

DOSSIER DE PRESSE

AGIR CONTRE LE RENONCEMENT AUX SOINS DIAGNOSTIC, SOLUTIONS ET DEPLOIEMENT

SOMMAIRE

COMMUNIQUE DE SYNTHÈSE.....3

I. Non-recours aux droits et renoncement aux soins : les réalités observées sur le terrain.....5

1. Non-recours et renoncement, des réalités connexes aux contours méconnus.....5
2. Les résultats du diagnostic sur le renoncement aux soins5
 - A. Qui est concerné ?5
 - B. Pour quels soins ?6
 - C. Les causes du renoncement aux soins7
 - D. Les conséquences de ces renoncements aux soins8

II. Un nouveau dispositif pour lutter contre le renoncement aux soins : les modalités opérationnelles, de la détection à l'accompagnement9

1. L'identification des cas de renoncement aux soins.....9
2. L'accompagnement 11
 - A. L'octroi et/ou l'explication des droits (CMU-C, ACS) ou l'aide au choix d'une complémentaire santé11
 - B. L'orientation et le suivi dans le système de soins et de santé11
 - C. L'accompagnement et/ou le montage financier.....11

III. Un déploiement par étapes12

1. Le Gard, pionnier dans la démarche 12
2. Une expérimentation élargie entre mai 2016 et mars 2017... 13
3. Une nouvelle étape de généralisation entre avril 2017 et juin 2018..... 14

IV. Premier bilan de l'expérimentation14

ANNEXES.....17

- Annexe 1 - Exemple de questionnaire pour le repérage de situations de renoncement aux soins 17
- Annexe 2 - Présentation de 3 cas concrets 18
- A. Madame H. Geneviève, 66 ans, mariée, retraitée.....18
 - B. Madame M. Patricia, 61 ans, seule, demandeur d'emploi.....18
 - C. Monsieur B. Renaud, 23 ans, seul, en contrat Garantie Jeunes19

COMMUNIQUE DE SYNTHESE

Paris, le 28 mars 2017

L'Assurance Maladie généralise progressivement un nouveau dispositif de lutte contre le renoncement aux soins à l'ensemble du territoire

Dans un pays envié pour la performance de son système de santé, **les difficultés d'accès aux soins demeurent**, alors même que cet accès, garanti par la Constitution et reconnu comme un droit, est au cœur du modèle social français. Selon une étude menée dans 18 départements par l'Observatoire des non recours aux droits et aux services (Odenore), plus d'un quart des assurés interrogés dans les accueils de l'Assurance Maladie seraient concernés par des situations de renoncement aux soins. Un chiffre à prendre avec précaution mais qui témoigne de la réalité du phénomène.

Le non recours aux droits explique en partie ces difficultés d'accès aux soins : ainsi, seules 22% des personnes éligibles à l'ACS - dispositif d'aide financière pour favoriser l'accès à une couverture complémentaire santé - avaient fait valoir leur droit en 2011¹.

Les travaux menés en coopération avec l'Odenore ont permis de mettre trois constats clés en lumière :

1. **Les raisons financières constituent certes un frein majeur** à l'accès aux soins (trois fois sur quatre) **mais ne sont pas seules en cause** ;
2. **Une partie des assurés est en attente d'explications** voire d'orientation dans un système de protection maladie et de soins perçu comme complexe ;
3. **Les conséquences du renoncement aux soins sont multiples**, à la fois en termes de santé mais aussi sur les plans professionnel, social, voire même familial.

De par son ampleur et ses conséquences multiples, le renoncement aux soins, source d'inégalités et de dépenses supplémentaires à moyen et long termes, devient un défi qui concerne la collectivité dans son ensemble.

Consciente de cet enjeu de santé publique et des risques qu'il constitue pour l'avenir de notre système de soins, **l'Assurance Maladie se mobilise activement pour lutter contre le phénomène de non recours**, via un Plan d'accompagnement du non recours, des incompréhensions et des ruptures (Planir), inscrit tout d'abord dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté en janvier 2013, puis repris dans l'axe 1 de la COG 2014-2017², qui vise à « *garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins* », avec pour enjeu de « *favoriser l'accès aux droits et aux prestations, notamment pour les assurés les plus fragiles* ».

Afin d'agir plus particulièrement sur le renoncement aux soins, **elle déploie aujourd'hui progressivement, en lien avec la démarche Planir, un nouveau dispositif de lutte contre le renoncement aux soins** : lancé sous forme d'expérimentation depuis novembre 2014, **ce dispositif**

¹ S. Guthmuller, F. Jusot, T. Renaud, J. Wittwer, *Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ?*, Irdes, Questions d'économie de la santé n°195, 2014 - <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/195-comment-expliquer-le-non-recours-a-l-aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante.pdf>.

² Convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'État et l'Assurance Maladie pour une durée de quatre ans, qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement pour les atteindre et les actions à mettre en œuvre.

va être généralisé à l'ensemble du territoire à travers trois vagues successives du 1^{er} avril 2017 à la mi-2018.

« Si les mesures nationales sont essentielles, la lutte contre le renoncement aux soins doit également s'appuyer sur un travail de proximité d'identification et d'accompagnement qui n'est effectif que sur le terrain. C'est pourquoi je considère nos actions locales comme un élément structurant dans la mise en œuvre de nos engagements en faveur de l'accès universel aux droits et aux soins, » indique Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance Maladie.

En effet, l'action de proximité est destinée à **compléter les mesures mise en place au niveau national pour faciliter l'accès aux droits et aux soins**, telles que la Protection maladie universelle, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé... mais aussi les mesures conventionnelles visant à maîtriser les dépassements d'honoraires, à lutter contre les déserts médicaux ou à faciliter un accès rapide aux médecins spécialistes.

Concrètement, lorsqu'une difficulté d'accès aux soins est repérée, la réponse de l'Assurance Maladie, avec l'aide de ses partenaires, consiste en un accompagnement cousu main à trois niveaux : un **bilan exhaustif des droits aux prestations** intégrant une explication approfondie de leurs usages (allant jusqu'à l'accompagnement dans la bonne utilisation du chèque ACS, par exemple) ; un **orientation dans le système de soins** (par exemple comment trouver un gynécologue ou bien où s'adresser pour effectuer un bilan de santé) ; un **accompagnement au montage financier**, construit le cas échéant par cofinancement de plusieurs partenaires pour faire face à des restes à charge auxquels la personne, en raison de son « *reste pour vivre* »³, ne pourrait faire face.

Ce dispositif induit une **nouvelle approche** pour l'Assurance Maladie qui, au-delà de délivrer des droits ou des prestations dans une logique de « guichet », va **au-devant des personnes** qui méconnaîtraient leurs droits administratifs et se charge également de **repérer, en partenariat étroit avec les autres acteurs de la santé et du social, celles qui rencontreraient des difficultés pour accéder aux soins**, voire qui renonceraient à se soigner. Ainsi les agents des caisses sont-ils désormais formés à détecter, lors de leurs échanges avec les assurés, leurs éventuelles difficultés de santé.

