



COLLOQUE
« RENONCEMENT ET ACCES AUX SOINS.
DE LA RECHERCHE A L’ACTION »

6 et 7 juin 2019 – Cité des Sciences

Propos introductifs de Christelle Dubos
Secrétaire d’Etat auprès de la Ministre des Solidarités et de la Santé

Monsieur le président du Conseil d’Administration de la Caisse d’Assurance Maladie, Monsieur le Directeur de la caisse d’Assurance Maladie, Monsieur le cofondateur de l’Observatoire des non-recours aux droits et services, mesdames et messieurs, je suis ravie d’ouvrir ce colloque qui vous permettra durant deux jours d’échanger sur ce sujet fondamental qu’est l’accès aux droits. Je salue chaleureusement l’Assurance Maladie représentée par son président et son directeur dont je connais le combat acharné contre le non-recours aux soins. Je salue aussi chaleureusement l’ODENORE qui par son travail quotidien de recueil de données, d’analyse et de recherche exerce une veille indispensable sur le non-recours dans de nombreux domaines aux premiers rangs desquels les prestations sociales et de santé.

Le partenariat qui unit la CNAM et l’ODENORE permet une production scientifique précieuse pour observer et mieux comprendre le non recours en recueillant le point de vue des professionnels mais aussi des personnes concernées pour mener des actions les plus efficaces possibles contre le renoncement aux soins. Recueillir les expertises et les expériences vécues, c’est absolument indispensable et j’insiste sur ce point parce qu’on ne mène pas de bonnes politiques en se contentant de chiffres et de statistiques. Il faut interroger le sens des acteurs que donnent à leur pratique ou en l’espèce à leur absence de pratique.

C’est à ce prix, c’est-à-dire en intégrant à la conception des politiques publiques une approche résolument qualitative que nous pourrions comprendre d’abord les facteurs qui conduisent les publics souvent fragiles à renoncer à se soigner, qu’ils soient financiers, organisationnels ou psychologiques. Mieux connaître ainsi les conséquences et les coûts induits par le non-recours, analyser enfin les actions pouvant être menées en s’intéressant aux points de vue des professionnels. Je suis là évidemment pour soutenir votre démarche, parce que ce type d’initiatives éclaire l’action. Et je me réjouis de voir les sciences sociales étudier la santé en s’appuyant sur les données de l’assurance maladie pour mieux cibler les résultats.

J’aimerais dire un mot sur le phénomène qui sera au cœur de vos débats et de vos échanges : grâce à vos travaux et à l’appui de ce que me disent les professionnels et les bénéficiaires que je rencontre régulièrement, nous savons que le non-recours est dû à des obstacles financiers, mais aussi à un déficit d’informations sur l’accessibilité des soins. Le renoncement aux soins n’est en effet pas qu’une question financière, il est parfois dû à un système qui paraît trop complexe ou trop éloigné. Cela rend le renoncement d’autant plus durable comme certaines de vos études le montrent. Ce phénomène du non-recours c’est pour tous ceux qui travaillent dans l’action sociale une source d’amertume. Cette amertume et ce sentiment que l’on a parfois échoué, quelque part je l’ai partagé pendant vingt ans en tant que travailleur social et désormais comme Ministre. Mais l’amertume se transforme peu à peu en espoir parce qu’une volonté politique très claire s’affirme et se déploie.

Avec Agnès Buzyn, nous avons fait de l'accès aux soins une priorité absolue. C'est une exigence d'égalité et il en va donc du respect d'un principe républicain avec lequel nous ne transigeons pas, bien évidemment, mais surtout avec lequel nous ne transigerons jamais. Conformément à l'engagement du Président de la République, le « 100% Santé » se met en place progressivement jusqu'en janvier 2021. L'objectif est à la fois simple et très ambitieux : donner à tous les français un accès à des soins de qualité, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire et complémentaire, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire ; avec pour objectif d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de renforcer la prévention.

