

Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Cahier des charges du dispositif PASS de ville

Mise à jour 2025

Direction de la santé Publique - Département Grande Précarité/PRAPS



Table des matières

I.	Contexte	2
II.	Les publics et les activités	3
2.1.	<i>Public cible</i>	3
2.2.	<i>Modalités d'entrée et de sortie du dispositif</i>	4
2.3.	<i>Activités et missions</i>	5
III.	Modalités d'intervention/organisation	6
3.1.	<i>Les structures porteuses</i>	6
3.2.	<i>Composition de l'équipe et ressources humaines</i>	7
IV.	Partenariats et conventions locales	7
4.1.	<i>Formalisation des partenariats</i>	7
4.2.	<i>Gouvernance</i>	8
4.3.	<i>L'engagement politique des collectivités locales, un levier structurant</i>	8
4.4.	<i>La visibilité</i>	9
V.	Modèle de financement.....	9
5.1.	<i>Principes généraux</i>	9
5.2.	<i>Les poste de dépenses couverts par la subvention ARS</i>	10
VI.	Suivi et évaluation	11
	Annexes.....	13

I. Contexte

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), l'Agence Régionale de Santé Île-de-France soutient le déploiement de dispositifs visant à garantir l'accès aux soins et aux droits pour les personnes en situation de grande précarité. Ces actions s'inscrivent dans la stratégie régionale définie par le Projet Régional de Santé (PRS), qui privilégie une orientation vers les dispositifs de droit commun.

Cependant, face aux ruptures de parcours de soins et aux freins structurels rencontrés par certains publics — complexité des démarches administratives, méconnaissance des droits, barrières linguistiques et culturelles, délais d'instruction, absence de couverture maladie —, des **solutions spécifiques « passerelles »** apparaissent nécessaires. Ces dispositifs complémentaires permettent de **prévenir le non-recours et de maintenir une continuité d'accompagnement médico-social**, en articulation avec les dynamiques locales.

Il n'existe pas de maladies propres à la pauvreté, mais les personnes en situation d'exclusion sociale cumulent des facteurs de vulnérabilité sanitaire, sociale et psychique, et présentent souvent des pathologies à un stade avancé. Dans les faits, leur accès au système de santé s'effectue souvent en dernier recours, notamment par les services d'urgences.

Certes, des ressources locales existent : PASS hospitalières, réseaux d'accès aux soins, associations humanitaires, services sociaux communaux... Cependant, leur couverture reste partielle, inégalement répartie et très dépendante des initiatives locales. À cela s'ajoute la difficulté pour certaines structures (centres de santé, maisons de santé) à prendre en charge les personnes sans droits ouverts ou en situation de désaffiliation complète : les soins sont alors à la charge du centre, ou les patients sont réorientés vers d'autres structures de recours, telles que des centres de soins gratuits à visée humanitaire ou caritative.

Dans ce contexte, il est essentiel de **renforcer le maillage ambulatoire par des services intégrés** qui allient accès aux soins, ouverture des droits et accompagnement social individualisé. C'est dans cette logique que s'inscrit la mise en œuvre des PASS de ville, en complémentarité avec les dispositifs hospitaliers existants.

Expérimentées depuis 2013 en Île-de-France, les PASS de ville constituent **un modèle francilien innovant d'intégration socio-sanitaire en secteur ambulatoire**, permettant à des personnes sans couverture maladie ou disposant d'une couverture partielle, d'accéder à des soins de premier recours sans avance de frais ni reste à charge, tout en étant accompagnées dans leurs démarches d'ouverture de droits.

Le fonctionnement des PASS de ville repose sur **une approche territoriale et partenariale** impliquant des professionnels de santé de ville, des travailleurs sociaux, des médiateurs en santé et des acteurs institutionnels (CPAM, collectivités, DAC...), autour d'un système de coordination activé à la demande lorsqu'une situation de vulnérabilité est repérée.

Les professionnels de santé partenaires du dispositif acceptent de différer leur rémunération jusqu'à l'ouverture des droits du patient. Si ces droits ne peuvent être recouverts, le reste à charge est alors pris en charge via une dotation dédiée de l'ARS Île-de-France.

À la différence des PASS hospitalières, qui disposent d'une structure dédiée au sein des établissements de santé, les PASS de ville adoptent des formes d'organisation plus souples et variées. Elles peuvent fonctionner comme des dispositifs intégrés au sein de structures existantes — centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles ou cabinets libéraux en réseau — ou être portées de façon autonome par des associations ou des collectivités. Cette modularité permet une adaptation fine aux réalités locales, tout en assurant un ancrage fort dans le tissu de soins de ville.

Les PASS de ville poursuivent quatre objectifs principaux, articulés autour de l'accès aux soins, de l'ouverture des droits et de l'intégration au droit commun :

1. **Garantir l'accès aux soins de ville** pour les personnes en situation de grande précarité, sans droits ouverts ou en rupture de droits, en facilitant leur prise en charge en médecine ambulatoire.
2. **Permettre une réponse médicale rapide**, sans avance de frais, tout en accompagnant activement les démarches d'ouverture ou de régularisation de la couverture maladie.
3. **Favoriser l'intégration des patients dans un parcours de soins de droit commun**, en organisant une coordination efficace entre les acteurs de ville, et en évitant le recours inadapté aux PASS hospitalières.
4. **S'inscrire en complémentarité des dispositifs existants**, sans créer de filière parallèle, grâce à un ancrage territorial fort et à une coopération étroite avec les partenaires locaux (CPAM, CCAS, DAC, structures de soins de ville, etc.).

Le présent cahier des charges vise à formaliser le cadre de mise en œuvre des PASS de ville en Île-de-France. Il définit :

- Les missions des PASS de villes ;
- Les modalités organisationnelles ;
- Les partenariats à consolider ;
- Les règles de financement ;
- Les obligations des structures porteuses ;
- Les indicateurs de suivi et d'évaluation.

