

Questions/Réponses



beekast

COLLOQUE NATIONAL

« RENONCEMENT ET ACCÈS AUX SOINS :
DE LA RECHERCHE À L'ACTION.

Cinq années de collaboration Assurance maladie/Odenore »

*Sous le Haut patronage de Madame Agnès Buzyn,
Ministre des Solidarités et de la Santé*

En partenariat avec

QUESTIONS/REponses BEEKAST

1. Renoncement aux soins et Efficacité du système de protection sociale

[1.1 Impact des dernières ou futures dispositions réglementaires sur le renoncement aux soins](#)

[1.2 Problèmes de financement des complémentaires santé et absence de prises en charge de certaines prestations](#)

[1.3 L'intérêt de l'intermédiation, de la médecine sociale et de la participation des usagers](#)

2. Renoncement aux soins et éducation ou action sur les comportements

[2.1 Illettrisme, illettrisme et services de proximité](#)

[2.2 Actions d'empowerment collectif](#)

3. De la recherche à l'action

[3.1 ODENORE et la mesure du renoncement aux soins](#)

[3.2 Renoncement aux soins et territorialité](#)

[3.3 Autres thématiques spécifiques de recherche](#)

[3.4 Disponibilité des données sur le renoncement aux soins et publication](#)

4. Une meilleure organisation et les partenariats en question

[4.1 Les acteurs sociaux et le service social dans le dispositif de lutte contre le renoncement aux soins](#)

[4.2 Les associations](#)

[4.3 Les médecins](#)

5. Non recours aux soins et offre de soins

[5.1 Les pratiques médicales parfois génératrices de renoncement aux soins](#)

6. PFIDASS

[6.1 La communication autour de la PFIDASS](#)

[6.2 Evaluation du dispositif et ses suites](#)

[6.3 Harmonisation des pratiques de partenariat notamment](#)

7. Autres

[7.1 La communication des lettres-réseau et la demande d'information sur les processus à l'œuvre dans la traduction opérationnelle des obligations réglementaires](#)



1. Renoncement aux soins et Efficacité du système de protection sociale



1.1 Impact des dernières ou futures dispositions réglementaires sur le renoncement aux soins

Questions

- Renoncement aux soins et rationalisation budgétaire est ce un facteur déterminant ?
- Le renoncement aux soins interroge t il indirectement sur l'efficacité de la couverture sociale actuelle ?
- En tant que chercheurs, comment estimez-vous l'impact potentiel d'une généralisation du tiers payant sur le renoncement aux soins ? On peut penser que le fait de ne pas avoir à avancer les frais, si c'est connu, peut lever la peur de devoir payer à la fin de la consultation
- Une loi récente prévoit la mise en place des référents de parcours. Qui jouera ce rôle ? Les départements ? La sécu ?...
- Est il prévu lors des études des professionnels de santé de modules de sensibilisation au dépistage de ce renoncement aux soins et via les futurs assistants médicaux ?
- L'expérimentation des permanences des assistants sociaux de l'assurance maladie au sein des MSP pourrait être un levier pour favoriser la prise en charge des problématiques sociales au coté des PS ?
- Nos partenaires accompagnent sur le terrain des publics en attente et recherche de droits et d'explication. Or quand le partenaire appelle nos PFS pas de réponse car pallier de confidentialité... Comment concilier RGPD et confidentialité et accompagnement global. Nous pérennisons le non recours...

Réponses

Nous ne disposons pas toujours du chiffrage de l'impact des différentes mesures réglementaires sur la consommation de soins et moins encore sur le renoncement aux soins. La perspective de travaux d'analyse sur l'impact médico-économique des plateformes d'accompagnement de l'Assurance maladie à l'initiative de la Cnam, avec l'IRDES et l'ODENORE est à l'étude. Par ailleurs, l'impact des dispositifs récents Complémentaire santé solidaire et 100% santé va être mesuré plus spécifiquement.

Même si les différentes mesures mises en œuvre, et notamment celles visant à la lutte contre l'exclusion s'inscrivent dans un contexte budgétaire contraint, il s'agit également d'optimiser le recours (aux droits et aux soins) en recherchant des axes d'efficacité au travers notamment de nouvelles modalités d'organisation, d'accompagnement et de prise en charge. Il s'agira notamment des référents de parcours qui visent à proposer un accompagnement coordonné aux personnes en grande difficulté sociale, des nouvelles Communautés territoriales professionnelles de santé (CPTS) ou encore de la réforme en cours autour des plateformes territoriales d'appui.

Comme l'indique Mme ELBAUM, le sujet de l'accompagnement est sujet à discussion : qui doit accompagner qui ? C'est une nécessité dont tout le monde s'empare.. Il pourra s'agir d'initiative de l'assurance maladie, des communes, des CCAS, de la fonction de médiateur récemment créée, notamment mis en place dans certains centres de santé. Se pose alors la question de l'articulation et du bon usage de tous ces dispositifs pour que chacun d'entre eux ne soit pas en silo et qu'au contraire ils puissent se coordonner.

Par ailleurs, la mise en place de ces accompagnements, relais, collaborations etc...pose la question du respect du RGPD, de la confidentialité des données. Il sera nécessaire de trouver des voies de passage et de se donner les moyens d'obtenir un consentement éclairé de l'assuré à l'entrée dans le dispositif en conjuguant protection et confidentialité des données d'une part et efficacité des dispositifs d'accompagnement d'autre part.

