont il est originaire » :

*« Bien que le ministre ait souligné que seul un tout petit nombre d'étrangers était concerné par la mesure (en décembre 1996, seulement 1924 étrangers étaient titulaires d'une autorisation provisoire de séjour pour ce motif), les députés de l'opposition critiquèrent le caractère très vague de la nouvelle formule, dénoncèrent le coût d'une telle mesure (les députés ne cessèrent de réclamer un chiffrage des conséquences de la loi et l'évaluation de*

---

<sup>140</sup> [réf. bibl. n°8]

*son impact sur les comptes de la Sécurité sociale) et reprochèrent au gouvernement de créer un « appel d'air » en faveur de l'immigration des malades du monde entier... »*

Le journal officiel des assemblées du 12 décembre 1997 fait état de l'intervention d'un sénateur, déclarant : « *Votre texte, dont le titre aurait pu être « la France bradée », va encourager l'entrée massive des étrangers, constituer un appel à venir chez nous, saturer nos hôpitaux, nos crèches, nos écoles et nos banlieues. »*

Il y a donc une véritable difficulté à ne pas voir ces enjeux brouillés par le débat législatif relatif à l'immigration en général.

## 2. Un débat d'autant plus délicat qu'il en va de la santé des personnes

L'hospitalisation publique fonctionne sur la base de budgets dont les gouvernements successifs essaient de limiter la croissance. La saturation des hôpitaux, notamment des services d'urgence, ainsi que le manque de moyens, restent une préoccupation constante. Dans ce cadre, le service public hospitalier continue à délivrer des prestations de service recherchées et appréciées. Mais le fait d'accepter la venue de patients non-résidents dans les hôpitaux pose la question du partage de ces ressources sanitaires limitées.

Pourtant, il semble nécessaire que les hôpitaux de pays développés comme la France contribuent dans le cadre d'une politique de solidarité, à la réduction des inégalités sanitaires entre régions du monde ou entre pays qui ne peuvent, pour de multiples raisons, proposer certains types de prise en charge thérapeutique.

## **§ 2. Des avantages attendus de la transparence**

L'engagement des hôpitaux français envers les patients non-résidents existe déjà aujourd'hui sous des formes multiples (greffes, chirurgie infantile, chimiothérapies, dialyses ) dont les modalités varient.

Il semblerait qu'il y ait de nombreux avantages à rendre transparent cet engagement, en fixant officiellement des critères médicaux présidant à cet accueil. La formulation de tels critères permettrait d'en rendre les modalités plus équitables.

De plus, l'affichage d'un fonds de solidarité sanitaire permettrait non seulement au législateur de montrer l'engagement de la France, mais également de limiter le dispositif dans le cadre d'une enveloppe fermée, et révisable d'année en année.

### 1. Les réticences légitimes à court terme

De nombreux interlocuteurs semblent réfractaires à la formulation de critères médicaux présidant à l'accueil des patients non-résidents. Selon certains, la publicité qui en résulterait démultiplierait les flux de patients non-résidents et poserait à nouveau des problèmes de financement.

D'autres sont sceptiques quant aux possibilités de faire vivre un tel fonds de solidarité sanitaire. Son vote serait rendu impossible : les uns trouvant ses limites inacceptables et ridicules face à l'ampleur des besoins, les autres se battant contre son principe, qui veut que le montant de l'enveloppe est autant d'argent soustrait à la satisfaction des besoins nationaux.

Il a enfin été soulevé par certains qu'une meilleure connaissance des phénomènes serait préjudiciable à l'accueil des patients non-résidents : mieux connaître les données conduirait selon eux à susciter la volonté de restreindre les flux.

Une meilleure transparence pose ainsi des problèmes dans l'immédiat et ne sera certainement pas souhaitable pour les décideurs à court terme.

## 2. Les bénéfices attendus à plus long terme

Mais à plus long terme, notamment dans le cadre des évolutions que vit l'hôpital aujourd'hui, cette transparence est plus que souhaitable : elle est inéluctable.

L'évolution de la jurisprudence européenne en matière sanitaire va pousser à l'harmonisation des modes de financement des prestations sanitaires et à la comparaison des productivités (analyse comparative de la productivité des hôpitaux de différents pays par pathologie). La tarification à la pathologie appelle une individualisation des coûts et une meilleure connaissance de ceux-ci. Dans ce cadre, il vaut mieux essayer de cerner la charge globale que représente la prise en charge des soins aux non-résidents.

Il est à ce titre intéressant de voir l'évolution législative allemande concernant les hôpitaux : avec le passage d'une tarification à la pathologie, la question des soins aux patients non-résidents a été exclue des budgets globaux hospitaliers : un traitement budgétaire particulier est prévu pour les patients non-résidents afin que les soins qui leur sont dispensés ne grèvent pas la productivité des établissements, tout en cherchant à développer la clientèle internationale.

De plus, la clarification des conduites à tenir en matière d'admission (critères médicaux) permettra de répondre aux aspirations des patients et de leurs familles et aux évolutions en matière de droits des malades.

Cela permettrait enfin de donner une définition claire du positionnement des hôpitaux français comme terre d'accueil sanitaire, et de contribuer au rayonnement international de la médecine française et de son système sanitaire mis en avant dans le dernier rapport de l'OMS.

## **Section 4 - Un enjeu stratégique pour l'AP-HP ?**

L'élaboration d'une véritable politique d'accueil des patients non-résidents fait aujourd'hui défaut au sein de l'AP-HP. Il n'y a pas même de connaissance analytique fine du phénomène. Pourtant, il y a dans l'attractivité internationale de l'AP-HP matière à valoriser le

savoir-faire de l'institution et des hommes qui la composent, comme à faire bénéficier au-delà des frontières nationales au plus grand nombre de méthodes et techniques médicales de pointe.

