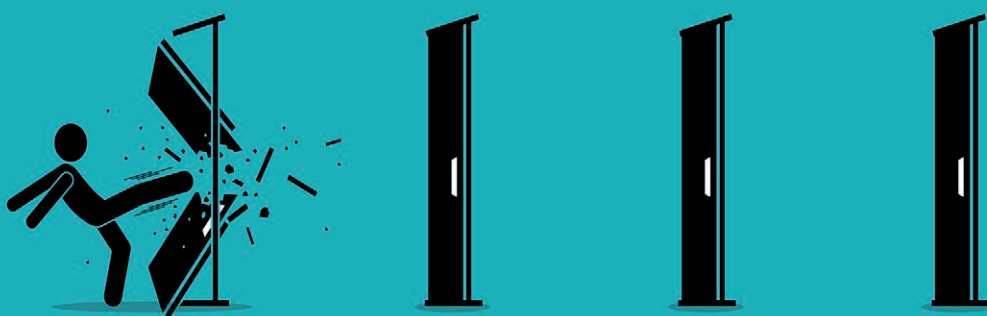


Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ?



- Actes de la Journée du 25 novembre 2019 •
HOTEL NOVOTEL VAUGIRARD PARIS 15^e

Journée nationale Assurance maladie :

Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ?

25 novembre 2019

Étaient présents :

Gérard RAYMOND, Président de France Assos Santé,

Marie-Pierre GARIEL, Présidente du Département Santé, Protection sociale, Vieillesse de l'UNAF

Karim FELISSI, Conseiller juridique et Conseiller CNAM de la FNATH

Hervé REQUILLART, journaliste

Hélène REVIL, Responsable scientifique de l'ODENORE (Observatoire Des Non-Recours aux droits et services)

Denis RAYNAUD, Directeur de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé)

Nicolas REVEL, Directeur général de la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie)

Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice de la DSS (Direction de la Sécurité Sociale)

Jean-François FURET-COSTE, FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), Président de la Mutuelle Unéo

Fanny RICHARD, Directrice de l'Intervention sociale et de l'Accès aux soins à la CNAM

Delphine CHAMPETIER, Directrice de l'Offre de soins à la CNAM

Marianne CORNU-PAUCHET, Directrice du Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire

Aude BOURDEN, Conseillère Nationale Santé-Médico-social, APF-France

Féreuze AZIZA, Chargée de mission Assurance maladie, France Assos Santé

Magali LEO, Responsable Plaidoyer, RENALOO et conseillère CNAM France Assos Santé.

Céline BOUILLLOT, Chargée de mission Assurance maladie et Aidants familiaux, UNAF

Catherine POLLAK, Cheffe du bureau de l'Assurance maladie et des Etudes sur les dépenses de santé, DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

| | |
|--|-----------|
| Introduction : France Assos Santé, UNAF, FNATH | 3 |
| État des lieux | 5 |
| I. Le renoncement aux soins : de quoi parle-t-on ? | 5 |
| II. Quels restes à charge en France ? | 8 |
| Dispositifs | 10 |
| I. Réforme 100 % santé, complémentaire santé solidaire : quel impact sur l'accès aux soins ? | 10 |
| II. Les actions de la CNAM pour lutter contre le renoncement aux soins | 18 |
| • Le déploiement des plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDAASS) | 18 |
| • Point sur l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) | 20 |
| III. Résultats <i>testings</i> refus de soins Défenseur des Droits/Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire | 22 |
| Plaidoyer associatif | 25 |
| I. Lutte contre les refus de soins et comportements inadaptés | 25 |
| II. Vers une véritable complémentaire santé solidaire | 27 |
| III. En finir avec les restes à charge (RAC) | 30 |
| • Résultats de l'enquête France Assos Santé, UNAF, FNATH : « Restes à charge invisibles ». | 30 |

INTRODUCTION : FRANCE ASSOS SANTE, UNAF, FNATH

Gérard RAYMOND

Président de France Assos Santé



C'est en 1945 que le système social que nous connaissons, fondé sur la solidarité, a été créé selon un principe simple : être soigné en fonction de ses besoins et cotiser en fonction de ses moyens. Cette Assurance maladie des salariés s'est ensuite transformée au gré de l'évolution économique, sociale et sociétale.

La réforme fondamentale de 2004 est venue déléster les partenaires sociaux de la gestion de cet organisme, pour la confier à l'Etat. Cette réforme nous a introduits au sein des Conseils des CPAM et de la CNAM, aux côtés de l'UNAF et de la FNATH. Cette avancée en faveur de la représentation des usagers de la santé était le premier acte de la démocratisation du sujet. Il nous revient de jouer un rôle de premier plan dans la défense des intérêts de ces usagers.

Notre action vise actuellement à permettre l'accès aux soins à tous. Le 17 octobre, au cours de la journée «Ma Santé 2022», il a été question des organisations territoriales et des innovations technologiques qui permettraient d'améliorer l'offre de soin en lien avec les

attentes des usagers. Des études, sondages et témoignages permettent d'identifier d'autres facteurs de renoncement aux soins que l'isolement géographique.

Selon un sondage BVA, 6 Français sur 10 auraient déjà renoncé à des soins, à cause d'un reste à charge trop élevé dans 41 % des cas. Les moins favorisés sont concernés au premier chef, mais il convient de ne pas oublier les personnes atteintes de handicaps ou de maladies chroniques.

Aujourd'hui, nous échangerons avec des experts avant de vous présenter notre plaidoyer associatif. Vous tous, en tant que membre des Conseils des CPAM et militants associatifs, avez un rôle capital à jouer pour améliorer une situation en pleine dégradation. Il vous revient d'être force de proposition et porteur de projets cohérents avec notre raison d'être : la défense d'un système de santé solidaire, de qualité, ouvert et abordable pour tous.

Marie-Pierre GARIEL

*Présidente du Département Santé,
Protection sociale, Vieillesse de l'UNAF*



Le renoncement aux soins intéresse l'ensemble des besoins en soins non satisfaits par les usagers. Les plus vulnérables sont les premiers concernés, mais ils ne sont pas seuls : un

reste à charge élevé peut amener tout assuré à un renoncement aux soins. Les conséquences sanitaires, sociales et économiques de cette réalité peuvent être retentissantes pour les intéressés, pour leur famille, mais aussi pour toute la société.

Différents dispositifs visant à réduire ce phénomène seront présentés au cours de la journée (réforme 100% santé, complémentaire santé solidaire, OPTAM, PFIDASS), mais les enquêtes les plus récentes montrent que le chemin à parcourir est encore long.

En effet, l'observatoire des non-recours aux droits et services estime qu'une personne sur quatre a renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.

L'enquête réalisée par France Assos Santé, la FNATH et l'UNAF met en évidence que certains

frais invisibles viennent s'ajouter au reste à charge officiel.

L'enquête réalisée par France Assos Santé, la FNATH et l'UNAF met en évidence que certains frais invisibles viennent s'ajouter au reste à charge officiel.

L'UNAF, en collaboration avec la FNATH et l'UNAF, fera état de ses propositions sous forme d'un plaidoyer en faveur de l'accès aux soins : simplification des démarches administratives, meilleure communication, généralisation du tiers payant sont autant de mécanismes qui contribuent à lever les barrières à l'accès aux soins.

Nous devons relever ce défi, tous ensemble.

Karim FELISSI

Conseiller à la Caisse nationale de l'Assurance maladie pour la FNATH



Au fil de nos échanges, vous constaterez que le sujet est peu documenté, sauf de manière très générale. Ainsi, 98 % des Français bénéficient d'une prise en charge, mais, au sein de cet ensemble, les écarts sont très importants.

Sans nous, le renoncement et le refus de soins seraient présentés comme un phénomène marginal. En fait, il s'agit d'un véritable sujet de société. Son ampleur dépend de la manière que nous avons de définir le concept. L'accès à la parentalité des personnes en situation de handicap relève-t-il de notre champ d'analyse ? Si oui, il y a là aussi un véritable sujet. Les victimes d'accidents du travail, censées être remboursées à 100 %, dans les faits, renoncent souvent aux soins du fait d'un reste à charge important. Il ne s'agit là que d'exemples.

Comment nous doter d'un outil fiable permettant de cerner et d'analyser le phénomène du renoncement aux soins ? Nous devons en effet identifier les différentes situations concrètes de renoncement. De ce point de vue, nous ne sommes pas parvenus à une définition commune qui ne soit pas imposée par le haut. Faute d'une telle définition, nous ne disposons d'aucun outil de mesure.

Hervé REQUILLART

Journaliste

Report de soins, renoncement aux soins, refus de soins, restes à charge, etc. Les notions sont nombreuses. Voyons ensemble trois illustrations de la démarche de définition de ces concepts indispensables.



I. LE RENONCEMENT AUX SOINS : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Hélène REVIL

*Responsable scientifique de l'ODENORE
(Observatoire Des Non-Recours aux
droits et services)*



L'ODENORE est une équipe de recherche du CNRS.

