

Mots clefs:
Exclu
Exclusion
Précarité
Prise en charge
Hôpital
CMU
Bilan

On pouvait s'attendre à ce que l'entrée en vigueur de la couverture maladie universelle exerce un effet d'appel sur les patients dépourvus de couverture sociale. Or, il n'en est rien. L'enquête menée auprès d'environ 1 200 hôpitaux en France montre que les dispositifs de prise en charge de la précarité existant avant la création de la CMU ont contribué à amoindrir l'effet de son introduction à l'hôpital. Il en va également ainsi des facteurs culturels ou sociologiques qui dissuadent un « noyau dur » de patients de venir s'y faire soigner, ce qui revient à s'interroger - une nouvelle fois - sur la mission dévolue à l'hôpital : mission sanitaire ou mission sociale de secours aux plus nécessiteux ?

La couverture maladie universelle à l'hôpital

Un progrès pour les patients ?

ROBERT HOLCMAN

Directeur d'hôpital stagiaire à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP)

PHILIPPE DARNAUDE

Directeur d'hôpital stagiaire au centre hospitalier du Vésinet

L'objectif de cette étude est d'établir un bilan d'étape de l'application de la couverture maladie universelle (CMU) dans les établissements publics de santé et, plus généralement, de décrire les modalités de prise en charge de la précarité par l'hôpital. Il a été choisi de mener cette enquête un peu plus d'un an après l'entrée en vigueur de la CMU parce que c'est de la transition entre les anciens mécanismes et le nouveau que les enseignements les plus intéressants peuvent être tirés ; c'est à ce stade que l'on peut juger de la transformation par rapport à l'existant et, par là, mettre en relief le niveau et la nature de la prise en charge de la précarité par les établissements hospitaliers au moment de l'entrée en vigueur de la CMU.

Il convient donc, dans un premier temps, de dresser le panorama des différents mécanismes d'accueil des personnes les plus démunies à l'hôpital, y compris la CMU. Ce n'est qu'ensuite que les premiers résultats du questionnaire pourront être exposés, avant d'en tirer les enseignements quant à l'impact de la CMU : sur les patients de l'hôpital, sur l'hôpital lui-même ?

L'accueil des plus démunis à l'hôpital avant la CMU

A l'image fréquemment diffusée d'un hôpital parfois difficile d'accès pour les plus nécessiteux doit se substituer un tableau beaucoup plus nuancé, fondé sur les différents dispositifs de prise en charge de la précarité antérieurs à la CMU qui tirent leur légitimité de la mission d'accueil universel dévolue aux établissements publics de santé qui « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent⁽¹⁾ ». Dans les situations d'urgence, et même en l'absence de toute pièce d'état civil ou de tout renseignement relatif aux modalités de prise en charge des frais de séjour,

note
(1) « Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et

de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement », code de la santé publique, article L. 711-4.

c'est le directeur de l'établissement qui prononce l'admission après que l'état du malade a été constaté par un médecin ou un interne de l'hôpital ; il n'appartient pas au corps médical de refuser de donner des soins si les patients se présentent sans prise en charge les médecins doivent diriger ces patients vers les services administratifs à même de les aider à faire valoir leurs droits.

Les dispositifs de prise en charge de la précarité antérieurs à la CMU

Avant la création de la CMU, plusieurs mécanismes ou structures avaient comme mission l'accueil des plus démunis à l'hôpital :

- les consultations précarité ;
- les cellules d'accueil spécialisées, remplacées par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- les conventions États-hôpitaux ;
- les cartes santé ;
- les cellules d'accueil étrangers ;
- les lits infirmiers.

→ *Les consultations précarité*

Ce sont des dispositifs d'accueil médico-sociaux dont la mise en place, en 1992 à l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP, Paris), répondait à la nécessité d'améliorer la prise en charge de la précarité. Ces systèmes d'accès direct aux soins sont destinés aux plus démunis auxquels aucun barrage administratif préalable n'est opposé - en particulier le paiement aux caisses, puisqu'ils sont dispensés de toute avance de fonds. Ces consultations assurent la fourniture gratuite de médicaments et favorisent l'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation classique - les hôpitaux de jour en particulier. Toujours en vigueur, elles sont désormais articulées avec un dispositif social d'ouverture des droits.

→ *Les cellules d'accueil spécialisées*

Créées par la circulaire du 17 septembre 1993, leur mission était d'aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits à un régime de base, à un régime complémentaire d'assurance maladie ou à l'aide médicale. Leur généralisation n'a pas porté ses fruits : seule une centaine d'hôpitaux ont mis en place une cellule d'accueil spécialisée. En conséquence, les autorités sanitaires les ont remplacées par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

→ *Les PASS*

Elles ont été instaurées par la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998. Ce sont des structures de prise en charge médico-sociale dont le but est de faciliter l'accès des personnes les plus démunies au système hospitalier, ainsi

qu'aux réseaux de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Les PASS ont également pour mission de soutenir ces personnes dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux : bénéfice du régime de base et des régimes complémentaires de l'assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale. Les PASS assurent un partenariat avec l'ensemble des acteurs de l'insertion - en particulier avec le dispositif de veille sociale établi par les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) dans les départements. Concrètement, elles assurent des consultations de médecine générale à horaires élargis, fournissent une assistance sociale, ainsi que la délivrance gratuite d'examens et de médicaments en cas de nécessité. On en comptait 300 en 1999 ; elles sont toujours en place dans les hôpitaux.

→ *Les conventions État-hôpitaux*

Elles s'inscrivent dans le cadre des programmes régionaux pour l'action à la prévention et aux soins (PRAPS)⁽²⁾ et prévoient la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que celle des traitements délivrés gratuitement aux personnes éligibles à l'aide médicale renouée (AMER, voir *infra*). Les dépenses ainsi engagées par l'établissement de santé sont remboursées en totalité au titre de l'AMER. Pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ces conventions doivent demeurer exceptionnelles.

→ *Les cartes santé*

On en comptait deux types : les cartes santé des départements et les cartes santé de l'État. Les cartes santé des départements attestaient de la prise en charge du malade et de ses ayants droit par l'aide médicale, et ce pour une période d'un an renouvelable. Elles reposaient sur une convention passée entre le département et les organismes d'assurance maladie. La carte santé État, destinée aux personnes sans résidence stable, était délivrée par le préfet sur la base d'une convention passée entre l'État et les organismes d'assurance maladie. Elles ont été supprimées avec l'entrée en vigueur de la CMU.