1.1 Impact des dernières ou futures dispositions réglementaires sur le renoncement aux soins (suite)

Questions	Réponses
- Nous n'avons pas reparlé ce matin. de la dématérialisation qui ajoute aux difficultés d'accès aux droits. C'est un enjeu à la fois pour les personnes et pour les professionnels. Quel accompagnement ?	<p>Le sujet de la dématérialisation demeure une problématique centrale. Aujourd'hui, neuf français sur dix ont une connexion internet (baromètre du numérique CREDOC, 2018).</p> <p>En améliorant l'accès à l'information, le numérique et la dématérialisation des services publics favorisent l'accès effectif aux droits pour les usagers.</p> <p>Pourtant, si la dématérialisation des démarches représente une source d'amélioration pour l'accès aux droits, cette transformation numérique de l'action publique fait apparaître de nouvelles inégalités, entre ceux qui maîtrisent cette technologie et ceux qui en sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none">• 13 millions de français sont aujourd'hui en difficulté avec le numérique. La moitié d'entre eux ne se connecte jamais à internet. L'autre moitié, si elle se connecte, reste mal à l'aise au point de ne jamais réaliser aucune démarche administrative en ligne.• Pourtant, 64% d'entre eux pensent qu'apprendre à utiliser les services en ligne administratifs leur faciliterait la vie. <p>Le défenseur des droits dans son rapport « Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics », alerte sur la dématérialisation des services et de la relation clients qui peut creuser des inégalités d'accès aux droits pour certains publics et recommande de repérer et d'accompagner les personnes en difficulté dans une démarche d'inclusion numérique.</p> <p>La stratégie nationale pour un numérique inclusif impulsée par le gouvernement vise à répondre à cet enjeu, en levant les freins à l'utilisation des services administratifs en ligne pour garantir l'accès aux droits à tous les citoyens. Cette stratégie a pour but de fédérer et coordonner l'ensemble des acteurs, dont les opérateurs de protection sociale, pour accompagner chacun vers l'autonomie numérique .</p> <p>Sur le plan opérationnel, la Mission Société Numérique a vocation à accompagner la transition numérique des territoires en matières d'usages, d'accès aux droits et de services en soutenant le développement des structures de médiation numériques ainsi que des tiers lieux. (https://societenumerique.gouv.fr/)</p>

1.2 Problèmes de financement des complémentaires santé et absence de prises en charge de certaines prestations

Questions

- Une partie de + en + importante de personnes vieillissantes renoncent à une mutuelle et donc aux soins dès leur passage à la retraite du fait de ressources très faibles. Elles se retrouvent avec des dettes hospitalières très importantes au 1er problème de santé ?

- Quid du remboursement des soins parodontiques alors que cette pathologie touche désormais même les jeunes qui prennent soin de leurs dents pour des raisons génétiques et de modes de vie (augmentation de la consommation de sucres)

- De quels éléments de projection disposez-vous sur l'impact du RAC zéro ? Peut-on prévoir un bond dans l'accès aux soins ? Ou à l'inverse l'impact sera-t-il minoré par la persistance des freins autres que financiers ? A-t-on des éléments prospectifs chiffrés ?

Réponses

La stratégie pauvreté prévoit des mesures fortes en faveur de la couverture santé des publics les plus fragiles :

- La simplification PUMA, qui permet depuis 2016 à toute personne qui travaille en France de manière stable et régulière une prise en charge de ses frais de santé (part sécurité sociale). Dans ce cadre, les conditions d'ouverture de droits ont été simplifiées. Ainsi, les salariés (et assimilés) n'ont plus à justifier d'une activité minimale, les travailleurs indépendants ont également le droit cette prise en charge de leurs frais de santé dès le début de leur activité professionnelle et les personnes sans activité professionnelle en bénéficient au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

- La réforme des dispositifs d'Aide à la Complémentaire Santé et de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) par la création de la Complémentaire santé solidaire au 1er novembre 2019

La Complémentaire santé solidaire doit répondre en partie au non recours à l'ACS observé et renforcer l'accès à une complémentaire en particulier pour les retraités et les jeunes. Par ailleurs, en cas de difficultés financières particulières, ne permettant pas aux assurés de financer leur part contributive, des aides sur les fonds d'action sanitaire et sociale des régimes obligatoires peuvent être sollicitées

Le sujet de la qualité des couvertures complémentaires est essentiel et fait l'objet d'actions régulières de la part de l'Assurance Maladie et de ses partenaires pour inciter et accompagner les personnes à souscrire à ces dispositifs.

- L'intégration de plusieurs régimes au Régime Général, et notamment celui des étudiants permettant d'éviter les ruptures

- Le 100% santé (ex RAC 0) est en terme d'accès aux soins une réponse à la question de la barrière financière sur trois postes de soins (dentaire, optique, audio prothèse) en diminuant fortement le reste à charge sur des paniers de soins significatifs.

Par ailleurs, pour faciliter l'accès des assurés à leurs droits, l'assurance maladie permet de réaliser sa demande de CMUC en ligne sur le compte Ameli et renouvelle de manière automatique la CMUC pour les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA

1.3 L'intérêt de l'intermédiation, de la médecine sociale et de la participation des usagers

Questions

- Pour favoriser l'accès à la santé des personnes précaires accueillies en résidences sociales ou foyer nous devons mettre en place des permanences de médiation santé sociale ou psy. Ces projets nécessaires et efficaces sont remis en cause chaque année par la non pérennisation des financements ARS

- Très bon colloque. Merci pour la carte blanche de Lausanne; la médecine sociale ne devrait-elle pas être une des missions des futures CPTS?

