



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/P3/2025/45 du 18 juin 2025 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : TSSH2510057N (numéro interne : 2025/45)
Date de signature	18/06/2025
Emetteur	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville.
Contact utile	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables (P3) Adeline BERTSCH Tél. : 07 61 49 57 50 Mél. : adeline.bertsch-merveilleux@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	3 pages + 3 annexes (23 pages) Annexe 1 - Cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé de ville (<i>PASS de ville</i>). Annexe 2 - Dispositifs de prise en charge des frais de santé, date d'effet et rétroactivité Annexe 3 - Modèle de convention locale de partenariat entre la <i>PASS de ville</i> et le service de l'Assurance maladie territorialement compétent et ses annexes.
Résumé	La présente note d'information a pour objet de fournir un référentiel définissant les missions, activités et modalités d'intervention des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville.

	Les <i>PASS de ville</i> correspondent à des organisations mises en place dans des structures déjà existantes (centres et maisons de santé, structures portées par des associations...) permettant de proposer aux personnes qui le nécessitent un accompagnement pour l'ouverture de droits à l'Assurance maladie et l'organisation d'une prise en charge en soins de ville (consultations de médecine générale, laboratoires, pharmacies...).
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Pacte des solidarités ; accès aux droits ; accès aux soins ; personne en situation de précarité ; renoncement aux soins ; soins de premier recours, soins de proximité, Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ; précarité ; accompagnement social des patients ; Fonds d'intervention régional (FIR) ; parcours de soins ; prévention des ruptures.
Classement thématique	Action sociale : exclusion
Texte de référence	Néant
Rediffusion locale	Établissements de santé, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), centres et maisons de santé
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 30 mai 2025 - N° 44	
Publiée au BO	Oui

Expérimentées avec succès depuis 2013 notamment en Île-de-France, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville correspondent à des organisations permettant à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville et de bénéficier en parallèle d'un accompagnement pour faciliter l'ouverture de leurs droits ou la réactivation et réouverture de ceux-ci, grâce à des conventionnements avec l'Assurance maladie. Ainsi une *PASS de ville* permet à une personne sans droit ouvert à un instant donné, d'être prise en charge par des professionnels de santé de premier recours partenaires pour les soins de ville dont elle a besoin.

Ces *PASS de ville* sont des organisations essentielles dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Sur la base de ce bilan positif, les *PASS de ville* ont été confortées dans le cadre du Pacte des solidarités (2023-2027).

On rappellera que les *PASS de ville* :

- facilitent l'accès à la prévention et aux soins de ville (médecin généraliste, dentiste, sage-femme, infirmier, pharmacien, laboratoires, imagerie...) des publics qui en sont éloignés, voire en situation de renoncement aux soins ;
- facilitent l'accès aux droits à une protection maladie des personnes en situation de précarité ;
- permettent d'éviter des passages à l'hôpital, notamment aux urgences, pour les demandes de soins qui n'en relèveraient pas ;
- permettent d'éviter le recours aux *PASS hospitalières* pour la seule demande d'ouverture des droits à une protection maladie ;
- réalisent un travail de coordination au sein de la structure porteuse et sur le territoire en proximité, ce qui améliore la fluidité des parcours des patients.

Cette modalité d'organisation, en permettant une prise en charge sanitaire et sociale de proximité pour les personnes en situation de précarité et/ou les plus éloignées du système de santé, contribue à faciliter leur accès aux soins et à la prévention, à limiter les ruptures dans les parcours et les pertes de chance associées.

La présente note d'information propose, en annexe 1, un cahier des charges de ces *PASS de ville*. Il est le fruit des réflexions d'un groupe de travail national et d'une concertation avec des partenaires ayant notamment participé à l'expérimentation des *PASS de ville*.

Les *PASS de ville* peuvent s'appuyer sur différentes modalités d'organisation : structure *ad hoc*, pouvant par exemple être portée par une association, ou modalité d'intervention au sein de structures déjà existantes (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé notamment).