L'accueil des patients étrangers pourrait constituer un des axes stratégiques de la politique médicale de l'AP-HP dans le cadre d'une évolution future de sa structure. Cela peut justifier qu'une telle question soit étudiée, afin d'en évaluer la portée. L'avantage que pourrait en attendre l'institution serait un positionnement stratégique dans le cadre d'une mission internationale très spécifique qui lui est assignée et qui justifie encore aujourd'hui le statut dérogatoire dont elle bénéficie.

Toutefois, la question de l'hégémonie de l'AP-HP en la matière peut être posée. Bien que l'on assiste à une centralisation de fait au niveau des hôpitaux parisiens de l'accueil des patients non-résidents, il ne s'agit pas là d'un monopole. On peut tout à fait imaginer une répartition sur le territoire entre les différents hôpitaux de l'accueil des patients non-résidents. Les modalités de cette répartition restent encore à imaginer mais la répartition d'activité par grande spécialité semble envisageable.

## **Section 5 - Quel enseignement pour un directeur d'hôpital ?**

Ce travail a été l'occasion de recenser des expériences, des discours et des pratiques. Il a conduit à confirmer la certitude que le gestionnaire hospitalier a peu de prise sur de grands enjeux internationaux tels que les déterminants de la santé publique ou encore les inégalités sanitaires internationales. Toutefois, par sa capacité décisionnelle (refus ou admission d'un patient), le directeur d'hôpital reste partie prenante d'un dispositif : la multiplication de petites décisions peut jouer un grand rôle, dans le sens de la solidarité, comme dans le sens de la restriction.

Les services publics en général et le service public hospitalier en particulier doivent continuer à progresser tout en s'adaptant aux besoins. La suppression des frontières sanitaires en Europe, le phénomène de mondialisation associé à l'accroissement des inégalités au niveau international sont des défis auxquels l'hôpital doit pouvoir répondre à sa juste mesure, mais avec l'exigence de modernité et de technicité qui fait aujourd'hui sa légitimité incontestée.

Le gestionnaire hospitalier se doit d'être conscient des enjeux qui entourent la délivrance des prestations de soins et ce au-delà des frontières nationales.

Pour faire face à ces enjeux, il faut pouvoir prévoir, anticiper et gérer en connaissance de cause. La prise en compte des dimensions internationales, la formulation d'une véritable « diplomatie sanitaire », font certainement partie aujourd'hui des missions incombant aux responsables du système sanitaire. De la même manière que le médecin possède un savoir-faire dont le rayonnement est nécessaire, le service public sanitaire possède des techniques et outils qu'il convient de partager. Le directeur d'hôpital, est un maillon de la chaîne par

laquelle s'opère ce rayonnement, et ce d'autant plus significativement quand il s'agit d'une structure comme l'AP-HP dotée de moyens à la pointe du progrès, de spécialistes internationalement reconnus, d'un personnel nombreux.

Le sujet abordé dans ce mémoire est un sujet frontière. Traitant du système sanitaire selon un angle de vue périphérique, il n'en parle pas moins de la question sanitaire dans sa globalité. En particulier, ce thème a l'avantage de mettre en relief les tensions qui naissent entre les différentes facettes du métier de directeur d'hôpital. Celui-ci doit assurer la meilleure gestion des ressources qui lui sont allouées, mais aussi faire preuve de qualités humaines assez développées pour être à même d'appréhender ce qui fait la richesse de l'hôpital : son emprise sur des tranches de vie graves, pouvant aller jusqu'au diagnostic fatal. A la différence du cas des patients résidents, qui relèvent essentiellement de la « dotation globale », l'accueil des patients non-résidents pose de manière brutale au gestionnaire hospitalier la question du financement des soins. Elle illustre bien ce dilemme : refuser l'admission pour maintenir l'équilibre du budget ou admettre pour soigner ?



## **ENTRETIENS REALISES**

### **Section 1 - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)**

#### **§ 1. Direction d'Etablissement**

- **(A0) M. OMNES**, Directeur de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)

#### **§ 2. Droit hospitalier**

##### 1. Droit *des* malades

- **(A1) Mme CALINAUD**, département du droit des malades, AP-HP
- **(A2) Mme LAVOLLE**, Directeur adjoint chargé des Droits du Malade et de la Communication, groupe hospitalier Cochin / Saint-Vincent de Paul, AP-HP

##### 2. Affaires juridiques et frais de séjour

- **(B1) Mme PATERNE**, service du recouvrement -Frais de séjours, Direction des Affaires juridiques, AP-HP
- **(B2) Mme CAMPAGNE**, responsable des admissions, frais de séjours et traitements externes, Hôpital Saint-Vincent de Paul, AP-HP

#### **§ 3. Affaires internationales**

##### 1. Direction des Affaires internationales

- **(C1) Dr MONTAVILLE**, Directeur adjoint, Direction des Affaires internationales, AP-HP

#### **§ 4. Politique médicale**

##### 1. Direction de la politique médicale

- **(D1) Dr BURONFOSSE**, Délégation à l'information médicale et à l'épidémiologie, Direction de la politique médicale, AP-HP

#### **§ 5. Budget et Finances, Trésorerie générale**

##### 1. Budget et Finances

- **(E1) Mme GALLOUX**, chef du service d'analyse et de contrôle comptable, Direction des Finances, AP-HP