Le dispositif repose sur une **coopération étroite avec les autres acteurs du tissu local**, professionnels de santé, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale (CCAS), établissements hospitaliers, organismes complémentaires... au service de l'identification des situations sensibles et de l'accompagnement individualisé et proactif des assurés concernés. **Ce sont eux, et non l'assuré, qui saisissent l'Assurance Maladie de ces situations problématiques.**

Ainsi l'Assurance Maladie s'emploie-t-elle à restaurer le nécessaire continuum entre l'accès à l'information, l'accès aux droits et l'accès aux soins, condition d'une meilleure santé des personnes comme d'une meilleure santé du système de soins.

Dates clés

2013 :	Création du Baromètre du renoncement aux soins
Novembre 2014 :	Première expérimentation dans le Gard (sous le nom de « Pfidass »)
Mai 2016 :	Expérimentation étendue à 21 organismes
Avril 2017 :	Généralisation du dispositif - 1 ^{ère} vague
Mi-2018 :	Généralisation à l'ensemble du territoire

³ Selon le Conseil national de lutte contre l'exclusion (CNLE), le calcul du « reste pour vivre » permet de savoir si les ressources d'un ménage permettent de compenser ses dépenses courantes et de faire face à ses différentes charges fixes. Pour beaucoup de ménages modestes, l'équilibre est structurellement impossible à réaliser (Rapport du CNLE, 2012).

I. Non-recours aux droits et renoncement aux soins : les réalités observées sur le terrain

1. Non-recours et renoncement, des réalités connexes, aux contours méconnus

Historiquement, la question du non-recours était posée principalement pour les prestations sociales légales financières. Des travaux existaient également sur le renoncement aux soins, notamment ceux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), mais **peu de liens étaient faits entre non-recours aux prestations et difficultés d'accès aux soins**. Face au constat d'un manque de connaissances sur le non-recours aux droits, et de la difficulté d'y remédier, une équipe de chercheurs issus de Sciences-Po Grenoble (Pacte/CNRS) décide de créer un observatoire dédié à ces questions en 2003 : **l'observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore)**⁴.

Ce laboratoire se donne alors pour objectifs de :

- produire des informations quantitatives et qualitatives sur le non-recours aux droits ;
- construire de la connaissance utile à la fois pour la recherche et pour agir efficacement sur le non-recours ;
- élaborer une typologie du phénomène, caractériser les « *non-recourants* » et qualifier la nature des rapports qu'entretiennent les individus et l'action publique ;
- mettre en lumière les multiples enjeux du non-recours.

À travers une démarche scientifique, l'Odenore revisite la notion de non-recours aux droits en la précisant et en l'affinant : « *le non-recours renvoie aux personnes qui, en tout état de cause, ne bénéficient pas des droits ou des services, plus globalement des offres publiques, auxquels elles peuvent prétendre* »⁵.

Grâce notamment à une succession de travaux menés avec et pour l'Assurance Maladie, d'abord au niveau du Gard en 2012-2013 puis en les élargissant à la région Languedoc-Roussillon puis à 18 autres départements, le **profil des personnes** en situation de renoncement aux soins, mais aussi les **causes de renoncement**, la **nature des soins** concernés ainsi que ses **conséquences** sont désormais mieux identifiés.

2. Les résultats du diagnostic sur le renoncement aux soins

Les différentes études menées par l'Assurance Maladie et l'Odenore (cf. encadré page 8) ont permis d'identifier d'une part le profil socio-économique des personnes en situation de renoncement aux soins, mais aussi les raisons de leur renoncement, ainsi que la nature des soins les plus concernés.

A. Qui est concerné ?

Tout d'abord, les personnes concernées par des situations de renoncement - identifiées proactivement au sein des accueils, des centres d'examen de santé... - représentent **26,5% des assurés** interrogés dans les différents territoires pris en compte en 2016⁶, avec des différences notables d'un département à l'autre, s'échelonnant entre 33,8% dans la Drôme et 19,7% dans le Hainaut.

⁴ <http://odenore.msh-alpes.fr/>

⁵ Odenore, « Le non-recours : définitions et typologies », *Working-Paper*, juin 2010 (actualisé en décembre 2016).

⁶ Odenore, « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans 18 départements (parmi les 21 expérimentateurs du dispositif Pfidass) », juin 2016.

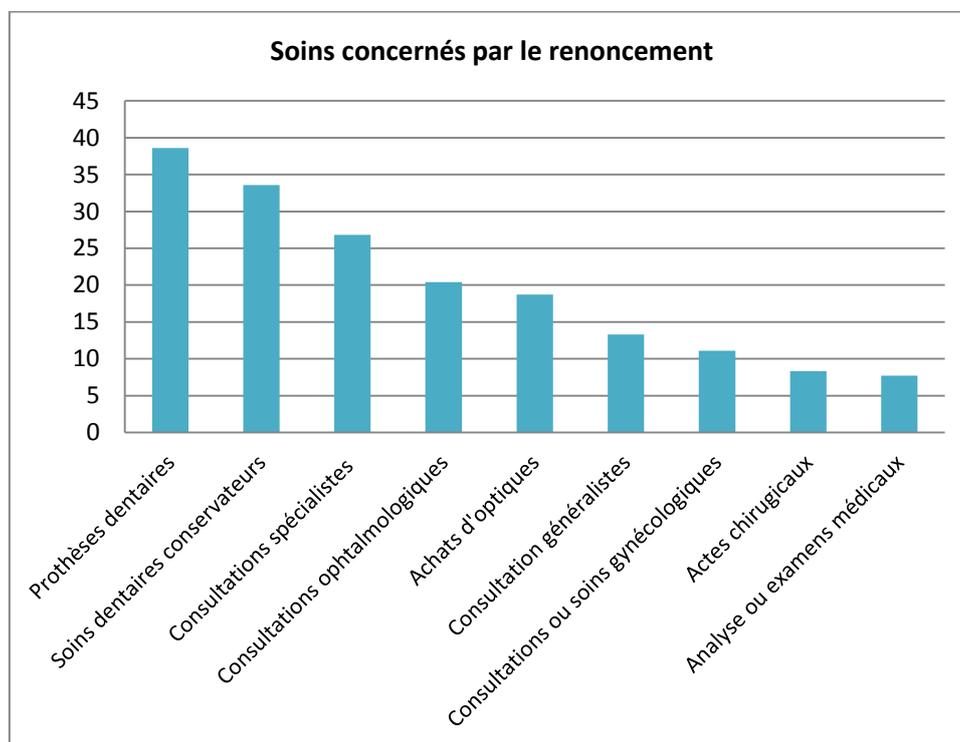
Malgré ces différences, les personnes concernées présentent souvent des caractéristiques communes.

