

## L'ACCUEIL DE LA POPULATION BENEFICIAIRE DE LA CMUC AU SEIN DES HOPITAUX PUBLICS

Enquête financée et réalisée à la demande du Fonds CMU

Synthèse

Terrain : été 2011

Remise du rapport : Février 2012

### Auteurs du rapport

Joan CORTINAS, sociologue, post-doctorant, laboratoire CRESPPA-CSU

Nicolas DIVERT, sociologue, maître de conférences, laboratoire REV-CIRCEFT, Université Paris Est Créteil

Etude réalisée sous la direction scientifique de Sacha LEDUC, sociologue, maître de conférences, Centre de Recherche Michel de l'Hospital, Université d'Auvergne.

La synthèse de l'enquête que nous présentons ici se focalise sur les hôpitaux publics et a pour objet d'approfondir les différentes déclinaisons de « l'aide à la constitution des demandes de CMU-C apportée par les hôpitaux publics, conformément aux dispositions du 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.861-5 du code de la sécurité sociale », qu'elle relève du domaine d'un prescrit adapté, de la mise en œuvre d'un projet spécifique, ou encore de pratiques issues de l'expérience.

Ce projet de recherche s'inscrit dans la continuité des travaux menés précédemment avec le Fonds CMU et, en ce sens, prolonge nos connaissances sur l'accueil d'une population décrite régulièrement par ses manques et ses difficultés, processus déjà abordé dans des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et dans des Centres communaux d'action sociale (CCAS).

Partant d'un questionnement relatif à la place des institutions hospitalières dans l'aide apportée à l'élaboration des dossiers de la CMU-C, il s'est agi d'interroger leur spécificité eu égard aux autres intervenants habilités, selon la loi, à élaborer ces dossiers. Les valeurs propres au personnel hospitalier, leurs modèles professionnels de référence, leurs pratiques, savoirs et savoir-faire mobilisés et les dynamiques internes à l'hôpital seront appréhendés afin d'éclairer des pratiques demeurant largement inconnues.

Afin de saisir au plus près les enjeux et les limites inhérentes au traitement des dossiers des demandeurs de la CMU-C, nous avons mené des entretiens auprès de 21 personnes, travaillant dans différents services de six hôpitaux situés sur l'ensemble du territoire. Tous les hôpitaux possèdent plusieurs spécialités et, régulièrement, ils appartiennent à un réseau d'établissements locaux de santé favorisant les interrelations nombreuses (hôpital psychiatrique ou service psychiatrique séparé, structure d'accueil pour les longs séjours, hôpital de jour ou centre de cure). Seul un hôpital parisien spécialisé dans les pathologies de l'œil se distingue d'une telle organisation. Par ailleurs, la plupart des personnes rencontrées sont en lien direct ou indirect avec le processus de pré-instruction des dossiers CMU-C : personnel des services des admissions et facturation des hôpitaux, assistantes sociales des hôpitaux mais aussi des membres de l'encadrement, cadres et responsables / directeurs de service, plus éloignés d'un contact physique avec les populations visées par la CMU-C. Seuls deux médecins ont participé aux entretiens. Travaillant principalement dans des permanences d'accès aux soins de santé, ils sont confrontés régulièrement à une population précarisée et marginalisée pour laquelle l'accès aux droits constitue une problématique spécifique.

Cette synthèse des principaux résultats s'articule autour de trois points, reprenant ainsi le schéma adopté dans le rapport :

- L'hôpital public entre soin et social ;
- La prégnance de la logique économique ;
- Les logiques professionnelles à l'œuvre dans la pré-instruction de la CMU-C.