Un de nos enjeux majeurs est de nous doter des outils nécessaires pour mesurer le phénomène du renoncement aux soins. Nous ne nous contentons cependant pas d'une approche statistique et notre observatoire prend le temps d'échanger avec les personnes touchées.

Le renoncement aux soins est une notion utilisée en France depuis les années 1990. Elle va nous permettre de questionner les personnes sur les soins non réalisés alors qu'elles en ressentent le besoin. Certains besoins sont partiellement pris en charge, tandis que d'autres restent totalement insatisfaits.

Cette notion a été utilisée dans de grandes enquêtes, mais aussi pour appréhender les inégalités d'accès aux soins. Notre système d'assurance maladie peut être qualifié de solide et protecteur, mais tout le monde n'est pas couvert de la même manière ou tout au moins pas avec la même efficacité.

Une autre notion importante est celle du non-recours : des personnes n'usent pas d'une offre sociale ou de santé auxquelles elles sont pourtant éligibles. Cette notion est plus large que celle du renoncement. La notion de renoncement induit l'idée qu'il y a une perception du besoin par la personne alors que, dans le cas du non-recours, l'intéressé n'a pas même conscience de l'existence d'un besoin qui pourrait être satisfait.

Troisième notion importante, celle de report. Là où l'idée de renoncement est définitive, celle de report réintroduit une dimension temporelle et une variation dans le temps de l'intention de se soigner.

Ces trois notions montrent que les bénéficiaires s'inscrivent dans des parcours qui leur sont propres.

Au-delà, il importe de relever que ces notions permettent d'identifier les obstacles, les freins, les barrières qui compliquent l'accès aux soins. Il peut également se trouver que des personnes sont en désaccord non seulement avec certaines offres, mais aussi avec la nature même des relations imposées par le système de santé. La notion de non-recours permet de constater que certains usagers sont parfois en désaccord avec le système de santé et en refusent certains aspects.

Ces notions sont essentielles pour questionner l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité de notre système de santé. Ce sont aussi des outils utiles pour appréhender nos politiques sanitaires et sociales.

Sans entrer dans les détails méthodologiques, je peux vous présenter des chiffres recueillis au fil du baromètre du renoncement au soin, enquête menée en partenariat avec l'Assurance maladie. Les chercheurs de l'ODENORE collaborent pour ce faire avec des professionnels, de l'assurance maladie et du monde sanitaire et social. Au moyen des outils fournis, ils ont questionné les personnes qu'ils rencontraient.

Le baromètre s'est fondé sur 160 000 questionnaires complétés et sur 400 entretiens, menés par les chercheurs de l'ODENORE auprès de personnes ayant déclaré avoir rencontré des difficultés pour accéder à certaines offres ou les ayant refusées.

Sur 160 000 assurés sociaux interrogés, un sur quatre a reconnu avoir renoncé à un soin ou l'avoir reporté au cours des douze mois précédents. Les taux de renoncement diffèrent sensiblement d'un territoire à l'autre. Cette notion de renoncement dépend en partie de l'offre de soins. Des points communs sont également apparus. Ainsi, les familles monoparentales sont partout surreprésentées, tout comme les personnes sans activité professionnelle et les personnes âgées de 40 à 59 ans.

Au sein de certains territoires, des spécificités apparaissent : surreprésentation des employés, des personnes les plus jeunes, des familles avec enfant à charge, etc. Les soins faisant l'objet d'un renoncement ne sont pas non plus nécessairement les mêmes d'un territoire à l'autre.

Au sein des 25 % de personnes ayant renoncé à au moins un soin, 50 % expliquent que ce renoncement date de moins d'un an. Dans 23 % des cas, le renoncement dure depuis un à deux ans et, dans 26 % des cas, le renoncement date

de plus de 2 ans – de plus de 5 ans dans 10 % des cas. Les personnes entendues reconnaissent que ces renoncements peuvent gêner leur parcours professionnel ou leur vie sociale et familiale. Il y a donc une gradation des conséquences qui peut être mise en vis-à-vis de la durée du report.

Quant au type de soins concernés, il apparaît que le curatif n'est pas seul en cause. Le renoncement peut aussi porter sur le dépistage, voire sur la prévention.

Pour les soins dentaires, qu'ils soient prothétiques ou conservateurs, le renoncement est important. Les consultations de spécialistes, au premier rang desquels arrivent les ophtalmologistes, sont fortement représentées dans les réponses. Pour les analyses biologiques, les taux sont moins élevés.

Le renoncement peut porter sur l'accès aux soins, mais également sur le maintien dans les soins. La distance symbolique par rapport aux soins varie d'une population à l'autre. Au sein du corpus du Baromètre du Renoncement aux Soins, une partie des répondants sont pris en charge au titre d'une ALD. Pour cette partie, ils se soignent, mais renoncent au reste des soins. Ils sont donc partiellement pris en charge. Il est cependant satisfaisant de parvenir à percevoir ce phénomène de prise en charge partielle au moyen de l'enquête.

Cette dernière montre que 70 % des personnes interrogées évoquent des raisons financières (reste à charge, avance de frais et incertitude sur le coût des soins). Dans 25 % des réponses, les délais d'obtention et les questions de disponibilités apparaissent comme un facteur défavorable. Dans 10 % des cas, l'assuré se dit découragé face aux démarches nécessaires pour recevoir certains soins, ce qui soulève la question de la complexité du système de santé. Certains enfin évoquent la crainte face à un éventuel diagnostic qui peut mener à un arrêt de travail.

Renoncer, reporter ou ne pas recourir aux soins pour des raisons financières est une attitude qui doit mener à s'interroger sur le reste à vivre des personnes interrogées. La posture face à la santé et aux dépenses correspondantes s'inscrit dans une trajectoire, qui fournit un contexte aux attitudes de renoncement.

La probabilité de renoncement est plus forte en l'absence de complémentaire. Nous enregistrons des cas de non-recours à des prestations légales. Il se trouve également parfois que le contrat n'est pas adapté aux besoins. Nous reviendrons sur la problématique de l'usage de la CMU-C.

Les personnes reçues en entretien ont fortement insisté sur le fait qu'elles se sentent perdues face à un système de santé de plus en plus complexe et qui suscite de multiples incompréhensions et un besoin de guidance. Elles ne se sentent pas toujours reconnues ni légitimes. Tout ceci pose la question de l'acceptabilité du système.

Renoncement, report et non-recours doivent être replacés dans leur contexte, dans celui d'une trajectoire, mais aussi d'une maladie. Il importe également de conserver à l'esprit que tout n'est pas visible. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur des relais, sur des acteurs associatifs ou sur des professionnels du monde sanitaire et social pour mettre au point une sorte de guidance.

Hervé REQUILLART

Journaliste

L'Observatoire a-t-il constaté des progrès en termes de lutte contre le renoncement aux soins ?

Hélène REVIL

Oui. Le phénomène était négligé jusqu'à il y a quelques années. Le monde associatif est apparu comme précurseur, mais les institutions importantes ont peu à peu évolué, au premier rang desquelles l'Assurance maladie. Nous pouvons espérer quelque chose du plan de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il convient toutefois d'aller plus loin, notamment pour certaines populations comme celle des personnes en situation de handicap.

Un intervenant

Avez-vous utilisé l'indice [*inaudible 36'30 enregistrement 1*] qui regroupe des critères matériels et sociaux ?

Hélène REVIL

Nous ne l'avons pas utilisé, mais il est vrai que les questionnaires devront évoluer pour mieux prendre en compte la situation sanitaire des personnes. Nous pourrions effectivement utiliser cet indice, au même titre que d'autres outils qui permettent de mesurer la précarité dans ses différentes dimensions, car il s'agit d'un phénomène multidimensionnel. Les conditions de vie et les environnements interfèrent avec l'état de santé pris globalement.

Un intervenant

L'éloignement géographique a-t-il été pris en compte par votre étude ? Dans les DOM, les soins ne sont pas toujours accessibles et les personnes peuvent renoncer par peur d'être déracinées de leur lieu de vie.

Hélène REVIL

L'éloignement a effectivement été pris en compte. Globalement, l'éloignement est évoqué comme un facteur défavorable dans 10 % des cas de renoncement, mais ce taux peut être plus important dans certains territoires. En Martinique, ce taux est beaucoup plus élevé, car le traitement de certaines pathologies impose de partir très loin, ce qui soulève de nombreuses questions pratiques.



II. QUELS RESTES À CHARGE EN FRANCE ?

Hervé REQUILLART

Journaliste

Le reste à charge moyen est de 214 euros par Français et par an. Cette moyenne la plus basse au monde cache cependant des disparités importantes.

Catherine POLLAK

Cheffe du bureau de l'Assurance maladie et des études sur les dépenses de santé, DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)



Le reste à charge en santé, après intervention de la sécurité sociale et des complémentaires santé, atteint 7 % de la dépense de santé. C'est un des taux les plus faibles des pays de l'OCDE, mais la France consacre une part importante de sa richesse à la santé.