- Quelles évolutions à court terme peut-on attendre sur la place des usagers pour co-construire les dispositifs utiles pour remédier au renoncement aux soins avec l'assurance maladie ? Comme cela est fait actuellement avec DSS pour rendre lisible la loi 100% santé

- Qu'en est-il de la place de la santé communautaire notamment pour les personnes migrantes transgenres ou LGBT?

Réponses

Bon nombre d'assurés ne se rendent pas dans nos accueils, et deviennent invisibles pour l'assurance maladie voire pour l'ensemble des institutions.

Il est donc capital de pouvoir s'appuyer sur la médecine sociale, la médiation, l'interprétariat, les associations qui, grâce à une approche sociale de la promotion des soins et de la santé et grâce à des acteurs militants ou des habitants relais dans les quartiers, facilitent la prise en charge de ces publics et la mise en place d'accompagnements personnalisés et adaptés à leurs besoins.

Le développement et/ou le renforcement des partenariats tant institutionnels (Assurance maladie, Allocations familiales, Pôle Emploi, CCAS ...) qu'externes (Associations, Collectivités territoriales ...) est un sujet majeur.

Retisser le lien social c'est également souvent renouer avec le parcours de santé...

La signature d'une Convention entre le Ministère de la Santé et des Solidarités et les Restos du Cœur le 17 juin le prouve.

Par ailleurs, afin de permettre aux usagers de s'exprimer sur leurs besoins et leurs ressentis, et ainsi aux administrations d'adapter leurs offres et organisations à ces besoins, des travaux de réflexions sont en cours, à l'image de Pôle Emploi, pour intégrer les usagers dans la co-construction des dispositifs.

L'assurance maladie a une vocation universelle. L'accompagnement peut être individualisé en fonction des besoins identifiés et non en fonction des origines sociales et culturelles ou des orientations sexuelles des assurés.

Ainsi que peut en témoigner M. ELBAUM, "une des idées sur le non recours de l'Odenore ce n'est pas de multiplier les dispositifs ciblés ou spécifiques mais de rechercher des couvertures universelles homogènes avec des accompagnements spécifiques.. telles que l'accès aux soins de certaines populations (détenus, handicapés, offre de soins en matière de santé mentale.. renoncement liés à l'offre de soins territoriale (obtention de rendez-vous dans des délais raisonnables y compris pour les enfants) et refus de soins (prise en charge dans des structures spécialisées) ..renoncement liés besoins de soins non identifiés et sous diagnostiqués (dépression)."



2. Renoncement aux soins et éducation ou action sur les comportements



2.1 Illettrisme, illectronisme et services de proximité

Questions

- Merci de mentionner l'illettrisme. La non maîtrise des compétences de base pour les personnes scolarisées en France. Il est nécessaire d'informer les professionnels de la santé sur ce phénomène. Difficultés à gérer le temps et les rendez-vous, difficultés à sortir de sa routine de déplacement.

- Illettrisme et numérisation des services = double peine. 90 % des contenus internet sont écrits.

- Des problématiques d'illettrisme et de précarité très largement supérieures dans les DOM.

- 13 millions de personnes en situation d'illectronisme en France selon le baromètre du numérique de l'Arcep-Credoc. 1/4 de ces 13 millions sont en situation d'illettrisme.

- Et si écouter, considérer l'Autre... Permettait, en plus d'accéder aux soins... de prévenir la hausse continue des dépenses, la perte d'autonomie...

- On parle de détecter les assurés qui renoncent à se soigner. Mais ce n'est pas en supprimant des permanences accueil en zone rurales que l'on va pouvoir accompagner ses personnes et les détecter puisque ce sont des personnes que l'on ne verra plus car elles ne viendront pas à la CPAM éloignée

Réponses

Les pouvoirs publics souhaitent pallier la réduction des services de proximité consécutive à la mise en ligne de nombreuses procédures et formalités et résoudre la fracture numérique qui hypothèque sur le court terme non seulement l'efficacité mais également l'efficacité du déploiement des services numériques.

Dans ce cadre sont mises en place des Maisons France Service inter opérateurs au plus près des usagers et sont déployées des actions d'inclusions numériques via les CPAM, les partenaires institutionnels, les CCAS, CIAS, associations pour rendre autonomes les usagers dans l'usage du numérique,

Par ailleurs l'assurance maladie veille à simplifier ses communications vers ses publics en adaptant ses supports (courriers, mails et internet) au langage FALC (Facile A Lire et à Comprendre)

2.2 Actions d'empowerment collectif

Questions

Peut-on publier ces recherches [Travaux d'Odenore et autres travaux présentés lors du colloque] et les vulgariser? Comment s'assurer du partage des savoirs? Les acteurs locaux et citoyens pourraient s'en saisir dans des actions d'empowerment collectif.

L'empowerment est une notion qui se développe dans le travail social en France. Est-ce qu'elle vous paraît utile en matière de santé?

Réponses

Les travaux de l'[IRDES](#) et d'[ODENORE](#) sont disponibles sur leur sites respectifs. L'assurance maladie au travers de la mise en place d'accompagnements personnalisés par les cellules de lutte contre le renoncement aux soins et le service social ainsi que par sa stratégie globale d'accueil vise à rendre autonomes les assurés pour faire face aux différentes situations auxquelles ils peuvent être confrontés. Cette même logique d'empowerment structure l'organisation des futures Maisons France Service (ex MSAP) ainsi que le plus souvent les rapports entre les associations et leurs publics. Il ne s'agit pas de "faire à la place" mais de "faire faire".



