



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R4/2023/1 du 12 janvier 2023 relative au modèle de convention entre l'établissement de santé et l'Assurance maladie pour la prise en charge des patients en situation de précarité prévu dans l'instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2300546N (numéro interne : 2023/1)
Date de signature	12/01/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Modèle de convention entre les établissements de santé et l'Assurance maladie pour la prise en charge des patients en situation de précarité prévu dans l'instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS).
Contact utile	Sous direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques en santé mentale (R4) Adeline BERTSCH Tél. : 01 40 56 52 78 Mél. : adeline.bertsch-merveilleux@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	3 pages + 2 annexes (13 pages) Annexe 1 - Modèle de convention locale de partenariat entre l'établissement de santé et le service de l'Assurance maladie territorialement compétent et ses annexes Annexe 2 - Les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)
Résumé	La présente note d'information a pour but de diffuser le modèle de convention prévu par l'instruction du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des PASS hospitalières, entre l'établissement de santé et l'Assurance maladie pour la prise en charge des patients en situation de précarité. Bien que cette note fasse suite à l'instruction relative au cahier des charges des PASS hospitalières, elle concerne l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement de santé notamment par le Service social hospitalier (SSH).

Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Convention Assurance maladie ; personnes en situation de précarité ; hospitalisation ; prise en charge en établissement de santé.
Classement thématique	Etablissements de santé
Texte de référence	Instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)
Rediffusion locale	Les agences régionales de santé (ARS) doivent assurer la diffusion de cette note auprès des établissements de santé.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 6 janvier 2023 - N° 1	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) prévoit la signature d'une convention entre tout établissement de santé et l'Assurance maladie (caisses primaires d'assurance maladie [CPAM] ou caisses locales selon les territoires) et ce, avant le 31 décembre 2023.

Afin de faciliter la mise en place de cette mesure, une convention cadre est proposée par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en lien avec la DGOS.

Ce projet de convention peut faire l'objet d'une adaptation locale avec l'appui des coordonnateurs régionaux des PASS hospitalières (points surlignés en jaune dans le modèle présent en annexe 1). Il convient de préciser que ces conventions sont proposées afin d'améliorer les relations conventionnelles existantes pour faciliter l'accès aux droits des patients.

La signature de cette convention entre tout établissement de santé et l'Assurance maladie revêt plusieurs objectifs.

Il s'agit tout d'abord de poursuivre la dynamique partenariale lancée depuis 2016 qui avait pour objectif de généraliser la signature d'une convention entre tout établissement de santé et le service de l'Assurance maladie territorialement compétent. Il s'agit donc de faciliter les relations entre les deux institutions dans un objectif de traitement efficient des différentes situations notamment pour des personnes en rupture de droits ou sans droits ouverts à l'Assurance maladie.

Ce partenariat renforcé doit permettre d'offrir à tous les travailleurs sociaux de l'établissement de santé (service social hospitalier, permanence d'accès aux soins de santé, structure d'urgence...) un contact privilégié au sein des caisses afin de faciliter l'accès aux droits (Protection universelle maladie [PUMa], Complémentaire santé solidaire, Aide médicale d'État...) et aux soins des personnes accueillies par l'établissement de santé (hospitalisations ou consultations externes).

Ce modèle de convention a été diffusé au réseau de l'Assurance maladie (en date du 28 juillet 2022) et il vous est proposé de le relayer, à votre tour, à l'ensemble des directions hospitalières de votre territoire.

En effet, bien que les équipes PASS soient reconnues comme les spécialistes de la prise en charge et de l'accompagnement des patients en situation de précarité (annexe 2), il revient à la direction de l'établissement de santé de porter cette convention. Ce partenariat-clé avec l'Assurance maladie concerne l'ensemble des services hospitaliers.

Mes équipes se tiennent à votre disposition pour tout échange complémentaire.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

Annexe 1

**Modèle de convention locale de partenariat entre l'établissement de santé
et le service de l'Assurance maladie territorialement compétent et ses annexes**

**Convention de partenariat
CPAM CCSS GCSS de XXXX – CARSAT de XXXX
Établissement de santé de XXXXX**

Entre, d'une part,

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE de XXXXXX / CCSS / CGSS

Située au xxxx...