Tendanciellement, ce reste à charge diminue, essentiellement du fait de l'augmentation de la prise en charge par la sécurité sociale, qui atteignait 78 % en 2018. 95 % de la population sont couverts par une complémentaire et 13 % des dépenses sont pris en charge par ces derniers organismes.

Cette moyenne de reste à charge dissimule des écarts significatifs. Ce reste à charge est plus faible en moyenne pour les soins hospitaliers et plus élevé pour les médicaments ou l'optique. Sur 214 euros de reste à charge, 86 euros correspondent à des soins de ville.

Pour extraire ces chiffres, un agrégat nommé CSBM est utilisé. Celui-ci se limite aux dépenses de santé stricto sensu, à l'exclusion par exemple des produits d'hygiène, d'hôtellerie à l'hôpital, des soins destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées, ainsi que des médecines douces.

Des disparités existent également entre patients, tout d'abord selon l'âge. Les dépenses de santé augmentent beaucoup avec l'âge, pour passer de 1 000 euros par an à 20 ans à 7 000 euros après 80 ans. Le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) augmente également, mais dans une moindre mesure : les plus âgés ont des dépenses orientées vers des soins mieux pris en charge et plus nombreux à être couverts par le dispositif d'ALD. Les dépenses de santé des personnes en ALD sont plus importantes, mais elles sont également mieux prises en charge. Le reste à charge est plus important pour les personnes en ALD, mais les écarts sont moindres entre ALD et non ALD à âge donné. Les 10 % de RAC AMO les plus élevés dépassent 2 000 euros. Ce montant, dans 1 % des cas, peut dépasser 5 000 euros.

La moitié des restes à charge les plus élevés sont opposables, c'est-à-dire pris en charge par les contrats complémentaires responsables, tandis que l'autre moitié correspond à des libertés tarifaires dont la prise en charge varie d'un organisme complémentaire à l'autre.

Ces chiffres s'entendent avant réforme 100 % Santé.

Le coût de la complémentaire santé doit également être pris en compte dans les dépenses de santé des ménages. Celui-ci croît avec l'âge, notamment pour les retraités qui ne bénéficient plus de contrats collectifs et qui s'acquittent de primes plus élevées. La dépense atteint 1 500 euros pour un ménage de retraités âgés de 65 à 75 ans. Pour les 20 % les plus modestes, les coûts de santé représentent globalement 11 % de leur revenu.

Denis RAYNAUD

Directeur de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé)



La France affiche le reste à charge le plus bas de l'OCDE, notamment grâce à l'articulation entre régime obligatoire et régime complémentaire. Cela étant, pour qu'il y ait un reste à charge, il faut une consommation de soins. Cet indicateur, s'il est intéressant, ne suffit donc pas pour appréhender la problématique du non-recours aux soins.

Ainsi, d'autres pays affichent de très faibles restes à charge, comme les Etats-Unis, alors qu'il est de notoriété publique que leur système de santé reste très inégalitaire malgré la réforme Obama.

En France, les dépenses globales sont relativement élevées, la France apparaissant au rang trois derrière les Etats-Unis et la Suisse.

L'assurance complémentaire rembourse environ 13 % des dépenses de santé, mais la France apparaît en deuxième position au titre des dépenses d'administration (5,5 % de la dépense de santé) au sein des pays de l'OCDE. Ces dépenses se répartissent à parts égales entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. Le système peut donc être qualifié de coûteux.

La question de politique publique qui se pose est de savoir comment lutter contre les restes à charge extrêmes. Dans notre système de soins, le reste à charge hospitalier est atypique, puisqu'il apparaît à 2 %. Or, en réalité, le reste à charge hospitalier représente une partie importante des restes à charge extrêmes. Le ticket modérateur et le forfait hospitalier journalier sont des éléments qui pèsent fortement sur les plus modestes.

Le reste à charge évoqué ici s'entend avant AMC. Malgré les récentes réformes, la proportion de personnes sans couverture santé est plus importante au sein des premiers déciles de niveau de vie. Le reste à charge hospitalier peut être important et pèse sur des personnes généralement modestes. Il apparaît que les règles de participation financière aux soins hospitaliers sont en partie obsolètes et génèrent des restes à charge sans lien avec la dépense réelle. Une personne âgée hospitalisée en médecine pour une grippe aura un ticket modérateur à payer alors que celui-ci ne s'impose pas en chirurgie.

La dernière loi de financement de la Sécurité sociale vient encadrer les tarifs journaliers de prestation qui servent de base au calcul du ticket modérateur. Pourtant, la problématique est plus systémique.

Le reste à charge des personnes handicapées varie assez peu en fonction du degré de dépendance alors que la corrélation est directe entre ce niveau de dépendance à l'aide humaine et le montant total des dépenses de santé. De ce point de vue, le système apparaît fonctionner assez bien, puisque l'ALD permet de diminuer le reste à charge. Le 100 % Sécu joue également pour les personnes en invalidité.

Il serait possible d'élargir la question du reste à charge lié aux soins à celle du reste à charge lié à la santé. Ainsi, qu'en est-il de la perte de revenus liée aux problèmes de santé ? Le risque financier est bien plus important que pour les restes à charge liés aux soins. Une récente étude de l'IRDES est venue examiner la proportion de salariés bénéficiant d'une couverture incapacité et invalidité. En réalité, celle-ci joue un rôle important. 83 % des salariés se disent couverts, mais les inégalités sont fortes, puisque la couverture est de 92 % chez les cadres, contre seulement 75 % chez les employés de commerce.

Au final, le financement des soins apparaît donc globalement bon en France, même si des marges de progrès existent encore sur les gros restes à charge. La réforme du 100% santé va permettre d'améliorer encore la solvabilisation de la demande de soins. Cependant, on peut s'interroger sur les choix collectifs qui privilégient l'amélioration du financement des soins, alors que la question qui devrait se poser est celle du périmètre couvert par le système.

Une intervenante

Vos comparaisons internationales portent-elles bien sur les mêmes notions? En effet, la définition du handicap varie beaucoup d'un pays à l'autre.

Denis RAYNAUD

Il est effectivement délicat de se livrer à des comparaisons internationales, même si l'OCDE s'efforce de corriger les biais. En tout état de cause, les constats présentés ce jour apparaissent fiables.



Un intervenant

La perte de revenu peut être partiellement prise en charge après examen du dossier en Commission d'Action Syndicale et sociale. Même les travailleurs sociaux ignorent parfois l'existence de cette Commission extra légale.

DISPOSITIFS

I. RÉFORME 100 % SANTÉ, COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE : QUEL IMPACT SUR L'ACCÈS AUX SOINS ?

Hervé REQUILLART

Journaliste



Nos intervenants sont trois acteurs majeurs de deux réformes d'importance : le 100 % Santé et la fusion de la CMU-C et de l'ACS en un nouveau concept de Complémentaire Santé Solidaire.

Ils interviennent pour expliciter le sens politique de ces deux réformes : en quoi étaient-elles nécessaires et en quoi répondent-elles à des besoins actuels ?

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Directrice de la DSS (Direction de la Sécurité Sociale)



La réforme 100 % Santé part du constat que le système d'assurance maladie couvre bien les besoins, avec un reste à charge en diminution, mais relève que ce qui en subsiste se concentre sur certains postes de dépenses au point de mener à des renoncements aux soins comme dans le cas des audioprothèses. En France, seul un tiers des personnes concernées bénéficient d'un appareillage auditif. Il semble possible de porter le taux d'équipement à 50 % en diminuant le reste à charge.

Par ailleurs, les enquêtes montrent que 25 % des personnes renoncent à des soins. Ce taux atteint près de 50 % chez les personnes dépourvues de complémentaire santé. Il importe donc que chacun puisse accéder à une telle couverture. L'ACS, censée prendre le relai de la CMU-C, est peu connue et seuls 40 à 50 % des bénéficiaires potentiels y ont recours. Nous nous sommes donc attachés à simplifier et à rendre le dispositif plus efficace. La Complémentaire Santé Solidaire étend la couverture de la CMU-C à tous les anciens bénéficiaires de l'ACS et diminue les montants de prime pour le ramener à 1 euro par jour pour les plus de 70 ans.

L'enjeu de ces deux réformes est donc celui de l'accès aux soins.

Hervé REQUILLART

Journaliste

Tout ceci interviendra-t-il à enveloppe financière constante ?

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Non. Le 100 % santé implique un investissement majeur de la part de la Sécurité sociale.

Nicolas REVEL

Directeur général de la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie)



Ces deux réformes sont liées entre elles et intéressent l'accès aux soins. Le renoncement aux soins est une notion délicate à appréhender. Les mesures utiles ne sont pas simples à déployer. Nous avons pour notre part soumis un questionnaire à près de 160000 assurés qui fréquentent les accueils des CPAM.