3. De la recherche à l'action



3.1 ODENORE et la mesure du renoncement aux soins

Questions

- La mesure du renoncement aux soins par le baromètre n'est-elle pas biaisée par la population interrogée ? En effet, les publics de l'accueil Cnam ne sont pas forcément représentatifs de la population générale.

- A la manière des tests de personnalité, a-t-on pu mettre en évidence des profils psychologiques de renonçant aux soins ?

- Avez-vous, avec vos regards d'experts et de chercheurs, des conseils à partager sur comment augmenter les détectations de personnes en situation de renoncement aux soins pour leur faire bénéficier de la PFIDASS ?

- Observez vous des différences selon l'ampleur d'actions d'une PFIDASS à l'autre ?

Réponses

Le baromètre ODENORE sur les renoncements aux soins a été réalisés majoritairement au sein des accueils des Cnam. De ce fait, les répondants (publics de caisse) ne sont pas représentatifs de la population générale.

La plus valeur est d'avoir mis en exergue que le phénomène de renoncement aux soins n'est pas limité aux personnes éloignées de l'Assurance maladie, aux personnes en grande précarité. Le renoncement concerne un assuré sur quatre, parmi lesquelles les femmes, les familles monoparentales et les personnes sans activité professionnelles sont surreprésentées. Il a également montré qu'un quart des renonçant indiquent être en renoncement depuis plus de 2 ans.

L'objectif de ce baromètre était de connaître les phénomènes du renoncement aux soins, leurs natures et leurs causes et d'en tirer des pistes d'actions pour les PFIDASS. Il s'agissait d'un outil d'observation corrélé à un objectif opérationnel qui n'avait pas vocation à être représentatif. Cependant, on peut constater que dans l'enquête santé et protection sociale menée par l'Irdes en population générale, le taux de renoncement est quasiment le même (25,0 %).

Comme l'illustre le partenariat avec ODENORE, il est indispensable d'aborder ces questions en croisant les expériences pratiques et les travaux de recherche à partir d'observations de terrain. Cela permet un travail opérationnel d'interrogation des pratiques placé sous un regard scientifique pour construire des réponses plus pertinentes pour des réalités qu'il est difficile de régler par de simples logiques de droits et de guichets.

L'animation mise en place par la Cnam du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins veille à l'identification et au partage des bonnes pratiques afin d'améliorer la détection et l'accompagnement des assurés. Une démarche d'analyse "regards croisés" - interdépartementale - est également mise en place afin de renforcer l'efficacité du dispositif.

Les PFIDASS n'accompagnent pour l'heure que des personnes qui ont été détectées dans les différents lieux de l'Assurance Maladie ou par des partenaires associatifs. L'étape suivante sera de mettre en œuvre des démarches de repérage dans les bases de personnes à risque de fragilité et/ou de renoncement pour leur proposer un accompagnement.

S'agissant des différences d'ampleurs d'actions pouvant exister d'une PFIDASS d'un département à un autre, il est à ce stade difficile de répondre puisque toutes n'ont pas été déployées au même moment (les premières en 2015 et les dernières en octobre 2018).

3.2 Renoncement aux soins et territorialité

Questions

- Issu d' un département rural désert médicalement (30 spécialistes pour 100 000 habitants : plus qu' un ophtalmo, 2 dermato...) nul besoin d' être dans la précarité pour renoncer aux soins.

- L'observation montre quels types de disparités d'un territoire à l'autre ?

- La pénurie de certaines spécialités médicales et de médecins généralistes est un réel frein pour l'accès aux soins. Comment peut-on travailler sur ce point ?

- Quid de la pénurie de "médecins traitants" et ses conséquences financières pour les assurés, con séquences en termes de renoncement ?

- Nous rencontrons de grandes problématiques d'accès ... à un médecin traitant. Celle-ci influe directement sur l'accès Aux soins (comment consulter un spécialiste sans MT? Suivi des Patients en ALD ?) et aux droits (dossier MDPH par exemple) ?

- Dans les territoires ruraux à très faible densité de médecins, un des freins à l'accès aux soins est la mobilité (mettre de l'essence dans le réservoir, quand on a une voiture n'est pas toujours aisé). Quelle réponse apporter à ces assurés sans grEver les fonds d'ASS ?

Réponses

L'accessibilité territoriale à la santé est une question essentielle et largement prise en compte par les pouvoirs publics au travers notamment :

- des dispositions conventionnelles visant à lutter contre les déserts médicaux (accompagnement à l'installation des professionnels de santé, prise en charge de la télémédecine,...)

-de la mise en place de nouveaux modes d'exercice de la médecine telles que les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) et les MSP (Maisons de santé pluri-professionnelles) visant à promouvoir et renforcer les collaborations inter-disciplinaires pour favoriser l'accès aux professionnels de santé (Médecins traitants, spécialistes, ...)

Les nouveaux modes d'exercice de la médecine (CPTS et MSP) constituent une opportunité. Ils vont amener à construire un projet de santé, à solliciter les population sur leur besoins de soins, sur les problématiques d'accès aux soins qu'elles rencontrent sur un territoire donné, car chaque territoire présente des spécificités et des problématiques particulières.

