

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

Enquête financée et réalisée à la demande du Fonds CMU

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.

Introduction	3
Méthodologie	4
I. L'hôpital : une institution située à l'interface entre le soin et le social	6
<i>1. L'accès aux soins.....</i>	<i>6</i>
<i>2. Des points de vue différents.....</i>	<i>8</i>
<i>3. Le service des urgences.....</i>	<i>9</i>
II. Une logique financière de plus en plus prégnante	10
<i>1. La contrainte budgétaire.....</i>	<i>10</i>
<i>2. La contractualisation du droit.....</i>	<i>12</i>
III. Logiques professionnelles et procédures de pré-instruction de la CMU-C	12
<i>1. Le processus de pré-instruction des dossiers CMU-C.....</i>	<i>13</i>
<i>2. Difficultés rencontrées lors de la pré-instruction des dossiers.....</i>	<i>15</i>
<i>3. Quelle perception des bénéficiaires ?.....</i>	<i>18</i>
Conclusion	19

Introduction

Suite à des interrogations concernant le rôle des hôpitaux dans la constitution des dossiers des bénéficiaires potentiels de la CMU-C, la direction de l'assurance maladie a sollicité le Fonds CMU afin de comprendre la spécificité de l'institution hospitalière dans cette prestation.

L'enquête que nous présentons ici a donc 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^{ème} 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 partenariat avec l'Université d'Auvergne. En ce sens, il prolonge nos connaissances et nourrit notre réflexion sur l'accueil d'une population décrite régulièrement par ses manques et ses difficultés. En effet, dans une précédente recherche menée sous la responsabilité scientifique de Sacha Leduc, nous avons étudié l'accueil des bénéficiaires de la CMU-C dans deux Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et analysé l'implication des Centres communaux d'action sociale (CCAS) dans cette prestation. Ces travaux s'ajoutent à ceux réalisés précédemment par Sacha Leduc¹ et l'équipe à laquelle il appartient, cette dernière possédant une connaissance approfondie en matière d'actions publiques et de politiques sociales².

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 résultats présentés ici seront parfois mis en perspective avec les CPAM et les CCAS. 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, trois types de structures hospitalières ont été investiguées. Le milieu hospitalier est un milieu très hétérogène où des grands centres – les centres hospitaliers universitaires, les CHU –, côtoient des établissements de taille moyenne et des hôpitaux locaux. À ces différenciations par la taille, le nombre de lits et le personnel se superposent également une distinction quant aux spécialités proposées, à l'ancrage géographique local mais aussi à la pérennité des hôpitaux dans un contexte de réorganisation de l'offre de soin. Le monde de l'hôpital public connaît de profondes mutations depuis de longues années mais revendique toujours, parallèlement à l'émergence de nouvelles problématiques énoncées en termes financiers et managériaux, le soin comme sa principale motivation et raison d'être.

¹ Leduc S., 2005, *Le rapport au travail des agents : entre évolutions techniques du travail et nouvelles prestations*, rapport de recherche, GTM, CPAM 91 ; Leduc S., 2007, *Le respect de l'égalité et légalité. Les résistances à la modernisation*, rapport de recherche, GTM, CPAM 91.

² Centre de Recherche Michel de l'Hospital.

Une large partie de l'analyse portera sur les activités liées à une politique sociale, la CMU-C, et l'attitude des personnels et des structures hospitalières face à cette prestation. Les processus de la socialisation professionnelle des différents agents seront analysés tout comme sera étudiée la façon dont les différentes structures hospitalières se saisissent et interprètent les textes législatifs en matière de CMU.

L'adaptation au travail, l'adhésion, mais aussi la résistance aux règles et aux normes ont été étudiées afin de comprendre le degré d'investissement des différents hôpitaux et des agents dans la constitution de ces dossiers. Il s'est agi de comprendre comment s'articulent la prise en charge par les soins, relevant principalement d'un aspect technique et savant de l'hôpital et la prise en charge sociale des patients. Cela nécessite de revenir sur les contextes de travail et les cultures spécifiques aux différents métiers et territoires. Autrement dit, les agents et leurs particularités sont analysés conjointement aux contraintes et évolutions organisationnelles visibles dans chaque collectif de travail et organisation de travail.

Méthodologie

Pour cela, nous avons multiplié les établissements étudiés et, pour cette présente étude, six hôpitaux ont été retenus dont l'accès a été facilité par le Fonds CMU. Entre le mois d'août 2011 et mi-septembre 2011, nous nous sommes déplacés dans chacun des sites retenus avec l'objectif de pouvoir saisir les logiques inhérentes et appréhender les variations éventuelles dans la pré-instruction des dossiers de CMU-C en fonction du type de structure hospitalière et de leur localisation géographique.

Tableau récapitulatif des établissements retenus

Type d'hôpital	Nombre de lits		Localisation
	Ensemble des sites rattachés (et leur nombre)	Site spécifique	
CHRU	2894 (8)	685	Province
CHU	806 (1)	806	Région parisienne
CH	1776 (18)	1170	Province
CH	1366 (3)	1026	Province
CH	232 (1)	232	Province
CHN	105 (1)	105	Paris

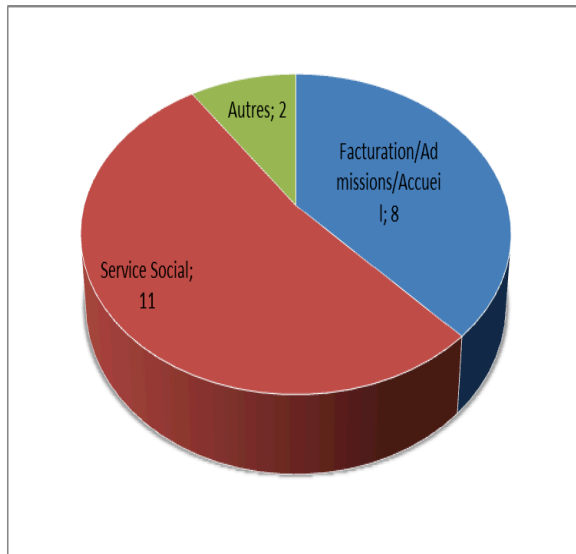
Légende : CHRU : Centre hospitalier régional universitaire ; CHU : Centre hospitalier universitaire ; CH : Centre hospitalier ; CHN : Centre hospitalier national

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 l'hôpital parisien se distingue d'une telle organisation car, spécialisé dans les pathologies de l'œil, il bénéficie d'une réputation spécifique.