Pour être identifiée comme une *PASS de ville*, il convient que la structure porteuse adresse une lettre d'intention à l'ARS territorialement compétente comprenant les éléments suivants :

- Une description du projet correspondant au présent cahier des charges précisant l'inscription dans le territoire, les activités proposées, les modalités d'intervention proposées, les partenariats et la gouvernance, un budget prévisionnel. Pour les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles, les missions complémentaires de la *PASS de ville* sont à bien identifier) ;
- Le cas échéant, le bilan et le compte de résultats de la structure porteuse pour l'année précédente ;
- Le cas échéant, les statuts de porteur du projet.

Ce cahier des charges est complété par deux documents produits en lien avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) : une annexe précisant les règles de rétroactivité des droits et un modèle de conventionnement avec les services de l'Assurance maladie compétents permettant de faciliter le traitement des dossiers, notamment les demandes d'aide médicale de l'État.

Les indicateurs clés d'un rapport d'activité sont également proposés ; il en sera demandé une transmission annuelle à l'ARS territorialement compétente, dans le cadre du conventionnement avec cette dernière.

Mes équipes restent à votre disposition pour toute question relative au cahier des charges.

Pour les ministres et par délégation :
La cheffe de service, adjointe à la
directrice générale de l'offre de soins,

A stylized, bold, black signature that reads "signé".

Julie POUGHEON

Annexe 1

Cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé de ville (PASS de ville)

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville correspondent à des organisations permettant à des personnes sans couverture maladie d'accéder à des soins de ville et de bénéficier en parallèle d'un accompagnement pour faciliter l'ouverture ou la réactivation de leurs droits.

Les *PASS de ville* peuvent s'appuyer sur différentes modalités d'organisation : structure *ad hoc*, pouvant par exemple être portée par une association, ou modalité d'intervention au sein de structures déjà existantes (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé notamment).

Les *PASS de ville* poursuivent deux objectifs complémentaires à destination des personnes éloignées du système de santé :

- Faciliter leur accès aux droits (en cas de rupture de droits, de non-activation ou non-connaissance des droits potentiels notamment à une protection maladie...) ;
- Faciliter leur accès à la prévention et à des soins de ville, permettant ainsi d'éviter qu'elles ne se rendent en établissement de santé si leur état de santé ne le justifie pas.

Ainsi, la *PASS de ville* permet de lutter contre le retard dans l'entrée dans le parcours de soins et concourt à la lutte contre le renoncement aux soins.

Les *PASS de ville* ne sont pas spécialisées et s'adressent aux publics suivants :

- Les personnes ainsi que leurs ayants droit (notamment les enfants) sans droits à une protection maladie de base et/ou complémentaire ouverts ou actifs au moment où elles se présentent pour une demande de soins ;
- Les personnes éloignées du soin ou en situation de renoncement aux soins.

Les *PASS de ville* accueillent les personnes, que celles-ci se présentent spontanément ou qu'elles aient été orientées/adressées par ses partenaires du territoire. Les *PASS de ville* organisent une réponse de proximité : leur aire de recrutement doit donc être adaptée à leur capacité d'intervention (commune/agglomération). Elles sont en lien avec la *PASS hospitalière* de leur territoire en vue notamment de faciliter les parcours et relais entre la ville et l'hôpital.

1. Les missions, activités et modalités d'intervention des PASS de ville**Les missions**

Dans une logique d'accès à l'offre de soins de droit commun ou à son maintien, les *PASS de ville* favorisent et permettent l'accès à la prévention et aux soins de ville (par exemple, les professionnels du centre de santé de rattachement, des médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, laboratoires...) en direct ou via des partenariats avec des acteurs de la santé du territoire, sans avance de frais ni de reste à charge de la part du patient.

Par le biais d'un conventionnement spécifique avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) (cf. annexe 3 - Modèle de convention locale de partenariat entre la *PASS de ville* et le service de l'Assurance maladie territorialement compétent), elles contribuent à ouvrir/rouvrir les droits à une protection maladie de base et/ou complémentaire. Autant que de besoin, elles coordonnent les parcours de soins des personnes en situation de précarité ayant recours à la *PASS de ville* et contribuent ainsi à la prévention des ruptures de parcours et à la lutte contre le renoncement aux soins.

Les activités

En matière d'accès aux droits :

La *PASS de ville* accompagne les personnes accueillies dans l'accès effectif à leurs droits en termes de couverture maladie, notamment au travers des actions suivantes :

- Réaliser un diagnostic social et repérer les vulnérabilités ;
- Informer la personne sur ses droits ;
- Aider à la constitution des dossiers d'ouverture de droits à une protection maladie ;
- Faire le lien avec les caisses de sécurité sociale et organismes sociaux afin d'éviter toute rupture dans le parcours d'accès aux droits.