L'une des études issues de votre collaboration montre un risque plus important de renoncement dès lors que l'on ne dispose pas de complémentaire santé. La stratégie pauvreté prévoit ainsi des mesures fortes en faveur de la couverture santé des plus fragiles. Depuis le 1er janvier la CMU C est accessible en téléservice et depuis le 1er avril elle est renouvelée automatiquement pour les bénéficiaires du RSA. La stratégie pauvreté prévoit aussi l'intégration de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé dans la Couverture maladie universelle complémentaire. L'ACS, c'était et c'est encore pour beaucoup de nos concitoyens et bénéficiaires concernés un territoire inconnu ou trop complexe puisque 50% d'entre eux n'y ont pas recours. Nous avons donc fait le choix d'une vraie mesure de simplification des prises en charge complémentaires qui permettra dès le 1er novembre prochain l'accès à une complémentaire de qualité pour un coût inférieur à un euro par jour.

Au-delà de ces mesures globales, je n'oublie pas le travail exceptionnel de nombreux acteurs et professionnels au quotidien sur le terrain. Et le travail que mène la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et son réseau pour lutter quotidiennement contre le renoncement aux soins dans les territoires. Je pense notamment aux Plateformes d'interventions départementales pour l'accès aux soins et à la santé. L'accessibilité des soins c'est la pierre angulaire de notre stratégie de transformation du système de santé. Notre pays souffre de fractures territoriales et ces derniers mois nous l'ont rappelé avec force. Le pari que nous faisons au-delà de la formation d'un plus grand nombre de médecins c'est aussi de mieux structurer les soins et de mieux les coordonner entre la ville et l'hôpital. Nous devons continuer la reconquête médicale des territoires en favorisant notamment l'installation des médecins dans les zones sous-denses, ou l'ouverture de maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin, je voudrais dire un bref mot sur la prévention qui a longtemps été la grande absente de nos politiques publiques et qui est pourtant essentielle. Nos stratégies de préventions sur le tabac ou l'alcool bénéficient notamment aux plus fragiles qui sont aussi les moins enclins à recourir au système de soin.

Mesdames et Messieurs je vous souhaite des échanges constructifs et j'en prendrai connaissance avec beaucoup, beaucoup d'intérêt. En vous rencontrant aujourd'hui nous ne dissociions pas le savoir de l'action et c'est souvent le meilleur moyen pour le savoir d'être utile et pour l'action d'être intelligente. Je vous remercie.

**Propos introductifs de William Gardey
Président du Conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**

Madame la Ministre, Monsieur le Directeur Général, Mesdames, Messieurs, chers amis.

Je suis heureux d'être avec vous aujourd'hui. Je tenais à être présent à l'ouverture de ce colloque qui va porter sur la difficile question du renoncement et de l'accès aux soins. Ce colloque abordera bien évidemment aussi le non-recours aux droits qui concerne quasiment toutes les aides et allocations : RSA, prime d'activité, aides diverses à la subsistance et bien sûr la CMU C. Les conséquences peuvent être dramatiques : des personnes qui ne peuvent plus couvrir des besoins primaires indispensables à un bien-être minimum, se nourrir, se chauffer, se laver, des effets sur la vie en société. Les conséquences sur la santé sont également délétères, il n'est pas nécessaire que je vous rappelle les

conséquences potentielles d'un diabète ou d'une hypertension non soignée sur le long terme. Il y a de cela quelques semaines j'étais dans une CPAM où on me parlait d'un couple de personnes âgées avec ces pathologies qui ne se soignait plus parce qu'il se perdait complètement dans les circuits trop compliqués. C'est pour lutter contre ce phénomène que les politiques sociales évoluent. Tout d'abord avec des mesures d'automatisation pour certaines prestations. Je veux souligner également le progrès que représente le remplacement de l'ACS par une CMU C contributive, autrement dit le rapprochement de deux prestations. La simplification administrative est un outil essentiel de lutte contre le renoncement. Il faut toutefois faire attention à ne pas diviser la population entre ceux qui seraient dans la nouvelle prestation et ceux qui ne le seraient pas.