→ *Les cellules accueil étrangers*

La première a vu le jour en 1992 à l'hôpital Broussais. Leur objectif est d'apporter une réponse aux demandes de soins lourds des patients étrangers dépourvus de protection sociale - en particulier les soins chirurgicaux. Désormais, le problème est géré en amont, notamment *via* les PASS : les étrangers en situation régulière bénéficient de la CMU ; les étrangers en situation irrégulière sont éligibles - sous conditions - à l'AMER.

**Les établissements
publics de santé
garantissent l'égal
accès de tous
aux soins
qu'ils dispensent.**

note

(2) Article L 711-7-1 du code de la santé publique.

→ *Les lits infirmiers*

C'est un dispositif créé conjointement par la ville de Paris et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et pérennisé par un arrêté du 3 septembre 1997. Son objectif est de proposer une modalité d'accueil pour les personnes démunies souffrant d'affections bénignes, mais néanmoins traitées à l'hôpital en raison d'une absence de domicile fixe, leur accueil se faisant au niveau des urgences. Ce sont davantage des structures sociales que des structures de soins.

La création de la CMU

C'est dans ce contexte que la loi du 27 juillet 1999 a créé la couverture maladie universelle (CMU) qui accorde une protection « maladie » et « maternité » à l'ensemble des résidents en France, sans condition de nationalité. L'introduction de ce nouveau dispositif a entraîné la suppression de deux mécanismes d'affiliation : l'assurance personnelle et l'aide médicale gratuite organisée au niveau des départements.

La CMU est composée de deux volets : la couverture de base et la couverture complémentaire. Le nombre élargi de ses bénéficiaires n'en fait pas, toutefois, un dispositif universel.

→ *La CMU de base*

La CMU de base est un droit universel qui ne relève plus de l'appartenance à un régime professionnel mais dont l'attribution dépend d'une stabilité de résidence en France (trois mois), certaines catégories de personnes n'ayant pas à justifier de ce délai⁽³⁾. Les titulaires du revenu minimum d'insertion (RMI) non affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale en sont bénéficiaires de plein droit. Au total, la CMU rend obligatoire et automatique l'affiliation à un régime de base de la Sécurité sociale pour tout résident de plus de seize ans. Au 30 septembre 2000, elle bénéficiait à 1,1 million de personnes (Boisguérin, 2000). L'inscription au régime général de

La CMU rend obligatoire et automatique l'affiliation à un régime de base de la Sécurité sociale pour tout résident de plus de seize ans.

la Sécurité sociale via la CMU donne lieu au versement d'une cotisation de 8 %, appliquée sur la part des revenus excédant le plafond d'exonération. En sont exonérés : les bénéficiaires du RMI et les personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à un plafond fixé par décret⁽⁴⁾, quelle que soit la composition du foyer. L'exonération du paiement de la cotisation CMU de base entraîne la gratuité de sa part complémentaire. 5 % des bénéficiaires de la CMU de

base acquittent cette cotisation ; 84 % des affiliés sont également couverts par la CMU complémentaire.

→ *La CMU complémentaire*

Elle permet aux assurés sociaux disposant de faibles ressources de bénéficier gratuitement d'une assurance complémentaire santé. Le bénéfice de la CMU complémentaire entraîne la gratuité de la couverture de base. Les bénéficiaires doivent répondre aux mêmes conditions de résidence que celles requises pour la CMU de base.

Les ressources du foyer, qui conditionnent l'attribution de la

Les fondements méthodologiques de l'enquête

L'enquête ne concerne que les établissements publics de santé inscrits au Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), en métropole et dans les départements d'Outre-mer. Elle exclut les structures privées (y compris celles participant au service public hospitalier), les hôpitaux militaires, ainsi que les hôpitaux des territoires d'Outre-mer et des collectivités territoriales à statut particulier. Parmi les établissements publics, seuls trois types d'hôpitaux ont été questionnés : les centres hospitaliers (CH), les hôpitaux locaux (HL), les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitalo-universitaires (CHU) - ces deux dernières catégories étant regroupées sous l'appellation CHRU. Chaque site appartenant à un CHRU a été comptabilisé comme un établissement propre, même quand certains d'entre eux sont regroupés au sein d'une seule entité juridique comme l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Ont volontairement été laissés de côté les maisons de retraite, les centres hospitaliers spécialisés, les centres médicaux, les centres médico-sociaux, où la prise en charge de la précarité est plus spécifique et moins sujette à variation sous l'effet de l'entrée en vigueur d'un dispositif comme la CMU. Au total, 1177 questionnaires ont été adressés en novembre 2000, 697 établissements ont répondu - soit un taux de réponses de 59,2 %. 533 questionnaires ont pu être exploités, soit 45,3 % du total des questionnaires envoyés. La répartition entre CHRU, CH et HL est sensiblement la même parmi les 533 hôpitaux ayant répondu au questionnaire que dans l'échantillon des 1177 établissements sélectionnés (tableau ci-dessous) - cette similarité dispensant de toute correction des chiffres obtenus.

Comparaison de la répartition entre types d'hôpitaux

Hôpitaux de l'échantillon et hôpitaux ayant répondu au questionnaire, en pourcentage

	CHRU	CH	HL
Échantillon (1 177)	11,2	53,8	35
Questionnaires exploités (533)	9,8	56,3	34

Source : Enquête conduite par les auteurs, novembre 2000.

L'activité de ces hôpitaux est scindée entre médecine/chirurgie/obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée (SLD). Les enseignements du questionnaire ont été complétés par une série d'entretiens menés avec un échantillon de directeurs d'hôpital - directeur général ou directeurs adjoints - dont l'établissement avait retourné le questionnaire.

notes

(3) Élèves ou étudiants, bénéficiaires de l'asile politique ou du statut de réfugié, allocataires de la Caisse d'allocation familiale (aide à l'emploi pour la garde de jeunes enfants, aide personnalisée au logement), bénéficiaires de l'Aide sociale.

(4) 43 200 francs pour l'année 2001, soit 3 600 francs par mois.

CMU complémentaire, dépendent en revanche de sa composition: pour une personne seule, le plafond est identique à celui de la CMU de base⁽⁵⁾; il est majoré pour chaque personne supplémentaire⁽⁶⁾. Ces plafonds de ressources sont fixés annuellement par décret.