Les situations de renoncement aux soins concernent majoritairement **des femmes** (58,6%), des **personnes vivant seules** (36,6%) ou les **familles monoparentales** (17,7%). Une part importante des assurés qui rencontre des difficultés d'accès aux soins connaît - ou a connu - une **instabilité par rapport à l'emploi**, des ruptures parfois successives dans son parcours de vie, des expériences administratives vécues comme compliquées... Le phénomène concerne aussi **des personnes bien insérées socialement aux revenus modestes**, pour qui toute dépense imprévue causée par exemple par des soins onéreux ou successifs (plusieurs consultations de spécialistes) est difficile à financer, et se retrouve souvent reportée, parfois de façon pérenne.

Il faut souligner que les personnes qui renoncent à des soins, n'évoquent que rarement leurs difficultés si on ne les questionne pas sur ce plan, soit par honte, soit parce qu'elles ont intégré le renoncement aux soins et qu'elles ont fini par « vivre avec », ou encore parce qu'elles ne conçoivent pas que des solutions puissent exister.

B. Pour quels soins ?

Le renoncement aux soins touche particulièrement **les soins dentaires ainsi que les soins auditifs ou ophtalmologiques et optiques**, au reste à charge plus élevé⁷. Plus nouveau, les travaux de l'Odenore ont démontré que le phénomène concerne effectivement ces soins mais qu'il ne se cantonne pas à ceux-ci : **les consultations de spécialistes, voire même l'accès à un généraliste, sont également concernés par le phénomène.**



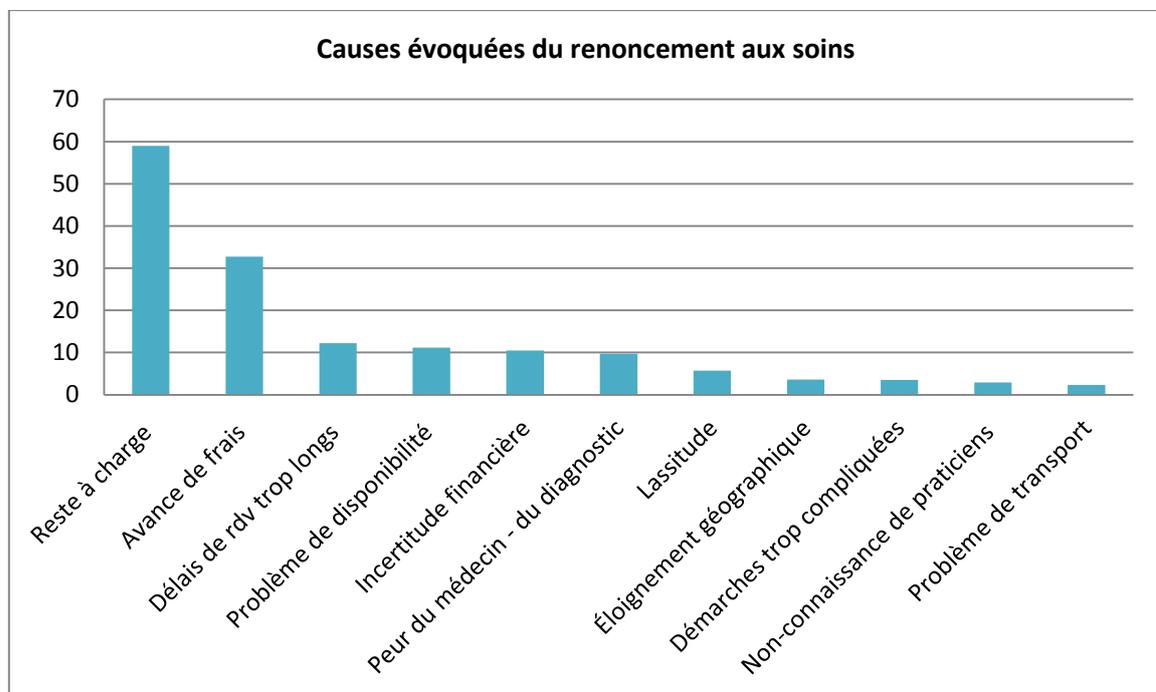
Source : Bilan quantitatif de l'expérimentation, Cnamts, mars 2017.

⁷ Le reste à charge des patients pour les soins dentaires est d'environ 25%, contre 10% sur l'ensemble des dépenses de santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les dépenses de santé en 2014* http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_935_depenses_de_sante.pdf). En 2012, 17,7% des assurés ont renoncé à des soins dentaires pour raisons financières, soit plus d'une personne sur six (enquête Irdes - ESPS - juin 2014).

C. Les causes du renoncement aux soins

À travers les travaux menés, deux raisons principales ont été identifiées :

- **La dimension financière** : des restes à charge (connus ou anticipés) élevés, dont le poids peut être ressenti encore plus lourdement en cas d'absence de complémentaire, ou des frais à avancer trop importants, notamment quand ils s'accumulent sur une courte période. Dans **3 cas sur 4, les obstacles financiers constituent la ou l'une des raisons** du renoncement aux soins.
- **Une méconnaissance des circuits administratifs et médicaux** : manque de connaissance de ses droits (par exemple, s'agissant des aides existantes pour obtenir une assurance complémentaire ou pouvant aider à faire face à des restes à charge), complexité des démarches pour obtenir une protection maladie complète et adaptée aux besoins des personnes, difficulté de savoir à quel spécialiste s'adresser, voire de trouver un médecin traitant. Tous ces facteurs peuvent entraîner du renoncement et impacter la bonne réalisation des soins.



Source : Odenore, « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans 18 départements (parmi les 21 expérimentateurs du dispositif) », juin 2016.

Ces raisons principales ne doivent toutefois pas faire oublier les autres : délais pour obtenir des rendez-vous auprès de certains spécialistes, éloignement géographique par rapport à l'offre de soins et/ou problèmes de mobilité, craintes de diverses natures, attitudes par rapport au risque maladie, aux soins, au fait de demander. *In fine*, **c'est toute une sédimentation de raisons qui, cumulées, causent lassitude, découragement et renoncement.**

De plus, et pour comprendre les possibles conséquences du renoncement pour les personnes, il faut souligner que dans la moitié des cas, (50,4%) ces renoncements durent depuis au moins 2 ans.

Il convient de noter que la très grande majorité des soins déclarés comme renoncés par les personnes sont considérés par les professionnels de santé comme des soins dont les personnes ont effectivement besoin⁸.

⁸ Odenore, « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », juin 2014.