Il est donc nécessaire que la *PASS de ville* soit rattachée à une structure identifiable par un numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) et qu'elle dispose d'un accès aux outils de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) notamment Consultation des droits intégrée - CDRI pour la récupération automatisée des droits des assurés ou Consultation des droits - CDR pour la récupération manuelle des droits des assurés ainsi que d'un accès aux outils de la Mutualité sociale agricole (MSA), le cas échéant.

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

- Repérer et évaluer des besoins de santé en ayant une démarche active sur le repérage de vulnérabilités telles que les situations de précarité, de violences physiques et/ou psychologiques, d'isolement, de non-connaissance ou non-compréhension du système de santé, de difficultés de communication, d'allophonie... ;
- Délivrer des soins ou orienter vers les soins auprès de professionnels partenaires ;
- Réaliser des actions de sensibilisation, d'éducation à la santé ou de prévention individuelle (dépistage, vaccination...) y compris avant l'ouverture de droits à une assurance maladie de base ou complémentaire.

Elles peuvent, le cas échéant, réaliser des ateliers collectifs (sur des thématiques ou priorités de santé publique) et/ou mettre en place des actions d'aller vers pour repérer, prendre en charge ou orienter les personnes en besoin, en lien avec les autres acteurs du territoire.

Les modalités d'intervention/d'organisation

- Entretiens avec un travailleur social ou avec un professionnel formé à l'accès aux droits de santé ou encore avec un médiateur en santé ;
- Consultations avec les professionnels de santé (dont primo consultation plus longue) ;
- Orientation des patients qui le nécessitent, au regard de leurs besoins de soins, en interne vers le personnel de la structure le cas échéant ou, en externe, vers des partenaires (notamment vers l'établissement de santé ou tout acteur spécialisé en cas de nécessité d'accès à un plateau technique ou nécessité d'obtenir un avis d'expertise, etc.) ;
- Coordination autant que nécessaire des parcours des personnes, en lien avec les interlocuteurs adaptés (les dispositifs d'appui à la coordination peuvent être mobilisés).

Le cas échéant,

- Animation d'ateliers ;
- Actions d'aller vers.

À noter : l'ensemble des partenaires parties prenantes de la *PASS de ville* partagent les objectifs du projet et n'émettent pas de facture directement à l'encontre des patients tant que leur situation administrative n'est pas réglée. Cependant, il est proposé que cette période soit réduite à une année à compter du premier rendez-vous pour éviter les créances irrécouvrables que les situations pourraient engendrer.

Dans le cadre de sa convention avec l'ARS, des clauses spécifiques peuvent être précisées (plafond de budget annuel par *PASS de ville* pour les soins non recouvrables, des critères exceptionnels pour toute dérogation, à encadrer strictement...).

2. Partenariats et gouvernance de la PASS de ville

De manière obligatoire, des conventions doivent être signées avec :

- L'agence régionale de santé (ARS), qui prévoit les engagements de la structure et les **modalités** éventuelles de soutien par l'agence du dispositif (cf. processus de conventionnement de la *PASS de ville*) ;
- La caisse d'assurance maladie territorialement compétente (cf. annexe 3) afin de faciliter les circuits et échanges d'informations réciproques, et qui précise notamment les modalités d'articulation avec la mission « accompagnement santé » de la caisse ainsi que les modalités de dépôt et de transmission des demandes d'aide médicale de l'État.

À noter : conformément à l'annexe 3, le partenariat avec le service de l'Assurance maladie doit faire l'objet d'une attention particulière et garantir :

- La possibilité de dépôt ou de transmission hebdomadaire auprès de la CPAM des dossiers de couverture maladie (Aide médicale de l'État - AME et Complémentaire santé solidaire - CSS) des patients pris en charge ;
- L'instruction de ces dossiers dans un délai imparti, convenu par convention ;
- L'ouverture des droits de manière rétroactive à la date de constitution du dossier (afin de couvrir les soins ayant lieu par l'action de la *PASS de ville* entre la constitution et le dépôt du dossier) ;
- La rétro-information sur l'état des droits à l'issue du délai convenu, comprenant : le numéro de sécurité sociale, les dates de validité de la couverture maladie, code organisme et code gestion.