Représentée par xxxx, Monsieur / Madame xxxx

Ci-après dénommée : « CPAM / CCSS / CGSS » ou « Assurance maladie »

LA CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE SANTÉ AU TRAVAIL de XXX,

Située au xxxx,

Représentée par xxxx, Monsieur / Madame xxxx,

Ci-après dénommée « CARSAT » ou « service social »

et d'autre part,

L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ de XXXXXXXX

Situé au xxxx...

Représenté par xxxx, Monsieur / Madame xxxx

Ci-après dénommé « établissement de santé »

IL EST CONVENU CE QUI SUIVIT :**PREAMBULE**

L'Assurance maladie fait de la lutte contre les exclusions une de ses priorités, en favorisant l'accès aux droits et aux soins de tous (cadre législatif spécifique, accompagnements par les Missions accompagnement santé dans les caisses locales, actions d'aller-vers...).

Elle développe pour cela, des partenariats avec les acteurs œuvrant dans le domaine de la fragilité sociale, dont les établissements de santé (en particulier au travers de l'activité de leurs Permanences d'Accès aux Soins de Santé - PASS - et leurs services sociaux) font partie. À ce titre, une convention avait peut-être été signée dans le cadre de la démarche PLANIR initiée à partir de 2016 et permettant de poser les bases d'un partenariat de qualité (à adapter selon historique)

Article 1 - Objet du partenariat

L'objet du partenariat entre l'établissement de santé de XXXX et la CPAM CCSS CGSS XXXXX est de :

- *Etablir / Consolider (à adapter) les collaborations entre les caisses et l'établissement de santé XXX,*
- *Offrir aux travailleurs sociaux de l'établissement un contact privilégié au sein des caisses, et organiser des modalités de traitement des situations (notamment urgentes) d'assurés accompagnés par l'établissement,*
- *Faciliter l'accès aux droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, Aide Médicale d'État...), des personnes accueillies par l'établissement de santé, tout en sécurisant les paiements des facturations pour l'établissement de santé selon les textes de loi en vigueur,*
- *Favoriser l'accès aux soins de ces mêmes personnes, voire leur proposer un accompagnement social le cas échéant.*

Article 2 - Publics concernés

*Sont concernées par cette convention, toutes les personnes, prises en charge par l'établissement de santé de xxxx (notamment par la PASS et le service social hospitalier), en **situation de fragilité sociale et / ou d'urgence médicale**, et présentant des difficultés d'accès aux droits et/ou aux soins.*

Article 3 - Référents de la convention

Afin de fluidifier les relations et de garantir son effectivité, chaque partie à la présente convention désigne un référent / des référents et s'engage à en tenir la liste à jour.

Il s'agit de XXXXX pour la CPAM CCSS CGSS.

Il s'agit de XXXXX pour le service social de l'Assurance maladie.

Et de XXXX pour l'établissement de santé.

Préciser les modalités de contacts : téléphonique + email

Article 4 - Engagements des parties

4.1 La CPAM CCSS CGSS de XXXXX s'engage à :

Information

- Assurer la formation et l'information des travailleurs sociaux de la PASS et du service social hospitalier sur les dispositifs d'accès aux droits et aux soins, sur les prestations de l'Assurance maladie et leurs évolutions réglementaires, ainsi que sur le service social, et les services en ligne de l'Assurance maladie.
- Mettre à disposition les formulaires d'ouverture de droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME, déclaration de médecin traitant, etc.). Ils sont aussi disponibles à la page 'formulaires' du site ameli : <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/recherche-formulaire> (lien à adapter selon les organismes).
- Mettre à disposition de l'établissement de santé les supports de communication, ou d'information dédiés (dépliants, affiches, liens internet, simulateurs de droits, vidéos...), utiles pour informer les personnes accueillies des différentes prestations, offres de services et accompagnements sociaux des caisses.

Ouverture de droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME...)

- Instruire les dossiers transmis par l'établissement et notifier à l'assuré les suites de l'instruction, en respectant les délais réglementaires applicables dans le cadre des deux derniers points :
 - Droits PUMa voire demande de carte Vitale (pour information, le délai moyen d'obtention d'une carte Vitale est de 19 jours calendaires).
 - Droits à la Complémentaire santé solidaire, sous un délai réglementaire d'au maximum 31 jours calendaires à partir de la date de réception du dossier en caisse, si le dossier est complet à réception.
 - Droits à l'AME, sous un délai réglementaire d'au maximum 30 jours calendaires à partir de la date de réception du dossier en caisse, si le dossier est complet à réception.