La couverture complémentaire comprend la prise en charge intégrale du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier, de l'avance de frais grâce au tiers-payant et des dépassements d'honoraires en matières de frais d'optique et de soins dentaires (s'agissant de ces deux derniers points, la prise en charge est limitée par la technique dite du « panier de soins⁽⁷⁾»). En septembre 2000, 4,7 millions de personnes en bénéficiaient; 20 % d'entre elles sont également affiliées à la CMU de base. Pour leur affiliation, les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent faire appel à une caisse primaire d'assurance maladie, une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurances.

→ *Les bénéficiaires*

Avant l'instauration de la CMU, 700 000 personnes n'avaient pas accès à un régime de base obligatoire. 550 000 d'entre elles pouvaient être couvertes par le biais de l'assurance personnelle, dont 50 000 acquittaient par elles-mêmes les cotisations, les autres voyant leur cotisation prise en charge soit par la Caisse nationale d'allocations familiales, soit par l'aide sociale. Demeuraient donc 150 000 personnes qui ne bénéficiaient d'aucune couverture, et à qui s'adressait en priorité la CMU de base. Environ six millions de personnes ne bénéficiaient pas d'une couverture complémentaire.

→ *Les carences du système*

La CMU a entraîné la suppression de l'aide médicale départementale (AMD) dont tous les bénéficiaires ont droit automatiquement à la CMU (de base et complémentaire) jusqu'au 30 juin 2001. A cette date, si la CMU de base restera acquise à tous, le bénéfice de la CMU complémentaire ne sera plus accordé qu'aux personnes dont les dossiers auront été jugés éligibles. Sous l'effet du seuil du plafond de ressources, de nombreuses personnes (100 000 à 500 000 selon la Caisse nationale d'assurance maladie) ne bénéficieront pas de la CMU complémentaire, alors même qu'elles étaient éligibles à l'AMD. Cet effet est d'autant plus paradoxal que la CMU est acquise de plein droit, alors que l'aide médicale n'était pas forcément accordée.

Une nouvelle aide médicale de l'État (aide médicale d'État renouvelée, ou AMER) remplace la précédente. Sous conditions de ressources, elle est destinée aux personnes qui ne peuvent bénéficier de la CMU (de base et complémentaire) :

Le lien entre traitement des urgences et prise en charge de la précarité est avéré.

- les étrangers en situation irrégulière (les étrangers en situation régulière ont droit à la CMU) ;
- les étrangers résidant en France de façon habituelle⁽⁸⁾ mais qui ne remplissent pas la condition de stabilité de résidence ;
- les personnes ne résidant pas habituellement en France (métropole ou départements d'Outre-mer) mais éligibles à l'AME par décision ministérielle - individuellement et à titre humanitaire.

Les personnes à la charge du bénéficiaire de la nouvelle AME doivent répondre aux mêmes critères que lui pour en bénéficier; les membres de la famille résidant à l'étranger et en visite en France n'ont pas droit à l'AME, même s'ils sont à la charge du bénéficiaire pendant leur séjour.

Deux niveaux d'accès aux prestations sont prévus suivant la durée de résidence des étrangers :

- une résidence ininterrompue d'au moins trois ans ouvre le droit aux prestations couvertes par l'AME - aussi bien en médecine de ville qu'en établissement de santé ;
- une résidence ininterrompue inférieure à trois ans ouvre droit aux mêmes prestations, mais exclusivement dans un établissement de santé (y compris les consultations externes et les prescriptions ordonnées par un médecin hospitalier).

Dans un établissement de santé, l'admission ne dépend que de la seule condition de résidence habituelle en France; aucune durée préalable de résidence ne peut être exigée. En ce qui concerne l'hôpital, la nouvelle AME prend en charge les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, et le forfait hospitalier. L'objectif de ce dispositif est de ne pas entraver l'accès aux soins des personnes en situation particulièrement précaire, tout en évitant la prise en charge des personnes de passage qui ne sont prises en charge qu'en cas d'urgence médicale.

Certaines populations (personnes âgées bénéficiant du mini-

notes

(5) 43 200 francs par an en 2001, soit 3 600 francs par mois.

(6) 50 % pour la 2^e personne, 30 % au titre des 3^e et 4^e personnes, 40 % par personne en plus au foyer à compter de la 5^e personne.

(7) Par principe, le contrôle des dépenses liées à la CMU ne peut reposer sur la limitation des remboursements ; les bénéficiaires de la CMU étant intégrés au régime de droit commun, une autre modalité de contrôle a été mise en place, le panier de soins. Les consommations en lunetterie, prothèses dentaires et un certain nombre d'autres

biens médicaux ont été définis et limités, après discussions avec les caisses et les professionnels. Pour plus de détails, voir Grzegorzulka (2000).

(8) Les étrangers qui résident en France de façon habituelle sont ceux : « Qui se trouvent en France et y demeurent dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité » (avis du Conseil d'État, 8 janvier 1981), mais qui ne remplissent pas la condition de régularité de séjour. La résidence habituelle se prouve par tout moyen ; à défaut, par une déclaration sur l'honneur.

mum vieillesse, personnes handicapées) risquent de perdre le bénéfice d'une couverture sociale en raison de l'effet de seuil introduit par la diminution du plafond de ressources de la CMU à 3.500 francs par mois (3.600 francs aujourd'hui). S'agissant des personnes âgées, hébergées en institution de long séjour et qui perçoivent le minimum vieillesse⁽⁹⁾, la situation est encore plus préoccupante: 90% de leurs ressources sont affectés au règlement de leurs frais d'hébergement, les 10% restants servent à payer le ticket modérateur et le forfait journalier. Or, le niveau de revenu déterminant le bénéfice de la CMU est assis sur la totalité de leurs ressources, et pas sur les 10% qui leur restent. L'allocation adulte handicapé est également supérieure au plafond de la CMU⁽¹⁰⁾, ses bénéficiaires ne pourront être éligibles à la CMU complémentaire après le 30 juin 2001.

Ces différents éléments ont conduit à s'interroger sur les effets que pourrait produire l'application de la CMU à l'hôpital, lieu d'accueil des populations précaires qui ont un rapport difficile au soin. C'est pourquoi un questionnaire a été envoyé aux établissements publics de santé les interrogeant sur ce sujet.

Les réponses au questionnaire sur l'application de la CMU

Avant de se pencher sur le grand enseignement tiré des réponses au questionnaire (cf. annexe) - l'impact limité de la CMU sur l'hôpital -, il convient préalablement d'analyser deux grands facteurs explicatifs de ces réponses: le type d'activité de l'hôpital et sa catégorie.