D. Les conséquences de ces renoncements aux soins

Le renoncement aux soins est loin d'être sans conséquences. En premier lieu pour les personnes et familles qui renoncent, **il peut fragiliser l'état de santé physique et mental, impacter leur vie sociale mais aussi professionnelle.**

63% des assurés interrogés dans le cadre de la dernière évaluation des dispositifs mis en place localement ont déclaré que les difficultés d'accès aux soins ont des conséquences sur leur état de santé⁹. De plus, **des dépenses de santé supplémentaires peuvent découler de l'absence de soins**, à moyen et long termes. Pour toutes ces raisons, le renoncement aux soins devient une problématique qui touche la collectivité dans son ensemble

Dispositif d'études Assurance Maladie/Odenore

- 2013 : première étude sur la non-utilisation des aides d'action sanitaire et sociale dans le Gard, étude qualitative de 30 entretiens pour déterminer les raisons de la non-utilisation de ces aides.
- 2013/2014 : baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, afin de déterminer le nombre de personnes en situation de renoncement, les parcours de vie de ces personnes, les causes et les facteurs explicatifs du renoncement. 4 000 personnes interrogées dans le département, 113 entretiens approfondis réalisés.
- 2015 : diagnostic quantitatif et qualitatif du renoncement mené sur les 4 autres départements de la région Languedoc-Roussillon (Aude, Hérault, Lozère, Pyrénées Orientales). 5 000 personnes interrogées, 300 entretiens qualitatifs menés.
- 2015 : évaluation de l'efficacité du dispositif « Pfidass » mis en place dans le Gard. Conduite d'entretiens auprès des équipes de la CPAM, des partenaires et auprès de 50 assurés.
- 2016 : diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans les 18 nouvelles caisses intégrant l'expérimentation. 29 000 personnes interrogées.
- 2017 : évaluation du dispositif expérimental dans les 22 caisses. 151 entretiens auprès d'assurés bénéficiaires, et 30 entretiens collectifs auprès des équipes internes.

⁹ Odenore, « Les Pfidass. Une évaluation au prisme de leurs bénéficiaires et des acteurs qui les mettent en œuvre », mars 2017.

II. Un nouveau dispositif pour lutter contre le renoncement aux soins : les modalités opérationnelles, de la détection à l'accompagnement

L'Assurance Maladie se mobilise activement pour lutter contre le double phénomène de non recours et de renoncement aux soins, via un plan d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures, inscrit tout d'abord dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté en janvier 2013, puis repris dans la COG 2014-2017 qui consiste à « *Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins* », avec pour enjeu de « *favoriser l'accès aux droits et aux prestations, notamment pour les assurés les plus fragiles* ».

L'ambition de cette démarche est de structurer et d'installer dans la durée une dynamique locale destinée à :

- identifier les situations à risques, à partir d'observations de terrain ;
- co-concevoir des actions en réponse à ces risques à travers les partenariats, internes ou externes, adaptés ;
- expérimenter et évaluer les effets de ces actions au regard des risques de non-recours, d'incompréhension et de ruptures.

1. L'identification des cas de renoncement aux soins

Les travaux de recherche ont particulièrement souligné que **les personnes en situation de renoncement n'évoquent que rarement leurs difficultés d'accès aux soins**, si on ne les questionne pas sur le sujet, beaucoup les ayant intégrées comme inéluctables, n'attendant pas d'aide particulière en la matière ou ne sachant plus vers qui se tourner pour en obtenir. La majorité de ces personnes n'a pas, par ailleurs, identifié la caisse primaire d'assurance maladie comme une structure pouvant leur apporter l'aide dont elles auraient besoin pour résoudre ses difficultés en matière de soins.

Il est donc important de changer d'approche et d'engager **une démarche proactive pour aller au-devant des besoins le plus souvent non exprimés par ces assurés**. Cette proactivité nécessite la mise en place d'un réseau de détecteurs en interne comme en externe.

Ainsi, des professionnels de terrain présents sur l'ensemble du territoire ont été formés et chargés d'identifier les situations de difficulté d'accès aux soins.

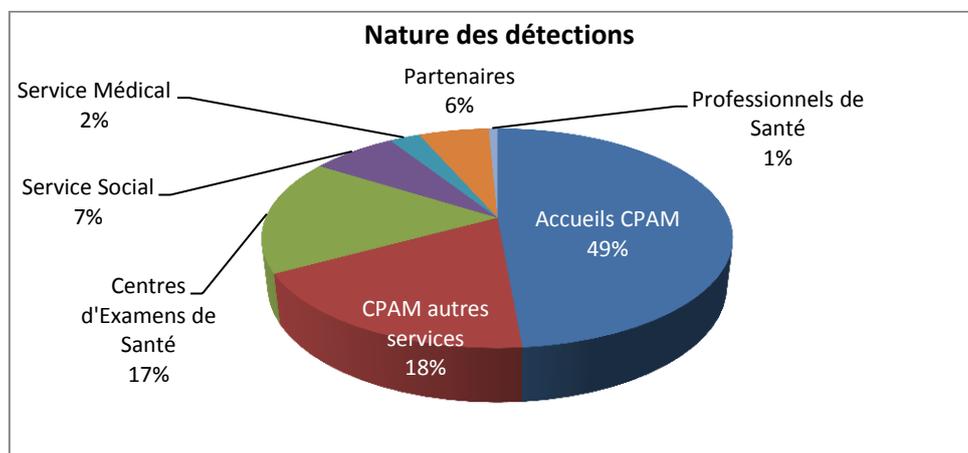
Ces détecteurs sont souvent des agents de l'Assurance Maladie : agents d'accueil, personnels des centres d'examen de santé, médecins conseil des services médicaux, travailleurs sociaux du service social ; mais ces agents œuvrent **en coopération avec d'autres professionnels des institutions partenaires** (travailleurs sociaux, personnels de santé), **des professionnels de santé libéraux** (médecins, infirmiers...) **ou encore des personnes issues du tissu associatif**.

Tous les acteurs sociaux, partenaires traditionnels de l'Assurance Maladie ou plus nouveaux (Pôle emploi, la Banque de France, centres médico-sociaux, associations caritatives généralistes, associations de patients...), peuvent être sollicités.

L'identification des situations de renoncement peut avoir lieu suite à une déclaration spontanée de l'assuré, mais **la plupart du temps, elle fait suite à un questionnement réalisé par le professionnel**¹⁰.

¹⁰ Voir un exemple de questionnaire en annexe.

Les identifications proviennent en majorité des accueils au sein des caisses (48,5%) ou des autres services de la caisse (18%), les sources externes (partenaires et professionnels de santé) contribuant à 7% des identifications (17% dans le Gard, qui dispose d'une antériorité plus importante). Moins nombreuses pour le moment, elles sont appelées à croître en proportion et sont précieuses en ce qu'elles permettent d'identifier des assurés qui ne contactent pas spontanément l'Assurance Maladie.



Source : Bilan quantitatif de l'expérimentation, Cnamts, mars 2017.

Une fois identifiés, et **sous réserve de leur consentement**, les assurés sont approchés par des agents de la CPAM qui vont leur proposer un accompagnement « sur mesure ».

Les assurés en difficulté bénéficient d'un **bilan exhaustif de leurs droits** pour disposer d'une vision globale de leur situation administrative et mieux cerner leurs besoins : peuvent-ils bénéficier de la CMUC ou de l'ACS, sont-ils avant tout pénalisés par un reste à charge ou par l'avance de frais ? Ont-ils besoin d'obtenir un ou plusieurs devis pour appréhender le montant de l'éventuel reste à charge ? S'agit-il d'identifier un ophtalmologiste ou un gynécologue qui pratique des tarifs opposables pour éviter tout reste à charge, de réaliser un montage financier d'aides pour la délivrance de lunettes ?