S'agissant de l'accès à un médecin traitant : A ce stade, environ 10% d'assurés sociaux n'ont pas de médecins traitants. Pour autant, il "ne paraît pas praticable ni acceptable" d'affecter un patient à un médecin traitant car il s'agit d'une relation de confiance. "Parmi les assurés sociaux qui n'ont pas de médecins traitants, la moitié n'en a jamais eu.

"Une des trois grande missions des CPTS sera d'ailleurs de favoriser l'accès aux soins. Cette question est prioritaire. Cela passe à la fois par l'organisation de l'accès à un médecin traitant pour tous nos concitoyens qui en cherchent un, en évaluant le cas échéant la situation du patient afin que, par exemple, une personne atteinte d'une pathologie chronique ou une personne âgée soit orientée prioritairement."(Nicolas REVEL)

Des travaux sont actuellement en cours au niveau national pour favoriser l'accès de tous les assurés qui le souhaitent à un médecin traitant.

La question du transport a été abordée lors du colloque par la présentation de l'expérimentation d'espace mobile de santé sur le territoire de Belfort. Dispositif itinérant – groupement de professionnels qui se déplacent -t non un véhicule mobile - deux demie journée organisées à 15 jours d'intervalle -volet AM – accès à un bilan de santé de prévention généraliste du secteur-.

Puisqu'un tel dispositif n'existe que de façon expérimental, la question corrolaire est bien des conditions de la prise en charge des transports.

3.3 Autres thématiques spécifiques de recherche

Questions	Réponses
<p>- Il n'existe pas d'étude sur le renoncement aux soins des bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, et ce public ne rentre plus dans les missions du Fonds Cmu : comment faire et intégrer ce public dans les recherches ?</p> <p>- Comment développer des recherches non sur les facteurs individuels mais les facteurs institutionnels du renoncement, type la dématérialisation, les facteurs liés à l'offre...</p> <p>- Il existe très peu d'études sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et aucune à ma connaissance sur leur renoncement aux soins. Savez-vous pourquoi cela ne semble pas intéresser les chercheurs ?</p>	<p>Il y a des causes structurelles, indépendantes des comportements individuels, au renoncement aux soins (la complexité réglementaire et administrative du système de soins, la dématérialisation des services aux usagers, la démographie médicale...) peuvent représenter des freins à l'accès aux soins et ainsi générer du renoncement aux droits et aux soins. Les politiques publiques de ces dernières années tentent de lever ces difficultés.</p> <p>Au sein de l'Assurance Maladie cette problématique est prise en compte par le développement d'offres de services attentionnées pour les publics fragiles. C'est tout le sens de la démarche PLANIR (Plans locaux d'accompagnement du Non recours des Incompréhensions et des Ruptures) ou encore du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins. Parmi les publics principalement ciblés : les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les personnes éloignées du numérique.</p> <p>Par ailleurs, de nouveaux phénomènes de précarité apparaissent (les migrants en transit, les travailleurs pauvres...) pour lesquels existent des problématiques de couvertures sociales mais surtout des situations sociales complexes qui laissent peu de place à la santé.</p> <p>Les barrières n'ont pas la même lourdeur selon les populations, les territoires, les pathologies... Elles dépendent d'interventions des multiples acteurs ainsi différenciées et constituent donc autant de thématiques à investir pour la recherche –action.</p>

3.4 Disponibilité des données sur le renoncement aux soins et publication

Questions	Réponses
<p>- Les données sur le renoncement aux soins sont-elles disponibles à l'échelle communale?</p> <p>- On parle beaucoup de constats sur le renoncement. Mais que dit la recherche sur ce qui marche ? Le coaching ? Un bon maillage de médecins généralistes ? Une simplicité d'accès aux droits ? Quelles sont les sources d'espoir ?</p>	<p>Les données des baromètres sont uniquement disponibles à l'échelle départementale ou à celle des circonscriptions des CPAM. Les constats émis par les travaux de recherche ont donné lieu à la mise en place d'actions visant à lutter contre le renoncement.</p> <p>Les travaux de caroline DESPRES de l'IRDES présentent les raisons du renoncement aux soins et leurs conséquences : questions de disponibilités de l'offre de soins, son accessibilité financière, géographique, réglementaires, ... Ces dimensions sont par ailleurs largement développées dans la littérature internationale.</p> <p>Pour mesurer le renoncement aux soins, le concept-outil a été incorporé dans deux grandes enquêtes européennes apportant des points de vue complémentaires.</p> <p>L'enquête européenne santé : menée tous les 6 ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, cette enquête permet notamment de mesurer l'évolution de l'état de santé des populations et ses déterminants ou les recours aux soins. Elle permet aussi de positionner la France en Europe au regard de grands indicateurs de santé. En outre, elle éclaire des questions spécifiques au système français d'assurance santé ou des questions de non recours aux soins. https://ehis2019.org/</p> <p>L'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) dresse un panorama détaillé des revenus, de la situation financière et des conditions de vie des ménages. Elle permet de relier le renoncement aux soins aux questions du positionnement social et de replacer les soins dans l'ensemble des autres dépenses auxquels les individus font face. https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1220</p> <p>Ces enquêtes donnent matière à des travaux thématiques dont les résultats sont publiés sur les sites de la DREES et de l'IRDES. Ils sont complémentaires des monographies et des résultats du baromètre réalisés par l'ODENORE ; elles fournissent autant de constats et de questions et orientent les solutions à apporter.</p> <p>Coté pouvoirs publics , les espoirs sont portés par la médiation, les maisons de services aux publics et les CPTS notamment qui visent à améliorer l'offre de soins sur le territoire et ainsi l'accès aux soins des populations dans les zones géographiques peu couvertes. ceci s'inscrit dans la conception de dispositif plus larges concernant la restauration d'un maillage territorial des services publics et de l'organisation sanitaire. C'est un peu tôt pour avoir un retour sur expérience. Côté Assurance Maladie, la mise en place d'offres personnalisées via les cellules de lutte contre le renoncement aux soins entend lever les freins révélés par les différentes études (financiers, complexité des démarches), et ainsi favoriser l'accès aux soins des publics les plus fragiles. De même que la mise en place au 1er novembre 2019 de la complémentaire solidaire, le 100% santé, sont autant de dispositifs , sources d'espoirs pour l'avenir , dont l'objectif vise à limiter voire mettre fin aux renoncements.</p>