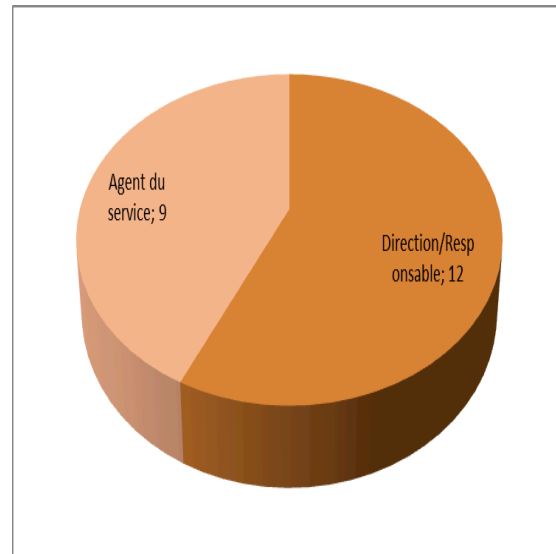
Pour chacun de ces six terrains, nous avons rencontré 21 personnes qui entretiennent, pour la plupart, un lien direct ou indirect dans la pré-instruction des dossiers CMU-C : personnel des services des admissions et facturation des hôpitaux, assistantes sociales (AS) des hôpitaux

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. Les graphiques présentés ci-dessous résument les activités des personnes interrogées.

Graphique 1 : Services d'appartenance des enquêtés



Graphique 2 : Fonctions des enquêtés



Ces entretiens ont été réalisés, la plupart du temps, en groupes composés de personnes issues de plusieurs services et relevant de différents niveaux hiérarchiques. Cette méthodologie a permis de répondre aux contraintes d'organisation des services mais pouvait susciter, *a priori*, une crainte de voir la parole mobilisée par certains interlocuteurs dont la fonction ou l'expérience leur procurerait une aisance importante ou une autorité. Bien que nous ne puissions pas exclure que cette co-présence ait pu aboutir à brider quelques personnes ou à intimider d'autres, nous avons assisté à des débats riches, où des points de vue souvent complémentaires et exceptionnellement opposés, ont pu s'exprimer. Néanmoins, parfois, le départ, en cours d'entretien, d'une personne appartenant à un service différent du service de ceux qui restaient a pu favoriser la libération de la parole des interviewés.

Ces échanges ne signifient toutefois pas que l'ensemble de nos interlocuteurs soit porteur d'un discours homogène. Certains se définissent davantage comme le relai de l'institution tandis que d'autres valorisent leur engagement militant ou professionnel, dessinant ainsi des lignes de fractures entre les personnels de direction et les autres personnels. Par ailleurs, l'enquête n'a pas suscité le même intérêt chez tous les participants. Ainsi, et bien que nous ayons été bien reçus en qualité de sociologues, la plupart des enquêtés ont manifesté un intérêt mitigé par rapport aux objectifs de l'étude et de la circonspection quant aux effets concrets des résultats. Par contre, dans d'autres centres, il y a eu des fortes attentes liées à cette enquête. Il ressort cependant que les personnels expriment souvent leurs doutes et leurs attentes dans un contexte où les institutions hospitalières doivent garantir leur pérennité financière tout en continuant à assurer leur mission première : le soin. Cet élément est à prendre en compte pour la restitution de ce travail.

Nous avons articulé notre rapport autour de trois points centraux. Le premier vise à appréhender l'hôpital public comme une institution située à l'interface du soin et du social. Nous verrons ainsi que si ces deux dimensions apparaissent toujours centrales, la logique financière s'impose progressivement, modifiant un certain nombre de pratiques professionnelles. Le second point est donc consacré à l'irruption, depuis quelques années maintenant, de cette contrainte économique dans l'activité de l'hôpital. Enfin, nous terminerons en abordant, dans un troisième point, les logiques professionnelles à l'œuvre dans le processus de pré-instruction de la CMU-C.

I. L'hôpital : une institution située à l'interface entre le soin et le social

Les hôpitaux publics sont systématiquement associés à des lieux hétérogènes et hiérarchisés où des établissements de prestige, dotés d'une réputation nationale voire internationale et participant à la formation des futurs médecins au sein d'équipes parfois très spécialisées effectuant des soins complexes côtoient des structures plus petites avec des plateaux techniques plus réduits. Néanmoins, indépendamment de la taille et de la notoriété des hôpitaux, ces derniers renvoient, dans les représentations sociales, aux notions de soin, de maladie, d'investissement des personnels. Au-delà de ces considérations, les hôpitaux évoquent également des institutions placées au cœur de nombreuses problématiques liées à la gestion de la réduction du temps de travail ; à l'accroissement de la précarité de la population mais aussi à une préoccupation croissante devenue une exigence d'équilibre financier bien que l'imaginaire associe toujours l'hôpital public à la gratuité.

C'est dans ce contexte que l'appréhension des deux dimensions principales de l'hôpital, l'accès aux soins d'une part et la pérennité financière de l'autre, constitue l'un de ses enjeux majeurs.

1. L'accès aux soins

Les hôpitaux publics jouent, selon la loi, un rôle important dans l'accès aux soins et à la couverture médicale. En effet, conformément aux dispositions du 2^{ème} alinéa de l'article L. 861.5 du code de la sécurité sociale portant sur les dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé, les hôpitaux publics doivent apporter « leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire » au même titre que les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Cette mission se développe conjointement à la mise en place de nombreuses transformations dans les modalités d'organisation et gestion des hôpitaux publics en France illustrées par le Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI), la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, en passant par la Tarification à l'activité (T2A) et les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

Ces évolutions accentuent la préoccupation, entre autres, de l'autonomie dans la gestion financière des centres.

« (La crainte que l'hôpital ne soit pas payé) augmente de manière très sensible et d'autant plus que le mode de financement des hôpitaux a changé depuis 2006 et nous sommes payés pour l'activité que nous faisons. Et nos recettes sont nos dépenses. Evidemment que tout acte ou toute activité doit être payé par les patients ou l'assurance sociale pour que nous, derrière, on puisse procéder à nos dépenses, payer le personnel, acheter du matériel. On n'est plus dans le budget global. Ce n'est plus des budgets qui sont reconduits d'année en année. Nos recettes liées à l'activité sont vitales pour l'établissement c'est pour ça que parvenir à obtenir le paiement des séjours ou des actes par l'assurance maladie pour les patients sécurité sociale ou CMU / AME, c'est une nécessité... » (Directrice des finances, CHN)

Cette autonomie 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. Les bénéficiaires de ces dispositifs sont, en effet, à jour dans leurs démarches administratives et couverts pour leur accès aux soins.