Le conseiller dédié de l'Assurance Maladie regarde également si l'assuré peut bénéficier d'autres droits sociaux, par exemple auprès de la caisse d'allocations familiales pour une aide au logement, ou de tarifs réduits auprès des fournisseurs d'électricité de gaz en tant que bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS...

À l'issue de cette première étape, le conseiller prend contact avec l'intéressé et confirme avec lui les solutions envisagées.

« On a parlé lors du bilan de santé, on m'a expliqué ce que la CPAM pouvait faire. Cela m'a semblé pouvoir participer à une reprise en main de ma santé. »

F, 27 ans, mariée, sans emploi.

2. L'accompagnement

Suite au bilan des droits, l'assuré bénéficie alors d'un **accompagnement personnalisé qui peut, selon ses besoins intégrer trois niveaux différents**. Chaque assuré conserve le même conseiller tout au long de l'accompagnement, qui dure en moyenne 70 jours¹¹.

A. L'octroi et/ou l'explication des droits (CMU-C, ACS) ou l'aide au choix d'une complémentaire santé

Le conseiller vérifie que l'assuré bénéficie des droits adéquats à l'Assurance Maladie, pour le régime obligatoire mais aussi pour le régime complémentaire :

- création, mutation, ouverture des droits et mise à jour des droits à l'assurance maladie ;
- attribution de carte Vitale, enregistrement d'un médecin traitant... ;
- recherche des droits à la CMU-C ou à l'ACS ;
- accompagnement au choix d'un contrat et d'un organisme complémentaire ;
- information relative aux droits et à leur bon usage ;
- recherche de droits complémentaires auprès d'autres organismes (CAF, aide à la complémentaire par une commune, aides au transport...).

B. L'orientation et le suivi dans le système de soins et de santé

L'agent peut également informer et conseiller l'assuré pour le guider dans le choix d'un professionnel de santé correspondant à ses besoins et à ses droits et faciliter ainsi son orientation dans le système de soins, en respectant le principe de libre choix.

L'accompagnement s'effectue par des contacts téléphoniques, des échanges de courriels ou des rendez-vous physiques selon les besoins de l'assuré afin de garantir la continuité du parcours engagé ensemble.

« J'ai beaucoup d'aide sur comment m'orienter, beaucoup de conseils sur un peu tout sur la santé. On a bien avancé avec la personne. J'ai été aidé sur mes problèmes de santé et mon opération. Elle m'a dit comment je devais faire pour être prise en charge, comme quoi les médecins ne doivent pas nous faire l'avance des frais. Elle m'a aidée aussi dans la prise en charge de mon fils, pour son orthodontie. Elle m'a dit les démarches, comment je devais annuler mon ancienne mutuelle pour que ça soit la CMU qui prenne le relais. J'ai eu des aides, étape par étape, sur tout ce qui est financier et administratif ».

F, 47 ans, 3 enfants dont un à charge, femme de ménage.

C. L'accompagnement et/ou le montage financier

Selon sa situation, l'assuré peut également bénéficier d'un accompagnement pour réaliser un montage financier. Celui-ci vise par exemple à examiner avec lui les devis établis puis à apporter des solutions, afin de financer le reste à charge (octroi d'une aide financière d'action sanitaire et sociale par la CPAM, recherche d'aides financières complémentaires auprès d'autres partenaires).

« Ce même monsieur m'a tenu ensuite au courant. Après une semaine seulement, il m'a rappelé pour me dire qu'il avait une bonne nouvelle, que j'allais avoir de l'aide pour payer mes lunettes. »

H, 42 ans, marié, enfants à charge, en formation.

¹¹ La durée des accompagnements est très variable, pouvant aller de 1 à 293 jours en fonction des dossiers. Source : Durée des accompagnements, Bilan quantitatif de l'expérimentation Pfidass, Cnamts, mars 2017.

III. Un déploiement par étapes

1. Le Gard, pionnier dans la démarche

En 2013, la CPAM et les acteurs médico-sociaux du Gard, avec l'appui méthodologique du laboratoire de recherche Odenore, mènent une première enquête : il s'agit de comprendre pourquoi des assurés ayant reçu un accord de la CPAM pour une aide au financement de soins dentaires n'en demandent pas le versement¹².

Sur la base d'entretiens qualitatifs, les équipes de l'Odenore révèlent que la barrière financière n'est pas toujours levée par l'attribution d'une aide extra-légale (notamment en recourant au fonds d'action sanitaire et sociale) et que cette barrière n'est en outre pas nécessairement la seule en cause pour expliquer les difficultés d'accès aux soins. **Elles commencent ainsi à mettre à jour le caractère multiple des causes de renoncement aux soins.**

Interpellée par cette première enquête, la caisse du Gard décide de conduire une enquête plus globale sur le renoncement aux soins : plus de 4 000 personnes sont concernées par cette nouvelle enquête réalisée entre l'automne 2013 et l'été 2014, dont les résultats paraissent en 2014¹³.

Il ressort de ce premier diagnostic que **30% des Gardois interrogés** dans les accueils de la CPAM ou des partenaires (Conseil départemental, CHU, Mutualité, CCAS....) **déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois.**

L'enquête met à jour les diverses raisons qui induisent ces renoncements (cf. supra), et dès lors les besoins de ces assurés auxquels il convient de répondre : **besoin d'accompagnement et de guidance¹⁴ sur le plan administratif, besoin d'explication sur l'organisation du système de santé et les modalités d'accès aux professionnels de santé, qui viennent s'ajouter au besoin d'aides financières** pour faire face à des dépenses de soins non « solvabilisées ».

Le 17 novembre 2014, suite à ce diagnostic, la CPAM du Gard met en place une plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé, premier dispositif de lutte contre les renoncements.



¹² Odenore, Etude auprès d'assurés de la CPAM du Gard sollicitant une aide financière pour des soins dentaires, mai 2013.

¹³ Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard - Juin 2014, consultable en ligne sur Etude consultable sur https://odenore.mshalpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf

¹⁴ La guidance correspond à la fois à l'organisation du parcours de soins et à l'orientation du patient vers le professionnel de santé le plus apte à répondre à ses besoins de santé et à ses possibilités financières, au conseil dans la planification des soins à réaliser et à l'orientation éventuelle vers les dispositifs d'assurance et d'aide sociale.

Une équipe d'agents de la caisse du département est constituée, avec pour mission d'identifier les assurés en situation de renoncement aux soins puis de les accompagner dans la durée, jusqu'à la réalisation effective des soins.

Le pilotage du projet repose sur **une instance départementale composée des principaux acteurs de la santé et du social du département**, associés tout au long de la gestation de ce dispositif : les professionnels de santé, l'Agence régionale de santé, la Mutualité française, le Conseil départemental, le CHU, les CCAS, la Caisse d'allocations familiales.