Il est complété par des annexes comprenant :

- Un modèle de convention de partenariat avec les caisses d'assurance maladie ;
- Un descriptif des dispositifs de prise en charge des frais de santé accompagné d'un cadre de gestion de la rétroactivité des droits
- Un cadre description du rôle des Missions accompagnement santé de l'Assurance Maladie
- Une fiche d'adhésion à l'espace partenaire CPAM.

II. Les publics et les activités

2.1. Public cible

L'accès au dispositif PASS de ville est réservé à des personnes répondant à deux conditions principales et cumulatives :

1. **Une situation de précarité avérée**, évaluée au regard de critères de vulnérabilité ;
2. **Une absence ou une insuffisance de couverture maladie**, caractérisée par l'un des cas suivants :

- La personne n'a aucune couverture maladie, soit parce qu'elle est en attente de l'ouverture de droits, soit parce qu'elle n'a pas encore engagé les démarches;
- La personne dispose d'une couverture maladie partielle, par exemple lorsqu'elle bénéficie uniquement de la PUMA sans Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Par ailleurs, certaines personnes peuvent être accompagnées de manière distincte de la file active principale de la PASS de ville :

- Il s'agit de patients ayant déjà été pris en charge par une PASS de ville, pour lesquels un risque avéré de non-renouvellement de la couverture maladie a été identifié. Ces personnes, insuffisamment autonomes dans leurs démarches administratives, peuvent bénéficier d'un suivi spécifique et temporaire.
- Cet accompagnement doit toutefois rester exceptionnel. Il ne peut être envisagé que si le suivi ne peut être assuré par le référent social habituel du patient. L'orientation vers le droit commun, en particulier pour le suivi des droits, reste la règle. (*cf. Annexe3– Mission d'accompagnement avec la CPAM*).

2.2.Modalités d'entrée et de sortie du dispositif

L'évaluation de l'éligibilité au dispositif PASS de ville repose sur une combinaison de trois modalités complémentaires :

- Un entretien socio-administratif avec le patient, permettant de vérifier l'absence de droits ouverts, d'examiner la situation administrative et de recueillir d'éventuels éléments de refus ou de renoncement aux soins ;
- Un questionnaire standardisé, visant à évaluer la situation financière, sociale et les éventuels facteurs de vulnérabilité du patient ;
- Un repérage ou un adressage par les partenaires de terrain (CPAM, CCAS, associations, équipes de maraude, etc.), qui permet d'identifier des personnes en situation de grande précarité n'ayant pas encore engagé de démarche de soins.

Les patients accompagnés par une PASS de ville **sortent du dispositif dès lors que leurs droits à la couverture maladie sont effectivement ouverts**. À compter de cette étape, ils ne sont plus comptabilisés dans la file active.

Une orientation vers un travailleur social de droit commun doit être systématiquement envisagée pour assurer le suivi administratif des droits et éviter toute rupture ultérieure. Une attention particulière doit également être portée à la **stabilisation du parcours de soins**, notamment à travers :

- la réintégration du patient dans un parcours de soins de droit commun (médecin traitant, coordination ville-hôpital, etc.) ;
- ou, le cas échéant, l'orientation vers un autre dispositif d'accompagnement plus adapté à sa situation (dispositif d'insertion, accompagnement social spécialisé, etc.).

2.3. Activités et missions

En matière d'accès aux droits :

Grâce à un conventionnement spécifique avec les caisses primaires d'assurance maladie (*cf. Annexe 1 – Modèle de convention entre une PASS de ville et la CPAM territorialement compétente*), les PASS de ville jouent un rôle actif dans l'ouverture ou la réouverture des droits à la protection maladie, qu'il s'agisse de la couverture de base (PUMA, AME) ou complémentaire (CSS).

Les entretiens réalisés par un travailleur social, un médiateur en santé, ou tout professionnel formé à l'accès aux droits de santé, permettent d' :

- Établir un diagnostic social et repérer les facteurs de vulnérabilité ;
- Informer les personnes sur leurs droits et les démarches possibles ;
- Accompagner la constitution et la transmission des dossiers d'ouverture de droits à la CPAM ;
- Assurer la liaison avec les organismes sociaux pour prévenir les ruptures dans le parcours d'accès aux droits.

En matière d'accès à la prévention et aux soins :

Les consultations médicales et paramédicales, y compris les primo-consultations prolongées, ont pour objectifs de :

- Repérer et évaluer les besoins de santé des personnes en situation de précarité ;
- Assurer les premiers soins nécessaires en médecine générale ou en soins courants ;
- Orienter les patients, selon leurs besoins, vers des partenaires de santé appropriés : établissements hospitaliers, consultations spécialisées, professionnels disposant d'un plateau technique ou apportant un avis d'expertise ;
- Mettre en œuvre des actions de prévention individuelle, telles que le dépistage, la vaccination, ou encore l'éducation à la santé et la sensibilisation à certaines problématiques de santé publique ;
- Coordonner les parcours de soins, en lien avec les partenaires adéquats, notamment en mobilisant les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) si nécessaire.

Les PASS de ville peuvent également proposer des ateliers collectifs, organisés autour de thématiques de santé publique prioritaires (alimentation, hygiène, santé mentale, santé sexuelle, etc.). Ces ateliers permettent de repérer les personnes à risque, d'initier une prise en charge adaptée et de faciliter l'orientation vers d'autres structures du territoire, en s'appuyant sur une logique de travail en réseau.