Le type d'activité de l'établissement, un facteur peu déterminant

La répartition entre les types d'activités est sensiblement comparable pour les trois types d'établissements, et ne constitue pas un élément important de différenciation dans les réponses apportées au questionnaire.

En revanche, la présence d'un service d'accueil des urgences est une variable prépondérante, même si elle est conditionnée par l'existence d'une activité de médecine/chirurgie/obstétrique (MCO): les services d'urgences drainent une population peu ou pas solvable qui réclame une prise en charge spécifique. 54% des établissements déclarent ainsi héberger un service d'urgences et 69,8% de ces hôpitaux-là prenaient en charge la précarité avant la mise en place de la CMU. Corrélativement, 64,2% des hôpitaux qui prenaient spécifiquement en charge la précarité avant la mise en oeuvre de la CMU accueillent les urgences; 60,5% des hôpitaux qui ne la prenaient pas en compte n'en disposaient pas⁽¹¹⁾.

Le lien entre traitement des urgences et prise en charge de la précarité avant l'introduction de la CMU est ainsi avéré. C'est la raison pour laquelle 63,9% des hôpitaux avec un service d'urgences considèrent que la CMU est un progrès;

54,7% des établissements sans urgences jugent qu'elle est sans effet sur la prise en charge de la précarité.

Le type d'hôpital, un élément fort de différenciation

Les réponses varient sensiblement suivant le type de structure. C'est la raison pour laquelle, on examinera plus particulièrement les points suivants à la lumière du type des établissements qui forment les réponses:

- le lien entre prise en charge de la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU et impact de la CMU sur l'hôpital;
- l'absence de sur-fréquentation des services;
- la non-diminution des créances irrécouvrables;
- la nécessité ou non d'une réponse administrative appropriée à l'entrée en vigueur de la CMU;
- l'impact de la CMU sur la prise en charge de la précarité.

→ La prise en charge de la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU

58,7% des hôpitaux avaient mis en place des dispositifs de prise en charge de la précarité avant l'introduction de la CMU. Cet effort est nettement plus marqué dans les CHRU (80,8%) que dans les CH (63,3%) et les HL (44,8%). La relation qu'on peut établir avec l'existence d'un service d'urgences est variable suivant le type d'hôpital (tableau 1): elle est très accentuée en ce qui concerne les CHRU, elle l'est un peu moins pour les CH. En revanche, les HL présentent un profil paradoxal: la très grande majorité d'entre eux (97,8%) n'ont pas de services d'urgences, mais près de la moitié (44,8%) prenaient la précarité en charge avant l'entrée en vigueur de la CMU.

C'est le type de population qui fréquente l'hôpital qui est le facteur principal de cette différenciation: CHRU et CH sont localisés dans de grandes agglomérations où la précarité est concentrée et, l'accès aux soins des populations les plus

tableau 1
Corrélation entre service d'urgences, prise en charge préalable de la précarité et type d'établissements (en pourcentage)

	CHRU	CH	HL
Service d'accueil des urgences			
Oui	76,9	81,3	2,2
Non	23,1	18,7	97,8
Prise en charge de la précarité avant la CMU			
Oui	80,8	63,3	44,8
Non	19,2	36,7	55,2

Source: Enquête conduite par les auteurs, novembre 2000.

- (9) 3 654,50 F par mois.
(10) 3 654,50 F également.
(11) Les résultats globaux des

réponses apportées au questionnaire sont détaillés en annexe.

tableau 2

Sur-fréquentation des services et type d'établissements

(en pourcentage)

	CHRU	CH	HL
Sur-fréquentation	28,8	19,7	3,9
Absence de sur-fréquentation	71,2	80,3	96,1

Source : Enquête conduite par les auteurs, novembre 2000.

tableau 3

Variation des créances irrécouvrables et type d'établissement

(en %)

	CHRU	CH	HL
Diminution	19,2	18,0	8,3
Absence de diminution	34,6	48,7	85,6
Trop tôt pour en juger	46,2	33,3	6,1

Source : Enquête conduite par les auteurs, novembre 2000.

tableau 4

Réponse administrative appropriée et type d'établissements

(en %)

	CHRU	CH	HL
Réponse administrative appropriée	65,4	46,3	22,1
Absence de réponse administrative appropriée	34,6	53,7	77,9

Source : Enquête conduite par les auteurs, novembre 2000.

tableau 5

Impact de la CMU et type d'établissement

(en %)

	CHRU	CH	HL
Amélioration de la prise en charge de la précarité	71,2	59,0	16,0
Dégradation de la prise en charge de la précarité	5,8	9,7	23,2
Sans effet sur la prise en charge de la précarité	23,1	31,3	60,8

Source : Enquête conduite par les auteurs, novembre 2000.

démunies se faisant par la voie des urgences, une prise en charge de la précarité devient le corollaire indispensable à la présence d'un tel service. La situation paradoxale des hôpitaux locaux vient très certainement de leur fréquentation : même en l'absence de service d'urgence, ils doivent s'intéresser à l'accueil de leurs patients en situation précaire, qui sont le plus souvent des personnes âgées ou des personnes handicapées.

→ La sur-fréquentation de certains services

84,8% des hôpitaux n'ont pas constaté de sur-fréquentation de leurs services (services administratifs ou services cliniques) après l'entrée en vigueur de la CMU. Les réponses sont comparables suivant le type d'hôpital : 71,2% des CHRU, 80,3% des CH et 96,1% des HL rapportent cette

observation. Les établissements qui ont constaté une sur-fréquentation de certains de leurs services sont principalement des CH et, dans une moindre mesure, les CHRU - les HL ignorant presque le phénomène.

Les services connaissant une hausse de leur fréquentation qui sont le plus souvent cités⁽¹²⁾ sont les services des admissions, des frais de séjour, ainsi que le service social ; en ce qui concerne les services cliniques, ce sont les urgences et les consultations externes.

→ La diminution des créances irrécouvrables

59,8% des hôpitaux interrogés n'ont pas constaté de diminution de leurs créances irrécouvrables ; 25,3% jugent qu'il est encore trop tôt pour mesurer un tel effet de la CMU sur leurs établissements. Seuls 8,3% des HL, 18% des CH et 19,2% des CHRU ont enregistré une telle baisse.