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 :

- Le centre hospitalier du territoire pour l'accès au plateau technique et aux spécialités en tant que de besoin, et plus précisément la *PASS hospitalière* si elle existe ;
- Des officines, laboratoires et centres de radiologie de proximité, avec acceptation du principe de non-avance des frais et/ou non reste à charge pour les patients de la *PASS de ville* ;
- 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 d'accueil, d'hébergement et d'insertion - AHI) et les autres 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. À noter que des associations porteuses de DAC peuvent également porter une *PASS de ville*, même si ce sont deux activités distinctes.

Les *PASS de ville* doivent être visibles, facilement identifiables et donc se faire connaître par les professionnels de santé du territoire comme par les autres partenaires locaux (élus notamment) via la diffusion d'informations, plaquettes, actions de communication, inscription et participation aux instances locales (ateliers santé ville, communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS, DAC...).

L'ARS relaie l'existence des *PASS de ville* via différents leviers : dans sa feuille de route (Projet régional de santé – volet Programme régional d'accès à la prévention et aux soins - PRAPS), communication auprès des instances de démocratie sanitaire (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé...), actions partagées avec les élus dont plus particulièrement les collectivités territoriales (via contrats locaux de santé notamment).

Au-delà des réunions internes à la *PASS de ville* nécessaires à l'articulation/coordination des pratiques, il est recommandé d'organiser a minima une réunion par an avec l'ensemble des partenaires, notamment pour présenter le bilan annuel de l'activité (points forts/ points faibles, difficultés et leviers).

3. Équipes types de la *PASS de ville*

L'équipe type-socle de la *PASS de ville* peut s'appuyer sur un panel de professionnels suivants dont les quotités de travail sont à préciser au cas par cas dans le projet de *PASS de ville* :

- Coordination administrative ;
- Assistant de service social ;
- Médiateur en santé ;
- Infirmier diplômé d'État ;
- Secrétariat.

Considérant que chaque *PASS de ville* s'inscrit au sein d'un territoire particulier et que ses modalités d'organisation peuvent donc varier d'un territoire à l'autre, selon le projet, la file active et la configuration du territoire, les quotités de travail des professionnels pourront être réajustées.

4. Financements

Les financements mobilisables sont les suivants :

- Le FIR (ARS) sous réserve des orientations données par chaque ARS (montant des crédits mobilisables et destination - par exemple financement des frais de structures, de la rémunération de certains professionnels notamment de coordination, du recours à l'interprétariat...) ;
- le financement par l'Assurance maladie des actes facturés (cf. règles de rétroactivité précisées en annexe 2) ;
- des co-financements éventuels : politique de la ville, collectivités locales... dont la mobilisation est encouragée.

Il s'agit notamment de s'assurer du financement des activités de coordination, de prévention et d'aller-vers de la *Pass de ville* le cas échéant.

5. Suivi et évaluation

Chaque *PASS de ville*, dans le cadre de sa convention avec l'ARS, adresse un rapport d'activité annuel (données qualitatives et quantitatives). Quelques indicateurs pourront par exemple y figurer :

Sur la file active :

- La répartition : par sexe et âge ;
- Le nombre de personnes sans droit qui se présentent à la *PASS de ville* (situation à l'entrée dans le dispositif) :
 - o dont nombre de personnes éligibles à la protection universelle maladie (PUMa) ;
 - o dont nombre de personnes éligibles à la CSS ;
 - o dont nombre de personnes éligibles à l'AME ;
 - o dont autres (préciser).
- le nombre de personnes sans domiciliation administrative au début de la prise en charge.

Sur le suivi de parcours :

- le nombre de nouveaux patients ;
- le nombre d'orientations vers le droit commun effectuées dans l'année ;
- le nombre de personnes « perdues de vue » ;
- Le nombre de personnes pour lesquelles aucun droit à l'Assurance maladie n'a pu être activé ;
- Nombre d'actes médicaux réalisés et principaux motifs de consultation.

La durée de suivi ou de l'accompagnement :

- Durée moyenne de prise en charge avant l'ouverture des droits ;
- Montant du reste à charge financé par l'ARS ;
- Taux de récupération des remboursements via l'Assurance maladie.