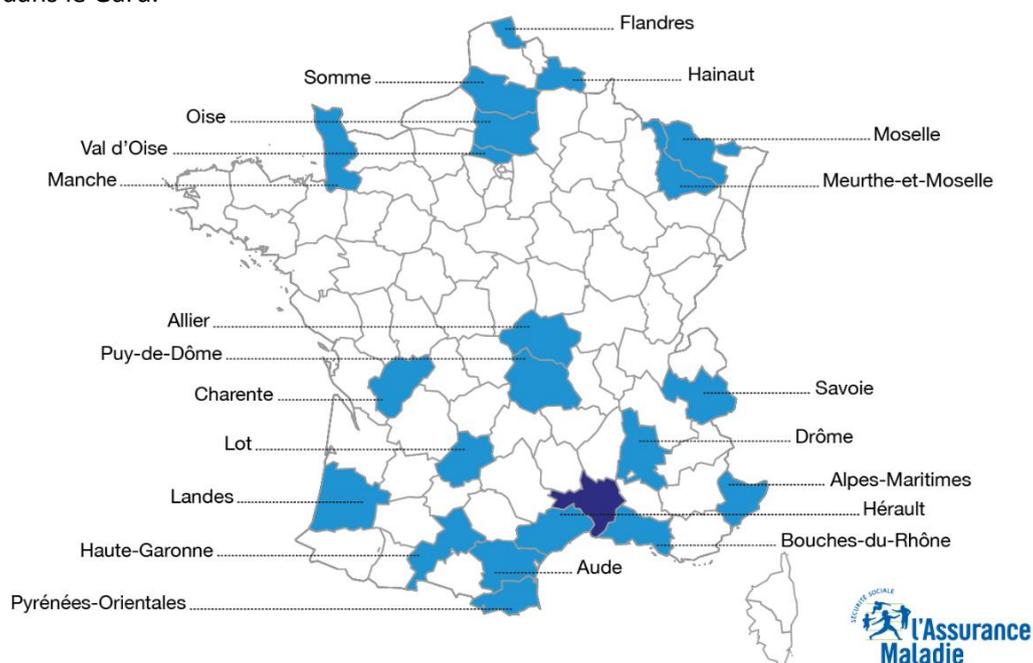
2. Une expérimentation élargie entre mai 2016 et mars 2017...

Dix-huit mois plus tard, au regard des résultats encourageants obtenus par cette expérience menée dans le Gard, l'Assurance Maladie décide d'élargir l'expérimentation à un nombre conséquent de caisses pour en valider le principe, la faisabilité et les capacités à apporter des résultats.

Le 1^{er} mai 2016, **21 caisses¹⁵ volontaires déploient à leur tour un dispositif équivalent de lutte contre le renoncement aux soins.**

Pour tenir compte de la diversité géographique et socio-économique des territoires, chaque caisse au sein de cette expérimentation définit **l'organisation la plus adaptée** à mettre en place dans son département : affectation d'une équipe dédiée ou non, déploiement sur tout le département ou non, liberté de mettre en œuvre des travaux de recherche avec un partenaire universitaire régional *ad hoc* et même l'appellation retenue pour caractériser cette action de lutte contre les renoncements aux soins...

Afin d'appréhender au mieux l'ampleur des difficultés d'accès aux soins et les parcours de vie susceptibles de conduire au renoncement aux soins dans chaque département, les caisses impliquées réaliseront in fine un diagnostic local avec le concours de l'Odenore, conformément à ce qui avait été réalisé dans le Gard.



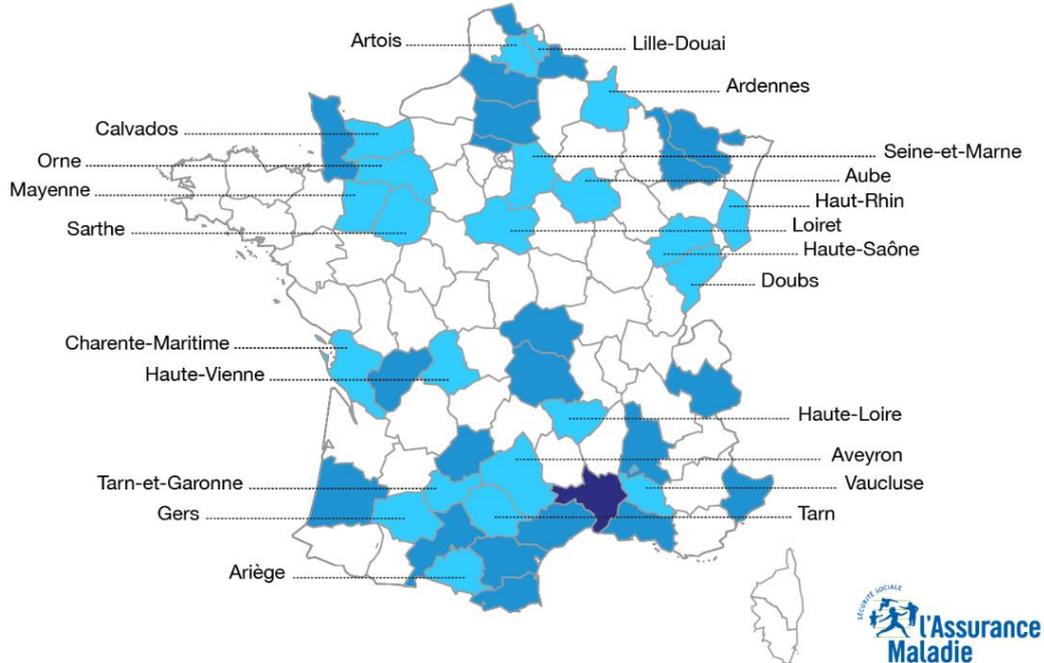
¹⁵ Listes des caisses concernées par l'expérimentation : Allier, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Charente, Drome, Haute-Garonne, Landes, Lot, Flandres, Hainaut, Puy-de-Dôme, Savoie, Val d'Oise, Aude, Hérault, Manche, Somme, Pyrénées Orientales, Oise, Moselle, Meurthe-et-Moselle.