En cas d'urgence, l'Assurance maladie assure un traitement attentionné et rapide des demandes d'AME en 10 jours maximum. L'urgence se caractérise par l'absence de droit compromettant la réalisation de soins immédiats ou futurs (hospitaliers ou ambulatoires), justifiés par un certificat médical, bulletin d'hospitalisation ou une prescription.

- Fournir un accès à l'outil de « Consultation Des Droits » (CDR/CDRi) dans les services de l'établissement de santé.

Potentiellement, et selon les possibilités de la caisse, un agent de caisse peut être délégué dans l'établissement pour une collaboration sur les dossiers d'ouverture de droits (contenu, fréquence, localisation à définir entre les parties).

Difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignement du numérique, besoin d'accompagnement social

- Faire bénéficier aux assurés en situation de difficulté de soins, de renoncement aux soins, éloignés du numérique, ou en forte fragilité sociale, d'un accompagnement attentionné et individuel par la Mission accompagnement santé de la caisse :
 - CPAM : fournir dans l'annexe les modalités de saisine des Misas.

- Faire bénéficier aux assurés en situation de fragilité sociale telle que décrite en annexe, d'un accompagnement social par le service social de l'Assurance maladie :
 - SS AM : fournir dans l'annexe de description du SS les modalités de contact.

Relation clients

- Mettre à disposition une organisation permettant une relation clients fluide, par exemple une adresse email générique dédiée, ou tout autre canal dédié, pour les échanges **sans** données à caractère personnel :
 - CPAM + SS AM : détailler les modalités de contacts.
- Mettre à disposition un canal d'échanges sécurisés pour les données à caractère personnel (serveur sécurisé, extranet sécurisé local ou extranet sécurisé Espace Partenaires ...) :
 - SS AM : détailler les modalités de contacts.

Pilotage régulier de la collaboration (entre les COPILs)

- Partager de manière régulière (régularité à définir entre les parties) les statistiques concernant le traitement des dossiers et leurs états d'avancement.
- Fixer des seuils d'alerte permettant de faire le point sur des situations ou blocages.

4.2 L'établissement de santé de XXXX s'engage à :

Information

- Suivre les séances d'informations proposées par la caisse sur les prestations, les accompagnements et les dispositifs d'accès aux droits et aux soins.

Ouverture de droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME, médecin traitant...)

- Accompagner, voire aider, les personnes accueillies dans l'établissement de santé, dans la constitution et la complétude de leur dossier en utilisant les outils mis à disposition par la caisse :
 - CDR/CRDi,
 - « www.ameli.fr » qui permet d'obtenir des informations et de télécharger les imprimés de demande de droits ou prestations,
 - Les supports de communication fournis par la caisse.
- Pour les **dossiers urgents**, transmettre un certificat médical, bulletin d'hospitalisation ou attestation de besoins de soins permettant d'identifier le caractère d'urgence (cf. encadré 4.1).
- Transmettre le plus rapidement possible à la caisse les dossiers complets pour instruction par cette dernière.

Difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignement du numérique, besoin d'accompagnement social

- Orienter vers la Mission accompagnement santé de la caisse, à l'aide du formulaire de détection (papier ou dématérialisé), les personnes accueillies en situation de difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignées du numérique, ou en forte fragilité sociale.
- Service social de l'hôpital : orienter vers le service social de l'Assurance maladie les assurés du régime général, bénéficiaires ou non d'une ALD (exonérante ou non), âgés de 18 ans et plus, ayant un état de santé qui génère des bouleversements et une incidence sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale, susceptible de les fragiliser...

- ...qui ont exprimé une demande au regard des problématiques qu'ils rencontrent ;
- ...et qui présentent au moins l'un des six items de fragilité sociale, décrits en annexe 3.

Relation clients

- Utiliser exclusivement les canaux de contacts définis entre les parties.

Article 5 - COPIL, suivi et évaluation du partenariat

Un comité de pilotage (COPIL) est mis en place par les parties, afin qu'elles présentent un point d'étape de leur collaboration. Il se réunit annuellement et est composé, a minima, des référents désignés conformément à l'article 3. Il s'attache à partager les bilans quantitatif et qualitatif des parties sur les actions de coopération mises en œuvre, et analyse les éléments suivants :

- Nombre de personnels de l'établissement formés par la caisse (cf point 4.1),
- Volume des dossiers de demandes transmis par l'établissement,
- Répartition de ces dossiers par prestations (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME),
- Délai total moyen entre la date de réception du dossier par la caisse, et la date de fin de traitement par cette dernière, sur une méthode d'échantillonnage aléatoire de quelques dossiers (nb de dossiers à définir entre les parties),
- Nombre d'orientations vers la Mission accompagnement santé,
- Nombre d'orientations vers le service social de l'Assurance maladie.