4. Une meilleure organisation et les partenariats en question



4.1 Les acteurs sociaux et le service social dans le dispositif de lutte contre le renoncement aux soins

Questions

- Les dimensions sociales et économiques dans l'accompagnement que mènent les assistantes sociales de la carsat font partie intégrante de leur travail. Quel est la place du service social de l'assurance maladie dans le partenariat avec les PFIDASS?

- Le renoncement aux soins: quel est le partenariat entre la PFIDASS et le service social de la carsat notamment dans le Gard avec leur recul?

- Le Service Social de l'Assurance Maladie développe des compétences en matière d'accompagnement psycho-social au profit de ses assurés, pourquoi ne pas le positionner sur le risque de décrochage après la mise en œuvre des 1ers soins (action PFIDASS) ?

- Comment les PFIDASS traitent les conséquences du renoncement aux soins (sur la vie sociale, professionnelle,...) qui sont exprimées par un quart des personnes interrogées ? Quelles articulations avec les acteurs du champ social ?

Réponses

Le service social est un acteur incontournable de dispositif de lutte contre le renoncement aux soins .

Lest agents PFIDASS qui accompagnent les assurés pour leur permettre d'accéder aux soins dont ils ont besoin ne réalisent pas pour autant le même travail qu'un(e) assistant(e) de service social. Dans le cadre de l'accompagnement des personnes, l'assistant(e) de service social effectue un diagnostic de la situation de la personne ou de la famille dans son environnement et définit avec elle les objectifs, les modalités de l'intervention et les différentes actions à mettre en place pour atteindre les objectifs posés. Ces engagements réciproques sont contractualisés dans un plan d'aide.

Dans une logique de prévention, il(elle) présente et propose aux publics fragilisés les droits et services adaptés à leurs situations (et notamment une orientation vers la PFIDASS si nécessaire

Afin de développer le partenariat et les signalements de part et d'autre dans une logique de complémentarité, des revues de dossiers sous formes de colloques Service Social/PFIDASS sont mises en place depuis cette année en élargissant la participation au-delà des managers à des AS référentes et le cas échéant à des accompagnants PFIDASS.

Par ailleurs, dans le département du Gard, le service social et la PFIDASS ont expérimenté une action collective, de type « Parcours Prévention Santé », à l'issue de l'accompagnement réalisée par la PFIDASS pour des assurés repérés « éloignés » du système de santé et dont l'autonomie « soins et santé » reste incertaine. Cette expérience a montré l'intérêt de travailler une offre conjointe service social /PFIDASS sous forme d'une action collective pouvant être proposée à des assurés repérés à risque de démobilitation/décrochage au cours de l'accompagnement (et non a posteriori) en complémentarité de l'accompagnement réalisée par la PFIDASS individuellement.

Le service social, reste le service de référence pour les personnes qui sont prises en charge par l'agent PFIDASS et pour lesquelles il est détecté une fragilité à s'inscrire sur le long terme dans l'autonomisation face à ses démarches pour accéder aux soins. Dans ce cas une orientation vers le service social doit être proposée aux personnes.

Les agents PFIDASS n'ont pas pour mission de traiter les conséquences du renoncement aux soins. Agir sur les conséquences du renoncement revient à proposer aux personnes de travailler sur ce thème afin de leur faire prendre conscience de l'utilité, de l'intérêt, de se soigner. C'est le travail des assistant(e)s du service social de l'Assurance Maladie dans le cadre de la mission « d'accès aux soins ».

4.2 Les associations

Questions

- Comment les associations peuvent devenir des partenaires des PFIDASS ?

- Comment se coordonner sur l'accès aux soins avec toutes les structures existantes ? Les Assurés nous reprochent de ne pas savoir où se renseigner.

Réponses

La Cnam travaille actuellement à l'élaboration de conventions cadres avec les différents partenaires présents lors de la réunion partenaires organisées par la DISAS le 2 avril dernier pour permettre un meilleur accompagnement vers l'accès aux droits et aux soins des personnes rencontrées ou suivies par ces mêmes partenaires.

L'objectif est d'encadrer nos engagements au niveau national pour permettre une déclinaison opérationnelle au niveau local (région/département) à travers la mise en place de référents et de circuits attentionnés entre organismes de l'assurance maladie (Cpam et Carsat) et partenaires, sans remettre en cause les partenariats locaux.