Les HL se différencient très sensiblement des CHRU et des CH : 85,6% d'entre eux déclarent ne pas avoir constaté une diminution des créances irrécouvrables - ce qui s'explique encore une fois par leur population de résidents : les personnes âgées et les personnes handicapées sont solvables. Les CHRU et les CH présentent un profil de réponse plus équilibré. Presque un cinquième d'entre eux déclarent avoir constaté une telle réduction. 48,7% des CH n'ont pas constaté de baisse ; 46,2% des CHRU trouvent qu'il est prématuré d'en juger. La taille de la structure peut expliquer le délai nécessaire plus important pour produire une évaluation ; c'est encore plus vrai s'agissant des hôpitaux qui appartiennent à un groupe hospitalier où le traitement des données comptables réclame encore plus de temps.

Il n'existe pas de lien entre la prise en charge préalable de la précarité et l'évolution des créances irrécouvrables : 73,6% des hôpitaux qui ne prenaient pas en charge la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU n'ont pas constaté leur diminution ; il est également ainsi de 50,2% des hôpitaux qui possédaient des structures de prise en charge de la précarité.

→ La mise en place d'une réponse administrative appropriée
40% des établissements enquêtés déclarent avoir apporté

note

(12) Chaque établissement pouvait citer plusieurs de ses services.

une réponse administrative spécifique à la mise en œuvre de la CMU. Autour de la position médiane des CH (environ la moitié de réponses positives et la moitié négatives), s'articulent les réponses des CHRU et des HL. Les premiers ont majoritairement (65,4 %) organisé une réponse administrative appropriée en réponse à la mise en œuvre de la CMU ; c'est l'inverse pour les seconds : 77,9 % d'entre eux n'ont pas eu besoin d'adapter leur structure administrative.

Quand une réponse administrative spécifique a été apportée, c'est principalement par le biais de l'installation d'un personnel social additionnel, de la mise en place d'une structure spécifique d'aide à l'ouverture des droits et de la formation des agents en place.

S'agissant de la corrélation avec l'existence d'une prise en charge préalable de la précarité, il y a divergence : 73,2 % des hôpitaux sans prise en charge préalable n'ont pas apporté de réponse administrative particulière après la mise en place de la CMU ; en revanche, la moitié des établissements avec prise en charge préalable ont apporté une réponse administrative appropriée.

L'impact limité de la CMU sur l'hôpital

→ *Une dégradation selon une minorité d'hôpitaux*

13,9 % des hôpitaux considèrent que l'introduction de la CMU a entraîné une dégradation de la prise en charge de la précarité dans leur établissement ; c'est une faible proportion, mais loin d'être négligeable. 56 % des hôpitaux ayant fait cette réponse sont des HL, 39,2 % sont des CH.

70,3 % de ces hôpitaux n'ont pas de service d'urgences, mais 64,9 % d'entre eux prenaient spécifiquement en charge la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU. Ces deux derniers chiffres laissent à penser que les populations démunies qu'ils prennent en charge ne sont pas celles qui arrivent à l'hôpital via les services d'urgences, ce sont plus certainement des personnes - âgées ou handicapées - dont les moyens financiers ont nécessité une prise en charge de la précarité. Le jugement négatif porté sur la CMU doit, selon toute probabilité, venir de l'effet de seuil entre CMU, d'une part, minimum vieillesse et allocation adulte handicapé, d'autre part (voir *supra* « Les carences du système »).

→ *Une absence d'effet pour une part importante des hôpitaux*

40,5 % des hôpitaux ayant répondu au questionnaire déclarent que la CMU est sans effet sur la prise en charge de la précarité dans leur établissement ; 50,9 % d'entre eux sont des HL ; 43,5 % sont des CH.

C'est dans l'absence de service d'urgences (62 % des hôpitaux qui ont fait cette réponse) et de prise en charge préalable de la précarité (57,4 % des hôpitaux) qu'il faut voir l'explication à ce jugement.

Dans une structure hospitalière déjà préparée à la gestion de la précarité, l'introduction de la CMU n'a pas apporté de grands bouleversements.

→ *Une amélioration pour moins de la moitié des établissements*

45,6 % des hôpitaux interrogés considèrent que la CMU a apporté une amélioration dans la prise en charge de la précarité au sein de leur établissement ; presque trois quarts (72,8 %) des établissements à porter un tel jugement sont des CH.

75,7 % des hôpitaux pour lesquels la CMU a entraîné une amélioration de la prise en charge de la précarité possèdent

un service d'urgences ; 71,2 % d'entre eux hébergeaient également des structures de prise en charge de la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU. Une fois encore se confirme la corrélation entre service d'urgences et accueil de populations bénéficiaires de la CMU.

→ *Un jugement différent suivant le type d'hôpital et le type d'activité*

Au total, les HL ont un jugement très réservé à l'égard de la CMU : 60,8 % considèrent qu'elle est sans effet ; pour 23,2 % d'entre eux son influence est négative. À l'inverse, les CHRU (71,2 %) et les CH (59 %) estiment son apport positif ; 23,1 % des CHRU et 31,3 % des CH ne constatent aucun effet.

L'existence d'une prise en charge de la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU détermine fortement l'opinion qu'expriment les établissements à l'égard de ce nouveau dispositif. 56,4 % des hôpitaux avec prise en charge préalable de la précarité considèrent que la CMU est sans effet, alors que 55,3 % de ceux qui n'en disposaient pas jugent qu'elle constitue un progrès. C'est la réponse que chaque établissement avait apportée à la précarité avant l'entrée en vigueur de la CMU qui conditionne son opinion à l'égard de ce nouveau dispositif : dans une structure hospitalière déjà préparée à la gestion de la précarité, l'introduction de la CMU n'a pas apporté de grands bouleversements ; c'est tout l'inverse dans un hôpital qui n'y était pas préparé.

La CMU à l'hôpital : un progrès mais pas une révolution

La CMU a donc des répercussions plus atténuées que prévu sur l'hôpital. Cette relative modération tire son origine du caractère composite de la précarité, et appelle une nouvelle orientation dans sa prise en charge par l'hôpital.

Pourquoi un impact apparemment si atténué ?

Le constat opéré - absence de sur-fréquentation, de diminution des créances irrécouvrables et de réponse administrative

appropriée - prend sa source dans des éléments qui relèvent à la fois de données sociologiques et des contraintes administratives: la CMU est un dispositif dont l'effet principal s'est davantage fait sentir en médecine de ville qu'à l'hôpital public.

- *L'absence de sur-fréquentation*

C'est très certainement l'observation la plus surprenante: on pouvait s'attendre à ce que la CMU produise un effet d'appel sur les populations les plus démunies supposées ne pas pouvoir accéder aux soins en l'absence de couverture sociale. Deux raisons principales expliquent l'absence de ce phénomène: tous les hôpitaux ne disposent pas d'un service d'urgence, et la précarité était globalement déjà prise en charge par l'hôpital avant l'entrée en vigueur de la CMU.