Selon les réponses collectées, le phénomène de renoncement aux soins est très prégnant, avec un taux de 25 % chez cette population un peu moins active que la moyenne nationale. Le taux atteint 38 % pour les prothèses dentaires et les soins médicaux spécialisés. Le taux est

même de 10 % pour la médecine générale, ce qui est très perturbant dès lors que 96 % des généralistes relèvent du secteur 1. Dans 70 % des cas, le renoncement est lié à des facteurs financiers et dans 30 % à des difficultés d'accès aux professionnels de santé.

Sur 160 000 personnes, 18 % n'ont pas de complémentaire santé. Or, même le fait de disposer d'une complémentaire ne met pas à l'abri du renoncement aux soins.

Le taux de recours aux soins se mesure assez simplement. Celui des soins dentaires est de 20 points inférieur à ce qui s'observe dans d'autres pays voisins. Pour améliorer la situation, il convient de réduire le reste à charge en corrigeant la nomenclature des actes. Il est probable que certains assurés s'abstiennent d'entreprendre des soins lorsqu'ils ignorent ce qui restera finalement à leur charge. Il convient donc de réintroduire de la visibilité. Cette réalité pose également la question du niveau des garanties.

Hervé REQUILLART

Comment se situent les mutuelles par rapport à cette réforme imposée par les décideurs politiques ?

Jean-François FURET-COSTE

FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), président de la Mutuelle Unéo



Nous sommes fondamentalement concernés par la lutte contre le renoncement aux soins. Si l'offre de soins est inégalement répartie, le problème du financement reste une question de portée générale.

Les mutuelles sont des acteurs de la solidarité et proposent une offre de soins sur l'ensemble du territoire. Nos Unions déploient 2 800 services de soin en France et chaque département est doté d'un responsable qui suit les questions de prévention, département par département, car mutualité rime avec proximité. L'offre de soins peut également faire sa révolution numérique : certains services en ligne peuvent être proposés dans les régions les plus reculées, comme c'est le cas au Québec.

La mutualité est également un payeur, aux côtés de l'Assurance maladie, et un pourvoyeur d'aide sociale. A ce titre, nous avons soutenu le projet PFIDASS qui a permis d'identifier que plus d'un tiers d'adhérents à une mutuelle d'un département n'avait pas toujours accès aux soins.

Construire un dispositif commun AMO-AMC permet de faire front avec une assise plus large. Celui-ci permettra de faire reculer le renoncement aux soins, avec l'appui des mutuelles. La complémentarité, c'est la clef d'un système efficient.

Hervé REQUILLART

Quels indicateurs seront utilisés pour évaluer l'efficacité de la réforme ?

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Il n'aurait pas été pertinent d'investir dans l'AMO et l'AMC sans avoir préalablement évalué quel devait être le tarif des prestations que la réforme entend mieux couvrir. La réforme 100 % Santé bénéficiera, à partir du 1er janvier 2020 (optique et dentaire), à toutes les personnes bénéficiant d'un contrat complémentaire responsable. A compter du 1er janvier 2021, cette prise en charge intégrale couvrira les appareillages auditifs. Le reste à charge sera ramené à zéro pour ces différents postes de dépense.

Des tarifs et des critères de qualité ont été définis. En optique, l'offre comprendra une trentaine de montures et des verres de qualité. A date, les deux tiers des montures du marché et plus de 760 références de verres relèvent du panier 100 % Santé.

Ceci représente un investissement financier pour l'AMO et l'AMC : près d'un milliard d'euros sur la période 2019 à 2023, dont les trois quarts seront à la charge de l'AMO. L'objectif est que le montant

des primes des contrats complémentaires ne soit pas revu à la hausse au-delà de l'augmentation tendancielle constatée au cours des dernières années. Le Président de la FNMF a souscrit à ce principe.

Les objectifs de cette réforme sont bien de faire diminuer le reste à charge et reculer le renoncement aux soins. Ce reste à charge et le taux de recours au 100 % Santé seront suivis pour les trois catégories d'équipements. Sur les six premiers mois de mise en œuvre, 13 % d'aides auditives faisaient partie du panier : 50 000 personnes ont déjà bénéficié d'aides auditives mieux prises en charge. Le renoncement au soin sera également suivi au moyen des différentes enquêtes menées par les organismes d'étude. Enfin, l'équilibre financier de la réforme sera surveillé.

La réforme de la Complémentaire Santé Solidaire permettra de faire progresser la part des personnes bénéficiant d'une mutuelle responsable. Nous entendons porter leur nombre de 7 à 10 millions.

Hervé REQUILLART

Comment la CNAM fera-t-elle connaître le nouveau dispositif ?

Nicolas REVEL

Il convient de distinguer les deux réformes. La Complémentaire Santé Solidaire est en vigueur depuis le mois de novembre et soulève une question de communication. Les anciens titulaires de la CMU-C devront être rassurés quant au fait que la réforme ne changera rien pour eux. Les intéressés s'inquiètent de ce qui se produira lors du renouvellement annuel de leurs droits, qui donne lieu à vérification du niveau des ressources des bénéficiaires. Des actions de communication continueront d'être déployées. Nos services d'accueil promouvront cette réforme auprès des intéressés.

La réforme 100 % Santé entrera progressivement en vigueur. Cette progressivité était inévitable compte tenu du caractère massif des changements introduits. En 2020, certains actes prothétiques seront pris en charge intégralement, tandis que d'autres ne le seront pas.

Hervé REQUILLART

Il en résulte un problème de lisibilité. Ainsi, les prothèses en céramique ne seront prises en charge que pour les seules dents du sourire.

Nicolas REVEL

En dehors des actes pris en charge à 100 %, d'autres prestations seront couvertes avec une valeur de prise en charge maximale. Ces interventions ne seront pas du *low cost*.

L'enjeu est qu'un assuré, face à son chirurgien-dentiste ou à son audioprothésiste, soit informé de l'existence d'une offre à reste à charge nul ou modéré. Cette alternative doit à tout le moins être décrite. La responsabilité sera collective, car si l'Assurance maladie fera preuve de vigilance, il reviendra également à l'assuré et aux organismes complémentaires de procéder aux bonnes vérifications.

Nous surveillerons comment se répartissent les actes réalisés entre le panier 100 % Santé et les prestations prises en charge différemment. Depuis la mise en place de nouveaux plafonds en janvier 2019, nous n'avons enregistré aucune baisse du volume des actes réalisés.

Hervé REQUILLART

Le contrat CMU-C était contracté par l'Assurance maladie de base. Qu'en sera-t-il pour la Complémentaire Santé Solidaire ?

Nicolas REVEL

Les personnes relevant de la CMU-C avaient le choix entre être gérées par la CPAM ou être gérées par la Complémentaire. 90 % des assurés avaient opté pour la CPAM. L'aide à la complémentaire santé qui concerne les assurés de la tranche de revenus supérieure était nécessairement gérée par la complémentaire. La question est de savoir si les personnes éligibles à la complémentaire santé contributive opteront pour la CPAM ou pour leur complémentaire.

Hervé REQUILLART

Évoquons maintenant l'impact de la réforme sur les cotisations.

Jean-François FURET-COSTE

La mutualité n'a pas attendu la mise en place du 100 % Santé pour s'attaquer à la question de l'accès à des soins de qualité. Depuis le 19^e Siècle, elle propose des solutions, notamment aux plus fragiles. Il ne faut jamais oublier que nous sommes des organismes à but non-lucratif.

Lorsque le candidat Macron a évoqué le reste à charge zéro, cela n'a fait qu'entrer en résonance avec les intentions des mutualistes que je représente.

Mais, réaliser cet objectif supposera que tous les acteurs se coordonnent.

Le résultat final, les conventions qui ont été conclues, convient plutôt aux acteurs. Les spécificités de l'optique, de l'audioprothèse et du dentaire ont été prises en compte, avec des plafonnements nécessaires pour enrayer l'inflation et une augmentation de la base de remboursement.

L'entrée en vigueur devra par ailleurs être étalée dans le temps, car le principe de réalité s'impose : la réforme est aussi majeure que celle des contrats responsables et suppose une modification des systèmes d'information, des processus de gestion, des dispositifs de garantie, etc. Les coûts associés ne sont pas négligeables. Les conséquences sur les revenus des professionnels sont également à prendre en compte. Il importe, enfin, d'offrir un véritable choix entre des prestations de qualité aux assurés.

En tout état de cause, tous les acteurs jouent le jeu de la solution de compromis qui a été trouvée. Les mutuelles assureront la promotion de cette nouvelle offre, mais il reviendra à tous les professionnels de santé de proposer l'offre 100 % Santé, dentistes compris, alors que ces derniers ne seront pas tenus par une obligation légale. Cela ne devrait-il pas nous poser question ?

Par ailleurs, la réforme 100 % Santé n'épuisera pas la question de l'accès aux soins et des restes à charge particulièrement lourds, notamment dans le cadre de l'hospitalisation. Pour une fraction de la population, les restes à charge avant remboursements complémentaires peuvent être importants. Des disparités apparaissent selon l'âge et la localisation géographique.