Il y a aussi la mise en place de dispositifs plus individualisés. Les organismes de protection sociale lancent des actions avec, notamment pour l'Assurance Maladie, les démarches PLANIR et PFIDASS, cette fameuse plateforme d'accès aux soins. Dans le cadre de cette dernière, nous menons un accompagnement personnalisé de la personne, vous en avez parlé Madame la Ministre, c'est assez nouveau pour nous. Un agent se charge de regarder les droits, d'enclencher si nécessaire une procédure pour obtenir une aide extra-légale dans le cadre de l'action sociale de nos organismes, il peut aider à trouver des professionnels, à coordonner les rendez-vous... Très concrètement, ça permet à des personnes de repartir de l'avant. Une spirale ascendante peut ainsi commencer : amélioration de l'état de santé mais pas seulement. Tout ça en lien avec nos partenaires qui sont nombreux dans la salle. Certains ont mis en place des actions, des dispositifs, des accompagnements, depuis parfois pas mal de temps. Le progrès technique est également un outil pour repérer, mieux et plus rapidement, les personnes en situation de non-recours : croisement des bases de données, intelligence artificielle, seront d'une aide précieuse.

Pour conclure, l'efficacité de toutes ces actions peut encore être améliorée et c'est pour cela que les travaux d'organismes tel que l'Observatoire des non-recours aux droits et services sont importants pour nous. Mieux comprendre peut nous aider à adapter nos programmes et à en lancer de nouveaux.

Un dernier point, que je voulais partager avec vous : nous avons étudié ce matin au conseil de la CNAM le rapport d'activité de la médiation dans lequel figure les signalements de refus de soins. Je le dis clairement : il n'est pas acceptable que l'on refuse de pratiquer des soins en raison du type de protection sociale, CMU C, ACS, AME. Cela crée clairement du renoncement aux soins. Le nombre de refus de soin n'est peut-être pas significatif comparé au nombre total de consultations, mais c'est quand même trop. Car ces personnes à qui l'on refuse un soin, on ne les reverra peut-être plus.

Je vous remercie et je vous souhaite un bon colloque.

Propos introductifs de Nicolas Revel
Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Madame la Ministre, Mesdames et Messieurs, le colloque que nous ouvrons est le fruit d'un long et beau partenariat noué au cours de ces cinq dernières années entre l'Assurance maladie et les équipes de l'Odenore, autour de cette problématique majeure de l'accès aux soins. Ce partenariat a démarré en 2014, il a été initié par la Caisse primaire du Gard dont je salue encore très chaleureusement le directeur pour encore quelques jours : Christian Fatoux. Je salue aussi les équipes de l'Odenore et son co-fondateur : Philippe Warin.

Le travail fait ensemble visait à mesurer le phénomène, à en analyser les motifs pour mieux en comprendre les ressorts sous-jacents. Ce travail a permis la construction d'un outil, le Baromètre du renoncement aux soins, qui est désormais déployé sur tout le territoire et qui nous a permis de mieux objectiver, décrire et comprendre ces phénomènes de renoncement aux soins.

Au-delà des analyses et des constats, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard a souhaité poser au cœur de son action deux éléments de conviction : la première de ces convictions est que le renoncement aux soins est une réalité dont l'ampleur a été largement sous-estimée par notre institution. Cette réalité va bien au-delà des publics qualifiés comme étant les plus précaires. Parallèlement, les conséquences du renoncement sont comme William Gardey l'a indiqué, évidemment sanitaires mais elles sont aussi sociales, professionnelles et enfin économiques car ne pas se soigner a évidemment un coût pour la collectivité. La seconde de ces convictions est que la lutte contre le renoncement doit constituer une priorité majeure pour l'Assurance Maladie.