## **I. L'HOPITAL : UNE INSTITUTION SITUEE A L'INTERFACE ENTRE LE SOIN ET LE SOCIAL**

Les hôpitaux publics jouent un rôle important dans l'accès aux soins et, selon la loi, dans l'accès à la couverture médicale. Ces missions s'exercent, depuis plusieurs années désormais, dans un contexte marqué par une préoccupation croissante devenue une exigence d'équilibre financier bien que l'imaginaire associe toujours l'hôpital public à la gratuité. Cette situation engendre une attention particulière aux rentrées d'argent et un souci de mettre en place et / ou

d'investir dans des mécanismes dont l'un des objectifs est la prévention du non-recouvrement des frais médicaux dispensés par les hôpitaux. Dans ce cadre, la CMU et la CMU-C assurent une certaine sécurité de voir les factures honorées par l'assurance maladie.

Il ressort que la bonne gestion des flux des patients, à laquelle participent tous les services de l'hôpital dont le service social, et la bonne gestion financière apparaissent des priorités systématiquement partagées. Il n'est alors pas surprenant d'observer que les hôpitaux étudiés, via leurs services sociaux, se soient investis dans la pré-instruction des dossiers CMU-C jusqu'à modifier le contenu du travail des personnels de ces services. Désormais, la prise en charge des patients socialement vulnérables et marginalisés que représente l'élaboration des dossiers de CMU-C semble constituer l'une des missions principales du travail des assistantes sociales.

Globalement, plus l'hôpital se situe dans une agglomération de taille importante, plus la part de la population bénéficiaire de la CMU-C est élevée et plus les services sociaux des hôpitaux sont sollicités pour instruire des demandes de CMU-C. Cette augmentation ressentie peut être pensée comme une certaine défaillance de prise en charge des populations précarisées de la part des professionnels libéraux de la santé ou de la médecine de ville de sorte à surcharger les hôpitaux publics, notamment les services d'urgence.

Nous avons pu mettre en avant, au sein des hôpitaux publics, une forte identité professionnelle construite autour des soins assurés pour tous même si des différenciations à la marge peuvent susciter la crainte de voir l'importance du facteur économique s'accroître dans le futur. Cette identité forte du soin est partagée par l'ensemble des personnels, y compris ceux qui, dans des postes administratifs ou de direction, paraissent, *a priori*, les plus éloignés de ce domaine d'expertise. Elle permet de réunir des personnels qui se sentent valorisés par ces missions. Toutefois, les préoccupations économiques exprimées en termes d'équilibre financier sont de plus en plus présentes et tendent à modifier les pratiques.

Deux logiques ont pu être ainsi distinguées : une logique gestionnaire et une logique sociale se confondant avec une logique de soins.

## **II. UNE LOGIQUE FINANCIERE DE PLUS EN PLUS PREGNANTE**

De façon croissante ces dernières années, conséquences des lois et réformes touchant les hôpitaux publics, ces derniers se doivent d'être vigilants sur leurs recettes et leurs dépenses. C'est une logique financière qui s'impose progressivement et qui doit cohabiter avec cette identité professionnelle construite de longue date autour du soin et du traitement de la maladie, dimension valorisante de l'hôpital derrière laquelle tous les acteurs se reconnaissent.

La logique comptable s'impose à tous les acteurs de l'hôpital même si des différences sont observées. Si les personnels de direction et certains médecins ont cette préoccupation en tête, d'autres médecins et les personnels des services sociaux se montrent plus réticents. Parmi ces derniers, ceux ayant une longue expérience ont vu leurs conditions d'exercice évoluer et s'interrogent sur le rôle que l'institution hospitalière attend d'eux désormais.

Les services sociaux ont pour activité de prendre en charge les populations les plus vulnérables afin de trouver la meilleure solution, pour elles mais aussi pour l'hôpital.

La constitution des dossiers de CMU-C nécessite du temps et la disponibilité du patient. La prise en charge administrative des populations marginalisées doit se faire rapidement. Dès

leur identification, toute la chaîne s'active afin de régler le problème présent mais aussi afin d'anticiper les éventuels futurs rendez-vous. Les services sociaux sont alors contraints de répondre, au plus vite, aux attentes des différents services internes de l'hôpital tout en faisant avec le calendrier et les délais de la caisse primaire d'assurance maladie pour laquelle la temporalité est différente.