La mise en place du reste à charge zéro ne signifie pas que les assurés seront dispensés de cotiser. Les mutuelles s'engagent simplement à modérer le plus possible les répercussions de l'élargissement de la prise en charge. Pour autant, il n'est pas possible de dire que la réforme ne coûtera rien.

Selon les mutuelles, le coût de la réforme devrait être, pour elles, d'environ 300 millions d'euros, montant étalé jusqu'en 2024. Les dépenses couvertes par les complémentaires santé augmenteront de 1,2 %, mais cette augmentation sera de 2,7 % pour les mutuelles, car la moyenne d'âge est plus élevée chez les bénéficiaires de ces dernières.

L'effort financier des organismes complémentaires sera plus important que celui de la CNAM : les mutuelles sont soumises à des contraintes prudentielles qui leur sont propres.

La mise en place de la réforme n'aura en moyenne pas d'impact massif sur les cotisations des mutuelles en 2020. L'augmentation sera comparable à celle des années précédentes. Pour Unéo, l'augmentation sera de moins de 2 %. Le surcoût ne sera pas inexistant, mais il sera mesuré.

Hervé REQUILLART

S'agissant du dentaire, la réforme permettra à l'Assurance maladie de réinvestir un domaine laissé longtemps en jachère, la prise en charge des soins conservateurs.

Nicolas REVEL

La réforme du dentaire négociée en juin 2018 permet de rééquilibrer le modèle économique du secteur. Le dentaire a connu une évolution comparable à celle qui a prévalu pour les médecins de secteur 2. Au lendemain des chocs pétroliers des années 1970, la Sécurité sociale a renoncé à suivre la revalorisation des tarifs liée à l'innovation technologique. La solution a été trouvée dans la liberté tarifaire pour tout ce qui ne relevait pas des soins conservateurs. En contrepartie, les tarifs de ces derniers n'ont pas été revalorisés, des décennies durant. C'est un véritable piège qui, peu à peu, s'est refermé sur toutes les parties. Désormais, un dentiste qui passe une heure à réaliser des soins conservateurs perd de l'argent et n'a pas d'autre choix que de réaliser des actes prothétiques pour lesquels les honoraires sont libres.

Il était donc urgent de réinvestir les soins conservateurs tout en plafonnant les tarifs des actes prothétiques. Une telle réforme avait déjà été évoquée en 2015, lors de négociations avec les syndicats dentaires. Ces négociations ont échoué en 2017. Le sujet est revenu sur le devant de la scène après les élections présidentielles avec la réforme 100 % Santé. En 2016, nous avons envisagé de revaloriser les soins et de plafonner les tarifs prothétiques au niveau de la médiane, mais le problème tient au fait que, mécaniquement, ce plafonnement aurait alors surtout bénéficié aux patients qui s'adressent à des praticiens dont les tarifs sont supérieurs à la médiane.

A l'inverse, la réforme 100 % Santé vient rendre solvable les patients recourant aux prestations du panier réglementé, renforce la prise en charge des soins et plafonne le prothétique.

Hervé REQUILLART

Les retraités les plus pauvres, à Paris, qui sont concernés par le plafond de ressource conditionnant l'accès à la Complémentaire Santé Solidaire de 1 007 euros, assument un reste à charge de 10 %. Il y a là un facteur d'exclusion. Pourquoi ne pas avoir revalorisé ce plafond ?

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Seuls 40 à 60 % des personnes éligibles à une aide à la complémentaire santé y ont effectivement recours. Tel est notamment le cas chez les retraités. Ceci s'explique par la complexité du système : les intéressés avaient du mal à identifier le niveau de contrat le plus adapté. Les tarifs étaient également en cause : pour un couple de personnes âgées, les cotisations du meilleur contrat de l'ACS (contrat C) étaient d'environ 87 euros par mois pour un accès à un panier de soins associé à un reste à charge assez important sur les prothèses dentaires et les dispositifs médicaux ou aides auditives.

La complexité du système se combinait donc avec un reste à charge assez important. La Complémentaire Santé Solidaire permettra de rapporter à 60 euros par mois le montant des cotisations et d'améliorer le panier de soins. Tout l'enjeu sera que les personnes éligibles aient bien recours à cette offre. Une campagne officielle de communication a donc été lancée par les pouvoirs publics le 15 octobre. Il convient de la compléter par une campagne officielle sur le terrain. Différents partenariats ont été noués dans cette perspective avec les associations.

Le premier enjeu est que les personnes dont les revenus se trouvent en dessous des seuils de gratuité (746 euros) et de tarification limitée à 1 euro par jour pour une personne seule (1 007 euros) accèdent bien à ces couvertures. Telle est notre priorité.

Nicolas REVEL

Nous ne manquons pas de sujets de communication. Nous pourrions également être plus efficaces, en simplifiant les dispositifs.

Nous avons mené une recherche action dans le nord de la France pour mesurer la compréhension et l'envie de souscrire à l'ACS auprès d'une population donnée, avant et après une explication détaillée. Après une heure d'explications, le taux était moindre qu'avant d'avoir fourni la moindre explication. La grande complexité du système paraissait avoir effrayé les bénéficiaires potentiels.

La réforme, en ce qu'elle simplifiera l'existant, apparaît donc comme une bonne chose.

Jean-François FURET-COSTE

Beaucoup de mutuelles adhérentes à la FNMF sont parties prenantes de ce dispositif, éminemment solidaire et qui permettra de faire reculer le renoncement aux soins. La FNMF assurera la promotion de ces nouveaux contrats et accompagnera les adhérents dans le besoin. Elle a d'ailleurs conclu un accord en ce sens avec la FNAM.

La grande inconnue est ce que sera le comportement des professionnels de santé, au premier rang desquels les dentistes, sur lesquels aucune obligation ne pèsera. Nous espérons que la réforme permettra une amélioration du point de vue du refus de soins.

La mutualité avait cependant plaidé pour une autre solution : permettre aux mutuelles de proposer un contrat responsable de droit commun détaxé. Cela aurait permis de ne plus enfermer les bénéficiaires dans un dispositif spécifique et ainsi d'éviter toute stigmatisation.

Hervé REQUILLART

Il est peu probable qu'un tel système aurait été compatible avec les exigences de la réglementation européenne.

Jean-François FURET-COSTE

Nous le pensons. Cela aurait évité les abondantes discussions qui ont cours sur le statut des bénéficiaires.

Enfin, cela aurait également permis d'éviter des problèmes prévisibles, comme ceux des recouvrements et des contentieux. Qu'advient-il pour ces assurés qui perdront leurs droits après un ou deux incidents de paiement ? Les mutuelles ont l'habitude d'accorder des échelonnements pour faciliter le recours aux soins. Encore une fois, nous sommes des organismes à but non-lucratif, nous aidons, protégeons et accompagnons nos adhérents.

Nicolas REVEL

Je suis heureux d'entendre la Mutualité s'engager à jouer le jeu de la réforme. Il y a objectivement un intérêt pour les assurés à opter pour la complémentaire plutôt que pour la CPAM pour la gestion de son contrat. Cet intérêt est lié au contrat de sortie. Au sein de la population

éligible, la rotation est importante : elle dépend des fluctuations du revenu des intéressés autour de la valeur limite. Or, à la sortie, les affiliés à une complémentaire santé ont accès à un contrat de sortie donnant accès à une complémentaire responsable à tarif encadré.

Par ailleurs, les complémentaires ont obtenu une compensation pour leurs frais de gestion, ce qui n'est pas le cas du régime général. Nous n'essaierons pas de capter le plus possible d'assurés pour faire du chiffre. Nous respecterons l'esprit de la réforme de ce point de vue.

Un intervenant

Je voudrais attirer l'attention des intervenants sur l'importance du 100 % qui n'est pas acquis en matière de prévention des cancers de l'utérus. Nous le revendiquons depuis plusieurs années : l'INCA identifie trois catégories de femmes qui doivent bénéficier d'un frottis annuel, dont les «femmes distillbènes». Or, pour ces dernières, le coût correspondant n'est pas pris en charge à 100 %. Nous militons pour la bonne information des gynécologues qui ignorent parfois cette recommandation. Une prise en charge à 100 % de ces frottis permettrait probablement une meilleure prévention. Les fiches d'information santé mériteraient d'ailleurs d'être mises à jour pour rappeler l'indication des frottis.

Un intervenant

Suite à une dent cassée en juillet 2019, j'ai pris RV chez mon dentiste qui m'a programmé 5 dates de soins. Au 3^e soin, celui-ci me donne un devis pour une couronne à transmettre à ma complémentaire santé sans que j'en sois informé au 1^{er} soin (soit 243,50€ de reste à charge). Devant mon refus, mon dentiste m'a répondu sèchement «on arrête tout». Je lui ai donc rappelé que le RAC O promis par le gouvernement est un projet attendu des usagers de la santé et permettra de répondre au refus de soins. Il m'a alors répondu que cela ne marchera pas !!!!