3. Une nouvelle étape de généralisation entre avril 2017 et juin 2018

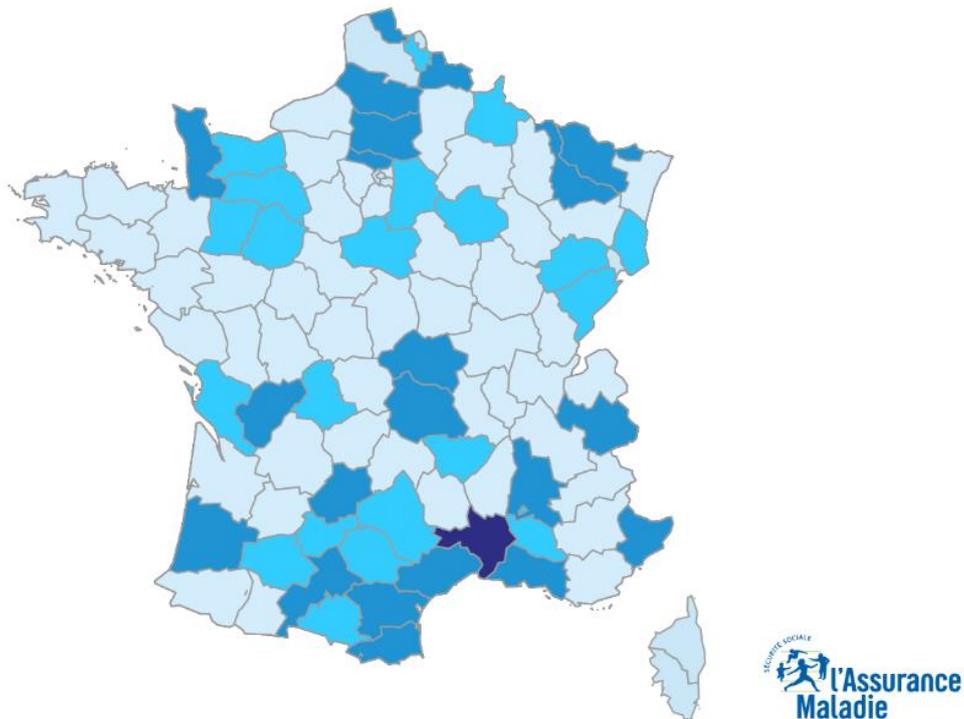
À partir du 31 mars 2017, l'Assurance Maladie étendra progressivement ce dispositif de détection et de lutte contre le renoncement aux soins pour couvrir l'ensemble du territoire d'ici à mi 2018.

Cette généralisation se fera en plusieurs vagues successives :

- 1^{ère} vague à partir du 1^{er} avril 2017 : 22 nouvelles caisses concernées



- 2^{ème} et 3^{ème} vagues respectivement prévues au deuxième semestre 2017 et premier semestre 2018.



IV. Premier bilan de l'expérimentation

Début mars 2017, l'Assurance Maladie et l'Odenore ont réalisé un bilan de la phase expérimentale menée par les 22 premières caisses.

Sur les quelques 9 400 dossiers ouverts lors de la phase d'expérimentation (dont 2 400 dossiers ouverts dans le Gard), près d'un dossier sur trois a abouti à la réalisation effective de soins, et moins d'un sur deux est encore en cours de traitement.

Sur l'ensemble des dossiers clôturés, qu'ils aient ou non abouti à la réalisation effective de soins, **dans 19% des cas, les assurés ont pu bénéficier d'un accompagnement pour réaliser un montage financier** afin de mener à terme la réalisation des soins, et **19% ont été accompagnés dans le parcours de soins**.

Concernant l'accompagnement aux droits, 26% des dossiers ont conduit à l'attribution de CMU-C ou d'ACS, 18% à l'accès à une complémentaire santé (ou une complémentaire santé plus adaptée) et 9% une mise à jour du dossier.

Chiffres clés

- 9 400 dossiers ouverts
 - 30% aboutis
 - 42% en cours
 - 28% classés sans suite ou interrompus avant réalisation des soins
- 70,9 jours en moyenne par accompagnement.

À l'issue de l'expérimentation, les assurés accompagnés qui ont été interrogés dans le cadre de l'évaluation se sont, pour beaucoup, déclarés très satisfaits et ont majoritairement réalisé les soins déclarés initialement comme renoncés. Concernant ceux-ci, 30 % concernent des soins dentaires.

Les échanges avec les assurés montrent que le dispositif répond globalement à un besoin et que, s'ils n'avaient pas été pris en charge, nombre d'entre eux auraient vu leur renoncement persister. 66,4% des personnes qui ont réalisé leurs soins pensent qu'elles n'auraient pas pu le faire sans l'appui du conseiller Assurance Maladie.¹⁶

« Honnêtement, si j'avais pas eu d'aide je n'aurais pas pu. Je suis assistante maternelle et je gagne peu. On ne peut pas se soigner sans cette aide, surtout quand on vieillit et qu'on devient malade. Pourtant je travaille mais les soins sont chers ».

F, 55 ans, seule, assistante maternelle.

Pour beaucoup d'assurés, les bénéfices de l'accompagnement sont multiples : réalisation des soins, soulagement physique et/ou moral, stimulation pour avancer dans leur parcours de vie, perspectives professionnelles et/ou sociales renforcées...

Par ailleurs, en amont de la réalisation des soins, l'accompagnement par les agents de l'Assurance Maladie permet d'apporter aux personnes des bénéfices immédiats tels que la mise à jour de leur protection maladie, l'ouverture d'un droit à la CMU-C ou à l'ACS, l'adaptation de leur contrat complémentaire... des étapes certes intermédiaires mais pourtant essentielles pour consolider l'accès aux soins des personnes accompagnées (et/ou des membres de leur famille) sur le moyen terme.

« Mme X m'a dit qu'elle était disponible si j'avais d'autres difficultés. Notamment, mes enfants ont fait le bilan M'T dents, et j'ai ma fille qui doit avoir un appareil. Mme X m'a dit qu'on pourrait voir pour une aide financière ».

F, 37 ans, mariée, 3 enfants à charge, sans emploi.

¹⁶ Source : Odenore, enquête qualitative conduite auprès de 151 assurés ayant bénéficié du dispositif, mars 2017.

Au-delà de l'accompagnement à la réalisation des soins, les équipes du dispositif de lutte contre le renoncement aux soins participent souvent à la remobilisation des personnes dans la prise en charge de leur santé, grâce à la relation de confiance qu'elles ont établie et à la relation humaine personnalisée et attentionnée qu'elles ont su instaurer.

« Pour être honnête, le dentiste et moi, ça fait deux... Donc le suivi, ça me pousse à y aller, à suivre correctement mes soins. J'ai envie de montrer à cette dame que je suis investie. »

F, 35 ans, en couple, en congé parental.

ANNEXES

Annexe 1 - Exemple de questionnaire utilisé pour le repérage de situations de renoncement aux soins

FORMULAIRE DE SAISINE DE LA PLATE-FORME D'INTERVENTION DÉPARTEMENTALE POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET LA SANTÉ (PFIDASS)

CPAM DU GARD

Ce formulaire concerne uniquement des personnes du régime général qui ne réalisent pas les soins dont elles ont besoin pour différentes raisons.