Les demandes de soins les plus représentées

Le nombre de prestations d'interprétariat demandées (ie plusieurs prestations possibles pour un même patient).

Les activités collectives ou groupales :

- Nombre de séances collectives ou d'activités de groupe ;
- Nombre de personnes concernées ;
- Les principales thématiques (à définir tabac, addictions, éducation à la santé, maladie chronique, alimentation, sports-santé, santé sexuelle, autres [préciser]...).

Annexe 2

Dispositifs de prise en charge des frais de santé, date d'effet et rétroactivité**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 solidairePrésentation et critères d'attribution

La complémentaire santé solidaire (CSS) 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 CSS 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 CSS n'ont pas à avancer de frais et les dépassements d'honoraires sont interdits, sauf exigences particulières du patient.

Date d'effet des droits

La CSS 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.

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

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

³ Articles L. 115-6 et R 111-3 du Code de la sécurité sociale.

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

Condition de prise en charge rétroactive

Lorsque la situation l'exige et que le demandeur est présumé remplir les conditions d'attribution, la CSS 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 CSS, la date d'hospitalisation peut être assimilée à la date de dépôt de la demande de CSS 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 CSS 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 CSS datée du 30 avril 2022

La prise en charge au titre de la CSS prend effet au 1^{er} 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 CSS](#), accompagné des pièces justificatives ;
- d'un justificatif d'hospitalisation, pour bénéficier de la prise en charge rétroactive.

Aide médicale de l'État

Présentation et critères d'attribution

L'Aide médicale de l'État (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.

⁵ 5^{ème} alinéa de l'article L. 861-5 du Code de la sécurité sociale.

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

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 soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né, les interruptions de grossesse).

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.

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'État 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.

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

Annexe 3

Modèle de convention locale de partenariat entre la *PASS de ville* et le service de l'Assurance maladie territorialement compétent et ses annexes

CONVENTION DE PARTENARIAT

**CPAM CCSS CGSS DE XXXXX –
*PASS DE VILLE DE XXXXX***

Entre, d'une part,

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

Située au xxxx...

Représentée par xxxx, Monsieur / Madame xxxx

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

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- MISAS 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 (Protection universelle maladie -PUMa, Complémentaire santé solidaire -CSS, Aide médicale de l'Etat- AME...) 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, CSS, AME, déclaration de médecin traitant, etc.). Ils sont aussi disponibles à la page « formulaires » du site ameli : <https://www.ameli.fr/val-de-maine/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, CSS, 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 MISAS (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 MISAS (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** donnée 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, CSS, 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 MISAS de la caisse, à l'aide du formulaire de détection (papier ou dématérialisé), les personnes accueillies en situation de difficulté de soins, renoncement aux soins, éloignées du numérique, ou en forte fragilité sociale du fait de leur état de santé et confrontées 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, CSS, AME) ;
- Nombre d'orientations vers la MISAS ;
- Délai d'ouverture des droits (PUMa et CSS) 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

Annexe 1

Protection des données personnelles dans le cadre de l'accès aux droits, aux soins, à la santé

1 - Conformité informatique et libertés et protection des données à caractère personnelles

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

2 - Responsabilité des parties à la convention

Dans le cadre de la présente convention, la PASS de ville traite des données à caractère personnel pour le compte du responsable du traitement, l'Assurance maladie.

L'Assurance maladie est responsable des traitements de données nécessaires à la mise en œuvre de la présente convention par la PASS de ville.

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

DPO de la PASS de ville : xxx

DPO de la CPAM CCSS CGSS : xxx

3 - Description des traitements effectués par le partenaire

La PASS de ville est autorisée à traiter, pour le compte et au nom du responsable du traitement, l'Assurance maladie, les données à caractère personnel nécessaires pour la collaboration décrite dans cette convention.