Les parties peuvent compléter cette liste selon leurs besoins et la faisabilité du suivi.

Ces réunions permettent également d'échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées, et de définir conjointement de nouvelles pistes de travail et/ou d'organisation.

Ce COPIL peut être un COPIL dédié caisses-PASS, ou être partie prenante du COPIL multi-partenaires que la PASS organise chaque année (organisation à définir en local).

Article 6 - Protection des données personnelles et confidentialité des informations

La mise en œuvre de cette convention se réalise dans le respect de la protection des données à caractère personnel, décrit en annexe.

Article 7 - Propriété intellectuelle

Chaque partie assure qu'elle détient les droits de propriété intellectuelle sur les éléments (supports d'information et de communication, expertise, données, fichiers, matériels, logos, vidéos, etc...) qu'elle met à disposition dans le cadre de l'exécution de la présente convention.

Dans les cas où l'une des parties souhaite diffuser les travaux d'expertises, d'études ou d'analyses menés par une autre, sans modification de la forme ou du fond, elle en informe au préalable l'autre partie par écrit, avant toute diffusion des dits travaux, et mentionne leur origine.

Article 8 - Sécurité et confidentialité

Les parties s'engagent à tenir confidentielles, tant pendant la durée de la présente convention qu'après son expiration, toutes informations confidentielles dont elles ont eu connaissance, sauf autorisation expresse et préalable de la partie concernée.

Article 9 - Durée, date d'effet, modification et résiliation de la convention

La présente convention prend effet à la date de signature des parties. Elle est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Toutefois, la présente convention peut être dénoncée dans les 3 mois avant la date anniversaire, par lettre recommandée, avec accusé de réception des autres parties.

Toute modification de la présente convention, ou de ses annexes, ne peut être prise en compte, qu'après la signature d'un avenant, écrit et signé par le représentant, dûment qualifié, de chacune des parties.

Les parties peuvent prononcer la résiliation immédiate de la présente convention, sans indemnité, en cas de violation du secret professionnel ou de non-respect des dispositions précitées ou de ses annexes.

Fait à _____, le _____ en 3 exemplaires,

**Le Directeur de la CPAM/CSS/CGSS de
xxx,**

M/Mme xxx

**Le Directeur de l'établissement de santé
xxx**

M/Mme xxx

Le Directeur de la CARSAT de xxx,

M/Mme xxx

Annexe 1 : Protection des données personnelles dans le cadre de l'accès aux droits et aux soins**1 - Conformité informatique et libertés et protection des données à caractère personnelles**

Les parties à la présente convention s'engagent à respecter, en ce qui les concerne, les dispositions du Règlement (UE) 2016-679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et celles de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

2 - Responsabilité des parties à la convention

Dans le cadre de la présente convention, l'établissement de santé traite des données à caractère personnel pour le compte du responsable du traitement, la CNAM + CPAM CCSS CGSS.

La CNAM + CPAM CCSS CGSS est responsable des traitements de données nécessaires à la mise en œuvre de la présente convention par l'établissement de santé.

Chacune des parties s'engage à communiquer les coordonnées de son délégué à la protection des données (DPO), et à tenir à jour la documentation nécessaire à la preuve de la conformité du traitement (registre des traitements, documentation nécessaire à la preuve de la conformité).

DPO établissement de santé : xxx

DPO CPAM CCSS CGSS : xxx

3 - Description des traitements effectués par le partenaire

L'établissement de santé est autorisé à traiter, pour le compte et au nom du responsable du traitement, la CNAM / CPAM CCSS CGSS, les données à caractère personnel nécessaires pour fournir les services décrits dans l'article 3 de cette convention.

Les personnes concernées par le traitement de leurs données sont les assurés décrits à l'article 2.