« La priorité des établissements est de faire tourner les gens. Plus vous gardez les gens longtemps, plus ça va générer des coûts et cela ne va pas rapporter plus, surtout quand on va être complètement en tarification activité. Il faut diminuer les coûts et faire sortir les gens le plus tôt possible. Si vous ne gardez pas le maintien à domicile à la sortie, la sortie ne peut pas se faire et vous allez garder des gens. Ils contribuent à une bonne gestion des flux et des lits. » (Responsable pôle social, CH)

Les patients couverts sont aussi ceux qui peuvent être orientés le plus facilement dans l'ensemble de la chaîne de soins. La responsable du pôle social, dont les propos sont rapportés ci-dessus, souligne la préoccupation de l'hôpital à être un bon gestionnaire de ses finances mais aussi des patients, ces deux dimensions allant de pairs. 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 comme 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 par la constitution de dossier CMU semble constituer l'une des missions principales du travail des assistantes sociales :

En quoi consiste votre travail ?

C'est très large... (rires)... En premier, au niveau de l'accueil des patients, c'est ouverture des droits, accès aux droits, informations, orientation également, il y a après tout ce qu'il y a orientation vers les maisons de repos. Dans tout ce qui est ouverture de droit, il y a CMU, CMU-C, AME... Beaucoup d'AME maintenant, même plus que les CMU, CMUC... » (Assistante sociale, CH)

Cette part importante du travail dans les services sociaux des hôpitaux s'accompagne d'un sentiment répandu dans tous les sites et dans tous les services d'un accroissement de la population vulnérable accueillie.

« - Quand je suis arrivée ici (de la région parisienne), je me suis dit c'est que du bonheur et en 8 ans, je ressens déjà les évolutions... »

- *Moi, ça fait 5 ans et je le ressens...*

- *On a une population fortunée et beaucoup de gens avec des petits revenus. La dimension économique revient plus souvent qu'avant, dans les non choix de la couverture sociale, avoir des aides... »* (Agents du bureau des entrées et responsable du pôle social, CH)

La corrélation est faite entre la situation économique de la population et l'accroissement de la fréquentation de l'hôpital par les plus pauvres même s'il est souvent impossible pour les personnels « de terrain » de quantifier précisément cette population.

« Alors, l'assistante sociale (il y en a deux dans cet hôpital, dont une avec de longues années d'expérience et qui s'est montrée, en entretien, la plus investie politiquement et socialement) me dit qu'elle sent que ses missions et l'essentiel de son travail a changé ces dernières années parce que ses missions et l'essentiel de son travail, ce n'est plus, comme auparavant, la recherche de structures pour les personnes âgées, un centre de soin de suite. L'essentiel maintenant, de sa mission, c'est l'ouverture de droits ou le renouvellement de droits CMU / AME. Par contre, moi les chiffres que j'ai, les chiffres disent la vérité, ils ne mentent pas... enfin, une vérité à un moment donné, si on fait le ratio entre patients et CMU / CMU-C, le taux est stable avec tendance à la baisse... Ce n'est pas du tout le discours que tient l'assistante sociale et que me disent les agents des caisses et des urgences qui disent que la précarité augmente... les chiffres montrent plutôt une stabilité... » (Directrice des finances, CHN)

2. Des points de vue différents

On voit deux visions distinctes élaborées à partir de deux positions différentes dans l'hôpital. Les personnels de direction temporisent les difficultés rencontrées par les agents. Ils manifestent une volonté d'objectiver les perceptions par les chiffres en s'appuyant sur *les chiffres qui disent la vérité, les chiffres ne mentent pas* contrairement à la subjectivité des personnels de terrain. Cette opposition se retrouve régulièrement dès lors que les activités de travail sont modifiées et que des populations se retrouvent, en situation de travail, directement confrontées à une plus grande difficulté économique et à une plus grande souffrance sociale qui leur rappellent leur propre vulnérabilité ainsi que celle de leurs proches. Seul un centre hospitalier situé en zone rurale et où la population bénéficiaire de la CMU-C est peu représentée parmi les patients, fait exception à ce sentiment.

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. C'est ainsi que s'expriment certains de nos enquêtés :

« Il y a un gros souci, ce sont tous les professionnels libéraux qui se désolidarisent du dispositif et on embolise tous les services de spécialités, quelque part, pour faire de la médecine générale. La difficulté majeure est là. Actuellement, nos problèmes dentaires, que l'on essaie de répondre par ailleurs ici... on répond à des demandes auxquelles on n'aurait pas, normalement, besoin de répondre, notamment au niveau dentaire, si en

ville, il y avait une acceptation de cette population. » (Attaché de direction hospitalière, CH)

Les propos de cet attaché de direction hospitalière exerçant dans un important hôpital de province soulignent la tension entre deux systèmes de santé, un système libéral qui, dans les grandes villes et / ou les villes caractérisées par une population relativement aisée sélectionne ses patients et un système public incarné par l'hôpital qui se doit d'accueillir les patients qui n'ont pas d'autres possibilités pour se faire soigner.

« Des gens viennent aux urgences alors qu'ils n'ont rien à y faire parce que c'est gratuit, alors que ce sont des pathologies qui relèveraient d'un généraliste sans difficulté. On a une maison médicale de garde accueillie dans le service des urgences pour les personnes qui ne relèvent pas des urgences mais d'un médecin généraliste. Ce sont des médecins généralistes qui assurent l'accueil le samedi et les dimanches. La personne arrive à l'accueil des urgences, et au regard du premier bilan, vous relevez de la maison médicale de garde. Et à cette maison médicale, vous devez avancer 66 euros parce que la sécurité sociale ne veut pas appliquer le tiers payant. Donc forcément, qu'est-ce que vous faites ? Vous dites, je vais attendre 4 heures et je ne vais pas payer 66 euros. Si le tiers payant était appliqué, des patients pourraient s'y rendre parce que c'est supportable pour beaucoup. La maison médicale de garde actuellement ne fonctionne pas simplement parce que la sécu refuse d'appliquer le tiers payant sur ces consultations alors qu'un passage aux urgences coûte beaucoup plus de 66 euros à la sécurité sociale. » (Attaché de direction hospitalière, CH)

3. Le service des urgences

Tous les hôpitaux retenus pour cette étude possèdent un service d'urgence fonctionnant en continu. Or, les populations accueillies dans ces services sont souvent à l'origine de factures non honorées. Trois caractéristiques distinguent les services d'urgence des autres services de l'hôpital et se caractérisent par une population particulièrement marginalisée avec les difficultés liées à la couverture médicale qui s'en suivent :

- Le flux de la population n'est pas prévisible et les rendez-vous ne sont pas planifiés ;
- Les personnels des services sociaux ne travaillent pas la nuit ou le week-end contrairement aux urgences. Dès lors, des patients peuvent recevoir des soins et ne pas avoir de droits ouverts ou à jour et repartir avant même que leurs situations puissent commencer à être examinées ;
- Les urgences reçoivent tout le monde et traitent aussi bien des pathologies bénignes désignées, par le corps médical, comme relevant de la « bobologie » que des pathologies plus lourdes.