Les missions de coordination :

La coordination joue un rôle central dans le bon fonctionnement des PASS de ville. Elle recouvre les missions suivantes :

- Former et accompagner les agents d'accueil des centres municipaux de santé (CMS) dans l'animation des permanences d'aide administrative, notamment pour le remplissage des dossiers PUMA, AME, CSS, etc. ;
- Entretenir et structurer les partenariats opérationnels, en lien avec les CPAM, les équipes hospitalières, les services sociaux (CCAS, PMI), les associations de solidarité, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les prestataires de soins de ville (pharmacies, laboratoires, radiologie) ;
- Coordonner l'ensemble du dispositif, en veillant à son organisation, à la bonne utilisation des ressources financières, et à l'évaluation de son impact médico-social ;
- Assurer la communication autour du dispositif, tant auprès des partenaires que du grand public, afin d'en favoriser l'accessibilité, la visibilité et la compréhension.

III. Modalités d'intervention/organisation

3.1. Les structures porteuses

Les PASS de ville doivent être **adossées à des structures sanitaires de premier recours**, capables de garantir une prise en charge ambulatoire organisée, **accessible et pérenne** pour les personnes en situation de précarité.

Elles peuvent être intégrées :

- Au sein de **centres ou maisons de santé, municipaux ou associatifs**, disposant d'une offre de soins pluridisciplinaire et d'une capacité d'accueil adaptée aux besoins spécifiques des patients sans droits ouverts ou en rupture de droits ;
- Auprès de **cabinets de médecins libéraux**, dans une logique collective et coordonnée, notamment :
 - via des associations gestionnaires, pouvant être ou non porteuses d'un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), dans le prolongement des anciens réseaux de santé précarité ;
 - en articulation avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), pour organiser un parcours de soins cohérent, fluide et territorialisé à destination des personnes exclues du droit commun.

Cette diversité d'ancrages vise à promouvoir une approche territoriale intégrée, en mobilisant les ressources locales existantes et en s'appuyant sur les dynamiques partenariales déjà en place.

Afin de garantir le volet accès aux droits de leur mission, il est essentiel que chaque PASS de ville soit **rattachée à une structure disposant d'un numéro FINESS**, et qu'elle **bénéficie d'un accès aux outils numériques de consultation des droits de l'Assurance Maladie** :

- la Consultation des droits intégrée (CDRi), permettant la récupération automatisée des droits ;
- ou, à défaut, la Consultation des droits (CDR), pour un accès manuel aux informations des assurés.

3.2.Composition de l'équipe et ressources humaines

À leur lancement, les PASS de ville étaient essentiellement structurées autour d'un coordinateur, dont la mission principale était d'organiser le dispositif et de garantir la prise en charge financière des soins engagés pendant la phase d'ouverture ou de réouverture des droits. À ce stade, aucun temps de travail social n'était prévu.

Cependant, l'évolution des besoins des publics accompagnés – en particulier en matière d'accès aux droits et d'accompagnement social individualisé – a conduit à intégrer progressivement des travailleurs sociaux au sein des équipes. Cette présence n'est toutefois pas obligatoire dès lors qu'une solution locale alternative permet d'assurer un accompagnement socio-administratif de qualité.

Ainsi, chaque PASS de ville doit à minima s'appuyer sur une équipe socle, composée de :

- **Un coordinateur** (avec un équivalent temps plein – ETP – ajusté à la file active) ;
- **Un travailleur social**, entre 0,5 et 1,5 ETP selon les besoins du territoire et le volume d'activité.

En fonction des caractéristiques locales, et dans le cadre du financement accordé à l'équipe socle, d'autres profils peuvent être mobilisés pour renforcer l'efficacité du dispositif (dans la limite des crédits disponibles):

- **Un médiateur en santé**, pour faciliter les démarches et l'adhésion au parcours de soins auprès de publics spécifiques (personnes en situation de rue, allophones, etc.) ;
- **Un interprète professionnel en santé**, mobilisable en présentiel ou par téléphone, afin de garantir une communication claire et sécurisée avec les patients non francophones;
- **Un secrétariat médical**, chargé de la gestion administrative des dossiers, du suivi de la file active et de l'appui aux parcours de soins.

IV. Partenariats et conventions locales

4.1.Formalisation des partenariats

Les PASS de ville s'appuient sur un maillage territorial solide, fondé sur des partenariats opérationnels garantissant l'accompagnement médical, social et administratif des patients. Afin de structurer ces collaborations et d'en assurer la pérennité, **la signature de conventions formalisées est indispensable avec les partenaires** suivants :

- **L'Agence régionale de santé (ARS)**, avec une convention précisant les missions, engagements et modalités de financement ;
- **La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** territorialement compétente, par le biais d'une convention assurant la coopération sur l'ouverture/réouverture des droits, la transmission hebdomadaire des dossiers (AME, CSS), l'ouverture rétroactive des droits et la rétro-information (numéro de sécurité sociale, code gestion...) ;
- **Les professionnels de santé de ville** (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, biologistes, centres de radiologie, laboratoires...), à l'exception de ceux déjà intégrés à

la structure porteuse. Ces conventions visent à assurer la continuité des soins sans reste à charge pendant la période d'instruction des droits. Ces soins feront l'objet d'un paiement rétroactif, soit par l'Assurance Maladie en cas de prise en charge, soit, à défaut, par un financement de l'ARS dans le cadre du dispositif PASS de ville. ;

- **Les PASS hospitalières**, afin d'assurer une articulation cohérente entre médecine de ville et hôpital. Ces partenariats doivent permettre l'orientation rapide des patients nécessitant un accès à un plateau technique ou à une expertise spécialisée, dans une logique de complémentarité territoriale.

Les PASS de ville ont également vocation à nouer des partenariats avec d'autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour faciliter l'orientation et le suivi des personnes :

- **Les structures de domiciliation et d'action sociale** (centres communaux d'action sociale CCAS et organismes agréés),
- **Le secteur associatif** (maraudes, centres d'hébergement et plus largement toutes les structures AHI)
- **Les acteurs sanitaires ou sociaux impliqués**, notamment les conseils départementaux (service social départemental, protection maternelle et infantile), les centres de lutte antituberculeuse (CLAT), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), les centres de vaccination, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)...
- **Les dispositifs d'appui à la coordination** (DAC) peuvent également être des partenaires clés. A noter que des associations porteuses de DAC peuvent également porter une PASS de ville, même si ce sont deux activités distinctes.