4.3 Les médecins

Questions	Réponses
<p>- Pourquoi les médecins ne sollicitent pas les CPAM qui assurent les formations sur l'accès aux droits ?</p> <p>- Allô, la ligne urgence précarité ?? Dispositif pour les ps existant depuis plusieurs années !!!</p>	<p>L'assurance maladie met tout en œuvre grâce à son réseau de Délégués de l'assurance maladie (DAM) et à celui de ses praticiens conseils pour accompagner les professionnels de santé.</p> <p>En pratique, dans le cadre de visites régulières auprès des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux ...) le DAM assure la promotion des bonnes pratiques médicales issues des recommandations des autorités en santé (HAS, ANSM, sociétés savantes...). Il peut ainsi induire une évolution de la pratique du professionnel de santé vers un meilleur respect des référentiels et recommandations. En complémentarité de l'action des praticiens-conseils, il contribue à l'évolution des comportements en faveur d'une prescription plus efficiente et d'un meilleur usage du système de soins.</p> <p>Pour y parvenir, l'accompagnement du professionnel de santé rencontré est personnalisé, le DAM s'appuie sur des éléments concrets reflétant sa pratique et le situant au regard de ses confrères. Il leur apporte également des informations actualisées relatives aux thèmes de santé publique et de prévention leur permettant ainsi de mieux informer et suivre leurs patients.</p> <p>Enfin, le délégué de l'Assurance Maladie assure un rôle de conseil sur des aspects réglementaires et techniques et assure également l'interface avec les services de sa CPAM pour répondre aux interrogations des professionnels de santé rencontrés et leur faciliter l'accès aux informations recherchées.</p> <p>Le dispositif de lutte contre le renoncement aux soins permet aux professionnels de santé d'orienter des patients vers le service PFIDASS afin que ceux-ci puissent être accompagnés dans leurs démarches pour accéder aux droits ou aux soins. Néanmoins, et comme évoqué, l'acronyme ne facilite pas cette promotion. C'est pourquoi des travaux sont en cours pour renommer le dispositif.</p> <p>Enfin, en cas de situations urgentes - c'est à dire celles qui, prises en charge selon les circuits et délais de traitement classiques, seraient fortement susceptibles d'aggraver la vulnérabilité de la personne - les médecins peuvent utiliser la ligne urgence précarité qui permet un accès rapide et direct à un interlocuteur unique de la Caisse Primaire, un traitement rapide, coordonné et global de la situation et ainsi d'apporter une réponse à une difficulté urgente d'accès à la prise en charge de soins.</p>



5. Non recours aux soins et offre de soins



5.1 Les pratiques médicales parfois génératrices de renoncement aux soins

Questions

- Dans le cadre de son action sur le renoncement aux soins quelles sont les actions de l'assurance maladie face aux refus de soins et aux discriminations de certains médecins généralistes et spécialistes qui conduisent à terme à une surcharge des urgences et de l'hôpital public ?
 - C'est si compliqué de repérer dans les remboursements les médecins qui ne reçoivent aucun patient bénéficiant de la CMUC ou l'AME
- Des médecins refusent de prendre exceptionnellement un patient même s'il a des plages horaires libres (doctolib) et même pour des cas pédiatriques du fait qu'ils ne prendraient pas de nouveaux patients. Pourquoi refuser ses consultations ponctuelles? Peut-on légiférer là-dessus?

Réponses

Témoignage du Dr Whicky Tisse – samu social
"Il convient de développer en détails les représentations et les malentendus tant de la part des patients, que de médecins ou les institutionnels autour de la précarité et des relations qui peuvent faciliter ou au contraire faire dysfonctionner les liens entre tous les acteurs impliqués dans le parcours de soins ou dans le renoncement d'une part, et d'autre part résoudre la question du découragement des soignants face à la lourdeur du règlement des questions administratives par rapport à celui du temps de la consultation".

Le déploiement des CPTS, des structures d'exercices collectifs et des auxiliaires médicaux devraient, pour peu que les médecins potentialisent cette opportunité, permettre de créer un maillage territorial opérationnel et ainsi optimiser la prise en charge des patients.

Néanmoins, l'Assurance Maladie est consciente des difficultés rencontrées par certaines personnes pour trouver un médecin traitant voire pour accéder à certains types de consultations en raison de la démographie médicale, des refus de soins mais également des dépassements d'honoraires. Elle construit et déploie dans ce cadre un plan d'action pour lever ces freins et proposer des solutions pragmatiques et efficaces aux assurés.



7. PFIDASS

**PlateFormes d'Intervention
Départementale pour l'Accès aux Soins
et à la Santé**



6.1 La communication autour de la PFIDASS

Questions

- Je partage tout à fait l'alerte sur le vocabulaire et la complexité créée. « PFIDASS » n'est pas compréhensible. Que dire alors ? « Accès santé »?
- Pouvez vous expliciter le sigle PFIDASS ?
- Une proposition pour avancer serait que la Cnam lance une campagne de com nationale de la même ampleur que celle du DMP sur l'accès aux soins
- Envisagez-vous des équipes mobiles PFIDASS pour « aller vers » ou pour les personnes qui ont des difficultés à se déplacer ?
- Comment est il possible de saisir la PFIDASS pour des professionnels de santé qui repèreraient des situations de Renoncement aux soins sur le terrain ??
- Est ce que le site Ameli pourrait il être mieux exploiter pour que les professionnels puissent signaler des situations de renoncement ?
- En tant que travailleur social, comment orienter les usagers vers les dispositifs d'accès aux soins ?
- A l'heure où les permanences CPAM ferment les PFIDASS démontrent le besoin de lien humain et d'une intervention dans une temporalité adaptée à la personne et non pas dans la gestion de flux
- Quelles solutions pour les conseillers clientèle qui n'osent aborder la notion intime du renoncement aux soins ?