Or, ce qui ressort régulièrement des entretiens, c'est que les patients marginalisés et rencontrant des difficultés avec leurs droits à l'assurance maladie n'ont pas un suivi sanitaire régulier et attendent longtemps avant de consulter un médecin. Autrement dit, leur vulnérabilité les écarte de l'offre de soins et ils se présentent dans les hôpitaux publics avec des pathologies plus problématiques. Néanmoins, les personnels des hôpitaux ne rendent pas compte des stratégies mises en œuvre par les patients pour se présenter aux urgences lorsque les services administratifs sont fermés. Les urgences et plus globalement l'ensemble de l'hôpital public jouissent encore d'une réputation de gratuité.

Cette situation est confirmée par cet autre témoignage recueilli dans un autre hôpital qui pointe les dépenses de pharmacie engendrées par ces patients mais aussi, les délais de traitement des demandes de la CMU et CMU-C.

« Le temps de mettre en place la CMU va demander du temps et le temps de l'ouverture de la CMU... c'est fini le temps où on obtenu la CMU en 10 jours, là, on est dans un délai de 5 semaines. » (Animateur social, CH)

Nous verrons que les délais d'obtention de ces prestations sociales se sont allongés et les procédures, à entendre un grand nombre de nos interlocuteurs, se sont alourdies. Les dossiers de la CMU-C étant des dossiers de plus en plus complexes à élaborer et cette complexité s'accroît lorsque les patients sont dans l'incapacité de produire toutes les pièces justificatives.

Malgré les difficultés énoncées par les personnels, tous s'accordent à affirmer que les soins demeurent la priorité de l'hôpital public.

« La priorité sera les soins et après, c'est un peu la débrouillardise pour avoir des droits. [...] On sent une préoccupation médicale, certains médecins font de la gestion de plus en plus, mais la priorité, et je dirai tant mieux, sera les soins ... » (Responsable qualité d'accueil et de la tarification des séjours, CH)

On voit, au sein des hôpitaux publics, une forte identité professionnelle construite autour des soins assurés pour tous même si, nous y reviendrons, 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.

II. Une logique financière de plus en plus prégnante

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.

1. La contrainte budgétaire

La logique comptable s'impose à tous les acteurs de l'hôpital de façon directe ou indirecte. 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 :

« On est sans cesse en train de nous parler de l'argent, l'argent, ce que cela coûte, l'argent... C'est devenu obsessionnel... De nous demander par rapport à ça d'être des

agents de recouvrement, je veux dire, j'ai l'impression que nous sommes des assistantes sociales alibi, moi en particulier... (...) Je trouve que l'aide, principalement ce qu'elle est devenue, c'est l'aide pour que l'hôpital soit payé. On en est toujours à la même chose. On est devenu des agents comptables. » (Assistante sociale, CHN)

Les frontières paraissent de plus en plus poreuses et la bonne santé financière de l'hôpital peut alors susciter des tensions entre les services, « *des pressions* » selon les termes d'une assistante sociale d'un hôpital de province, situation que l'on retrouve dans cet autre hôpital :

« Nous, on a toujours peur que le patient soit partie au-delà de 48 heures parce que c'est un peu le créneau que l'on s'est donné. Quand on voit que l'on n'a pas de réponse, on ne doute pas que chacun est occupé professionnellement, mais on se dit que le patient peut sortir à tous moments ; et, en fin de compte, il n'aura pas été vu, on n'aboutira pas dans nos démarches. Dire qu'il n'y a pas de tensions, on vit dans un monde de tensions, mais ce sont des tensions saines je dirai, un peu normales... La collègue qui doit faire le travail ne va jamais assez vite. Après, chacun gère sa priorité. Nous, on apprécie le travail avec vous...

- Bon, moi, je suis cadre, il y a le secrétariat qui filtre, mais ce n'est pas le cas des assistantes sociales et quand on est sans arrêt appelé, c'est vrai qu'à un moment donné, il peut y avoir des tensions... » (Agent des admissions et responsable pôle social, CH)

Cette pression ressentie par les services sociaux des hôpitaux est liée à leur domaine de compétence.

« Et vos relations avec les agents du service des entrées ?

- C'est tendu...

- On n'est pas dans la même logique. Ce sont deux logiques qui s'affrontent. On ne voit pas les mêmes choses au même endroit. On pense humain en premier, eux, ils sont payés pour faire rentrer de l'argent...

- Et certains y mettent une bonne volonté significative... c'est ça que je constate... » (Assistentes sociales, CHN)

Alors que les médecins et les infirmières sont associés aux gestes techniques, les personnels d'encadrement sont associés à leur fonction hiérarchique et les assistantes sociales sont identifiées aux populations vulnérables et précaires, c'est-à-dire celles à l'origine des plus importantes craintes ne pas pouvoir honorer les factures émises par l'hôpital. Dès lors, les services sociaux ont pour activité de prendre en charge ces populations afin de trouver la meilleure solution, pour elles mais aussi pour l'hôpital.

« Le rôle central c'est le soin, certes mais, en même temps, on est tenu de... de s'assurer que nos patients ont leurs droits sécurité sociale à jour, qu'ils ont une couverture sociale, on est tenu de la contrôler, de la vérifier et si ce n'est pas le cas, de les accompagner, de les aider dans ses démarches. Nous, on y a intérêt effectivement mais on sait que ce qui est fait à l'hôpital, il aura ses droits à jour, la CMU renouvelée, s'il revient aux urgences dans 3 mois, on a tout intérêt à veiller à... » (Agent admission aux urgences, CHRU)

2. La contractualisation du droit

Le temps ressort comme une préoccupation croissante des personnels confrontés à des populations sans droit ou pour lesquelles les droits ne sont pas à jour. 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 :

« Le contexte des hôpitaux a changé, le discours économique qu'on tient des fois même nous, même en apparence, où il faut rentrer les sous, c'est ça qu'on nous dit [...] Il faut travailler vite ! On sait qu'un patient est hospitalisé, sur la partie somatique, en moyenne 5 jours... 5 jours hein ! Alors on sait qu'il y a un problème, il faut y aller. Avant, on avait un peu plus de temps pour travailler, il faut faire vite, plus et avec des services extérieurs comme la caisse primaire d'assurance maladie qui est très restrictive, donc il faut avoir les papiers rapidement. » (Responsable service social pôle psychiatrie, CHRU)

L'hôpital public, nous l'avons dit, 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. L'annonce des frais d'hospitalisation ou l'envoi de factures constituent autant de situations qui fonctionnent comme des rappels à l'ordre pour les patients précaires dont l'objectif est de les sensibiliser à faire les démarches nécessaires pour que leurs droits soient à jour. Ces démarches n'aboutissent cependant pas toujours et les impayés peuvent occasionner des recours auprès du trésor public de la part des hôpitaux. Les hôpitaux n'ont cependant pas la même politique et les seuils des poursuites varient suivant les institutions. Un point reste cependant à éclaircir : les poursuites sont-elles bien réelles ou s'agit-il d'une procédure de principe ? Autrement dit, jusqu'où va le trésor public pour permettre aux factures émises d'être honorées ?