- **(E2) M. LE STUM**, bureau de la recette, et **Mme CAUDRON**, au sein du service d'analyse et de contrôle comptable, Direction des Finances, AP-HP
- **(E3) M. REY**, chef du service de l'analyse de gestion, Direction des Finances, AP-HP
- **(E4) M. ALEXANDRE**, bureau de la synthèse budgétaire, Direction des Finances, AP-HP
- **(E5) M. FRANDJI**, directeur adjoint chargé du Budget et de l'Analyse de Gestion, groupe hospitalier Cochin / Saint-Vincent de Paul, AP-HP
- **(E6) M. BONNEVIE**, Directeur adjoint chargé des Services économiques, financiers et de la Clientèle, hôpital Rothschild, AP-HP

## 2. Trésorerie générale

- **(F1) Mme BIZOUARN**, fondée de pouvoir du Trésorier-Payeur général, TPG auprès de l'AP-HP
- **(F2) Mme TRANCHANT**, responsable du recouvrement sur les organismes étrangers, TPG auprès de l'AP-HP

## § 6. Prise en charge des patients

### 1. Prise en charge par le corps médical

- **(G1) Dr HELARDOT**, chef du service de chirurgie viscérale, Hôpital Saint-Vincent de Paul, AP-HP

### 2. Prise en charge par les assistantes sociales

- **(H1) Mme FAYE**, responsable du service social, groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent de Paul, AP-HP

## Section 2 - Autres interlocuteurs

### § 1. Etablissement Français des Greffes ( EFG )

#### 1. Direction de l'EFG

- **(I1) Pr HOUSSIN**, directeur de l'EFG (entretien téléphonique)

#### 2. Régulation nationale

- **(I2) Dr ROMANO**, responsable du service de la régulation nationale, EFG

#### 3. Patients non-résidents

- **(I3) Mme DEBEAUMONT** et **Mme OLLIVIER**



## § 2. Autres structures sanitaires : IGR, HCL

1. Institut Gustave Roussy (IGR) : prise en charge des patients non-résidents

- **(J1) Pr HARTMANN**, oncologie pédiatrique

2. Hospices Civiles de Lyon (HCL) : Direction

- **(J2) Mme TOUSSAINT**, Elève Directeur, Hôpital de la Croix Rousse

## § 3. Ministère des Affaires étrangères (MAE)

1. Circulation des étrangers

- **(K1) M. LARROQUE**, chef de bureau, et **M. COUROUSSE**, au sein de la sous-direction de la circulation des étrangers, Nantes, MAE (entretiens téléphoniques)

2. Action humanitaire

- **(K2) MME VEYRET**, chef du service de l'Action humanitaire, MAE (échange épistolaire)

## § 4. Dispositifs d'accueil des patients étrangers

1. Accueil italien de l'hôpital Broussais

- **(L1) Mme PEZZELLA**, assistante au sein de la cellule d'accueil des italiens

2. Cellule d'accueil des étrangers de l'hôpital Broussais, AP-HP

- **(M1) M. MAZUER**, service des admissions - frais de séjour
- **(M2) Pr TOURNAY**, anesthésie-réanimation chirurgicale
- **(M3) Pr CHAUVEAU**, chirurgie cardiaque

3. Maison des usagers de l'hôpital Broussais, AP-HP

- **(N1) Mme DESCHAMPS**, Département des Droits du malade, hôpital Broussais (entretien téléphonique)

4. La Chaîne de l'Espoir

- **(N2) Pr DELOCHE**, responsable du service de chirurgie cardio-vasculaire, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Président de l'Association « la Chaîne de l'Espoir »

## **§ 5. Interprétariat**

### 1. Inter Service Migrants (ISM) -Interprétariat

- **(O1) M. TABOURI**, chargé de communication

## **§ 6. Ethique**

### 1. Espace éthique

- **(P1) Pr HIRSCH**, Responsable de l'Espace éthique de l'AP-HP, Hôpital Saint-Louis, AP-HP

### 2. Conseil National Consultatif d'éthique (CNCE)

- **(P2) Pr SICARD**, Président du CNCE, chef du service de médecine interne de l'Hôpital Cochin, AP-HP

## **§ 7. Enseignants - chercheurs à l'ENSP**

### 1. Laboratoire MATISS

- **(Q1) M. PEYRET**, Finances, Budget et Comptabilité hospitalière

### 2. Laboratoire POLITIS

- **(Q2) M. LECORPS**, Santé publique

## BIBLIOGRAPHIE

### Section 1 - Bibliographie Générale

- (1) **AP-HP**, Accueillir et soigner; l'AP-HP, 150 ans d'histoire, collection Histoire des Hôpitaux, Doin éditeurs, 1999
- (2) **AP-HP**, La Gestion des Dossiers d'Hospitalisation, , Doin éditeurs, 1994
- (3) **E. BALMIN ET E. VILLENEUVE**, Admission et hospitalisation : guide pratique à l'usage du personnel hospitalier, , Manuels B.-L. Santé, Berger-Levrault, 1997
- (4) **M. DUPONT & F. SALAÜN**, L'AP-HP, Que sais-je n° 3505, 1999
- (5) **M. DUPONT**, L'AP-HP Etablissement public de Santé après la loi du 31 juillet 1991, Dossiers de l'AP-HP, 1997
- (6) **ESPACE ETHIQUE, E. HIRSCH ET P. FERLENDER**, dir., AP-HP, Droits de l'Homme et pratiques soignantes. Textes de référence : 1948-1998, Doin éditeurs, 1998
- (7) **ETABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES**, Le droit, le prélèvement et la greffe,
- (8) **H. FULCHIRON**, Réforme du Droit des Etrangers, Carré Droit, Litec, 1999
- (9) **GISTI**, Entrée, Séjour et Eloignement des Etrangers après la loi Chevènement, Les Cahiers juridiques, novembre 1999
- (10) **GISTI**, Le Guide de l'Entrée et du Séjour des Etrangers en France, Guides SYROS, 4° édition, 2000
- (11) **GISTI**, Le Guide de la Protection sociale des Etrangers en France, Guides SYROS, 1997
- (12) **J. GROLIER**, Le Financement des Hôpitaux publics, éditions ENSP, 1998
- (13) **P. LECORPS, J.-B. PATURET**, Santé publique, du Biopouvoir à la Démocratie, éditions ENSP, 1999
- (14) **J. MANN**, dir., Santé publique et Droits de l'Homme, collection Espace éthique, 1997
- (15) **J. MOREAU, D. TRUCHET**, Droit de la Santé publique, Dalloz, 1997