Dans cette perspective, le seul déploiement de dispositifs nationaux d'accès aux droits, qu'il faut évidemment continuer à améliorer, n'est pas suffisant ; Madame la Ministre a évoqué des réformes importantes qui interviendront dans les prochains mois et les prochaines années. Le déploiement de ces grands dispositifs nationaux favorisant l'accès aux droits est évidemment une condition nécessaire mais elle n'est pas suffisante. Ce déploiement doit s'accompagner d'une capacité à détecter, à convaincre, à accompagner, à considérer des hommes et des femmes qui renoncent à des soins sans forcément en avoir bien conscience et sans que cela soit lié uniquement à des considérations économiques, même si la question du reste à charge est prédominante. L'attention, l'écoute, le dialogue, le soutien sont des leviers clés qui nécessitent d'être portés en proximité. Et c'est cette conviction qui a conduit la caisse du Gard à expérimenter en 2014 dans le cadre de ce partenariat avec l'Odenore, un dispositif innovant de détection des situations de renoncement et d'accompagnement des assurés concernés vers les soins dont ils ont besoin. Ce dispositif, nous avons pour l'instant maintenu le nom qui lui a été donné initialement, c'est la PFIDASS. Né dans le Gard, il a été étendu ensuite, et finalement en très peu de temps, à toutes les caisses et donc à tout le territoire. Il constitue donc aujourd'hui une réalité : il a déjà permis l'accompagnement de plus de 100 000 assurés sociaux. Nos agents, nos collaborateurs, s'y sont fortement engagés et les retours que nous avons des assurés sont plus qu'encourageants. Reste qu'un bilan critique de l'ensemble de nos dispositifs, de notre action, et de ses résultats s'impose évidemment. Ce colloque a été conçu pour nous permettre de se préparer à ce nécessaire bilan mais aussi à nous projeter vers de nouvelles pistes d'actions et je serai amené demain après-midi dans le cadre de la table de clôture à y revenir.

Comme l'illustre ce partenariat que nous avons souhaité structurer avec l'Odenore, il est indispensable de pouvoir aborder ces questions en croisant des expériences pratiques et des travaux de recherche construits, bâtis, sur des observations de terrain. Ce travail opérationnel placé sous un regard scientifique, celui des sciences sociales, est pour nous un élément majeur si nous voulons construire, forcément par tâtonnements successifs - je ne connais guère d'autres méthodes - des réponses de plus en plus pertinentes à des questions qui sont de plus en plus difficiles à régler par de simples logiques de droit et de guichet. Ces réponses, l'Assurance maladie est convaincue qu'il lui appartient de les porter dans le cadre de ses missions mais nous savons aussi que rien n'est possible sans une capacité à travailler tous ensemble, avec tous les acteurs, publics, associatifs, sanitaires, sociaux, collectivités locales. Les participants à ce colloque représentent cette diversité d'acteurs qui sont au cœur de la réponse que nous devons continuer à structurer et mieux coordonner.

C'est ainsi l'un des enjeux de nos travaux au cours de ces deux jours que d'éclairer les voies d'un meilleur travail partenarial entre tous, et c'est la raison pour laquelle ce colloque fera évidemment une large place aux chercheurs, mais aussi aux regards des multiples acteurs de l'accès aux soins, bien au-delà des représentants de l'Assurance Maladie. Je voudrais conclure ce propos introductif en remerciant Philippe Warin et ses équipes, tous les intervenants qui vont se succéder sur cette scène, et remercier plus particulièrement Madame la Secrétaire d'Etat de nous avoir fait l'honneur d'ouvrir ce colloque important pour l'Assurance Maladie aujourd'hui. Je vous propose de laisser maintenant place aux échanges et aux débats. Merci à tous.