### III. LOGIQUES PROFESSIONNELLES ET PROCEDURES DE PRE-INSTRUCTION DE LA CMU-C

A entendre les personnels des services sociaux des hôpitaux publics, l'ouverture de droits constitue une part croissante de leur travail. Cette évolution ne remonte pas uniquement à l'année 2000, année marquant l'universalisation de la couverture médicale et de l'institution de la CMU-C destinée aux personnes ne pouvant s'offrir une complémentaire santé. Elle semble résulter des modifications administratives intervenues ces dernières années et de la dégradation de la situation économique générale occasionnant un surplus d'activité. Les personnels rencontrés ont exprimé leur sentiment d'un accroissement de la fréquentation par les personnes précaires. Si cette impression ne peut pas toujours être corroborée par des données chiffrées, il s'avère que les services sociaux des hôpitaux étudiés se développent. L'accès aux droits est donc intimement lié aux logiques financières qui s'imposent.

#### *LA PRE-INSTRUCTION DES DEMANDES DE CMU-C*

Le repérage des populations précaires mobilise plusieurs services des hôpitaux avec, *in fine*, l'intervention des services sociaux hospitaliers pour effectuer la pré-instruction des dossiers CMU-C. Si dans les premiers temps, des tensions, ayant pour origine la grande réactivité imposée aux services sociaux, ont pu être rapportées désormais, la coopération semble prévaloir.

Néanmoins, l'intervention des services sociaux hospitaliers se doit d'être rapide afin d'entamer un dialogue avec les patients. Or, celui-ci n'est pas toujours aisé à instaurer et plus la présence du patient est longue au sein de l'hôpital, plus il y a des chances de pouvoir pré-instruire le dossier. Pour cela, un nombre de pièces justificatives doivent être réunies, les assistantes sociales n'hésitant pas alors à solliciter l'entourage des patients.

La plupart des enquêtés possède des relais auprès des caisses d'assurance maladie afin de résoudre des problèmes techniques dans l'élaboration des dossiers. Ces relations sont variables en fonction des hôpitaux (contact téléphonique, réunions périodiques, permanence physique de la CPAM dans les hôpitaux). Appréciables des assistantes sociales, elles permettent de créer un lien de confiance et d'accélérer, parfois, le traitement d'une demande voire de contrecarrer la « rigidité » attribuée à la législation sur la CMU-C, rigidité dénoncée par un grand nombre d'interlocuteurs et pas uniquement les assistantes sociales. A Paris, cependant, ces liens ne semblent pas fonctionner, les assistantes sociales ne bénéficiant pas de lignes téléphoniques dédiées ou de contact officiel, la CPAM apparaît très éloignée des préoccupations des hôpitaux.

Un point a été soulevé à plusieurs reprises : celui du manque d'homogénéité des CPAM voire l'arbitraire avec lequel semblent agir les caisses primaires concernant la rétroactivité des droits. Ainsi, pour certains hôpitaux, la rétroactivité du droit est toujours possible tandis que pour d'autres, cette éventualité ne se présente pas.

Nombreuses sont les assistantes sociales qui témoignent du fait que la constitution des demandes CMU-C s'avère parfois complexe, notamment la collecte des justificatifs des ressources. Il se produit le paradoxe suivant : plus la personne est en situation précaire, plus difficile est la constitution du dossier de CMU-C.

Un autre obstacle a été souligné par nos différents interlocuteurs chargés des pré-instructions : la prégnance de la « culture de l'écrit ». Remplir des dossiers implique la maîtrise de la langue française, sa lecture comme son écriture. Mais, contrairement à l'attitude des agents de la CPAM, dans les hôpitaux, les personnels n'hésitent pas à remplir les documents à la place des patients. L'investissement du rôle social passe par une assistance dans les procédures administratives, démarche qui leur semble inhérente à leur activité. D'ailleurs, lorsque les dossiers ne sont pas remplis à l'hôpital, il y a un grand risque qu'ils ne le soient pas. On est loin de la distance interprétée comme une responsabilisation des demandeurs observée dans les caisses primaires.