4.2. Gouvernance

Un comité de pilotage (COFIL) doit être mis en place et se réunir au moins une fois par an. Il doit notamment rassembler les acteurs intervenant dans le champ de la prise en charge sanitaire des patients en situation de précarité, des secteurs institutionnels et associatifs. Il contribue à la dynamique de la PASS et au renforcement des partenariats intra et extra-muros, en inscrivant la PASS dans le réseau médico-social local. Il s'attache à partager les bilans quantitatif et qualitatif des parties sur la coopération mise en œuvre, et à échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées, et de définir conjointement de nouvelles pistes de travail ou d'organisation.

4.3. L'engagement politique des collectivités locales, un levier structurant

Les collectivités locales, en particulier les communes et leurs centres communaux d'action sociale, jouent un rôle essentiel dans la réussite des PASS de ville. Leur mobilisation permet de sécuriser les parcours, d'éviter les ruptures d'accès aux droits et de renforcer l'articulation entre acteurs du soin et du social.

Leur engagement doit se traduire par :

- La facilitation de la domiciliation, compétence communale indispensable à l'ouverture des droits (PUMA, CSS, AME). Une coordination active avec les PASS de ville est nécessaire pour éviter les ruptures de prise en charge et prévenir les transferts de charges vers l'ARS en cas d'absence de droits.
- Un accompagnement social renforcé, via la coopération entre travailleurs sociaux municipaux et équipes PASS, afin de lever les freins sociaux et administratifs à l'accès aux soins.
- La mise à disposition de ressources locales (locaux, logistique, personnels mobilisables) contribuant au fonctionnement opérationnel et à la coordination territoriale.
- L'intégration des PASS de ville dans les dynamiques territoriales de santé (contrats locaux de santé, CLSM, politiques municipales de santé), afin d'ancrer le dispositif dans le droit commun et d'en garantir la pérennité.

4.4. La visibilité

Les PASS de ville doivent être facilement identifiables par les professionnels, les acteurs sociaux, les institutions et les élus. Leur visibilité repose sur des supports de communication simples (plaquettes, affiches, fiches contact), leur référencement systématique sur **Soliguide**, et leur participation aux instances locales de coordination (ASV, CPTS, DAC).

L'ARS Île-de-France soutient cette visibilité en inscrivant les PASS de ville dans le PRS/PRAPS, en les valorisant dans les instances de démocratie sanitaire et en renforçant les coopérations avec les collectivités, notamment via les Contrats Locaux de Santé.

V. Modèle de financement

5.1. Principes généraux

Le financement des PASS de ville repose sur un modèle progressif et adapté à la réalité des territoires. Le budget des PASS de ville est financé par l'Agence régionale de santé via le Fonds d'Intervention Régionale (FIR) et couvre, dans la limite des crédits FIR disponibles, les composantes essentielles au bon fonctionnement des PASS de ville:

- **Les postes de coordination et d'accompagnement social**, à travers la prise en charge des salaires des coordinateurs et des travailleurs sociaux chargés d'assurer l'accueil, l'orientation, le suivi administratif et l'accompagnement social des patients.
- **Le reste à charge des soins médicaux, correspondant à la part non remboursée par l'Assurance Maladie** (ou par l'AME le cas échéant), afin que l'absence de couverture maladie n'empêche pas la prise en charge médicale des patients.
- **Les outils de médiation et d'interprétariat**, indispensables pour permettre un accès équitable aux soins des publics allophones ou rencontrant des difficultés de communication.

Le financement de la PASS de ville est encouragé à se consolider par la mobilisation de co-financements complémentaires. Les Centres de Santé porteurs de PASS de ville sont encouragés ou tenus (si la politique régionale le permet) à **adhérer à l'Accord National des**

Centre de Santé et à valider l'indicateur « Accompagnement spécifique aux publics vulnérables » (Niveau 3 - mise en œuvre d'une PASS de ville), afin de bénéficier de la valorisation de l'Assurance Maladie en complément du financement ARS (FIR). Conformément à l'Article 19.1 de l'Accord, cette rémunération doit être clairement distinguée du financement ARS. La subvention ARS reste un financement transitoire pour pallier l'absence de droits ouverts, évitant ainsi un effet de substitution vis-à-vis de l'Assurance Maladie, qui reste le payeur naturel des dépenses de soins.

La demande de subvention doit être déposée sur la plateforme dématérialisée **StarsFIR** dès l'ouverture de la campagne budgétaire.

5.2. Les postes de dépenses couverts par la subvention ARS

❖ *Première composante de la subvention ARS : les ressources humaines*

La participation financière de l'Agence sur les postes ressources humaines peut être ventilée entre les différents professionnels impliqués dans la coordination du dispositif et dans les missions d'accès aux droits et aux soins, telles que définies précédemment. Cette organisation permet une souplesse d'adaptation aux réalités territoriales, tout en garantissant une couverture cohérente des besoins fondamentaux.

La composition des équipes socles est proportionnée à la file active annuelle, permettant une allocation graduée des ressources en fonction du volume de patients réellement accompagnés:

Tranche de file active	Équipe socle recommandée
0 – 200 patients	0,5 ETP coordinateur + 0,5 ETP travailleur social
201 – 400 patients	0,5 ETP coordinateur + 1 ETP travailleur social
401 patients et plus	1 ETP coordinateur + 1 ETP travailleur social

Ces tranches sont établies sur la base du nombre de patients vus au moins une fois par la PASS de ville, à l'exclusion des usagers relevant uniquement de l'activité générale de la structure porteuse. Il est impératif que cette donnée soit précisément renseignée et isolée.