Un intervenant

Les Commissions d'Action sociale aident à l'achat des prothèses auditives, mais la couverture santé ne s'étend pas à l'adaptation des audioprothèses.

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le tarif que nous avons fixé pour les prothèses auditives couvre l'adaptation par l'audioprothésiste. Les patients qui constatent qu'un surcoût leur est appliqué devraient le signaler à la Sécurité sociale. Les pratiques, qui sont surveillées, tendent à s'aligner sur les prescriptions réglementaires.

Nicolas REVEL

Le respect des tarifs plafonds sera immédiat. En pratique, les professionnels établiront des pseudo-notes d'honoraires qui n'apparaîtront pas sur l'écran radar de l'Assurance Maladie. Il importera donc que les associations dénoncent ces pratiques qui ne nous seront identifiables qu'au travers des signalements.

Un intervenant

Les dispositifs annoncés présentent l'inconvénient d'être rigides. Certains assurés bénéficieront d'un panier de soin moins-disant que celui de l'ACS. Lorsque ces assurés se présentent à la CARSAT, les caisses auront-elles la possibilité d'adapter la couverture pour accompagner ce changement ? Pourquoi ne pas avoir plutôt supprimé les franchises ?

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le panier de soins de la Complémentaire Santé Solidaire sera meilleur que ce qui prévalait jusque-là même pour le meilleur contrat ACS. Les patients âgés seront également gagnants en



termes de montants de cotisations. Il n'y a que pour certains assurés parmi les plus jeunes que le montant de la cotisation sera supérieur.

Certains sujets peuvent ne pas être couverts du tout par l'Assurance maladie et pourraient être pris en charge par l'Action sociale.

Nicolas REVEL

Le Conseil national de l'ASS a voté des orientations selon lesquelles il convient d'arrêter de déclencher systématiquement des compléments de chèques ACS. Les modalités d'accompagnement doivent être resserrées et se fonder sur une analyse au cas par cas. L'ASS doit se recentrer sur les besoins de couverture ponctuels, pour rendre solvable l'accès aux soins d'une personne particulière.

Une intervenante

Les patients qui n'ont pas de médecin référent ne sont-ils pas en grande partie ceux qui renoncent à des soins de médecine générale ?

Nicolas REVEL

S'agissant de la médecine générale, le taux de renoncement est de 10 %, mais seulement au sein de la population qui s'adresse aux accueils de la CPAM. Il est probable que ce taux rend davantage compte d'un problème d'accessibilité des praticiens que d'un problème de reste à charge.

Une intervenante

Je regrette que Mayotte ne soit pas concernée par les réformes qui viennent d'être évoquées. 60 % de sa population vit sous le seuil de pauvreté. Département français depuis 1841, Mayotte est en souffrance. S'agit-il d'un sous-département ?

Nicolas REVEL

Mayotte n'était pas éligible à la CMU et ne l'est effectivement pas à la Complémentaire Santé Solidaire. En revanche, depuis l'été 2019, sous conditions de ressources, le ticket modérateur y est pris en charge. Cette prise en charge à concurrence des tarifs opposables bénéficiera à 50 % des assurés de l'île.

Une intervenante

Les demandes de prise en charge d'un fauteuil électrique ne sont pas traitées de la même

manière dans tous les départements. Tel est également le cas des soins secondaires en établissement médico-social.

Nicolas REVEL

Les règles ne sont pas très claires en la matière. La loi de financement de la Sécurité sociale permettra de reconstruire le modèle de financement des soins dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap. La couverture sera améliorée et rendue plus homogène. Pour les fauteuils roulants, les disparités sont effectivement une réalité d'un point à l'autre du territoire.

Une intervenante

Dans les Outre-mer, le dépistage de cancer du sein donne lieu à un reste à charge. Le scanner n'est pas pris en charge dans le cas du dépistage.

Par ailleurs, des problèmes d'accès à l'offre de soins se posent, puisqu'il est nécessaire de se rendre dans l'hexagone pour certains soins, ce qui expose les assurés à des frais considérables.

J'espère que les réalités des Outre-mer seront prises en compte par les réformes.

Nicolas REVEL

Le reste à charge n'est pas autorisé pour les consultations des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire. En dessous du plafond d'éligibilité, il y a interdiction des dépassements d'honoraires. Votre signalement m'étonne en ce qu'il suggère qu'il n'y aurait pas de scanner de secteur 1 en Martinique. Je me pencherai sur cette question.

Jean-François FURET-COSTE

Quel système ? quelle rationalisation ? quelles négociations avec les PS ? quels échanges entre médecine de ville et hôpital ? ce sont ces questions-là qu'il nous faut nous poser collectivement. Pas « qui gère quoi » ... ou « qui rembourse quoi » ... Nous tous, Sécurité sociale, CNAM, associations et Mutuelles, sommes les garants de l'accès aux soins et même plus largement de l'accès aux droits. Il nous revient de défendre le bien commun. D'autres acteurs qui relèvent du secteur lucratif sont moins préoccupés par cet aspect des choses.

II. LES ACTIONS DE LA CNAM POUR LUTTER CONTRE LE RENONCEMENT AUX SOINS

Le déploiement des plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDAASS)

Fanny RICHARD

Ddirectrice de l'intervention sociale et de l'Accès aux Soins à la CNAM



Les PFIDAASS changeront prochainement d'appellation, avec une préoccupation de lisibilité.

Différents dispositifs sont déployés depuis 2016 pour lutter contre le non-recours aux droits et aux soins.

Tel est le cas du parcours santé jeune et Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ce dispositif sera étendu aux sorties sèches de l'ASE avec un prolongement du droit à la Complémentaire Santé Solidaire au cours de la 19^e année du jeune. Un rendez-vous avec la CAF sera systématiquement organisé à la date anniversaire du bénéficiaire pour lui présenter ses droits.

Par ailleurs, une Ligne Urgence Précarité permet aux professionnels de santé de signaler aux CPAM les situations de non-recours ou de renoncement aux soins. Le numéro de contact habituel avec la CPAM sera à terme utilisé à cette fin.

Différents partenariats ont également été noués avec des collectivités locales, des institutions et des hôpitaux (permanence d'accès aux soins de santé), au profit des personnes en situation irrégulière.

Les actions déployées en 2020 viseront :

- les demandeurs d'emploi ;
- les personnes écrouées ;
- les migrants – avec un objectif d'harmonisation des types d'accompagnement sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif d'aide à l'accès aux soins entend lutter contre le renoncement aux soins. Les enquêtes menées ont permis d'établir des diagnostics différenciés par territoire. L'importance du reste à charge apparaît comme une cause de renoncement aux côtés de l'avance de frais, des délais de prise de rendez-vous, de l'éloignement géographique et des craintes par rapport au risque de maladie.

Un diagnostic local a été réalisé sur l'ensemble des départements, avec une procédure de repérage et de prise en charge des situations difficiles.

Trois constats se sont imposés :

- le taux de renoncement, à 26,5 %, ne peut être qualifié de marginal ;
- la coordination interne des services de santé et des acteurs de la CPAM est indispensable ;
- les partenaires externes (mutuelles, ASE, professionnels de santé, Pôle Emploi et les associations) doivent être impliqués au maximum – en effet, une personne ayant accédé aux soins peut avoir besoin d'un accompagnement en aval que seules les associations peuvent apporter.

Le déploiement du dispositif est intervenu en trois vagues. Depuis septembre 2018, il existe dans chaque CPAM. Pour les DROM, un diagnostic est en cours, les déterminants sociaux n'étant pas les mêmes qu'en métropole.

La cellule de lutte contre le renoncement aux soins est saisie soit par des partenaires externes soit par les services internes (service médical ou assistante sociale). Un bilan approfondi des droits est alors dressé et l'intéressé se voit proposer un accompagnement en vue de la mise au point d'un montage financier. L'ASS, mais aussi la prestation handicap peuvent jouer un rôle, entre autres. La cellule s'occupe également de prendre les rendez-vous médicaux pour les personnes non autonomes.

Au total, 70000 accompagnements ont été créés sur l'année 2019, dont 36 545 avec des soins réalisés. L'accompagnement s'étend en moyenne sur trois mois. Les actes de spécialiste représentent 25 % du total des soins. Nous

avons observé des renoncements à des actes de chirurgie cardiaque pour des causes financières.

Nous pouvons, sur la base des diagnostics en notre possession, évaluer la pertinence des actions déployées localement. Des adaptations seront ainsi envisageables.

Un intervenant

Pourrions-nous concrètement envisager un outil qui permettrait aux travailleurs sociaux des petites structures d'entrer en contact avec les travailleurs sociaux de l'Assurance maladie, ce qui n'est plus possible en pratique depuis plusieurs années ?

Fanny RICHARD

Le service que j'évoquais sera une véritable porte d'entrée pour les associations, une sorte de portail de services local de niveau 1. Pour les services sociaux, nous mettrons en place un niveau 2, réservé aux situations les plus complexes.