III. Logiques professionnelles et procédures de pré-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.

« - Est-ce que l'apparition du dispositif CMU-C a modifié votre rôle au sein de l'hôpital ?

- C'est le volume, mais ça vient pas de la CMU, ça vient du chômage. Il y a 20 ans, les gens étaient quand même moins en galère, on intervenait sur des gens avec des petits revenus, mais y avait pas de droits qui s'arrêtent au bout d'un an. La démarche administrative a donc explosé à cause de ça. » (Responsable service social pôle psychiatrie CHRU)

Le sentiment qui domine les personnels placés directement au contact des patients, qu'ils travaillent aux admissions, dans les services de médecine spécialisée ou dans les services sociaux, est d'un accroissement de la fréquentation par les personnes précaires.

« - Parfois, ils n'ont pas le droit à la CMU. Alors, parfois, il y a des aides à la mutualisation qui sont possibles mais...

- Des fois, ils n'ont même pas le droit à cela. Comme les titulaires de l'allocation adulte handicapé. Tous ceux que l'on appelle les travailleurs pauvres. Ça, c'est nouveau par contre...

- On commence à voir des personnes qui viennent [à la pass] parce qu'elles n'ont pas de mutuelle... » (Assistante sociale, animateur social, médecin, CH)

Ces populations précaires cristallisent l'attention pour leur permettre d'avoir des droits ouverts. Des permanences d'accès aux soins de santé sont mises en place et les services sociaux se développent. Dans les deux CHU étudiés, ce sont entre 25 et 30 personnes qui travaillent dans les services sociaux, moins dans les hôpitaux plus petits, mais, partout, ces services se développent et ils voient leur importance croître. L'accès aux droits est donc intimement lié aux logiques financières qui s'imposent.

Nous allons désormais appréhender de façon détaillée les procédures mises en place pour pré-instruire les dossiers CMU-C, les difficultés rencontrées par les hôpitaux et les représentations associées à ces populations.

1. Le processus de pré-instruction des dossiers CMU-C

Les services sociaux hospitaliers font la pré-instruction des dossiers CMU-C après la sollicitation des services d'accueil / admission. Il y a donc une certaine division des tâches entre ces services mais qui est vécue et perçue comme complémentaire de la part des agents des deux services. Bien que les relations aient pu mettre du temps à s'établir pour que chacun trouve son territoire professionnel, les collaborations ne semblent plus occasionner de grosses difficultés. Des mécanismes visant à institutionnaliser les rôles et à encourager la communication ont été adoptés – réunions, formulaires de contact, numéro de fax dédié – attestent de cette coopération encouragée.

L'intervention des services sociaux hospitaliers se fait toujours au sein de l'hôpital afin que les patients ne restent pas longtemps au sein de l'institution. Autrement dit, 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 établir les dossiers, les assistantes sociales s'appuient très fortement sur l'entourage des malades car il est une ressource précieuse pour réunir l'ensemble des documents demandés.

« On regarde ce qui nous manque, alors soit on appelle, ou on interroge les fichiers et on voit. Soit les gens ont une mutuelle et tout va bien, ou ils n'ont pas de mutuelle, soit les gens nous disent je n'ai pas de mutuelle ou ils nous disent : « oh là là, ça va nous coûter combien ? » et là on peut éventuellement leur dire qu'il existe une aide et que c'est les assistantes sociales pour ça.[...] On essaie de contacter la famille pour avoir des renseignements complémentaires sur comment ils sont assurés et comment ils vont pouvoir régler leur frais d'hospitalisation. » (Agent des admissions, CH)

L'entourage se révèle parfois indispensable pour permettre l'ouverture des droits avant le départ du patient de l'hôpital de sorte à assurer l'ouverture effective des droits CMU-C.

Outre ces « bricolages » auprès des proches, la plupart des enquêtés ont des relais auprès des caisses d'assurance maladie afin de résoudre des problèmes techniques dans le remplissage des dossiers. Ces relations sont variables en fonction des hôpitaux, mais elles vont du contact téléphonique jusqu'aux réunions périodiques entre les services sociaux hospitaliers et les agents de la CPAM, à la permanence physique d'un agent de la CPAM dans les hôpitaux. Cette relation est appréciée par les assistantes sociales car elle permet 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.

« ANS : Maintenant, quand on fait une demande de CMU, on n'a pas de certitude d'avoir une réponse positive ou négative et en plus, comme ils demandent de plus en plus de papiers... »

AS : Il y a un traitement très administratif en fait...

ANS : Pourquoi est-ce que l'on cherche à complexifier un dispositif?... Au départ, c'était simple, aujourd'hui, on complexifie. Pourquoi complexifie-t-on ?

AD : On ne sait pas si on est sur des arbitrages financiers, on peut le penser...

E : C'est de plus en plus présent...

AS : Le traitement du dossier CMU est de plus en plus administratif...

AD : Il est moins social...

ANS : Voilà, c'est ça que je veux dire...

AS : Et on avait un rapport, avec les représentants du pôle CMU, on avait d'autres liens. Par la possibilité de pouvoir négocier mais... on a des difficultés pour avoir ce documents mais on vous garantit que cette personne n'a pas de revenus, ça se jouait plus comme ça. Maintenant, le dossier, il faut qu'il soit rempli à 100 % et ça complexifie...

ANS : Pourquoi faut-il attendre trois mois pour s'immatriculer à l'assurance maladie...

AS : On peut imaginer quelqu'un qui est au RSA, plutôt bien inséré, ça, ça peut arriver...

E : Et quelles sont vos relations avec la CPAM ?

AS : Cordiales...

E : Elles existent ?