→ *Les urgences: porte d'entrée de la précarité à l'hôpital*

Les populations démunies privées de couverture sociale utilisent les urgences comme voie d'accès aux soins, parce que l'hôpital est considéré comme un spécialiste accessible à tous, parce qu'il est le dernier recours dans les situations de forte détresse, et parce qu'il renforce le statut social de malade (Fabre, 1995). C'est pourquoi une part importante de la fréquentation des urgences relève davantage d'une situation de consultation externe: accéder à l'hôpital par les urgences permet d'éviter le passage préalable par les admissions, et donc une facturation antérieure à la visite.

La présence ou non d'un service d'urgences dans les établissements hospitaliers constitue un déterminant central dans le niveau et la nature de la prise en charge de la précarité; un établissement sans urgences ne devient pas la destination des populations démunies qui bénéficient de la CMU. En revanche, les hôpitaux sans services d'urgences - le plus souvent des hôpitaux locaux - accueillent d'autres types de populations démunies (personnes âgées et handicapées); ce n'est pas donc un hasard si ce sont ces établissements-là qui estiment que la CMU produit peu d'effet sur la précarité.

→ *L'urgence prise en charge à l'hôpital avant la CMU*

Si la CMU n'a pas eu l'effet d'appel attendu, c'est que - même en l'absence de structures spécifiques de prise en charge de la précarité (41,3% des hôpitaux) - l'accueil en urgence des personnes précaires à l'hôpital était assuré préalablement à son introduction, et ce grâce aux structures de prise en charge déjà existantes (voir *supra*): les personnes qui devaient avoir recours à l'hôpital y avaient déjà eu accès.

→ *La facturation, un facteur non dissuasif de consultation*
Les services de consultation ne

connaissent pas non plus de sur-fréquentation depuis la mise en place de la CMU, ce qui semble démontrer que le bénéfice d'une couverture sociale n'était pas un élément déterminant dans l'accès à l'hôpital. Les dispositifs de prise en charge de la précarité antérieurs à la CMU décrits plus haut (consultations précarité, cartes santé, PASS...) permettaient soit d'affilier les personnes n'ayant pas encore fait valoir leurs droits, soit de prendre en charge les patients dépourvus de couverture sociale. C'est la raison pour laquelle l'application de la CMU à l'hôpital n'a pas non plus provoqué d'afflux dans les services de consultation.

- *L'absence de diminution des créances irrécouvrables, un faisceau d'explications*

L'accès aux soins pour tous étant globalement assuré, l'obligation d'accueil dévolue aux hôpitaux publics aurait pu avoir comme corollaire un volume important de créances irrécouvrables demeurant à la charge des établissements, que la mise en œuvre de la CMU était susceptible de faire baisser. Or, 59,8% des hôpitaux enquêtés répondent qu'ils n'ont pas constaté une telle diminution. Cette situation - apparemment paradoxale - peut trouver sa source dans plusieurs explications:

- contrairement à l'aide médicale départementale (AMD) qui prévoyait la rétroactivité de la couverture sociale dès l'admission, la CMU ne prend effet qu'à partir du moment où le dossier du bénéficiaire est validé. Par conséquent, tant que l'instruction du dossier CMU est en cours, les frais afférents aux soins et à l'hospitalisation demeurent à la charge de l'hôpital. Par ailleurs, contrairement à sa vocation universelle, la CMU ne couvre pas l'ensemble des personnes jusque-là dépourvues de toute couverture sociale (voir *supra*);
- les créances irrécouvrables ne sont pas nécessairement le fait des patients les plus démunis. Avant l'entrée en vigueur de la CMU, ces populations bénéficiaient des systèmes de lutte contre la précarité déjà en place dans les hôpitaux; les créances irrécouvrables semblent être davantage le fait des personnes qui continuent d'être exclues de tout dispositif de protection sociale - sauf de l'aide médicale d'État rénovée (AMER);
- la question de la diminution des créances irrécouvrables est certainement prématurée: l'impact comptable de la CMU ne pourra se distinguer qu'avec un recul minimal de deux, voire trois années à compter de sa mise en œuvre⁽¹³⁾. L'ensemble des interlocuteurs rencontrés déclarent s'attendre à une réduction inscrite dans les prochains exercices comptables. Seul élément susceptible de stabiliser, voire d'accroître le volume des créances irrécouvrables: la fin du basculement automatique entre aide médicale et

La précarité était globalement déjà prise en charge par l'hôpital avant l'entrée en vigueur de la CMU.

note

(13) Une facture demeure recouvrable par la Trésorerie générale pendant quatre ans.

CMU au 30 juin 2001 qui pourrait provoquer l'exclusion de nombreux allocataires de la CMU et, partant, conduire à l'accroissement des dettes hospitalières.

- *Une réponse administrative peu marquée :*

l'Assurance maladie en première ligne

L'accueil des patients les plus démunis étant assuré, l'introduction de la CMU aurait pu provoquer des réaménagements dans la prise en charge de la précarité, se traduisant par une réponse administrative adéquate apportée par les établissements à la nouvelle situation. Or, 60 % des hôpitaux déclarent qu'il n'en est rien.

La CMU a introduit une modification dans les modalités de couverture sociale des patients démunis, ce qui a conduit ces derniers à davantage solliciter les services de l'Assurance maladie (caisses primaires ou antennes délocalisées dans les hôpitaux) que les unités administratives des établissements hospitaliers. En revanche, la fin du basculement automatique entre aide médicale et CMU, prévue au 30 juin 2001, pourrait conduire à un accroissement du travail administratif - dans les hôpitaux et dans les antennes délocalisées de l'Assurance maladie - en raison de la nécessité d'instruire les dossiers de demande d'admission à la CMU.

- *La CMU : un progrès pour l'hôpital ou pour ses patients ?*

L'application de la CMU à l'hôpital a un profond retentissement sur les structures hospitalières. Considérée comme le prolongement positif des actions engagées auparavant, c'est un dispositif plus simple à mettre en œuvre, plus rapide que l'aide médicale départementale, et dont les effets comparables devraient se manifester à moyen terme. Son automatisation est également décrite comme un point positif par rapport aux dispositifs précédents.