Le détecteur s'engage à avoir recueilli le consentement de l'intéressé le :

1) pour être contacté et accompagné par les agents de la PFIDASS : oui non

2) Pour que la PFIDASS communique au détecteur les informations concernant la réalisation des soins dont il a besoin :
 oui non

Coordonnées de l'assuré qui accepte d'être recontacté :

Nom :

Prénom :

N°SS :

N° de tél :

Email :

1. MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE ?

Précisez :

2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Retraité Salarié Sans emploi
 RSA Indemnité pôle emploi
 AAH Autre :

En cas de difficultés y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ? oui non

3. QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS

Consultations chez un médecin généraliste
 Consultations ou acte chez un spécialiste
Précisez :

Intervention chirurgicale
 Séances de kinésithérapie
 Soins et actes dentaires
Précisez :

Achats de médicaments
 Appareillages auditifs
 Analyses ou examens médicaux
 Achats de lunettes ou lentilles adaptées
 Autre, précisez

4. DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

.....

5. QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

UN PROBLÈME:

d'accès aux droits
 création de dossier
 mutation
 mise à jour des droits
 problème avec la carte vitale
 d'accès à une couverture complémentaire : CMU, ACS, autre
complémentaire santé
 de reste à charge

d'avance des frais
 de transport
 de démarches trop compliquées (non connaissance de praticien, besoin d'accompagnement...)
 de délais de RV trop longs
 refus de soins d'un praticien
 autre, préciser :

SELON L'ASSURÉ, CE RENONCEMENT AUX SOINS ENTRAÎNE-T-IL DES CONSÉQUENCES ?

- sur le maintien à domicile oui non

- professionnelles oui non

Informations utiles permettant à la PFIDASS de mieux comprendre la situation de la personne notamment la notion de gravité et d'urgence de la situation

EST CE ?

un renoncement détecté ou
 un renoncement exprimé

QUELLES ACTIONS LE PARTENAIRE-DÉTECTEUR A-T-IL DÉJÀ AMORCÉES ?

précisez :

Coordonnées du partenaire-détecteur qui pourra éventuellement être contacté par la PFIDASS pour des précisions :

Nom / Prénom :

Structure :

E-mail :

N° de tél :

Document à transmettre à la PFIDASS de la CPAM du Gard

- par email : PFIDASS@cpam-nimes.cnamts.fr

Form-PFIDASS - (Cont' Gard 0219)

Annexe 2 - Présentation de trois cas concrets

A. Madame H. Geneviève, 66 ans, mariée, retraitée

Mutuelle : Swiss life

Ressources du foyer : 2011,25€

Charges déclarées :

Loyer : 360,85€

Eau / Energie : 149,44€

Mutuelle et assurances : 190,34€

Impôts : 99,00€

Téléphone : 33,15 €

Reste à vivre : **1178,47€**

Il s'agit d'une personne ne bénéficiant ni de la CMU ni de l'ACS, avec une pathologie lourde nécessitant une greffe et devant absolument réaliser ses soins prothétiques dentaires afin d'être inscrite sur la liste des receveurs potentiels (prévention des risques bactériologiques).

Cette personne a été détectée en accueil car elle dépasse tous les plafonds d'aides et de secours et ne pouvait faire face à un reste à charge important.

Plus-value du dispositif/service :

- confirmation de l'absence de fond social auprès de la mutuelle et de la retraite complémentaire ;
- sollicitation et attribution d'une dotation via le fond d'action sanitaire et sociale de la CPAM (1251,74€) ;
- contact auprès du chirurgien-dentiste afin que l'assurée puisse procéder en 3 règlements au fur et à mesure des remboursements (assurance maladie, mutuelle et fonds de la caisse) : accord du professionnel de santé.

La prothèse dentaire est installée et l'assurée est maintenant inscrite sur la liste des receveurs ce qui l'a amenée à remercier sa conseillère car selon elle : « sa vie dépendait de la réalisation de ses soins dentaires... ».

B. Madame M. Patricia, 61 ans, seule, demandeur d'emploi

Mutuelle : Allianz puis CMU

Ressources : 488€ + APL de la CAF 256€

Charges déclarées :

Loyer : 450€

Eau / Energie : 70€

Mutuelle et assurances : 88€

Téléphone : 20€

Reste à vivre : **116€**

Il s'agit d'une personne avec des besoins de soins pluriels (dentaires, ophtalmo, biologie, kiné et pharmaceutiques). Elle est en situation de « renoncement intégré », c'est-à-dire une personne qui abandonne durablement sinon définitivement son besoin de soins, qui perd l'idée même de pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin et/ou qui a le sentiment qu'elle n'arrivera pas à « sortir » du renoncement.

Cette personne a été signalée à la CPAM par son médecin traitant qui a constaté le renoncement aux soins par la non réalisation de ses prescriptions.

Plus-values du dispositif/service :

En termes d'accès aux droits :

- accès à une mutuelle après un accord ACS puis un rendez-vous a été programmé pour une étude CMU eu égard aux ressources en baisse de l'assuré ;
- présentation des offres existantes dans le cadre de la labellisation des contrats ACS et accompagnement dans les démarches ;
- informations sur les droits ACS (dispense d'avance de frais et absence de dépassement notamment).

En termes d'accès aux soins :

- aide au choix d'un ophtalmologue via l'annuaire santé et prise de rendez-vous avec le dentiste ;
- mobilisation de l'assurée à la réalisation de ses soins eu égard au contexte particulier lié au décès brutal de sa fille dans un accident de circulation.

Cet accompagnement a nécessité des rendez-vous téléphoniques répétés avec l'assurée (durée de 7 mois), les soins dentaires et optiques ont été proposés après l'ouverture de droits à la CMU afin d'appliquer le panier de biens car l'assurée ne pouvait supporter aucun reste à charge. L'assuré a parlé de « coaching » pour qualifier l'action de sa conseillère accompagnante.

C. Monsieur B. Renaud, 23 ans, seul, en contrat Garantie Jeunes

Pas de mutuelle

Ressources :

En contrat Garantie Jeunes

470€ / mois

Il s'agit d'un jeune en difficulté d'insertion dans le monde du travail du fait qu'il ne dispose pas du permis de conduire et qu'il réside dans un lieu peu desservi par les transports en commun. Il n'a pas passé le permis de conduire en lien avec des problèmes de vision, il a par ailleurs besoin de soins dentaires. Ce monsieur a été signalé à la CPAM par la Mission Locale Jeune.

Plus-value du dispositif/service :

- *En termes d'accès aux droits :* instruction de la demande de CMU dans un délai de 12 jours.
- *En termes d'accès aux soins :* une aide à la prise de rendez-vous a été apportée car l'assuré avait une difficulté à trouver un ophtalmologue à proximité de son domicile d'une part et avec un délai de rendez-vous court d'autre part. Le partenariat avec la PASS du centre hospitalier d'Abbeville a permis une prise de rendez-vous sous une semaine. Les soins dentaires sont en cours.

Le dispositif a participé au parcours d'insertion professionnelle de ce jeune assuré, ce qui a mis en évidence :

1. L'importance du partenariat car il s'agissait d'une personne sans contact avec l'Assurance Maladie.
2. Le besoin de guidance dans l'accès aux droits et dans la recherche d'un professionnel de santé.
3. La mobilisation des partenaires tout au long de cet accompagnement qui a permis notamment un accès concret aux soins par un rendez-vous rapide.