Une intervenante

Le mouvement associatif a pour objectif d'accompagner les patients, dans un souci d'autonomisation. Comment le dispositif présenté s'inscrira-t-il dans cette démarche ?

Fanny RICHARD

En fonction de la situation de la personne, un moment de guidance peut intervenir. Pour autant, la personne, dès lors qu'elle n'est pas totalement autonome, continuera d'être accompagnée, d'abord par nos services, puis par un partenaire externe qui aura été identifié à cette fin.

Une intervenante

L'accompagnement que vous dispensez permet-il à ces personnes d'accéder plus rapidement à un rendez-vous avec un spécialiste ?

Fanny RICHARD

Non. En revanche, l'Assurance maladie connaît mieux le maillage de l'offre de soins, ce qui facilite la prise de rendez-vous, notamment pour les personnes qui n'ont pas accès à Internet.

Un intervenant

Que se passe-t-il si la personne n'honore pas les rendez-vous qui ont été pris pour elle ? Sort-elle du dispositif d'aide ?

Fanny RICHARD

Les personnes ne seront pas abandonnées, sauf si elles refusent d'être accompagnées. En pratique, il apparaît que les soins planifiés lors des rendez-vous pris sont bien consommés. En revanche, le dossier de ceux qui ne se rendent pas à leurs rendez-vous peut être transféré aux assistantes sociales et donner lieu à une visite au domicile.

Un intervenant

Les partenariats en vue du signalement des situations précaires qui s'appuient sur les associations sont-ils toujours en vigueur ? Sinon, comment et quand seront-ils actualisés ?

Fanny RICHARD

Ce dispositif est ouvert et formalisé par des partenariats. Nous retravaillons ces conventions qui identifient les CPAM comme l'interlocuteur des associations.

Une intervenante

Il arrive que le centre hospitalier vers lequel un patient est orienté par un généraliste renvoie vers un autre département ou vers des spécialistes du secteur 2 : en pratique, l'accès aux soins est par endroits impossible.

Fanny RICHARD

Sans s'appesantir sur le phénomène de désertification médicale, il reste que le service d'accès aux soins entend répondre aux problématiques que vous évoquez. Il importe que les personnes en ALD ou renonçant aux soins passent par ce service dont les agents s'appliqueront à trouver un médecin traitant. En l'absence d'autre possibilité, des dossiers de montage financier sont mis au point pour permettre la prise en charge des consultations en secteur 2 (ASS de l'Assurance maladie ou de la mutuelle, entre autres).

Une intervenante

En Commission d'Action sociale, nous sommes saisis de plus en plus de dossiers de personnes dont les soins ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, mais qui sont validés par le dentiste conseil. Nous aidons au financement, pour un montant de plusieurs milliers d'euros par dossier. Le dispositif que vous nous présentez a-t-il vocation à pallier les non-remboursements par l'Assurance maladie ?

Fanny RICHARD

Non, bien évidemment. En revanche, tous les devis sont analysés par les dentistes-conseils, qui vont jusqu'à se rapprocher des dentistes pour examiner s'il existe une alternative à la solution faisant l'objet du devis. Le respect du devis est cependant surveillé de près. Il reste que, parfois, il n'y a pas d'autre solution que de poser un implant. Pour ces dossiers, l'intervention de la Commission d'Action sociale restera nécessaire.

Point sur l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

Hervé REQUILLART

Ce dispositif a été créé voici quatre ans. Il vise à inciter les praticiens de secteur 2 à la modération tarifaire, en contrepartie d'un allègement de leurs cotisations, et donc à faire reculer ce secteur.

Delphine CHAMPETIER

Directrice de l'Offre de Soins à la CNAM



Nous travaillons effectivement à la mise en place d'un contrat avec les professionnels de santé limitant les dépassements d'honoraires.

Ce contrat est un des outils disponibles pour favoriser l'accès aux soins, en améliorant le taux de prise en charge.

Les dépassements d'honoraires de médecin représentent près de 3 milliards d'euros par an. Ce montant va augmenter, la part des médecins spécialistes et de ceux s'installant en secteur 2 progressant au sein de la population médicale.

Ces trois facteurs combinés font que la part des dépassements d'honoraires progresse. Ce phénomène contribue à limiter l'accès aux soins.

Les taux de dépassement sont hétérogènes sur le territoire : en 2017, ils variaient de 11 % pour le Cantal à 115 % pour Paris.

L'Assurance maladie passe des conventions avec les professionnels de santé. En 2016, elle a proposé un nouveau type de contrats visant à limiter les dépassements d'honoraires, l'OPTAM. Un dispositif spécial vise les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens.

L'OPTAM demande au professionnel de santé de respecter un taux moyen de dépassement défini au regard de la pratique tarifaire des années 2013 à 2015 et d'accroître la part des soins facturés au tarif opposable. En contrepartie, le médecin bénéficie de la grille tarifaire renouvelée et donc de tous les investissements consentis par les pouvoirs publics. Ils perçoivent par ailleurs une prime calculée en fonction du taux d'atteinte des objectifs. Pour les chirurgiens et obstétriciens, il n'y a pas de prime, mais une revalorisation de certains actes techniques pour les souscripteurs.

Le taux d'adhésion à l'OPTAM était de 51,4 % à fin septembre 2019, soit un peu moins de 14 000 médecins. Ces chiffres progressent régulièrement.

L'indicateur de référence est le taux de dépassement moyen. Les dépassements qui augmentaient de deux points par an jusqu'à la fin des années 2000 tendent à reculer d'un point par an depuis 2012. Le taux de dépassement des spécialistes avait reculé de 7,9 points en 2018 par rapport à 2012. Pour la première fois, ce taux est passé sous la barre de 50 %. Enfin, la part d'honoraires à tarif opposables a progressé de 6,6 points par rapport à 2012.

Ces résultats peuvent être qualifiés de bons, même si l'OPTAM n'est pas une panacée.

Une intervenante

Connaissez-vous le taux d'adhésion à l'OPTAM des médecins hospitaliers ?

Delphine CHAMPETIER

Les médecins conventionnés avec l'assurance maladie qui exerceraient en clinique par ailleurs peuvent intégrer le dispositif sans difficulté. Des dispositions spécifiques concernent les Outre-mer.

Un intervenant

Certains dépassements d'honoraires illicites sont pratiqués par les médecins qui relèvent officiellement du secteur 1.

Delphine CHAMPETIER

Le dispositif que j'ai présenté ne permet effectivement pas de traiter de tels cas de figure. En revanche, un signalement peut être déposé auprès de la CPAM.

Une intervenante

De quels recours disposent les assurés qui n'ont parfois pas d'autre choix que d'accepter les conditions exigées pour pouvoir être soignés ?

Delphine CHAMPETIER

Il convient de se renseigner sur le point de savoir s'il existe une offre concurrente à un tarif plus abordable et éventuellement de se rapprocher de la Commission d'Action sociale de la CPAM.

Un intervenant

En Action Sanitaire et sociale, nous sommes parfois confrontés à des personnes aux faibles

revenus qui se voient imposer des dépassements d'honoraires exorbitants par des praticiens qui ne font preuve d'aucune mesure. Financer ainsi les dépassements d'honoraires pose problème.

Delphine CHAMPETIER

La question du tact et de la mesure se pose effectivement. Les dépassements pratiqués ne sont pas analysés patient par patient, mais les très grands taux de dépassement sont analysés de près. Nous écrivons aux praticiens concernés pour qu'ils se justifient, mais nous ne sommes pas outillés pour suivre chaque situation individuelle.

Une intervenante

Le site Ameli permet de choisir un praticien du secteur 1 ou du secteur 2, mais est-il possible de savoir si un praticien est conventionné ou non ?

Delphine CHAMPETIER

Lorsqu'ils prennent rendez-vous, les assurés sont de plus en plus nombreux à demander à l'intéressé s'il relève ou non de l'OPTAM. En effet, le taux de remboursement, y compris par la complémentaire, en dépend. Il y a donc un intérêt collectif à encourager cette démarche de maîtrise des tarifs. Les associations peuvent jouer un rôle important en la matière, mais il revient avant tout aux patients d'interroger le professionnel sur ce point, lors de la prise de rendez-vous.

Une intervenante

Le taux de professionnels pratiquant un dépassement d'honoraires est également un indicateur important. Il s'élève à 67 % chez les médecins. Le choix des patients est donc théorique en la matière.

La séance est suspendue pour la pause méridienne.



III. RÉSULTATS *TESTINGS* REFUS DE SOINS DÉFENSEUR DES DROITS/ FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Céline BOUILLOT

*Chargée de mission Assurance maladie
et aidants familiaux, UNAF*



Nous n'avons pas encore évoqué la barrière à l'accès aux soins que constitue le refus de soins. Une enquête a récemment été menée pour mieux appréhender le phénomène, et plus particulièrement les refus de soins discriminatoires.