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

4 - Engagement de chacune des parties

La PASS de ville s'engage à :

- Traiter les données uniquement pour la seule finalité prévue par la présente convention ;
- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la présente convention, i.e. à ne pas divulguer les données à caractère personnel à d'autres personnes sans l'accord préalable de l'autre partie, qu'il s'agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales ;
- Ne pas vendre, céder, louer, copier ou transférer les données à caractère personnel sous quelque raison que ce soit sans obtenir l'accord explicite préalable de l'autre partie ;
- Mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité de nature à éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des données à caractère personnel ;
- Veiller à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel en vertu de la présente convention :

- s'engagent à respecter la confidentialité ou soient soumises à une obligation légale de confidentialité,
 - reçoivent la formation nécessaire en matière de protection des données à caractère personnel.
- Informer au plus tard dans les 48 heures la CPAM CCSS CGSS de toute suspicion de violation de données à caractère personnel, accidentelle ou non, et de tout manquement à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel ;
 - Mettre à la disposition de la CPAM CCSS CGSS toutes les informations nécessaires pour démontrer le respect des obligations.

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

La PASS de ville demeure cependant pleinement responsable de l'inexécution de ses obligations.

La CPAM CCSS CGSS s'engage à :

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

5 - Exercice des droits des personnes

Les personnes concernées par les opérations de traitement recevront les informations requises, au moment de la collecte de données, lorsque ses données à caractère personnel sont collectées, ou dans les délais requis lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, conformément aux articles 12 à 14 du RGPD.

La PASS de ville procède à l'information préalable des personnes, dans le cadre de l'accompagnement que la PASS de ville réalise pour elles.

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

6 - Mesures de sécurité

La PASS de ville s'engage à transmettre, à la CPAM CCSS CGSS, toutes les données personnelles nécessaires à la présente convention, via échanges sécurisés uniquement, pas d'email libre.

7 - Sort des données

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

8 - Suspicion de violation de données à caractère personnel

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

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

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

Dans le cadre d'une EIVP, il reviendra au responsable de traitement de mener l'étude d'impact. Le partenaire s'engage à fournir toute la documentation nécessaire à la tenue de cette étude.

Annexe 2

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

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

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

Depuis plusieurs années, l'Assurance maladie œuvre dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins de tous, par la mise en place de la Protection universelle maladie (PUMa), la fusion de la CMU-c (couverture maladie universelle complémentaire) et de l'ACS (aide à la complémentaire santé) dans une seule et même prestation la Complémentaire santé solidaire (CSS) 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 accompagnement santé 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 3

Description du rôle du Service social de l'Assurance maladie

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

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

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

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

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

L'orientation vers le service social concerne :

- *Les assurés du régime général ¹, bénéficiaires ou non d'une affection de longue durée (ALD) (exonérante ou non), âgés de 18 ans et plus (16 ans en cas d'émancipation ou pour les situations d'apprentissage), ayant un état de santé qui génère des bouleversements et une incidence sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale, susceptible de les fragiliser :*
 - *Qui ont exprimé une demande au regard des problématiques qu'ils rencontrent ;*
 - *Et qui présentent au moins l'un des 6 items de fragilité sociale.*

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

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

¹ **Public non concerné** par les offres de service du service social de l'Assurance maladie : les assurés déjà pris en charge dans le cadre des dispositifs spécifiques des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et/ou des conseils départementaux (Allocation personnalisée d'autonomie-APA, revenu de solidarité active-RSA ...), les assurés pris en charge dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, les assurés rencontrant une problématique liée uniquement à une difficulté administrative (ex : prestations non réglées, etc.).

Annexe 4**Espace Partenaires**

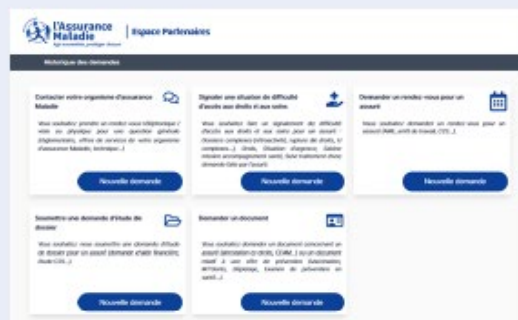
ESPACE PARTENAIRES



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

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

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



ESPACE PARTENAIRES permet de :

-  **contacter l'Assurance Maladie**
 - sur la relation partenariale,
 - sur des dossiers soumis par le partenaire;
-  **transmettre une demande ou un dossier pour un assuré** : protection universelle maladie (PUMA), l'aide médicale d'état (AME), la complémentaire santé solidaire;
-  **demandeur 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;
-  **demandeur 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