### Section 2 - Mémoires de l'Ecole Nationale de la Santé Publique :

- (16) **D. DELETTRE**, Le maintien des étrangers pour raison médicale sur le territoire français, le rôle du médecin inspecteur de santé publique dans la procédure, MISP, avril 1999.
- (17) **O. GOMEZ**, L'amélioration du recouvrement des recettes aux Hospices civils de Lyon : le cas du centre hospitalier Lyon-Sud, EDH 95, décembre 1996.
- (18) **D. LAUNAY**, Amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients d'origine étrangère : l'exemple des hôpitaux de Saint-Denis, EDH 97, décembre 1998

- (19) **G. PICHON-NAUDE**, Le gestionnaire hospitalier face à la question de l'accueil des plus démunis et des créances irrécouvrables : quelles solutions au centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges ?, EDH 97, décembre 1998
- (20) **J.M. PRANDT**, Les étrangers à l'hôpital, EDH, 1965
- (21) **E. SVAHN**, L'Hospitalisation des Etrangers non-résidents (financement et prise en charge), EDH, août 1984

### **Section 3 - Mémoires de Facultés de Médecine de Paris**

- (22) **DR MAMBELLI ET DR MATOZZA**, L'émigration sanitaire des malades cancéreux italiens vers la France. Analyse concernant quatre ans de travail (1990-1994) des centres d'accueil médicaux italiens en région parisienne, D.U. de cancérologie clinique, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, 1994
- (23) **M. SPRANZI ZUBER**, Interprétariat, droits du malade et éthique de la communication, D.U. d'Éthique médicale, Faculté de médecine de l'Université de Paris XII, 1999

### **Section 4 - Législation - Réglementation**

- (24) Arrêté du 19 juillet 2000 du ministre de l'Emploi et de la Solidarité, relatif à la modification de l'arrêté du 31 décembre 1999 relatif à la fixation de la dotation globale et des tarifications applicables aux établissements relevant de l'AP-HP pour 2000, et de la répartition des crédits par groupe fonctionnel
- (25) Circulaire DSS/2A/DAS/DIRMI n°2000-382 du 5 juillet 2000 relative à diverses dispositions d'application des articles L.161-2-1, L.861-5 du Code de la Sécurité sociale, 187-3 et 187-4 du Code de la Famille et de l'Aide sociale (agrément des organismes et associations habilités à apporter leur concours pour les demandes de CMU et d'aide médicale; rôle particulier des organismes complémentaires; modalités de domiciliation des demandeurs et rôle des CCAS dans la transmission des demandes)
- (26) Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire)
- (27) Circulaire DAS/RV3/DIRMI/DSS/DH/DPM n°2000-14 du 10 janvier 2000 relative à l'Aide Médicale de l'Etat
- (28) Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (art. 32 relatif à l'Aide Médicale de l'Etat)
- (29) Arrêté du 30 août 1999 portant homologation des règles de répartition et d'attribution des greffons tissulaires prélevés sur une personne décédée ou recueillis au cours d'une intervention médicale en vue de greffe

- (30) Circulaire NOR/INT/D/98/00108/C du 12/05/1998 relative à l'application de la loi du 11/05/1998 (application de l'article 12 bis de l'ordonnance du 02/11/1945 : l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale indispensable en France reçoit une carte de séjour temporaire)
- (31) Loi n°98-349 du 11/05/1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (RESEDA) : titre I (dispositions modifiant l'ordonnance n°45-2658 du 02/11/1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France) article 5 - 11° alinéa, relatif aux étrangers malades
- (32) Circulaire NOR/INT/D/97/00104/C du 24/06/1997 relative au réexamen de la situation de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière; paragraphe 1.7 : les étrangers malades
- (33) Loi n°97-396 du 24/04/1997 portant diverses dispositions relatives à l'immigration. Titre 1 (dispositions modifiant l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France) article 10 : un 8° alinéa supplémentaire est inséré à l'article 25 de l'ordonnance du 02/11/1945 qui fixe la liste des étrangers ne pouvant faire l'objet d'une mesure d'expulsion ou d'un arrêté préfectoral de reconduite à la frontière
- (34) Circulaire interministérielle CP/D1/D2/DH/AF1/AF2 n°96-555 du 10 septembre 1996 relative à la prise en charge des patients étrangers
- (35) Circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés, contenant en annexe la charte du patient hospitalisé
- (36) Arrêté du 24/11/1994, relatif à la gestion de la liste nationale des patients susceptibles de bénéficier d'une greffe en application de l'article L. 673-8 du code de la santé publique
- (37) Arrêté du 18 août 1994 pris en application de l'article R. 714-3-21 du code de la santé publique fixant les tarifs de prestations en matière de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse
- (38) Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain
- (39) Circulaire DH/AF1/DAS/RV3 n°33-93 du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies
- (40) Lettre ministérielle du 27 avril 1990 relative à la situation de malades qui nécessitent des soins importants et coûteux ne disposant pas de couverture sociale
- (41) Circulaire n°217 du 30 octobre 1987 relative à l'application aux hôpitaux publics de l'accord international de rééchelonnement de la dette de certains pays africains
- (42) Circulaire DH/9 C n°208 du 16 septembre 1987 relative aux conditions de séjour dans les établissements hospitaliers français de malades d'origine algérienne