En effet, pour rappel, seuls doivent être comptabilisés dans la file active les patients sans droits ouverts (ou avec couverture partielle) au moment de leur première prise en charge. Les patients dont les droits ont été rétablis doivent sortir du dispositif dès l'ouverture effective des droits, sauf situation exceptionnelle prévue par le cahier des charges. Il ne s'agit pas d'un dispositif d'accueil large des personnes pauvres, mais bien d'un mécanisme ciblé sur l'absence de couverture maladie.

Par ailleurs, l'ARS demeure garante des montants de subventions allouées et de l'adéquation entre le niveau d'activité déclaré et la dotation affectée. Des réajustements pourront être opérés, le cas échéant, sur la base d'une comparaison entre les différentes PASS de la région, afin d'assurer une répartition équitable et efficiente des financements.

❖ *Deuxième composante : le reste à charge des soins médicaux non remboursés par l'Assurance Maladie*

La seconde composante de l'enveloppe de financement des PASS de ville couvre les actes médicaux facturés mais non remboursés par l'Assurance Maladie, en raison d'une absence ou d'un retard dans l'ouverture des droits au moment de la prise en charge (cf. *Annexe 2 – Règles de rétroactivité des droits*). Une étude socio-économique a estimé le coût moyen du reste à charge des soins par patient, après rétroactivité de l'ouverture des droits, à environ 33 euros par personne.

Cependant, l'un des défis majeurs du pilotage financier des PASS de ville réside dans le manque de visibilité sur les remboursements effectivement perçus de l'Assurance Maladie, une fois les droits ouverts. Ce défaut de traçabilité rend difficile le calcul précis du reste à charge réellement supporté par les structures, et soulève un risque de double financement si les actes pris en charge sont également remboursés par la CPAM.

Afin de sécuriser la chaîne de financement, il est essentiel pour les structures porteuses de PASS de ville d'avoir accès aux outils de suivi et d'échange avec les caisses primaires d'assurance maladie. Cela suppose :

- Un **accès aux outils de consultation des droits (CDRi/CDR)**, pour garantir la cohérence entre la situation réelle des patients et leur statut administratif ;
- La désignation d'un référent ou **point de contact dédié au sein de chaque CPAM**, capable de traiter les situations complexes et de fluidifier les échanges sur les dossiers en attente de régularisation.
- La mise en place d'un **registre des actes PASS**, permettant de documenter l'ensemble des actes réalisés durant la période sans droits et de croiser les remboursements effectivement obtenus de l'Assurance Maladie afin d'éviter tout risque de double prise en charge avec l'ARS.

VI. Suivi et évaluation

Chaque PASS de ville, dans le cadre de sa convention avec l'ARS, est tenue de produire un rapport d'activité annuel comprenant à la fois des données quantitatives et qualitatives. Ce rapport vise à documenter l'activité du dispositif, à suivre l'évolution de la file active, à apprécier l'impact de l'accompagnement médico-social proposé, et à permettre un pilotage régional éclairé. Ce rapport doit être transmis impérativement avant le **31 mars N+1 de l'exercice**.

Les indicateurs à renseigner doivent permettre de rendre compte :

- **De la composition de la file active** : répartition par âge et par sexe, nombre de personnes sans droits à l'entrée dans le dispositif, en distinguant les personnes relevant de la PUMA, de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), de l'Aide Médicale d'État (AME), ou d'autres couvertures, situations d'hébergements, part d'allophonie et de recours à l'interprétariat professionnel en santé.

- **Du suivi des parcours** : nombre de nouveaux patients accompagnés chaque année, nombre de personnes orientées vers des professionnels de santé de ville, vers des dispositifs spécialisés (santé mentale, addictologie, hébergement...), ou vers l'hôpital ; nombre de personnes « perdues de vue » en cours d'accompagnement ; nombre total d'actes médicaux /paramédicaux réalisés, en précisant les motifs principaux de recours.
- **De la durée de suivi** : durée moyenne de prise en charge avant l'ouverture des droits à la protection maladie ; durée totale d'accompagnement jusqu'à la réintégration dans un parcours de droit commun ; nombre de patients suivis au-delà de six ou douze mois, nombre de patients perdus de vue.
- **De l'accès aux droits** : taux de patients ayant obtenu une couverture maladie à la sortie du dispositif ; nombre de patients pour lesquels aucune ouverture de droits n'a été possible ; délai moyen de traitement des dossiers par la CPAM ; nombre de personnes domiciliées, en distinguant les domiciliations effectuées par les CCAS, les associations ou d'autres structures habilitées.
- **De l'efficacité financière** : coût nombre de soins médicaux non recouverts au bout de six ou douze mois (à des fins de régulation budgétaire), montant du reste à charge effectivement financé par l'ARS, taux de récupération des remboursements auprès de l'Assurance Maladie (par trimestre), coût moyen par patient accompagné ; coût moyen d'un acte financé par la PASS.
- **De la coordination et de la gouvernance locale** : nombre de réunions de coordination organisées avec les partenaires du territoire ; participation aux instances territoriales de santé (contrats locaux de santé, DAC, CPTS, CRSA...) ; nombre de conventions de partenariat formalisées, en cours de validité.