Propos introductif de Philippe Warin
Co-fondateur de l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore)

Madame la Ministre, monsieur le Président du conseil, monsieur le Directeur général de l'assurance maladie, Mesdames et Messieurs bonjour. Tout d'abord, je souhaite présenter mes remerciements et ceux de l'Odenore à Madame Dubos pour votre présence mais aussi pour votre introduction qui témoigne de l'importance de ce colloque et aussi de sa question principale. Également mes remerciements à Messieurs Gardey et Revel pour le cadrage des enjeux de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. Remerciements à l'Assurance maladie dans son ensemble mais aussi à l'Université Grenoble-Alpes pour les soutiens apportés à ce colloque. Merci bien entendu à l'ensemble des organisateurs, des intervenants et des animateurs qui vont participer aux travaux de ces deux jours, et au public nombreux.

Depuis 2002, l'Odenore - dont Héléna Revil aujourd'hui est la responsable scientifique - étudie les phénomènes de non-recours. Nous n'avons pas découvert seuls cette question ; initialement, elle a été éclairée, dans notre pays, par des travaux voulus par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), par les travaux notamment de notre collègue Antoinette Catrice Lorey, Directrice de recherche émérite au CNRS que je salue, je pense qu'elle est présente dans la salle. Depuis la création de l'Odenore en tout cas, nous cherchons à mesurer l'ampleur des phénomènes de non-recours, à en comprendre les raisons mais aussi les conséquences. Nous nous intéressons aussi aux solutions, réponses, qui peuvent être apportées par des intervenants sanitaires et sociaux, voir même, dans certaines conditions, nous participons à leurs réflexions et accompagnons leurs expérimentations.

On peut ainsi dire que nous sommes dans une recherche appliquée qui se veut conclusive. Comprendre les phénomènes, mais aussi réfléchir aux solutions et les analyser. En parallèle, puisque c'est une recherche qui est menée depuis le début et en permanence avec des acteurs locaux ou nationaux, institutionnels, associatifs, et bien c'est une recherche que l'on peut dire collaborative. Sans être trop long, il me semble que ce travail collaboratif et conclusif sur le non-recours, mené depuis plusieurs années maintenant, a pu contribuer à la prise en compte institutionnelle de la question du non-recours par les agendas politiques. On peut parler de la prise en compte de la question en 2013 dans le Plan national de lutte contre la pauvreté et plus récemment dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ; on peut citer également sa prise en compte, sous différentes formes, dans les Conventions d'objectifs et gestion (COG).

Avec l'Assurance maladie, il faut bien l'avouer, c'est un partenariat qui est particulier sinon exceptionnel pour l'Odenore : par sa durée mais aussi par son ampleur. Nous n'oublions pas que des soutiens venant du CNRS ou d'autres d'acteurs universitaires ont permis de développer ce programme scientifique partenarial. Vous l'avez rappelé, Odenore et l'Assurance maladie ont pu travailler ensemble à partir de deux idées. La première, c'est l'envie partagée de comprendre un phénomène comme celui du renoncement aux soins ; la seconde idée, c'est d'avancer sur la manière d'agir sur le sujet, en restant chacun à sa place. Et ce qui me semble extraordinaire dans cette démarche liée notamment à la volonté forte d'acteurs de terrain, Monsieur Fatoux en particulier qui a initié cela, c'est d'avoir pu progresser de façon concentrique et malgré les difficultés que nous avons pu rencontrer : progresser de façon concentrique, c'est-à-dire expérimenter au local le Baromètre du renoncement aux soins et concevoir au local la Plateforme d'intervention pour l'accès aux soins et ensuite trouver des modalités pour continuer à travailler ensemble vers la généralisation du dispositif afin de l'adapter en tenant compte aussi, via les enquêtes sociologiques, des retours des différents acteurs au sein des organismes, sur les territoires mais aussi des retours venant des publics.