4 - Engagement de chacune des parties

L'établissement de santé s'engage à :

- Traiter les données uniquement pour la seule finalité prévue par la présente convention.
- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la présente convention, i.e. à ne pas divulguer les données à caractère personnel à d'autres personnes sans l'accord préalable de l'autre partie, qu'il s'agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales.
- Ne pas vendre, céder, louer, copier ou transférer les données à caractère personnel sous quelque raison que ce soit sans obtenir l'accord explicite préalable de l'autre partie.
- Mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité de nature à éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des données à caractère personnel.
- Veiller à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel en vertu de la présente convention :
 - s'engagent à respecter la confidentialité ou soient soumises à une obligation légale de confidentialité ;
 - reçoivent la formation nécessaire en matière de protection des données à caractère personnel.
- Informer au plus tard dans les 48 heures la CPAM CCSS CGSS de toute suspicion de violation de données à caractère personnel, accidentelle ou non, et de tout manquement à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel.

- Mettre à la disposition de la CPAM CCSS CGSS toutes les informations nécessaires pour démontrer le respect des obligations.

Dans l'hypothèse où l'établissement de santé aurait lui-même recours à de la sous-traitance, pour une ou diverses missions que la CPAM CCSS CGSS lui aurait confiées, et sous réserve qu'elle l'ait préalablement et formellement autorisée, la CPAM CCSS CGSS rappelle que lesdits sous-traitants sont tenus aux mêmes obligations précitées.

L'établissement de soins demeure cependant pleinement responsable de l'inexécution de ses obligations.

La CPAM CCSS CGSS s'engage à :

- Fournir toute la documentation nécessaire à l'exercice de la mission déléguée au partenaire.
- Informer l'établissement de soins de toute information pouvant impacter sa mission.
- Faire évoluer la relation partenariale en fonction des besoins et des bonnes pratiques identifiés.

5 - Exercice des droits des personnes

Les personnes concernées par les opérations de traitement recevront les informations requises, au moment de la collecte de données, lorsque ses données à caractère personnel sont collectées, ou dans les délais requis lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, conformément aux articles 12 à 14 du RGPD. L'établissement de santé procède à l'information préalable des personnes, dans le cadre de l'accompagnement que l'établissement de soins réalise pour elles.

Les personnes disposent d'un droit d'accès et de rectification à ces données, ainsi que d'un droit à la limitation ou à l'opposition à leur traitement mise en œuvre dans le cadre de cette convention. L'exercice de ces droits peut être effectué en contactant le DPO de la CPAM CCSS CGSS par courrier postal à l'adresse suivante : XXXXXXXX.

6 - Mesures de sécurité

L'établissement de santé s'engage à transmettre, à la CPAM, toutes les données personnelles nécessaires à la présente convention, via échanges sécurisés uniquement, pas d'email libre.

7 - Sort des données

Au terme de la prestation de services relatifs la présente convention, l'établissement de santé s'engage à détruire toutes les données à caractère personnel.

8 - Suspicion de violation de données à caractère personnel

En cas de suspicion ou de violation de donnée avérée, l'établissement de soins s'engage à notifier le DPO de la CPAM CCSS CGSS. Il reviendra à la CPAM CCSS CGSS d'engager les actions nécessaires en fonction des risques engagés pour la vie privée des assurés. Cette notification est accompagnée de toute documentation utile afin de permettre au responsable de traitement, si nécessaire, de notifier cette violation à l'autorité de contrôle compétente.

9 - Étude d'impact sur la vie personnelle (EIVP) et analyse de conformité

Dans le cadre de la présente convention, il revient au responsable du traitement de mettre en œuvre les mesures nécessaires propres à garantir la conformité du traitement. À cet effet, il est rappelé par chacune des parties que l'établissement de soins a pour obligation d'aider le responsable du traitement au respect des obligations prévues aux articles 32 à 36 du RGPD.

Dans le cadre d'une EIVP, il reviendra au responsable de traitement de mener l'étude d'impact.

Le partenaire

Annexe 2 : Description du rôle des Missions accompagnement santé de l'Assurance maladie

<https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/accompagnement-sante>

L'accès aux droits et aux soins se trouve au carrefour de différentes problématiques : le renoncement aux soins pour causes psychosociales, le coût des soins, les dépassements d'honoraires, l'accessibilité territoriale, la démographie médicale, l'illectronisme, la difficulté de compréhension du système de santé, de déplacement... qu'il convient de considérer conjointement pour apporter la réponse la plus efficace possible.