Engagements des promoteurs des PASS de ville

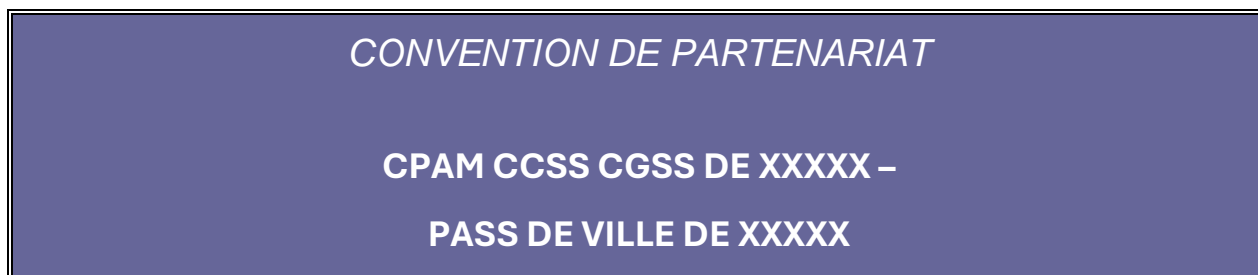
Les structures porteuses s'engagent, pour le bon fonctionnement du dispositif, à respecter les principes suivants :

- **Appliquer avec rigueur les critères d'inclusion et de sortie** définis dans le présent cahier des charges, afin de garantir que le dispositif bénéficie aux publics pour lesquels il est conçu.
- **Assurer un accompagnement individualisé et adapté** pour chaque patient, tant sur le plan médical que social, en veillant à la continuité des parcours et à l'orientation vers le droit commun.
- **Participer activement aux dynamiques territoriales**, notamment aux réunions de coordination organisées localement, ainsi qu'aux concertations régionales pilotées par l'ARS.
- **Garantir une utilisation transparente et conforme des financements publics**, en assurant une bonne traçabilité des dépenses et un reporting fidèle de l'activité et des résultats obtenus.

Ces engagements sont essentiels pour assurer la qualité, la cohérence et la soutenabilité du dispositif sur l'ensemble du territoire francilien.

Annexes

Annexe 1 – Modèle de convention locale de partenariat entre la PASS de ville et le service de l'assurance maladie territorialement compétent et ses annexes



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 »

et d'autre part,

LA PASS DE VILLE DE XXXXX

Située au xxxx...

Représentée par xxxx, Monsieur / Madame xxxx

Ci-après dénommée « PASS de ville »

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

PREAMBULE

L'Assurance Maladie fait de la lutte contre les exclusions une de ses priorités, en favorisant l'accès aux droits, aux soins, à la santé 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 PASS de ville font partie. A ce titre, une convention avait peut-être été signée dans le cadre de la gestion des demandes d'Aide Médicale de l'Etat (AME), et pourra être complétée des engagements contenus dans la présente convention.

Article 1 - Objet du partenariat

L'objet du partenariat entre la CPAM CCSS CGSS XXXXX et la PASS de ville de XXXX est de :

- Etablir / Consolider (à adapter) les collaborations entre la caisse de XXX et la PASS de ville de XXX,*
- Offrir aux employés/bénévoles de la PASS de ville un contact privilégié au sein de la caisse, et organiser des modalités de traitement des situations d'assurés accompagnés par la PASS de ville,*
- Faciliter l'accès aux droits (PUMa, Complémentaire santé solidaire, Aide Médicale de l'Etat...) des personnes accueillies par la PASS de ville,*
- Favoriser l'accès aux soins de ces mêmes personnes, voire leur proposer un accompagnement social le cas échéant, quand leur situation le justifie.*

Article 2- Publics concernés

Sont concernées par cette convention, toutes les personnes, prises en charge par la PASS de ville de XXX, présentant des besoins de soins et des difficultés d'accès aux droits, aux soins, à la santé et à la prévention.

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.

Et de XXXX pour la PASS de ville.

Préciser les modalités de contacts : téléphonique + email

Article 4 - Engagements des parties

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

Information

- Assurer la formation et l'information des intervenants de la PASS de ville sur les dispositifs d'accès aux droits, aux soins, et à la santé sur les prestations de l'Assurance Maladie et leurs évolutions réglementaires, ainsi que sur le service social, les campagnes de prévention, les services en ligne et les ateliers d'inclusion numérique de l'Assurance Maladie.
- Mettre à disposition les formulaires de demande de droits et autres (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 la PASS de ville, les supports de communication, ou d'information dédiés (dépliants, affiches, liens internet, simulateurs de droits, vidéos...), utiles pour informer les personnes prises en charge des différentes prestations, offres de services et accompagnements de la caisse.

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

- Instruire les dossiers de demande de droits transmis par la PASS de ville dans un délai maximum de 30 jours calendaires (validation CPAM), et notifier à l'assuré les suites de l'instruction.

Potentiellement, et selon les possibilités de la caisse, un agent de caisse peut être délégué dans la PASS de ville pour une collaboration sur les dossiers d'ouverture de droits (contenu, fréquence, localisation à définir entre les parties si cette modalité est retenue)

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, d'un accompagnement attentionné et individuel par la Mission accompagnement santé (cf. annexe 2) de la caisse :
 - CPAM : fournir dans l'annexe les modalités de saisine des Misas
- Faire bénéficier aux assurés en situation de fragilité sociale du fait de leur état de santé et confrontés à un risque de désinsertion professionnelle et/ou de précarisation médico-sociale de ce fait, d'un accompagnement social par le service social de l'Assurance Maladie. Ces assurés sont signalés grâce au formulaire de saisine de la Mission accompagnement santé (non applicable aux bénéficiaires de l'AME), cf. annexe 3.

Relation partenariale

- 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 : 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 Espace Partenaires ...).
 - CPAM : détailler les modalités.

Pilotage régulier de la collaboration et recours

- *Partager de manière régulière (régularité à définir entre les parties) les statistiques concernant le traitement des dossiers et leurs états d'avancement.*
- *Décrire les voies de recours (à adapter selon la caisse).*

4.2 La PASS de ville 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, aux soins, et à la santé.*

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

- *Accompagner, voire aider, les personnes accueillies dans la PASS de ville, dans la constitution et la complétude de leur dossier en utilisant les outils mis à disposition par la caisse :*
 - *« www.ameli.fr » qui permet d'obtenir des informations et de télécharger les imprimés de demande de droits ou prestations,*
 - *<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite>*
 - *Les supports de communication fournis par la caisse.*
 - *Autres, selon la CPAM*
- *Transmettre le plus rapidement possible à la caisse les dossiers complets pour instruction par cette dernière.*

Dépôt des primo-demandes d'AME

Dans le cadre de l'accompagnement qu'elle propose aux publics précaires qu'elle reçoit, la PASS de ville peut recevoir les premières demandes d'AME et les transmettre à la CPAM (Décret n°2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat (AME)).