Il y a 5 ans, très franchement, on ne pensait pas en être là aujourd'hui. Parce que nos premiers travaux, pour être sincère, ils servaient surtout à lever chez les acteurs de l'Assurance maladie une incrédulité sur l'importance de phénomènes comme ceux du non-recours et du renoncement. Moi en tant que chercheur, c'est cette incrédulité qui m'a rendu très curieux... Il me semblait qu'on savait que le phénomène est massif dans notre pays comme dans d'autres et qu'on le savait depuis pas mal de temps grâce à des enquêtes régulières - je pense à des travaux de l'Inserm autour de Pierre Chauvin mais également aux enquêtes régulières de l'Irdes, ainsi qu'aux observations de Médecins du monde dans les rapports annuels de l'Observatoire France ou les observations d'autres acteurs de terrain. Aujourd'hui, il est clair que la question du renoncement et de l'accès aux soins est portée volontairement par l'Assurance maladie, et que son traitement prend place dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins. C'est un travail majeur qui est en plein dans le projet de loi 'Santé' qui est en cours de discussion. Les chercheurs, vous savez, n'ont pas à intervenir dans le choix des acteurs. Chacun a sa place. En revanche, il est de notre rôle de proposer des méthodes différentes pour observer, de présenter des connaissances différemment, permettant de découvrir certaines dimensions des phénomènes et aussi de dire jusqu'où les solutions proposées répondent, ou non, aux raisons individuelles mais aussi collectives ou institutionnelles qui génèrent du non-recours.

Pour finir, je me permettrai ce regard partant d'autres pays : avec le recul que je peux avoir sur la prise en compte des phénomènes de non-recours en France mais aussi dans d'autres pays d'Europe, je peux affirmer que selon les pays des solutions nombreuses sont recherchées. Il y a une dynamique qui se met en place pays par pays mais aussi à l'échelle européenne. On remarque que ces approches pour solutionner les formes de non-recours renvoient souvent aux mêmes logiques d'intervention : simplifier, vous l'avez rappelé. Accompagner les publics les plus en difficulté, également indiqué. Construire des partenariats, Monsieur Revel a parlé de ce point. Retrouver également des proximités qui peuvent manquer aujourd'hui du fait de l'évolution des moyens consacrés à certains enjeux mais aussi de nouvelles manières de faire, de nouveaux *process* - par exemple quand on pense au numérique. On note également que les actions qui se mettent en place et peuvent se ressembler d'un pays à un autre, produisent de premiers résultats pour les populations. On le voit dans les résultats qui peuvent être à notre disposition, je pense par exemple à des travaux européens de Eurofound et d'autres encore qui montrent bien l'impact de certaines actions pour faciliter l'accès aux droits.

Mais en même temps, il me semble que malgré les efforts faits, les actions engagées pour lutter contre le non-recours ne s'attaquent pas autant que ce serait possible aux raisons structurelles, économiques, institutionnelles qui l'engendrent. Ceci dit, rejeter les solutions proposées du fait d'une portée qui serait limitée serait, de mon point de vue modeste, une erreur totale. Pourquoi ? Simplement parce que les solutions qui sont avancées aujourd'hui produisent des changements parfois assez considérables dans les organisations. Du fait que ces actions engagées sur le non-recours peuvent aider à remettre au centre des préoccupations et des interventions les destinataires. C'est le cas avec l'Assurance maladie et avec ce dispositif d'accès aux soins qui est mis en œuvre en partenariat sur les territoires. En tout cas, c'est bien davantage le cas que par le passé. Nous l'avons vu en observant la généralisation de ce dispositif : les postures organisationnelles et professionnelles évoluent et derrière ça, c'est le début d'une prise en compte différente des assurés sociaux – ils sont eux-mêmes surpris même par l'action qui est proposée. Non seulement on répond de cette façon-là à une partie des besoins, on redonne la possibilité à des personnes d'être durablement dans des parcours de soins, mais en même temps on retisse un lien entre les citoyens et les institutions. Bien d'autres acteurs ici contribuent chaque jour à tout cela. Je vous remercie.