Les personnels des hôpitaux regrettent la faiblesse des informations détenue par les assurés et insistent sur leur sentiment de devoir faire face au manque d'implication des autres institutions chargées, théoriquement, de la pré-instruction des demandes de CMU-C, et, en premier lieu, les CPAM car les relations avec les CCAS apparaissent comme exceptionnelles. Par conséquent, l'investissement dont les hôpitaux font preuve n'apparaît pas partagé par les autres institutions. L'hôpital a tout à gagner à s'engager dans cette activité sociale, ce qui n'est pas le cas des CPAM ou des CCAS. Les logiques professionnelles s'additionnent aux logiques institutionnelles pour expliquer l'investissement des uns et la plus ou moins grande distance des autres. Cependant, même si la loi stipule que les hôpitaux publics sont des institutions légitimes pour pré-instruire les demandes de CMU-C, les demandes de pré-instructions émanant des bénéficiaires potentiels sont extrêmement rares.

Enfin, tous les personnels rencontrés partagent une préoccupation commune : bien remplir les demandes. Cet objectif signifie qu'ils souhaitent que les démarches aboutissent mais n'implique qu'exceptionnellement une dimension « légale », autrement dit, le contrôle des pièces présentées.

#### *QUELLE PERCEPTION DES BENEFICIAIRES ?*

Globalement, la population bénéficiaire de la CMU et de la CMU-C ne suscite pas de réaction négative de la part des personnels rencontrés, même si celle-ci est décrite comme n'étant pas du tout consciente des coûts d'une hospitalisation. Cette méconnaissance ne peut cependant être associée uniquement aux populations précaires, tant le monde hospitalier demeure éloigné du quotidien de la plupart des individus et le coût du système de santé largement méconnu. Alors que dans les CPAM, cette population est décrite comme revendiquant des droits, « oubliant » ce qui est désigné comme des devoirs ; dans les hôpitaux, cette population est présentée comme particulièrement respectueuse du personnel et de l'institution ou comme victime d'une bureaucratie qui n'est pas attentive aux situations spécifiques des populations précarisées.

Dans les hôpitaux, les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C ne sont pas, la très grande majorité du temps, associés à des fraudeurs potentiels, mais cela ne signifie pas que certaines critiques puissent être émises par une fraction du personnel qui associe ces dispositifs à une

aide octroyée à des populations marginalisées sans saisir qu'ils permettent aussi aux hôpitaux publics de se faire payer.

**Pour conclure**, le monde de l'hôpital doit régulièrement s'adapter, les institutions et les personnels modifient et ajustent leurs pratiques, acquièrent de nouveaux savoirs et savoir-faire. Ils prennent une part de plus en plus active dans les politiques de santé et, plus globalement, dans les politiques sociales mises en place.

Ce contexte est décrit aussi bien dans sa dimension objective – transformation de la gestion des hôpitaux, que dans sa dimension subjective – perception du contexte de la part des agents jouant un rôle dans la pré-instruction des dossiers CMU-C.

L'hôpital public est souvent considéré comme un lieu ouvert et gratuit pour les patients. Or, toutes les personnes rencontrées ont insisté pour rompre avec une telle représentation. Pour les personnels des hôpitaux, la logique économique devient transversale à l'ensemble des hôpitaux publics qui se doivent de tendre vers l'équilibre financier. Dans ces conditions, la pré-instruction de la CMU-C est certes perçue comme une activité croissante des services sociaux mais également comme un dispositif permettant de garantir le paiement des actes médicaux effectués par les hôpitaux.