- (43) Circulaire n° 5 557 du 6 juin 1983 relative à l'hospitalisation des étrangers en France
- (44) Circulaire n° 02930 du 25 juillet 1980 relative à l'enquête sur le remboursement des frais d'hospitalisation de malades étrangers non-résidents soignés dans des établissements hospitaliers français
- (45) Circulaire n°2548 du 25 octobre 1977 relative à l'hospitalisation des ressortissants étrangers non-résidents sur le territoire français
- (46) Circulaire n°82 du 17 janvier 1977 relative à l'hospitalisation des étrangers en France (admission des malades étrangers dans des établissements hospitaliers français)
- (47) Décret n°77-1119 du 22 septembre 1977 portant publication de la convention sur la loi applicable aux obligations alimentaires, faite à La Haye le 2 octobre 1973
- (48) Ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour en France des Etrangers
- (49) Code de la Santé publique modifié par l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 (partie législative)
- (50) Code de la famille et de l'aide sociale
- (51) Code de déontologie médicale
- (52) Projet de charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 28 juillet 2000
- (53) Charte de l'enfant hospitalisé, préparée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988

## **Section 5 - Rapports**

- (54) **AP-HP**, Rapport d'activité 1998, 1999
- (55) **AP-HP**, Rapport d'activité 1997, 1998
- (56) **E.CANIARD**, dir, La place des usagers dans le système de santé, rapport et propositions du groupe de travail, 1999-2000
- (57) **ETABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES**, Rapport préliminaire sur les activités de prélèvement et de greffe en 1999, avril 2000
- (58) **ETABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES**, Le prélèvement et la greffe en France en 1998, Rapport du Conseil médical et scientifique, 1999
- (59) **ETABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES**, Rapport d'activité 1998, 1999
- (60) **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, Rapport sur les transplantations d'organes en France, mai 1992
- (61) **ISM INTERPRETARIAT**, Rapport d'observation, "La législation sur les étrangers et ses implications dans la vie quotidienne - un an d'information et de constat", mai 2000
- (62) **ISM INTERPRETARIAT**, Rapport d'activités 1999, 2000
- (63) **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, Rapport sur la santé dans le monde 2000, , juin 2000

## Section 6 - Documents internes à l'AP-HP

- (64) Devis estimatif concernant une patiente mineure, ressortissante algérienne, adressé à la famille le 1<sup>er</sup> août 2000, par le responsable du service des Admissions-Frais de séjour, hôpital Saint-Vincent de Paul,
- (65) Appel d'offre n°00/103 du 25/01 /2000 relatif aux prestations d'interprétariat oral en langues étrangères, à partir du 11/09/2000, ACHA,
- (66) Fiche mensuelle de suivi des dossiers étrangers, juin 2000, hôpital Broussais
- (67) Etudes annuelles relatives à la structure des créances irrécouvrables, service des admissions - frais de séjour, hôpital Saint-Vincent de Paul,
- (68) Note aux directeurs d'hôpitaux relative à l'avenant n°5 à la convention du 1<sup>er</sup> avril 1995 liant l'AP-HP à l'association "la Chaîne de l'Espoir", 2000
- (69) Etude relative à la répartition de 1994 à 1999 des non-valeurs définitives, 2000
- (70) Etudes annuelles relatives à la structure des créances irrécouvrables, AP-HP
- (71) Liste des organismes étrangers visés par les mesures de refus de prise en charge, dite "liste rouge"
- (72) Réunion de la commission d'admission en non-valeur, séance du 26 novembre 1999, Direction des Finances
- (73) Etats des recouvrements sur organismes tiers étrangers et sur patients non-résidents (listing intitulé "HPAYS), prises en charge au 31 octobre 1999, Trésorerie générale de l'Assistance publique
- (74) Listing du codage des organismes étrangers utilisé par les services des admissions des hôpitaux et par le Trésorier Payeur général dans le processus administratif de recouvrement
- (75) Les patients non-résidents : présentation d'Edith Galloux de la Direction des Finances de l'AP-HP, dans le cadre de la journée de la Direction des Affaires Internationales en 1999
- (76) Projet de convention relative au rééchelonnement de la dette hospitalière de l'Etat du Sénégal à l'égard de l'AP-HP et aux évacuations sanitaires, en cours d'accord fin 1999
- (77) Note aux directeurs d'hôpitaux relative aux propositions d'admissions en non-valeur exercice 1998 et antérieurs, Direction des Finances, 28 juin 1999
- (78) Règlement intérieur de l'AP-HP, 1999
- (79) Base de données : nombre de séjours de patients non-résidents classés par hôpital de destination au sein de l'AP-HP et par groupe homogène de malade (fournie par M. Rey, chef du service de l'Analyse de Gestion, Direction des Finances, AP-HP) en 1998, août 1999