ANS : Oui... c'est pas l'histoire de personnes. Je les ai connu il y a 7 ou 8 ans, elles étaient beaucoup plus souples... il y a quelque chose qui a changé... »

((ANS) animateur social, (M) médecin, (AS) assistante sociale, (AD) attaché de direction hospitalière, direction du pôle des activités, (E) enquêteur, CHU)

Cette logique réglementaire s'oppose aux logiques professionnelles des assistantes sociales, autrement dit à ce qui est perçu comme relevant de la prise en charge des patients vulnérables :

« Les textes sont rigides et nous on discute pas sur les textes, l'assistante sociale a un rôle d'avocat, réellement. On les voit bien parce que la CPAM est un organisme national en gestion départementale qui fait que certains départements interprètent le

texte, notamment sur les délais, un peu plus librement lorsque la personne était hospitalisée. C'était encore le cas dans l'Hérault y a une quinzaine d'années. Avant quand une personne était hospitalisée, il n'y avait pas de délais de forclusion, maintenant CMU / CMU-C, un mois, deux mois, ce qui ne correspond strictement à rien. Ainsi, une personne hospitalisée le samedi 31, son jour d'hospitalisation, ne sera pas couverte même si le dossier est fait le 2 ou le 3 parce que c'était le weekend. Dans ces situations, le service social va être l'avocat en disant « votre interprétation c'est ça. Mais qu'est-ce qui se passe au niveau national ? ». C'est gênant parce qu'on est sur du départemental ». (Responsable service social pôle psychiatrie CHRU)

Les personnes des services sociaux déplorent le 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 :

« - Ce qui est important c'est que la CMU démarre dans la date d'hospitalisation même si on a mis trois jours ou une semaine, parce que le problème c'est là qu'on n'est pas réactif de suite à cause de l'état de santé, soit parce qu'on n'est pas sollicité tout de suite, parce que des fois ça mets un peu de temps, ce qui est important c'est d'avoir ce rétroactif possible en cas d'hospitalisation

E : C'est possible ?

- Oui, actuellement ça marche, je n'ai pas de soucis moi. » (Assistante sociale pôle psychiatrie adulte, CHRU)

Dans d'autres CPAM, cette rétroactivité de la prise en charge est aléatoire créant un sentiment d'imprévisibilité et parfois d'incompréhension des modalités de décision chez les professionnels interviewés :

« - Alors ça veut dire que la CMU peut être rétroactive ?

- Des fois oui et des fois non, ça on ne comprend pas non plus.

- C'est-à-dire ?

- C'est-à-dire que des fois, on aura la CMU qu'à partir de la date de la demande et d'autres fois à la date de l'hospitalisation. », « (Responsable bureau des admissions CHU)

2. Difficultés rencontrées lors de la pré-instruction des dossiers

La tension entre logique financière et réglementaire et logique du social apparaît aussi lors de la pré-instruction des dossiers CMU-C. Cette tension a essentiellement deux formes liées aux contradictions entre une législation très stricte en ce qui concerne les pièces justificatives nécessaires à la pré-instruction et la réalité sociale des ayants droits qui sont en situation précaire.

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 faut recueillir les 12 mois de salaire antérieurs, ce n'est pas un dossier simple, c'est un dossier qui implique un recueil des pièces de l'année précédente qui sont pas faciles... Souvent, les personnes ne savent même pas elles-mêmes où elles en sont, entre

l'arrêt de travail où ils n'ont pas fait de demande d'indemnités journalières, ça peut être des dossiers très, très compliqués.

E : Alors ça doit poser des problèmes sérieux pour l'ouverture des droits ?

- *oui* » (Responsable service social, CHU)

Il se produit le paradoxe suivant : plus la personne est en situation précaire, plus difficile est la constitution du dossier de CMU-C. Ce paradoxe s'incarne parfaitement dans le cas des hospitalisations psychiatriques. Ainsi, les entrées en service psychiatrique se font souvent en situation de crise du patient qui s'accompagne, notamment, d'un isolement de son entourage.

Dans ces cas-là, la pré-instruction du dossier est une gageure :

«- Je n'ai pas le volume, mais il y a des gros problèmes d'identité parce qu'ils perdent beaucoup leurs papiers, ce qui fait qu'on a des soucis sur la rétroactivité des dossiers. C'est-à-dire que pour obtenir la CMU ou la CMU-C, il faut des justificatifs de l'état civil et puis on a deux mois pour la CMU et un mois pour la CMU-C et ça, en psychiatrie, c'est un vrai problème parce que les délais sont très courts pour nous, parce que la personne est hospitalisée, elle l'est en général très mal, elle n'est pas forcément visible par le service social et donc si il n'y a pas d'entourage, on a avoir des difficultés à monter les dossiers et donc on a des problèmes de rétroactivité, alors que le droit potentiel y est. » (Responsable service social pôle psychiatrie, CHRU)

Les temporalités nécessaires à la pré-instruction des dossiers « difficiles » qui demandent un investissement de temps important de la part des assistantes sociales vont à l'encontre d'une exigence, de plus en plus ressentie par ces professionnelles, de faire «au plus vite». L'urgence se révèle être un obstacle à la pré-instruction des dossiers et singulièrement pour les personnes les plus précarisées.

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. De même, ces personnels des hôpitaux travaillant à la pré-instruction des dossiers déplorent le manque d'informations adressées aux populations.

« Moi ce que je voulais dire c'est que les gens ne sont pas informés de la fin de leurs droits, ça c'est important, parce que les gens qui sont socialement en difficulté, le fait de penser aux démarches c'est compliqué. » (Agent des admissions, CH)

L'obligation implicite d'anticiper le calendrier de la couverture sociale s'avère difficilement compatible avec les réflexes d'une population caractérisée par ses difficultés à comprendre les exigences administratives et le vocabulaire technique utilisé par les différentes institutions. Ces difficultés ne se cantonnent pas aux bénéficiaires de ces dispositifs, mais sont également parfois partagées par les services sociaux des hôpitaux comme l'explique cette responsable du service social d'un CHU : *« on forme continuellement nos équipes sur la CMU-C, il faut bac +5 pour comprendre comment il faut calculer, c'est pas du tout lisible. L'histoire des*

ayants droits ayant changé la donne, on a le barème mais une fois on est en face de la situation... Il y a une complexité, j'en conviens. Le dossier c'est du temps, beaucoup de paperasses, une législation complexe... » Les plafonds, les clauses et autres situations atypiques complexifient leur travail et oblige les services à organiser la diffusion de l'information disponible.

Les personnels des hôpitaux insistent d'ailleurs 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.