Depuis plusieurs années, l'Assurance maladie œuvre dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins de tous, par la mise en place de la Protection Universelle Maladie (Puma), la fusion de la CMU-c et de l'ACS dans une seule et même prestation la Complémentaire santé solidaire ou la mise en place du 100 % santé. Des actions sont également conduites pour tenter d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Ces actions sont complétées par des opérations spécifiques à destination des assurés.

Les Missions accompagnement santé viennent compléter ces dispositifs. Ce sont des équipes en caisses locales spécifiquement consacrées, dans le cadre d'une approche holistique, à l'accompagnement des assurés fragiles : accompagnement personnalisé et intégré portant sur l'accès aux droits, l'accès aux soins, la promotion de la prévention et l'accès au numérique, quels que soient le mode et le motif initial de détection.

Cet accompagnement est, selon le contexte et les besoins identifiés, réalisé individuellement ou collectivement.

Les Missions accompagnement santé sont ainsi amenées à traiter de nombreuses situations entraînant des difficultés pour se faire soigner :

- L'assuré ne sait pas quelles démarches réaliser ni à qui s'adresser ;
- L'assuré n'a pas de complémentaire santé ou une couverture complémentaire inadaptée ;
- L'assuré a du mal à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé ;
- L'assuré doit avancer ou payer des sommes trop importantes ;
- L'assuré est isolé et a des difficultés pour se déplacer ;
- L'assuré est perdu dans les démarches en ligne (compte ameli, Mon espace santé, ...) ;
- Etc.

L'accompagnement proposé par les Missions vise à trouver des solutions aux problèmes listés ci-dessus, conjointement avec l'assuré et dans une relation de confiance (échanges fréquents, actions concertées). Un conseiller suit l'assuré et

- Il réalise avec l'assuré un bilan de ses droits et de ses besoins ;
- Il l'oriente et l'aide pour ses démarches en lien avec sa santé (ouverture de droits, réalisation de soins, participation à des actions de prévention ou des ateliers d'inclusion numérique...).

Quels sont les bénéfices de cet accompagnement ?

- L'assuré est à jour de ses droits ;
- L'assuré s'oriente dans le parcours de soins, réalise les soins pour lesquels il avait des difficultés ;
- L'assuré est plus autonome dans ses démarches et le système de santé.

Cet accompagnement s'adresse à tous les types d'assurés et les personnes bénéficiaires de l'AME. La PASS, quand elle détecte une situation amenée à être solutionnée par une Mission accompagnement santé, signale l'assuré via les formulaires conforme RGPD (papier ou dématérialisé via Espace Partenaires) à la caisse. Cette dernière prend le relai dès réception en recontactant l'assuré et en mettant en place l'accompagnement dont il a besoin.

CPAM : préciser les adaptations locales + modes de saisine

Annexe 3 : Description du rôle du Service social de l'Assurance maladie

<https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/service-social>

Le service social de l'Assurance maladie accompagne les assurés du régime général vulnérabilisés par des problèmes de santé ayant d'importantes répercussions sur la vie sociale, familiale et professionnelle.

Les interventions du service social de l'Assurance maladie visent à :

- Sécuriser les parcours en santé des assurés confrontés à des problématiques sociales complexes, et dont l'état de santé a des conséquences sur la vie sociale, familiale et professionnelle.
- Prévenir la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail.

Il intervient prioritairement après sollicitation des services institutionnels (mission accompagnement santé, centre d'examen de santé, service médical...) et des partenaires externes (CCAS, associations, hôpitaux...), lesquels auront apporté à la personne bénéficiaire un premier niveau de réponse et de service (notamment d'ordre administratif). Son expertise est requise sur la prise en charge des problématiques sociales complexes liées à la maladie.

L'orientation vers le service social concerne :

- Les assurés du régime général¹, bénéficiaires ou non d'une ALD (exonérante ou non), âgés de 18 ans et plus (16 ans en cas d'émancipation ou pour les situations d'apprentissage), ayant un état de santé qui génère des bouleversements et une incidence sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale, susceptible de les fragiliser :
- Qui ont exprimé une demande au regard des problématiques qu'ils rencontrent ;
- Et qui présentent au moins l'un des 6 items de fragilité sociale.