- (80) "Activité PMSI de la fonction clinique - Index des unités d'analyse et des services", Comptabilité analytique des hôpitaux de l'AP-HP, Tome 3, année 1998 (version 2 du 13 août 1999)
- (81) Evaluation du risque d'irrecouvrabilité, dans l'analyse financière rétrospective de l'AP-HP (1994-1998), Trésorerie générale de l'Assistance publique, juin 1999
- (82) Note aux directeurs d'hôpitaux relative à l'attraction des hôpitaux de l'AP-HP, Direction des Finances, 25 janvier 1999
- (83) Recouvrement des titres émis sur particuliers - Conditions d'envoi des demandes de renseignements dans les hôpitaux et services de poursuites, document de procédure du Trésorier Payeur Général auprès de l'AP-HP, 1998
- (84) Etude relative à la dette des organismes et particuliers étrangers
- (85) Analyse de la situation du recouvrement au 30 juin 1998, Trésorerie générale de l'Assistance publique
- (86) Protocole d'accord financier relatif au rééchelonnement de la dette hospitalière de la République de Centrafrique, 1998 (constatant le non-respect des termes de la convention signée le 7 janvier 1989)
- (87) Note aux directeurs d'hôpitaux relative aux admissions en non-valeurs 1997, Direction des Finances, 13 juin 1997
- (88) Statistiques de l'hôpital Broussais concernant l'accueil des patients étrangers de 1991 à 1996
- (89) Protocole d'accord financier relatif à la dette hospitalière de la caisse nationale des assurances sociales, entre l'AP-HP, la Trésorerie générale de l'AP-HP et la Caisse nationale des Assurances sociales (Algérie), 1996
- (90) Note aux directeurs d'hôpitaux relative aux versements de "provisions" par les patients non-résidents, 6 décembre 1996
- (91) Note aux directeurs d'hôpitaux relative aux demandes de remise gracieuse, Direction des Finances, 14 novembre 1996
- (92) Note aux directeurs d'hôpitaux relative aux créances de l'AP-HP sur les Etats étrangers, Direction des Finances, 27 juillet 1995
- (93) Protocole d'accord financier entre l'AP-HP, la Trésorerie générale de l'AP-HP et la Caisse de Sécurité sociale du Gabon, 1995
- (94) Activité hospitalière : part des patients algériens et part des patients italiens /activité totale (document de 1995)
- (95) Note du service de la réglementation générale et hospitalière et du contentieux administratif au directeur des Finances, relative à l'application des règles relatives à l'obligation alimentaire aux personnes de nationalité étrangère, Direction des Affaires Juridiques, 13 janvier 1995



- (96) Nombre de journées servies par disciplines et durée moyenne de séjour pour l'Algérie pour 1993 et 1994, par la Direction de la prospective et de l'information médicale
- (97) Evolution de 1992 à 1993 des admissions, journées et durée moyenne de séjour au titre d'hospitalisation d'étrangers non domiciliés en France, par la Direction de la prospective et de l'information médicale
- (98) Note aux directeurs d'hôpitaux relative à la conduite à tenir face à des usurpations d'identité par certains patients, Direction des Affaires domaniales et juridiques, 11 août 1992
- (99) Note aux directeurs d'hôpitaux relative aux provisions pour frais d'hospitalisation de malades étrangers non-résidents, Direction des Finances, 10 juillet 1992
- (100) Note aux chefs de service et aux surveillants généraux du directeur de l'hôpital Broussais relative au projet de création d'une cellule "accueil étranger", 31 octobre 1991, avec en annexe le descriptif du projet
- (101) Lettre du Directeur général relative à l'admission de malades étrangers non-résidents, 19 juillet 1990
- (102) Note à la Direction des Finances relative à la rétention de papiers d'identité de malades étrangers en attente du règlement effectif de leurs frais de séjour ou de consultation, Direction des Affaires domaniales et juridiques, 18 juillet 1990
- (103) Note aux directeurs d'hôpitaux relative à l'amélioration et au renforcement des procédures applicables à l'admission, au séjour et à la facturation de malades étrangers, Direction des Finances, 24 janvier 1990
- (104) Note relative aux conventions avec des pays étrangers en vue de l'hospitalisation de leurs ressortissants dans des hôpitaux de l'AP-HP
- (105) Etude du service du droit public et du contentieux administratif relative à la portée du certificat d'hébergement d'un étranger comme engagement de payer les frais de son hospitalisation, Direction des Affaires Juridiques
- (106) Rapport d'expertise et de conseil d'un cabinet d'avocat concernant les possibilités de recours de l'AP-HP dans le cadre d'impayés de frais de séjour exposés à l'occasion de l'hospitalisation d'un ressortissant étranger, 5 janvier 1988
- (107) Rapport d'expertise et de conseil d'un cabinet d'avocat concernant l'application des règles relatives à l'obligation alimentaire aux résidents étrangers et aux ressortissants étrangers
- (108) Compte-rendu de la réunion du 3 juillet 1978 relative aux frais de séjour des malades étrangers, cabinet du directeur général, 6 juillet 1978
- (109) Note aux directeurs d'hôpitaux relative au paiement des frais d'hospitalisation des malades étrangers, non-résidents en France, Direction des Finances et de l'Administration générale, 25 janvier 1978

## **Section 7 - Contributions de chercheurs**

- (110) « Soins à l'hôpital et rencontre interculturelle : droits à la différence ou respect de la singularité ? », A. Tabouri, colloque AP-HP, 26 février 1998
- (111) « L'interprétariat en milieu social », actes du colloque européen organisé par ISM, Parlement européen, octobre 1995
- (112) « Les "sans-papiers" livrés à l'arbitraire et à l'exclusion », intervention de D. Bure-Cassou, AP-HP (non daté)
- (113) « Soins et relations interculturelles : état des lieux », communication de D. Lebreton, sociologue, 1988 (date incertaine)