Dans ce cadre, la PASS de ville s'engage, pour chaque dossier, à :

- *Recueillir l'identité de la personne qui dépose le dossier,*
- *Veiller à la conformité et à la complétude du dossier,*
- *Fournir une attestation de dépôt au demandeur,*
- *Le cas échéant, fournir un justificatif de soins pour les demandes de prise en charge rétroactive afin que le droit puisse être ouvert à une date antérieure au dépôt de la demande d'AME,*
- *Compléter un document destiné à la CPAM et permettant de tracer la date et l'organisme de dépôt.*

Pour permettre à la PASS de ville d'assurer cette mission, la CPAM CCSS CGSS s'engage à :

- *Dispenser aux personnels habilités de la PASS de ville une formation continue sur l'AME et ses évolutions réglementaires,*
- *Mettre à disposition de la PASS de ville les outils nécessaires à une gestion optimale du partenariat (fiche accueil, accusé réception, liste de pièces justificatives exigibles...),*
- *Mettre à disposition de la PASS de ville les supports de formation dédiés permettant de délivrer une information adaptée.*

La transmission du dossier à la caisse doit intervenir dans un délai maximum de 8 jours. Les parties conviennent des modalités de transmission suivantes : courrier / Espace Partenaires, à décrire par la caisse.

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, éloignés du numérique, ou en forte fragilité sociale du fait de leur état de santé et confrontés à un risque de désinsertion professionnelle et/ou de précarisation médico-sociale de ce fait.

Relation partenariale

- 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 la coopération mise en œuvre, et analyse les éléments suivants :

- Nombre de personnels de la PASS de ville formés par la caisse,
- Volume des dossiers de demandes transmis par la PASS de ville,
- Répartition de ces dossiers par prestations (PUMa, Complémentaire santé solidaire, AME),
- Nombre d'orientations vers la Mission accompagnement santé,
- Délai d'ouverture des droits (PUMa et C2S) sur échantillon (méthode d'échantillonnage à la validation de la CPAM).

Concernant les primo-demandes d'AME réceptionnées en PASS de ville, le bilan porte a minima sur le/la:

- Volume de dossiers de primo-demandes d'AME transmis par la PASS de ville à la caisse,
- Délai de transmission des dossiers à la CPAM,
- Répartition de ces dossiers selon le résultat de l'instruction (accord, refus, demande de pièces complémentaires),
- Délai d'ouverture des droits sur échantillon (méthode d'échantillonnage à la validation de la CPAM),
- Recensement des difficultés ou des bonnes pratiques...

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 ou d'organisation.

Ce COPIL peut être un COPIL dédié caisse-PASS, ou être partie prenante du COPIL multi-partenaires que la PASS de ville 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 1.

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 de l'autre partie.

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 2 exemplaires,**

***Le Directeur de la CPAM CCSS CGSS
de xxx,***

M/Mme xxx

Le Directeur de la PASS de ville de xxx

M/Mme xxx

Protection universelle maladie

Présentation et critères d'attribution

La protection universelle maladie (PUMa) assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité¹.

Les personnes sans activité professionnelle doivent justifier au moment de la demande d'une résidence stable de trois mois² et de la régularité de séjour³.

Cette protection correspond à l'assurance maladie obligatoire et permet donc la prise en charge de la part obligatoire des frais de santé.

Date d'effet des droits

Les droits sont ouverts :

- à la date de réception de la demande pour une affiliation sur critère de résidence ;
- dès la 1^{ère} heure travaillée sous réserve de la régularité de séjour pour une affiliation sur critère d'activité professionnelle

Modalité demande

La demande repose sur le [formulaire S1106](#) de demande d'ouverture de droits à l'assurance maladie, accompagné des pièces justificatives.

Condition de prise en charge rétroactive

Les droits à la PUMa ne peuvent être attribués de façon rétroactive.

Complémentaire santé solidaire

Présentation et critères d'attribution

La complémentaire santé solidaire permet aux personnes en situation de précarité, bénéficiant de la PUMa, d'avoir une couverture complémentaire santé gratuite ou avec une participation financière limitée⁴.

Pour y accéder, il faut bénéficier de la PUMa et avoir des ressources inférieures à un [plafond](#).

La complémentaire santé solidaire offre la prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie, à hauteur de 100 % des tarifs fixés par l'assurance maladie, ainsi que des forfaits de prise en charge spécifiques pour les soins dentaires, l'optique, les audioprothèses. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire n'ont pas à avancer de frais et les dépassements d'honoraires sont interdits, sauf exigences particulières du patient.

Date d'effet des droits

¹ Article L. 160-1 du code de la sécurité sociale

² Article D. 160-2 du code de la sécurité sociale

³ Article L. 115-6 et R 111-3 du code de la sécurité sociale

⁴ Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale

La complémentaire santé solidaire gratuite est attribuée pour un an à compter du premier jour du mois suivant la date de la décision de la caisse d'assurance maladie.

Condition de prise en charge rétroactive

Lorsque la situation l'exige et que le demandeur est présumé remplir les conditions d'attribution, la Complémentaire santé solidaire peut prendre effet au premier jour du mois du dépôt de la demande⁵.

Les situations pouvant nécessiter une attribution immédiate sont les suivantes :

- des soins immédiats ou programmés sont nécessaires ;
- la situation sanitaire et sociale est précaire ;

En cas d'hospitalisation au moment de la demande de complémentaire santé solidaire, la date d'hospitalisation peut être assimilée à la date de dépôt de la demande de complémentaire santé solidaire lorsque la personne n'a pas été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l'établissement et à condition que la demande soit transmise dans les plus brefs délais à la caisse d'assurance maladie. Le droit est alors ouvert au premier jour du mois de l'hospitalisation.