Réponses

Le terme PFIDASS signifie pour plate-forme départementale d'accès aux droits et aux soins. Face à la complexité de l'acronyme, certaines caisses ont choisi de créer un autre nom.

La Cnam est consciente de l'utilité de recourir à un nom commun sur l'ensemble du territoire, compréhensible par tous, non stigmatisant et facilitant la promotion du service. Aussi, il a été fait appel à une agence de communication, à l'expérience de personnels de caisses de différents profils et à la sensibilité d'assurés ayant bénéficié du service. Dans ce cadre, un changement de nom devrait intervenir dans les prochains mois. Il sera accompagné d'une campagne de communication pour :

- Favoriser la notoriété du dispositif à l'aide d'un message simple et clair facilitant la compréhension des assurés.
- Impliquer les partenaires, dont les professionnels de santé, dans la promotion du dispositif en leur mettant à disposition des outils faciles à présenter dans le cadre d'un rendez-vous de courte durée.

6.2 Evaluation du dispositif et ses suites

Questions

- Existe t'il une évaluation qualitative et quantitative de PFIDASS.

Nombre et type d'interventions, solution apportées, effectifs mobilisés etc.

Merci

- L'évaluation est utile mais hélas le qualitatif est bien souvent effacé derrière la performance quantitative.

- Observe t-on un phénomène de réitération des demandes par les personnes accompagnées?

- La PFIDASS ayant fait ses preuves notamment en terme de prévention ne serait-il pas souhaitable de lui attribuer plus de moyens (humains et financier) pour faire des économies demain ?

- Le dimensionnement du dispositif se révèle t il suffisant au regard des besoins ?

- Est-il prévu un forum de partage d'expériences (problématique -> solutions apportées) pour les accompagnantes PFIDASS. Nous avons des dossiers pour lesquels nous ne trouvons aucune solution.

- Le SNDS, par construction, renseigne sur les soins consommés. Je n'ai de fait pas bien compris comment s'appuyer sur cette source pour repérer le renoncement. Pouvez vous préciser?

Réponses

Un bilan du dispositif PFIDASS va être diligenté suite aux évaluations qui sont ou vont être menées.

L'évaluation c'est la coordination des actions d'évaluation, c'est aussi la coordination des savoirs, des connaissances, des bases de données, des expériences de la guidance.

L'évaluation se fait le relais de divers point de vue : celui des d'individu concernés par le dispositif, le point de vue de l'AM qui a des décisions à prendre sur le plan de son organisation, le point de vue institutionnel, celui la société sur ce qui a été mis en place, celui des évaluations médico-économiques..

Le problème de l'évaluation médico-économique sur le renoncement aux soins est que les bases de données médico-économique qu'elles traitent ne recueillent que la consommation de soins.

L'intérêt de l'appariement des données du SNDS avec PFIDASS est de permettre d'identifier le moment où la personne renonce aux soins, les logiques d'appariement donnant plus d'information sur le statut des personnes

La limite du BRS est qu'il ne fait pas le lien entre le renoncement aux soins et une pathologie chronique identifiée. De ce fait, il est difficile d'aller très loin dans l'analyse , la situation de renoncement étant très différente selon la situation de santé du patient.

6.3 Harmonisation des pratiques de partenariat notamment

Questions

- La plateforme PFIDASS se décline différemment d'un territoire à un autre, notamment pour détecter les situations de renoncement aux soins. Certaines CPAM internalisent complètement la détection sans s'appuyer sur les partenaires. Est-ce qu'il est prévu à terme une harmonisation sur le modèle du Gard

- Les PTA ont aussi pour mission d'informer et d'orienter les PS dans le système medico-social. Elles sont une réponse à la difficulté de trouver le bon interlocuteur pour les PS. De plus, elles complètent pleinement l'action des PFIDASS.

Réponses

Une réunion avec les partenaires organisée par la Cnam le 2 avril dernier a prévu qu'à la suite de la conclusion de conventions cadres prévue d'ici la fin de l'année 2019, des référents locaux soient identifiés côté Cnam et côté partenaires de façon à ce que dans le cadre d'accords locaux issus de la déclinaison des accords nationaux.



7. Autres



7.1 La communication des lettres-réseau et la demande d'information sur les processus à l'œuvre dans la traduction opérationnelle des obligations réglementaires

Questions	Réponses
<p>- Que veut dire "Lettres réseaux "? De quoi s'agit-il?</p> <p>- Où pouvons nous trouver des informations sur le délai d'instruction des dossiers d'ouverture, de renouvellement des droits, du paiement des arrêts maladie (virement parfois long qui fragilise encore plus les assurés)?</p>	<p>A l'occasion de la table ronde conclusive du colloque, N. REVEL s'est engagé à faire publier sur AMELI non pas la totalité des lettres –réseaux qui relèvent davantage des dispositions techniques propre au réseau de l'Assurance Maladie du Régime Général - mais des circulaires Cnam telles qu'elles paraissent selon le principe antérieur ainsi qu'il a été maintenu à la CNAF, en faisant la distinction entre les circulaires qui explicitent l'ensemble des dispositions de la loi et de la réglementation et les aspect technique tels qu'ils seront maintenus dans les lettre-réseaux et non publiés.</p>