## **Section 8 - Périodiques : presse spécialisée**

- (114) « L'accès aux soins des étrangers : débats et évolutions du droit », Gisti-Groupe « Protection sociale », in « Santé, le traitement de la différence », Hommes et migrations, n°1225, mai-juin 2000
- (115) « L'Aide médicale de l'Etat », dossier relatif à la couverture maladie universelle chapitre IV, Actualités sociales hebdomadaires, juin 2000
- (116) "L'enfant à l'hôpital", Cahiers hospitaliers n°157-mai 2000, pp. 17-20
- (117) « L'Hôpital, l'Europe et le Marché », Billet, Cahiers hospitaliers n°157-mai 2000
- (117 bis) "Patients pluri-ethniques : quelle prise en charge?", Panorama du Médecin, 18 mai 2000
- (118) « Adapter l'éthique entrepreneuriale à un environnement hospitalier : une façon de surmonter le conflit culturel entre l'argent et l'humain ? », X. Frauenknecht, Hospital, Journal officiel de l'Association européenne des Directeurs d'Hôpitaux, 2° année, vol.3/2000
- (118 bis) « Maîtrise comptable : quatre économistes disent non ! », Panorama du Médecin, 3 avril 2000, n°4712
- (119) « Le devoir d'information du patient », P. Besnard, Gestions Hospitalières, mars 2000
- (120) « L'accueil des patients non-francophones au sein des hôpitaux de l'AP-HP », M. Dupont, B. Thélot, Gestions hospitalières, mars 2000
- (121) "Campagne pour la Chaîne de l'Espoir", Le Quotidien du médecin, 2 décembre 1999
- (122) "Greffe : l'efficacité de l'appel médiatique", le Quotidien du Médecin, 4 novembre 1999
- (123) « L'Afrique, une priorité pour l'ANRS », Agence nationale de recherches sur le SIDA, septembre 1999

- (124) "La cour administrative d'appel de Paris a développé en 1998 une jurisprudence particulièrement riche en droit médical", C. Esper, Gazette du Palais, 16 et 17 juin 1999
- (125) Vers l'esquisse d'une politique hospitalière européenne, P. Harant, Revue hospitalière de France, n°1, janvier-février 1999
- (126) « Premiers pas décisifs vers une Europe de la Santé ? », J.-J. Romatet, Revue hospitalière de France, n°1, janvier-février 1999
- (127) "Un certificat d'hébergement n'entraîne pas l'obligation de payer les frais d'hospitalisation de l'étranger accueilli", Actualités sociales hebdomadaires n°2065, 3 avril 1998
- (128) « L'interprétariat ou la parole restituée », Hôpitaux de Saint-Denis, Rezhov, , n°5, automne 1998
- (129) "Frais d'hospitalisation - Patients étrangers - Certificat d'hébergement", Revue de Droit sanitaire et social, n°33 (2), avril - juin 1997
- (130) « L'hôpital au cœur de la banlieue », S. Giron, DS n°91, 15-29 février 1996
- (131) « Hôpital et exclusion, une perspective historique », M. Rochaix, Gestions Hospitalières n°341, décembre 1994
- (132) « Le sanitaire et le social : assises identitaires de l'hôpital public », J.-L. Léonard, N. Dupuis Belair, Gestions hospitalières n°341, décembre 1994
- (133) "La couverture des soins dispensés aux étrangers séjournant en France", Dr Coutant, Gestion hospitalière n°341, décembre 1994
- (134) « Le médecin, le malade et l'interprète », Dr N. Lasne, Nouvelles, AP-HP (non daté)
- (135) Lettres de l'Espace éthique, AP-HP (publication régulière bisannuelle)

### **Section 9 - Dépêches APM-Reuters /Santé**

- (136) « Allemagne : les responsables des médecins appellent à la lutte contre le racisme », dépêche APM-Reuters, 18 août 2000
- (137) « Médicaments et Tiers-Monde :les activistes montent au créneau à Durban », dépêche APM-Reuters, 11 juillet 2000
- (138) « Dominique Gillot défendra à Durban le fonds de solidarité thérapeutique international », dépêche APM-Reuters, 4 juillet 2000
- (139) "Ile de France : les patients ne choisissent pas le plateau technique le plus proche de leur domicile", dépêche APM-Reuters, 5 avril 2000

### **Section 10 - Périodiques : presse généraliste**

- (140) « La Société française semble moins crispée face à l'immigration », J.-B. de Montvalon et S. Zappi, Le Monde, 10 août 2000

- (141) "L'Europe de la Santé se précise", Le Monde, 14 juin 2000
- (142) "Un enfant est mort", Libération, 11-12 décembre 1999
- (143) "Les impayés, urgence des Hôpitaux de Paris", Libération, 10 février 1993
- (144) "A Broussais, l'accueil personnalisé des étrangers", Libération, 1993