Il conviendra, dans ce cas, que l'établissement de santé ou une association agréée établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais à la caisse d'assurance maladie gestionnaire du droit.

La rétroactivité est limitée à deux mois, ce qui signifie que la demande doit être déposée au plus tard dans un délai de deux mois suivant l'admission dans l'établissement de santé. L'assuré doit toujours être hospitalisé au moment de la demande ou ne pas être sorti depuis plus d'un mois

La complémentaire santé ne pourra être antérieure à la date de début des droits PUMa. Pour rappel, les droits PUMA ne peuvent être attribués de façon rétroactive, ils prennent effet à la date du dépôt de la demande en cas d'affiliation sur critère de résidence ou à la date de début de l'activité professionnelle pour l'affiliation sur critère de l'activité professionnelle.

EXEMPLE

– Hospitalisation le 10 avril 2022

– Demande de complémentaire santé solidaire datée du 30 avril 2022.

La prise en charge au titre de la complémentaire santé solidaire prend effet au 1er avril 2022, date du premier jour du mois d'entrée dans l'établissement ou à la date du bénéfice de la PUMa si cette date est postérieure

Modalité de demande

Le dossier de demande est constitué :

- du [formulaire de demande de Complémentaire santé solidaire](#), accompagné des pièces justificatives ;
- d'un justificatif d'hospitalisation, pour bénéficier de la prise en charge rétroactive.

Aide médicale de l'Etat

Présentation et critères d'attribution

⁵ 5e alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale

L'Aide médicale de l'Etat (AME) assure une couverture maladie aux personnes démunies en situation irrégulière au regard de la législation du droit au séjour en France. Elle est accordée lorsque les ressources du foyer ne dépassent pas le [seuil d'attribution](#) et que les personnes majeures séjournent de manière ininterrompue en France depuis plus de trois mois, sans titre de séjour⁶.

L'AME permet une prise en charge à 100 % des frais de santé remboursables par l'assurance maladie (part obligatoire et le ticket modérateur), sans avance de frais. Les médicaments princeps et les médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie, les actes et produits spécifiques à la procréation médicalement assistée et les cures thermales en sont exclus.

Date d'effet des droits

L'AME est accordée pour une période d'un an, à compter de la date de dépôt du dossier de demande d'AME.

Condition de prise en charge rétroactive

Lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME peut prendre effet au jour d'entrée dans l'établissement ou de la date de soins. Pour bénéficier d'une prise en charge rétroactive, le patient doit remplir les conditions d'attribution de l'AME au moment des soins et transmettre sa demande d'AME dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la date des soins⁷.

EXEMPLE 1 :

- Entrée illégale en France : 5 janvier 2021
- Date de début d'irrégularité sur le territoire français : 5 janvier 2021
- Hospitalisation le 10 avril 2021 (ou délivrance de soins de ville le 10 avril 2021).
- Demande d'AME datée du 20 avril 2021, déposée le 22 avril 2021 à l'accueil de la CPAM, soit dans les 90 jours suivant la date de sortie de l'établissement (ou la délivrance des soins de ville).

La prise en charge au titre de l'AME prend effet au 10 avril 2021, date d'entrée dans l'établissement (ou la délivrance des soins de ville).

EXEMPLE 2 :

- Date d'entrée en France : 20 août 2020.
- Date de début de la situation d'irrégularité sur le territoire : 21 novembre 2020
- Hospitalisation le 25 novembre 2020 (ou délivrance de soins de ville le 25 novembre 2020)
- Demande d'AME datée du 10 janvier 2021, reçue le 13 janvier 2021 par la CPAM, soit dans les 90 jours suivant la date de sortie de l'établissement (ou la délivrance des soins de ville).

À la date de réception de la demande d'AME, le demandeur ne remplit pas la condition de 3 mois de résidence en situation irrégulière sur le territoire français. Un refus de la demande d'AME est opéré. Ce refus ouvre droit à une prise en charge des soins du 25 novembre 2020 au titre des soins urgents (pour les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital, les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie, les d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, les interruptions de grossesse)

⁶ Article L 251-1 du code de l'action sociale et des familles

⁷ Article 44-1 du décret n°54-883 du 2 septembre 1954 modifié par l'article 2 du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France.

Modalité de demande :

Le dossier de demande est constitué :

- du [formulaire de demande d'AME](#), accompagné des pièces justificatives ;
- d'un justificatif de soins, pour bénéficier de la prise en charge rétroactive ;
- d'un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation, pour prioriser l'instruction du dossier.

Les personnes demandant le bénéfice de l'AME pour la première fois doivent déposer leur dossier à l'accueil de la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence, sauf lorsqu'elles sont prises en charge en établissement de santé ou par une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), auquel cas l'établissement ou la PASS doit transmettre directement la demande à la caisse concernée sous 8 jours. Les maisons France service habilitées et les PASS de ville peuvent également réceptionner les premières demandes d'AME⁸.

⁸ Article D 252-2 du code de l'action sociale et des familles

<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 vous 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 de ville, quand elle détecte une situation amenée à être solutionnée par une Mission accompagnement santé, oriente l'assuré via les formulaires conforme RGPD (papier ou dématérialisé via Espace Partenaires) vers la caisse. Cette dernière prend le relai en recontactant la personne dans un délai de 48h et en mettant en place l'accompagnement dont il a besoin.

CPAM : préciser les adaptations locales + modes de saisine et/ou Espace Partenaires

Annexe 4 - Espace Partenaires CPAM




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;
-  **demander 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;
-  **demander 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

Cnam Santé graphique - Juin 2022