« Tout tombe sur le service social. Si on veut faire un travail de qualité et non un travail haché, il faut les moyens. Les autres (services sociaux de secteur) nous envoient tous les problèmes ici. Le travail n'est pas fait, il y a un transfert de charges qui en train de se faire, d'autres services sociaux vers le nôtre. [...] Je trouve ça lamentable, alors qu'il y a un droit, que ça soit les services sociaux hospitaliers qui doivent faire valoir ce droit. Alors que l'on puisse imaginer qu'il y ait un droit automatique... Les gens qui sont au RSA, on leur fait monter un dossier de RSA mais on ne leur fait pas monter un dossier de CMU ou CMU-C, en termes d'organisation c'est très mauvais. [...] On fait signer les documents du RSA mais pas la CMU, pour un public qui ne pourra pas monter le dossier. Voilà c'est ça qui me gêne, eh oui ! c'est administratif. » (Assistante sociale, CHRU)

Cette assistante sociale dénonce, ce qu'elle interprète être une absence de mobilisation des services sociaux pour lesquels les contraintes ne sont pas les mêmes que pour l'hôpital public. L'hôpital public se doit de traiter ces demandes et pré-instruire les dossiers pour sa pérennité financière. Par conséquent, l'intérêt de s'investir dans ce travail n'est 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. Ainsi, 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 bénéficiaires de ce dispositif ne semblent pas informés de cette possibilité. Par conséquent, les demandes de pré-instructions émanant des patients ou, plus globalement, des bénéficiaires sont extrêmement rares.

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 ». Le contrôle des pièces, activité dans laquelle s'investissent plusieurs conseillers en assurance maladie, ne constitue pas à l'hôpital une priorité. La dimension éducative du service sociale est convoquée pour éviter « la tricherie » selon les termes d'une assistante sociale d'un CHU étudié « *on les engage à être dans une démarche réglementaire, on a un rôle éducatif, pas dans un rôle de contrôle stricte, on n'est pas la police, mais éducatif, on fait en sorte qu'ils aient les papiers en règle, de ne pas les utiliser* », ce qui ne signifie pas une indifférence des personnels.

« Dans les hôpitaux comme ailleurs, il faut justifier de ses droits, droits à la sécurité sociale et droits à la complémentaire puisque la CMU-C sert de complémentaire. Le déclaratif oui, mais on a des outils mis à notre dispositif. On a un outil « consultation des droits en ligne ». A partir du moment où la personne n'est pas en possession de sa carte vitale, elles (les assistantes sociales) ont la possibilité de consulter cet outil

national et vous avez le droit à la CMU avec les dates de validité. On ne se contente pas du déclaratif et on vérifie... » (Attachée d'administration, responsable service social, CH)

L'appréhension, dans sa globalité, du fonctionnement de la CMU-C nécessite un véritable investissement de la part des personnels, tant en termes de temps de travail que d'informations à actualiser constamment et de connaissances à construire.

3. Quelle perception des bénéficiaires ?

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 :

« La CMU-C n'appelle aucune démarcation dans le flux de notre population. Que ce soit une personne bénéficiaire de la CMU ou d'une mutuelle, pour nous, il n'y a aucune autre considération. Le passage de l'aide médicale à la CMU a été une avancée pour éviter la stigmatisation. J'ai connu l'étiquette de l'aide médicale alors que là, ils sont titulaires d'une carte vitale. Lors de leur admission, c'est la lecture de la carte vitale que l'on voit qu'ils ont ou non des droits à la CMU. Chez les professionnels, il n'y a aucune différence avec quelqu'un qui a une mutuelle voire, même, on est très satisfait de voir des droits à la CMU parce que nous, on a un réflexe de tarification et de recettes pour l'établissement. » (Responsable accueil et tarification, CH)

D'une part, les bénéficiaires de la CMU et CMU-C ne sont pas distingués des autres patients et, d'autre part, ils sont plutôt associés à leur bonne volonté. Cette dernière doit, cependant, être mise en relation avec leur vulnérabilité sociale mais également leur reconnaissance vis-à-vis d'une institution qui les accueille alors que d'autres, au même moment, les excluent

Avez-vous le sentiment que cette population bénéficiaire de la CMU et CMU-C se distingue des autres patients ?

- Ah pas du tout. Je dirais même au contraire...

- C'est toute population qui attend 3 ou 4 heures aux urgences...

- Eux attendent alors que monsieur et madame Lambda gueulent comme un veau... »

(Responsable du pôle social et assistante sociale, CH)

Dans les hôpitaux, les bénéficiaires de la CMU et de la CMU-C ne sont pas associés à des fraudeurs potentiels, même si, lors de l'instruction des demandes, les services sociaux hôpitaux utilisent les outils de contrôle pour vérifier les situations des demandeurs. Néanmoins, certains personnels des hôpitaux font parfois le reproche aux services sociaux des hôpitaux d'encourager la consommation de soins pour des personnes parfois volontairement en marge de la société. Le rôle des services sociaux n'est alors pas perçu comme étant un des éléments participant à l'équilibre financier des établissements hospitaliers. Seule la dimension

sociale via la solidarité nationale transparait dans ces critiques dans une société valorisant de plus en plus l'individu et sa responsabilisation.

Derrière la suspicion de la population bénéficiaire de la CMU et de la CMU-C apparaît l'argument financier où se joue la santé financière de l'hôpital. Les personnels les plus critiques ne maîtrisent pas les rouages du paiement des actes médicaux et se montrent en porte à faux vis-à-vis des directions des hôpitaux qui sont tout à fait favorables à les accueillir. Quant aux personnels des services sociaux, ils utilisent un autre argument pour légitimer leur investissement dans la pré-instruction des dossiers de CMU-C. Ils associent ce dispositif à de la prévention par l'accès aux soins qu'il autorise

« L'avantage, c'est que quelque part, ça permet de faire de la prévention ou un accès aux soins anticipé qui évite les pathologies lourdes et derrière des hospitalisations qui sont très coûteuses. Et cette crainte, on l'a sur les hospitalisations parce que l'on est en train, actuellement, de démanteler tous les... toutes les actions de préventions mises en place et on ne mesure pas derrière le coût sanitaire que cela va avoir. C'est vrai que ce sont des actions qui ne sont pas mesurables. La prévention, vous pouvez moins la mesurer avec des indicateurs quantitatifs mais en termes qualitatifs, c'est un nombre d'hospitalisations évitées. » (Directeur du pôle des activités, CH)

Derrière cet usage de la CMU-C, se dessine toujours la question financière qui ressort comme une préoccupation croissante des hôpitaux publics, préoccupation intégrée mais pas partagée par la plupart de ses acteurs comme l'évoque cette assistante sociale d'un centre hospitalier national parisien « *dans les 10 dernières années, on a commencé à en parler, du coût d'une journée, ça a commencé comme ça... De cette façon aussi brutale, parce que je trouve que c'est extrêmement brutale...* »

Conclusion

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.