## **Section 11 - Autres sources documentaires**

- (145) Lettre de caution d'une compagnie aérienne étrangère se portant garant pour la prise en charge thérapeutique d'un enfant, 28 juillet 2000
- (146) Lettre de l'assistante sociale d'un CHU d'Algérie demandant à l'hôpital Saint-Vincent de Paul (AP-HP) de prendre en charge une patiente mineure, 17 mai 2000
- (147) "L'activité des 256 sites pratiquant la chirurgie en Ile de France", Agence régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France et le service médical de la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France, enquête avril 1998-novembre 1999
- (148) "L'activité chirurgicale en Ile de France : diagnostic et éléments de réflexion pour l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la chirurgie", Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France, mars 2000
- (149) Communiqué, Consulat général d'Italie à Paris
- (150) Formulaire EII2, communauté européenne
- (151) Fiche pour l'enregistrement de l'inscription d'un patient sur la liste nationale des malades en attente de greffe (annexe 1 à la circulaire du 25 avril 1995), Etablissement français des greffes
- (152) Documents de l'association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des Enfants
- (153) "Aidez Nadir", appel à solidarité de l'association "Espoir solidarité avec les Algériens
- (154) Echange de lettres entre l'ambassadeur du Congo et le ministre de l'Economie de la République française, 1986
- (155) Echange de lettres entre le ministre des Finances du Gabon et le ministre de l'Economie de la République française, 1987
- (156) Echange de lettres entre le ministre de l'Economie du Centrafrique et le ministre de l'Economie de la République française, date incertaine (1987?)

## **Section 12 - Sites internet**

- [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) : J.O., codes et autres textes normatifs français
- [www.admifrance.gouv.fr](http://www.admifrance.gouv.fr) : bibliothèque des rapports publics commandés par le Premier ministre français
- [www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr) : contient le journal officiel de la République française du jour

- [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) : dossiers thématiques relatifs à la santé élaborés par le ministère de la santé français
- [www.inserm.fr/ethique](http://www.inserm.fr/ethique) : dossiers d'actualité relatifs à l'éthique dans le cadre de la médecine et de la santé (dossier CMU par exemple) réalisés par les équipes de recherche du laboratoire « Ethique » de l'Inserm.
- [www.multimania.com/paulbrousse](http://www.multimania.com/paulbrousse) : présentation du centre Hépatobiliaire de l'Hôpital Paul Brousse de l'AP-HP où sont pratiquées les greffes de foie (Informations à l'intention du patient en attente d'organe)
- [www.who.int](http://www.who.int) : site de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) contenant copie des rapports annuels
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org) : site de l'OCDE (Organisation pour la coopération et le développement économique) contenant un accès aux données de santé dans le monde



## **LISTE DES ANNEXES**

### **1. Le “voyage sanitaire” : témoignage d’une interprète**

Source : “Interprétariat, Droits du malade et Ethique de la communication”, Marta Spranzi Zuber, 1999, Dipôme universitaire d’Ethique médicale, Faculté de Médecine, Paris XII.

### **2. Les relations entre l’hôpital d’envoi et l’hôpital de réception**

Résumé clinique d’un patient d’un CHU d’Algérie avec lettre de demande d’admission à l’hôpital Saint-Vincent de Paul

### **3. Tarifs journaliers des prestations hospitalières par discipline à l’AP-HP**

*3.1. Arrêté ministériel de fixation des tarifs journaliers*

*3.2. Tarifs journaliers : tableau synthétique*

### **4. Greffes**

*4.1. Arrêté ministériel de fixation des tarifs forfaitaires applicables aux greffes*

*4.2. Arrêté relatif à la gestion de la liste nationale d’attente*

*4.3. Modèle de fiche pour l’enregistrement de l’inscription d’un patient sur la liste nationale des malades en attente de greffe*

### **5. Devis hospitalier**

Modèle anonymisé de devis effectué par l’hôpital en vue de l’admission d’un patient

### **6. Prises en charge**

*6.1. Modèle anonymisé de formulaire E112*

*6.2. Modèle anonymisé de prise en charge du séjour d’un patient par une compagnie privée*

*6.3. Aides exceptionnelles du ministère des Affaires Etrangères*

### **7. Appel à solidarité**

Appel à la générosité publique pour le financement d’un séjour hospitalier

### **8. Les difficultés d’un service d’admissions-frais de séjours pour identifier un débiteur**

Extrait du mémoire d’E. Svahn, EDH, 1984

« L’Hospitalisation des étrangers non-résidents »

### **9. Circulaires**

*9.1. Circulaire du 25 octobre 1977 relative à l'hospitalisation des ressortissants étrangers non-résidents*

*9.2. Circulaire interministérielle du 10 septembre 1996 relative à la prise en charge des patients étrangers*

*9.3. Circulaire du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéficiaire de la couverture maladie universelle*

Dont l'annexe : "Catégories de personnes n'ayant pas vocation à relever de la couverture maladie universelle"

(notamment : personnes venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure)

## **10. Situation du recouvrement des recettes de l'AP-HP sur l'exercice 1998**

Document établi par la Trésorerie générale près l'AP-HP

## **11. Protocoles d'accord de rééchelonnement de dettes sanitaires**

*11.1. Convention - type de rééchelonnement de dette proposée dans une circulaire de 1987*

*11.2. Convention avec la CNAS (Algérie)*

*11.3. Convention avec la Caisse de Sécurité sociale du Gabon*

## **12. La "liste rouge"**

Liste des pays et organismes dont les prises en charge ne sont plus acceptées à l'AP-HP

## **13. "Un enfant est mort"**

Article paru au journal Libération le 12 décembre 1999

## **14. Communiqué du Consulat général d'Italie à Paris**

Présentation du fonctionnement des cellules d'accueil des patients italiens

## **15. Methodologie de suivi des dossiers de patients non-résidents**

Par la cellule d'accueil étrangers à l'hôpital Broussais

## **16. Exemple de page fournie par la base de données Infocentre**

Requête relative au nombre de séjours de patients non-résidents par rapport aux séjours totaux classés par groupe homogène de malade et par site hospitalier de l'AP-HP

*N.B. : les pièces annexées figurent dans un tome séparé.*