En revanche, l'impact de la CMU est négatif en ce qui concerne les personnes âgées et les personnes handicapées, pénalisées par des effets de seuil. Il risque d'en être également ainsi pour les anciens bénéficiaires de l'AMD qui, le 30 juin 2001, n'auront plus droit automatiquement à la CMU complémentaire, et dont l'instruction des dossiers pourrait se traduire - pour un nombre non négligeable d'entre eux - par une suppression de son bénéfice.

Mais la CMU - mécanisme à portée universelle et régime de présomption de droits - constitue un progrès décisif pour les patients les plus démunis en éliminant le caractère stigmatisant des dispositifs précédents. Le délabrement physique, fréquemment constaté chez les personnes précaires, pouvait s'expliquer aussi par la crainte d'une perte de dignité ressentie lors du recours à des dispositifs spécifiques de prise en charge.

La précarité : une notion aux contours vagues

Précarité, exclusion, pauvreté, dénuement... de nombreux termes désignent la mise à l'écart du groupe social, renvoyant

L'exclusion des soins relève souvent d'un renoncement pour des motifs économiques, mais ce n'est pas toujours le cas.

à la multiplicité des situations d'exclusion et de précarité : à l'égard de l'argent, du logement, du travail... Toutes aussi variées sont les formes de déracinement : étrangers ou provinciaux perdus dans les grandes agglomérations, déplacements voulus des gens de voyage et des professionnels itinérants ou errance subie des jeunes marginaux des centres villes, difficulté de maîtriser une langue - langue étrangère pour les émigrés, les demandeurs d'asile, les réfugiés politiques, ou langue maternelle pour les illettrés et les analphabètes.

L'exclusion des soins relève souvent d'un renoncement pour des motifs économiques, mais ce n'est pas toujours le cas.

Elle ressortit également à des déterminants psychologiques, culturels, sociologiques... auxquels la CMU ne peut apporter une réponse globale, même si elle contribue à en réduire la portée. Le rapport à la santé, la perception de la souffrance ou la relation que chaque individu entretient avec son corps sont puissamment influencés par des facteurs culturels ou sociologiques. Seuls les hôpitaux pédiatriques ont toujours présenté un profil atypique, la réticence à venir au soin constatée chez certaines populations adultes s'effaçant devant l'impératif absolu que représente la santé de leurs enfants.

De plus, chaque mode d'accès à l'hôpital - service d'urgence, consultations externes, hospitalisation, long séjour, soins de suite et de réadaptation... - détermine le type de population démunie concernée par les dispositifs de prise en charge.

Du patient vers le soin, au soin vers le patient ?

A l'expérience, il semble bien que la CMU n'ait pas conduit à l'hôpital des populations qui n'y avaient pas accès en raison de contraintes financières ; elle a modifié les modalités de prise en charge des populations qui y venaient déjà. Six millions de personnes devaient être touchées par ce nouveau dispositif et, à ce jour, seuls cinq millions en bénéficient (Boisguérin, 2000). Les données tirées du questionnaire, complétées par les entretiens conduits, semblent dessiner en creux une évolution du rapport entre les dispensateurs de soins et ses bénéficiaires : sont désormais touchés par le soin les personnes auxquelles les dispositifs d'accès à l'hôpital étaient destinés ; en revanche, les populations qui n'ont pas eu jusque-là la démarche spontanée de se rendre vers les hôpitaux semblent désormais hermétiques aux dispositifs mis en place.

L'instauration de la CMU se fondait sur le postulat que l'accès au soin ressortissait à des motifs financiers : dès lors que la barrière de la prise en charge serait levée, les populations jusque-là exclues se dirigeraient vers les structures dispensatrices. Sous certaines réserves (Long, 1999), ce constat

s'est vérifié en médecine de ville : la CMU donne accès à des soins dont le bénéfice est subordonné à une couverture complémentaire (en particulier l'optique et l'odontologie). En revanche, l'enquête menée auprès des hôpitaux publics montre que le bénéfice d'une couverture sociale n'est pas un facteur suffisant pour décider une part des patients non pris en charge par l'hôpital de s'y rendre.

« La montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée aux portes des hôpitaux - en général des urgences - d'un nombre croissant de malades qui parfois connaissent des difficultés d'accès aux soins ambulatoires » ; ce qui nécessite « d'adapter les structures, de changer les mentalités et les pratiques professionnelles ». Les objectifs de la circulaire du 17 décembre 1993, recommandant la mise en place de cellules d'accueil spécialisées dans les hôpitaux, semblent être atteints : les résultats de l'étude conduite montrent que les strates successives de dispositifs destinés à étendre la couverture maladie ont atteint leur but en grande partie.

Cependant, un « noyau dur » de l'exclusion des soins hospitaliers semble perdurer : désormais, l'accès à l'hôpital public doit certainement emprunter des pistes novatrices ; il ne suffit plus aux hôpitaux d'être « ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services », comme l'édicte le code de la santé publique.

Mis à part les situations de prise en charge par les services mobiles d'urgences, la norme veut que ce soit le patient qui fasse la démarche d'aller vers les lieux et les acteurs de

soins. Or, pour atteindre les populations qui n'ont pas spontanément cette démarche, il est peut-être temps que le soin se déplace vers ces patients-là. Il conviendrait alors de mener à son terme la démarche qui a conduit à la création du « Samu social », qui va au-devant des plus démunis pour les amener vers les structures de soins et/ou de prise en charge sociale, et mettre en œuvre des structures hospitalières mobiles. Cette approche est celle de « L'omnibus » expérimenté à l'hôpital Jean-Verdier⁽¹⁴⁾ ; elle pourrait - à l'instar des consultations précarité inaugurées à l'hôpital Saint-Antoine⁽¹⁵⁾ - essaimer ensuite en France.

Cette approche revient à s'interroger de nouveau sur la mission dévolue à l'hôpital : mission sanitaire ou mission sociale ? Ce débat, dont les termes évoluent dans le temps (Imbault-Huart, 1998), n'est pas tranché, et rien n'interdit d'imaginer que, par-delà son immense compétence clinique, l'hôpital revienne aussi à son rôle initial de secours aux plus nécessiteux, de façon que la réalité de l'accès aux soins rejoigne son principe édicté par le code de déontologie : « [...] écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé [...] ».

notes
(14) AP-HP, Bondy.