Malgré les critiques énoncées par certains de nos interlocuteurs, la CMU-C est un dispositif qui est unanimement perçu positivement même si cela accroît le travail des services et que l'hôpital doit faire face à une précarisation croissante comme le dit cette assistante sociale d'un hôpital parisien : « *ça aidé les gens ça a été un ballon d'oxygène pour les gens. C'est sur que ça a été un progrès, franchement mais maintenant, on est pris par l'AME... nous aussi on subit, l'AME prend une place phénoménale...* ».

Les dossiers pour l'obtention de la CMU-C sont parfois décrits comme complexes à réaliser mais ils sont investis par tous les personnels, même si le sens donné à cet investissement peut varier. Pour les personnels de direction et de l'encadrement, ce dispositif offre une garantie supplémentaire à l'hôpital de se faire payer.

« On est très satisfait de voir des droits à la CMU parce que nous, on a un réflexe de tarification et de recettes pour l'établissement. (...) A partir du moment où on a un patient qui est bénéficiaire de la CMU, on sait que l'établissement sera payé pour ses soins. (...) On ne cherche pas à émettre des factures pour ne pas être payé. Ce que l'on cherche, c'est faciliter en fin de compte les droits des personnes qui peuvent avoir des droits mais n'ont pas fait de démarches. Et là, le service social, présent dans les hôpitaux, a toute sa valeur. Parce qu'il y a des gens tellement démunis, ils n'ont pas fait les démarches. Ce n'est plus les bénéficiaires de la CMU qui nous posent problème, au contraire ceux-là... mais ceux qui sont dépourvus de droit, et ils nous catastrophent parce qu'ils ne se rendent pas compte des coûts. » (Responsable qualité d'accueil et de la tarification des séjours, CH)

Ces personnels se placent donc dans une logique gestionnaire tandis que pour les personnels des services sociaux ou travaillant dans les permanences d'accès aux soins de santé, il s'agit avant tout d'une mesure permettant aux populations de se faire soigner. Dans ces conditions, la CMU et la CMU-C ne posent pas de problème dans les hôpitaux étudiés car, comme le souligne la responsable citée ci-dessus, avec ces dispositifs *« on aide les gens mais cela nous permet de nous aider nous... »* Cette double dimension permet un certain consensus dans les hôpitaux que l'on ne retrouve pas dans les CPAM ou les CCAS. Ces institutions ne perçoivent pas de contrepartie positive et ces dispositifs et les demandeurs sont prioritairement perçus comme des contraintes. Ainsi, si les CCAS peuvent demander des compensations financières à la constitution des dossiers de CMU-C, les hôpitaux publics n'expriment pas cette attente. Pour eux, le remboursement des frais médicaux par l'assurance maladie sert d'argument à leur investissement.

L'absence de stigmatisation des bénéficiaires ou des personnes potentiellement bénéficiaires de ces prestations est à mettre en relation avec les identités professionnelles fortes et structurantes que l'on rencontre à l'hôpital. Contrairement aux caisses primaires d'assurance maladie ou aux centres communaux d'action sociale, les personnels des hôpitaux travaillent dans des institutions valorisées et ne sont pas réduits ou ne se réduisent pas à un travail au guichet dont on sait qu'il peut générer de la frustration³ comme le manifestent certains agents des admissions.

Néanmoins, ces logiques gestionnaires et financières commencent à interférer dans la logique de soins.

Là aussi, la priorité des établissements est de faire tourner les gens. Plus vous gardez les gens longtemps, plus ça va générer des coûts et cela ne va pas rapporter plus, surtout quand on va être complètement en tarification activité. il faut diminuer les coûts et faire sortir les gens le plus tôt possible. Si vous ne garantissez pas le maintien à domicile à la sortie, la sortie ne peut pas se faire et vous allez garder des gens. Ils contribuent à une bonne gestion des flux et des lits. (Responsable pôle social, CH)

Les temps de séjour des populations les plus précaires et marginalisées sont calculés au plus juste et des stigmatisations peuvent se faire entendre. Elles visent des populations bien spécifiques : les roms et globalement, l'ensemble des étrangers en situation irrégulière.

³ Vincent Dubois, 1999, La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère, Paris, Economica ; Jean-Marc Weller, 1999, L'Etat au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics, Paris, Desclée de Brouwer.

La CMU et la CMU-C sont perçues positivement et cela d'autant plus que ces dispositifs permettent aux assistantes sociales d'investir une dimension de leur activité qu'elles placent au cœur de leur métier : le travail éducatif. Cette notion éloigne l'aspect contraignant et réglementaire de la constitution des dossiers pour la dimension d'aide et d'accompagnement davantage valorisée.

« [...] Ce qui est bien, c'est le rôle éducatif que cela peut nous permettre, par exemple, pour faire un dossier AME il faut payer 30 euros, la sécurité sociale demande 30 euros [...] alors ça existe pas les gens qui n'ont pas de ressources, alors l'assistante sociale a dit à des familles Roms : « ok, c'est compliqué d'avoir 30 euros, mais vous allez économiser un euro tous les jours » alors la personne a dit : « c'est possible » voilà le rôle éducatif. Parce qu'en faisant la manche un euro c'est possible. « vous mettez un euro de côté tous les jours, au bout d'un mois vous aurez droit à une année d'AME, alors ça vaut le coup, alors elle les motive vraiment, ça vaut la peine parce que personne va payer les 30 euros, alors 1 euro par jour, alors c'est le rôle éducatif. »
(Responsable Service social CHRU)

Si la perception de la CMU-C est positive concernant les finalités du dispositif, interprétées comme un objectif propre à leur métier, les conditions dans lesquelles les personnels des services sociaux doivent travailler sont parfois dénoncées et critiquées. L'urgence, les démarches administratives perçues comme excessives et complexes voire la dimension de contrôle s'opposent à leur identité professionnelle. A entendre les témoignages recueillis, l'urgence administrative, motivée par les craintes des impayés, s'opposerait à l'accompagnement social et à l'instauration d'une relation de confiance avec les patients.

Ce rapport montre également l'hétérogénéité des relations entre les hôpitaux publics et les caisses primaires d'assurance maladie. Les situations les plus problématiques semblent s'observer à Paris où les liens ne sont pas construits. Dans ce département, les assistantes sociales de l'hôpital étudié doivent mobiliser leur réseau personnel pour obtenir des réponses à leurs questions. L'isolement ressenti par ces personnels tend à ancrer la CPAM comme éloignée des contraintes du terrain. En revanche, dans d'autres départements, les CPAM peuvent assurer des permanences dans les hôpitaux de sorte que des partenariats entre ces deux institutions permettent de favoriser le traitement des dossiers.