Les six items permettant de repérer la fragilité sociale liée à l'état de santé :

1. L'assuré est isolé et ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin □
2. L'assuré rencontre des difficultés dans sa gestion de la vie quotidienne du fait de son état de santé (perte d'autonomie, conséquences sur la vie sociale, familiale, professionnelle) □
3. L'assuré exprime des inquiétudes liées à sa santé (perte d'autonomie, impact de la maladie, traitement...) □
4. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par la maladie (perte de revenu) □
5. L'assuré a des tiers à charge (personnes âgées, handicapées) □
6. L'assuré n'arrive pas à effectuer les soins nécessaires du fait de freins sociaux, culturels et psychosociaux complexes (comportements de santé, habitude de vie...) □

¹ **Public non concerné** par les offres de service du service social de l'Assurance maladie : Les assurés déjà pris en charge dans le cadre des dispositifs spécifiques des MDPH et/ou des conseils départementaux (APA, RSA...) ; Les assurés pris en charge dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ; Les assurés rencontrant une problématique liée uniquement à une difficulté administrative (ex : prestations non réglées, etc.).

Annexe 4 : Espace Partenaires



ESPACE PARTENAIRES

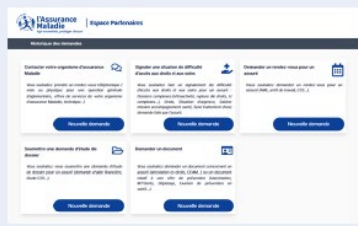




L'Assurance Maladie met à la disposition de ses partenaires conventionnés un extranet dédié à l'accompagnement des publics fragiles pour favoriser leur accès aux droits et aux soins.

Cet espace permet des échanges personnalisés, simplifiés et sécurisés entre un partenaire et une caisse d'assurance maladie.

<https://espace-partenaires.ameli.fr/>



ESPACE PARTENAIRES permet de :

-  **contacter l'Assurance Maladie**
 - sur la relation partenariale,
 - sur des dossiers soumis par le partenaire;
-  **transmettre une demande ou un dossier pour un assuré** : protection universelle maladie (PUMA), l'aide médicale d'état (AME), la complémentaire santé solidaire;
-  **demande un rendez-vous pour un assuré** auprès de sa caisse d'assurance maladie de rattachement;
-  **signaler une difficulté d'accès aux droits et aux soins pour un assuré** qui a besoin d'être accompagné individuellement dans, par exemple, ses démarches, la recherche d'un professionnel de santé, la réalisation de soins, l'utilisation des services en ligne;
-  **demande un document pour un assuré**

POURQUOI UTILISER ESPACE PARTENAIRES ?

- Une interface simple d'utilisation et disponible sur PC, tablette et smartphone
- Un canal privilégié et sécurisé pour échanger avec l'Assurance Maladie
- Un historique des demandes et de leurs statuts
- Une conformité Cnil - RGPD

Oum Shifa graphique - Mai 2022

Annexe 2

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé hospitalières (PASS)

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé hospitalières (PASS) sont des unités de soins destinées à toute personne malade en situation de précarité. Elles assurent une prise en charge coordonnée : médicale, sociale, infirmière et l'accompagnement dans un parcours de santé.

Une PASS accueille tout patient :

- sans assurance maladie ou sans complémentaire santé ;
- et/ou dont la situation sociale bloque une prise en charge médicale (incapacité de payer les soins, absence de logement stable ou hébergement précaire, difficulté à s'orienter, en grande vulnérabilité ou exclusion sociale).

Une PASS permet :

- un accès au plateau technique de l'hôpital (biologie, radiologie, pharmacie...) et aux spécialités médicales ;
- un accès aux médicaments ;
- un retour vers la médecine de ville et vers les structures de santé de proximité.

Un patient peut être adressé à la PASS par l'accueil administratif de l'hôpital, après son passage aux urgences, par un partenaire extérieur ou se présenter spontanément.

L'équipe de la PASS adapte sa prise en charge à la situation du patient et à son environnement. Elle peut recourir à l'interprétariat professionnel en santé. Elle travaille avec les partenaires associatifs et institutionnels de son territoire.

Certaines PASS ont des activités spécifiques : psychiatriques, mère-enfants, dentaires, ou des actions « d'aller-vers ».

L'ensemble des PASS bénéficie d'une coordination régionale et nationale dont la mission est d'accompagner les équipes et d'harmoniser les pratiques en lien avec les ARS et la DGOS.

Textes de référence :

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions ;
- Code de la santé publique : articles L. 1110-1, L. 6111-1-1, L. 6112-1, L. 6112-3, L. 6112-6 ;
- Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;
- Instruction n° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS).¹

¹ Lien : [INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières \(PASS\)](#).