(15) AP-HP, Paris.

références bibliographiques

- **Boisguérin B.**, « Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2000 », *Études et Résultats*, n° 96, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 2000.
- *Cahiers hospitaliers (Les)*, « La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) », n° 154, février 2000.
- **Cordier A.**, « L'hôpital et les patients démunis », in Lebas J., Chauvin P. (dir.), *Précarité et santé*, Flammarion, Paris, 1998.
- **Fabre C.**, « Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifique des populations défavorisées », *Revue Prévenir*, n° 28, 1^{er} semestre 1995.
- **Grzegorzulka O.**, « Mission d'information sur l'application de la loi créant la couverture maladie universelle (CMU) », première communication devant la commission des Affaires sociales, culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale, 15 mars 2000.
- **Imbault-Huart M.J.**, « Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique », in Lebas J., Chauvin P. (dir.), *Précarité et santé*, Flammarion, Paris, 1998.
- **Jacquot S.**, « La CMU : vers un droit à la santé pour tous », *Actualités sociales hebdomadaires*, supplément au n° 2171, 16 juin 2000.
- **La Rosa E.**, *Santé, précarité et exclusion*, coll. « Le sociologue », Presses universitaires de France, Paris, 1998.
- **Lebas J.**, *A l'épreuve de la précarité. Une certaine idée de l'hôpital*, document de synthèse remis à Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité et Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la Santé, Paris, 26 février 1998.
- **Lebas J.** (Rapport de la commission présidée par), *Accueil des malades démunis à l'AP-HP*, coll. « Les Rapports de l'AP-HP », Paris, 1994.
- **Long M.**, « La mise en place de la couverture maladie universelle », *JCP - La Semaine juridique*, édition générale, n° 49, 8 décembre 1999.
- **Manicot C.**, « L'hôpital pour les malades en situation de précarité », *AP-HP Magazine*, n° 71, octobre-novembre 1998.
- **Patte D., Marchand-Buttin F., Brodin M.**, *Étude sur les dispositifs hospitaliers de prise en charge des patients en situation de précarité*, document de travail à diffusion restreinte, Direction générale de la Santé/Direction des hôpitaux/Direction de l'Action sociale, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, février 1998.
- **Budet J.-M.**, « La CMU, instrument de validation et de réforme hospitalière », *Les Cahiers hospitaliers*, 1^{re} partie : n° 152, décembre 1999 ; 2^e partie : n° 153, décembre 1999 ; 3^e partie : n° 154, février 2000 ; 4^e partie : n° 155, mars 2000 ; 5^e partie : n° 156, avril 2000.
- *Questions de sécurité sociale*, Dossier : « La concentration des dépenses de soins médicaux », n° 9, volume 50, 1999.

Les réponses au questionnaire

L'établissement que vous dirigez est un :

	Nombre	%
CH	300	56,3
CHRU	52	9,8
HL	181	34
Total	533	100

L'activité ou les activités de votre établissement
(plusieurs réponses possibles)

	Nombre	%
Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	423	79,4
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	429	80,5
Soins de longue durée (SLD)	455	85,4

Votre établissement dispose-t-il
d'un service d'accueil des urgences ?

	Nombre	%
Oui	288	54,0
Non	245	46,0
Total	533	100

Dans quelle région
se trouve votre établissement ?

	Nombre	%
Alsace	28	5,3
Aquitaine	22	4,1
Auvergne	17	3,2
Basse-Normandie	15	2,8
Bourgogne	26	4,9
Bretagne	31	5,8
Centre	31	5,8
Champagne	18	3,4
Corse	3	0,6
Départements d'Outre-mer	13	2,4
Franche-Comté	11	2,1
Haute-Normandie	18	3,4
Île-de-France	46	8,6
Languedoc-Roussillon	17	3,2
Limousin	5	0,9
Lorraine	25	4,7
Midi-Pyrénées	30	5,6
Nord-Pas-de-Calais	24	4,5
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	35	6,6
Pays-de-la-Loire	29	5,4
Picardie	19	3,6
Poitou-Charentes	17	3,2
Rhône	53	9,9
Total	533	100

La précarité était-elle spécifiquement
prise en charge dans votre établissement
avant l'entrée en vigueur de la CMU ?

	Nombre	%
Oui	313	58,7
Dont		
Consultation spécifique	24	4,5
Mécanisme particulier d'ouverture des droits	88	16,5
Dispositif d'accueil par une assistante sociale	160	30,0
Autres (actions ciblées vers les plus démunis, aide médicale, PASS, points santé, cartes santé, conventions, présence de la CPAM sur le site hospitalier)	157	29,5
Non	220	41,3
Total	533	100

La mise en place de la CMU a-t-elle provoquée
une sur-fréquentation de certains des services
de votre établissement ?

	Nombre	%
Oui	81	15,2
dont (plusieurs réponses possibles)		
Caisse	14	2,6
Admissions	49	9,2
Frais de séjour	24	4,5
Autres services administratifs (service social, bureau d'accueil de la Sécurité sociale)	39	7,3
Urgences	28	5,3
Consultations	26	4,9
Hospitalisation	13	2,4
Autres services cliniques	10	1,9
Non	452	84,8
Total	533	100

Dans votre établissement, la mise en œuvre
de la CMU a-t-elle entraîné une diminution
des créances irrécouvrables ?

	Nombre	%
Oui	79	14,8
Non	319	59,8
Trop tôt pour le dire	135	25,3
Total	533	100

L'instauration de la CMU a-t-elle nécessité,
dans votre établissement, la mise en œuvre
d'une réponse administrative appropriée ?

	Nombre	%
Oui	213	40,0
dont (plusieurs réponses possibles)		
Personnel supplémentaire aux caisses	0	0
Renforcement du personnel aux admissions	12	2,3
Mise en place d'une structure spécifique d'aide à l'ouverture des droits	36	6,8
Renforcement des structures existantes d'ouverture des droits	29	5,4
Mise en place d'un personnel social additionnel	74	13,9
Installation d'un logiciel informatique appropriée	15	2,8
Autres (formation et information des agents en place, installation ou renforcement d'une représentation de l'assurance maladie dans l'hôpital, mise en place d'une Pass)	120	22,5
Non	320	60,0
Total	533	100

Au total, dans votre établissement,
la mise en œuvre de la CMU a contribué à :

	Nombre	%
Améliorer la prise en charge de la précarité	243	45,6
Dégrader la prise en charge de la précarité	74	13,9
Est sans effet sur la précarité	216	40,5
Total	533	100

Robert Holcman et Philippe Darnaudet remercient vivement l'ensemble des personnes qui ont apporté leur aide à cette étude, tout particulièrement les directeurs d'hôpital qui ont accepté de les recevoir et de répondre à leurs questions.