Marianne CORNU-PAUCHET

*Directrice du Fonds de la
Complémentaire Santé Solidaire*



Le *testing* dont je vous présente les résultats a été mené avec le financement du Défenseur des droits.

Le refus de soin est une préoccupation majeure du fonds de la Complémentaire Solidaire depuis plusieurs années. Il a financé différents travaux de recherche à ce sujet et chaque rapport d'évaluation prévu par la loi de juillet 1999 créant la CMU et la CMU-C formule des préconisations pour lutter contre le refus de soins. Par ailleurs, le Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire est membre des Commissions sur le refus de soins auprès des différents ordres professionnels médicaux.

Les *testings* et travaux de recherche ont mis en évidence que :

- le refus de soins est une réalité non négligeable ;
- le taux de refus varie d'une spécialité et d'un secteur de conventionnement à l'autre ;
- le taux de refus de soin varie selon le contexte géographique (milieu urbain ou rural) ;
- certains déterminants mènent au refus de soins.

Un nouveau test a été mené, car la recherche universitaire ne couvre qu'imparfaitement la question de l'accès aux soins. Les derniers travaux réalisés remontaient à 2009 et n'avaient porté que sur des champs géographiques et des échantillons restreints. De ce fait, les résultats n'étaient pas représentatifs. Par ailleurs, aucun *testing* n'était jusque-là venu évaluer le refus de soin sur l'aide au paiement de la complémentaire santé. Or, le cadre juridique prohibant les discriminations couvre l'accès aux soins. Le refus de soigner un patient au motif qu'il relève d'un tel dispositif est illégal depuis 2016.

Le fonds de la Complémentaire Santé Solidaire a donc souhaité s'associer au Défenseur des droits pour mener une nouvelle étude sur le refus de soin au motif de la vulnérabilité économique. Celle-ci a été menée sur la base d'appels téléphoniques, lors de la prise de rendez-vous, et ne couvre donc pas le refus de soins opposé au moment de la délivrance des soins.

Le *testing* a consisté à solliciter des rendez-vous entre février et mai 2019 dans trois spécialités médicales : gynécologie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Deux critères ont été retenus : la fragilité économique (au travers d'une couverture au titre de la CMU ou de l'ACS) et origine africaine. 500 cabinets ont été testés pour chaque spécialité, avec au total 4 500 rendez-vous demandés. Les chercheurs ont procédé à une sélection aléatoire des cabinets en s'assurant

du fait que la représentativité des secteurs et zones géographiques était respectée.

Trois patientes fictives appelaient le cabinet. La première avait un patronyme de consonance française, mais relevait de la CMU-C ou de l'ACS, la deuxième présentait un nom à consonance africaine et était bénéficiaire ou non de la CMU-C ou de l'ACS. La dernière, enfin, se caractérisait par un nom à consonance française et n'était pas bénéficiaire de la CMU-C ni de l'ACS. Les demandes étaient caractérisées par un niveau d'urgence modéré – en cas d'urgence, les médecins sont censés accepter les demandes. Finalement, les demandes de rendez-vous qui aboutissaient étaient annulées.

Les résultats obtenus n'étaient pas toujours ceux attendus. Il apparaît ainsi que, quelle que soit la situation par rapport à la CMU-C ou à l'ACS, il n'y a pas d'écart sensible entre la patiente d'origine française et celle d'origine africaine. En revanche, il en va différemment pour la Bretagne et le Centre Val de Loire. En PACA, les patientes d'origine africaine ont plus de chance d'obtenir un rendez-vous que celles au patronyme à consonance française.

Un autre résultat était en revanche attendu : le taux de refus de soins discriminatoires est élevé pour les titulaires de la CMU-C ou de l'ACS. Ainsi, la patiente de référence (personne française sans fragilité économique) obtenait un rendez-vous dans 70 % des cas, contre un taux de 58 % pour celle titulaire de la CMU-C ou de l'ACS. Le taux de refus est donc de 42 % pour ces derniers patients. Ce chiffre recouvre 12 % de refus de soins discriminatoires (9 % pour les chirurgiens-dentistes, 11 % pour les gynécologues, 15 % pour les psychiatres).

Par ailleurs, le refus de soins discriminatoire est deux fois plus marqué pour l'ACS que pour la CMU-C. Les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas traités de la même manière que ceux de la CMU-C.

Les chercheurs se sont également employés à qualifier la réponse apportée par les médecins ayant opposé un refus de soin discriminatoire. 34 % ont explicitement indiqué ne pas recevoir les patients relevant de la CMU-C ou de l'ACS et 18 % ont affirmé ne pas prendre de nouveau patient.

Par secteur de conventionnement, il apparaît que les discriminations existent en secteur 1, mais sont plus fortes en secteur 2. Ce résultat était déjà connu. Des logiques économiques seraient à l'œuvre pour expliquer les refus de soins. En revanche, lorsqu'un professionnel de secteur 2 a signé l'OPTAM, le refus de soins est moindre. L'OPTAM comporte en effet des engagements en matière d'accueil des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

Par région, il apparaît que le refus de soin est beaucoup plus important en Ile-de-France, et spécialement à Paris. Chez les dentistes, la discrimination est de 38 %, contre 9 % pour l'ensemble du territoire national. La densité médicale n'apparaît pas comme un facteur déterminant du refus de soins.

Magali LEO

*Responsable Plaidoyer, RENALOO et
conseillère CNAM France Assos Santé*



Dans 70 % des cas, la patiente référente obtient un rendez-vous. Comment analysez-vous les 30 % restants ?

Marianne CORNU-PAUCHET

Il s'agit d'un refus de soin licite qui s'explique par l'offre. Le refus de soins n'est considéré comme discriminatoire qu'une fois que l'enquête a montré que le médecin n'avait pas de raison licite de ne pas accepter le patient.

Un intervenant

Que pense l'Ordre des médecins de résultats aussi catastrophiques ? Ce sont nos impôts qui ont payé leurs études ; comment accepter qu'ils opposent des refus de soins et qu'ils pratiquent des dépassements d'honoraires ?

Marianne CORNU-PAUCHET

Je ne suis pas en situation de répondre à votre interpellation. Les Ordres sont chargés d'animer des Commissions pour évaluer le refus de soins. Un certain nombre d'associations font partie de ces Commissions. A priori, l'ordre des médecins considère que le sujet doit être traité. En termes d'image, ils sont attachés au fait que des avancées interviennent en la matière et pour que les situations de refus de soins soient traitées au plus près du terrain.

Une intervenante

En fait, vous ne distinguez pas les refus de soins selon qu'ils sont discriminants directement ou indirectement, selon qu'ils sont explicitement motivés par le fait que le demandeur est affilié à la CMU-C ou à l'ACS.

Je m'interroge par ailleurs sur la portée de ce *testing*, dont la valeur probante n'est pas reconnue alors qu'il porte sur une réalité niée de longue date par les Ordres.

Marianne CORNU-PAUCHET

Les chiffres en notre possession montrent que les motifs indirects mènent à un refus direct de soins. Il y a également refus indirect lorsque le médecin ne donne un rendez-vous que six ou neuf mois plus tard ou à des horaires inacceptables. Le *testing* a montré que cette dernière pratique n'a pas cours d'une manière significative. En revanche, prétendre ne pas être équipé pour lire les cartes vitales ou ne pas gérer une pathologie donnée constitue un argument difficile à accepter.

Effectivement, un *testing* mené dans les conditions évoquées n'a pas de valeur juridique. Il n'en irait autrement que si le *testing* avait été mené de manière répétée auprès d'un même professionnel de santé et dans le respect d'un protocole méthodologique strict.

Ici, le propos était d'évaluer la situation à une vaste échelle et d'obtenir des chiffres qui ne peuvent pas être attaqués.

Le Défenseur des droits a beaucoup communiqué. Il importe maintenant de tirer des préconisations de ces résultats. Celles formulées depuis quinze ans n'ont pas eu d'effets sensibles. Cela étant, selon la Direction de la Sécurité sociale, le décret d'application de la loi Santé devrait finir par être publié.

Un intervenant

Voici plusieurs années, des *testings* menés par le CIS avaient permis d'identifier de praticiens refusant les bénéficiaires de la CMU-C. Ces praticiens n'ont jamais été véritablement sanctionnés. Pourtant, faire un exemple serait de nature à produire un effet appréciable sur l'ensemble de la communauté. Pourquoi ne pas en tester systématiquement certains, afin de constituer des preuves ?

Marianne CORNU-PAUCHET

Je suis parfaitement d'accord avec vous. Je reconnais effectivement que les préconisations n'ont débouché sur aucune amélioration concrète. La solution reste à trouver.

I. LUTTE CONTRE LES REFUS DE SOINS ET COMPORTEMENTS INADAPTÉS

Une vidéo est projetée en séance. Elle montre une personne à mobilité réduite qui s'est vu refuser par un gynécologue malgré un rendez-vous pris six mois à l'avance, au motif que la salle adaptée aux patients à mobilité réduite n'était pas disponible. Le gynécologue a fait sentir à la patiente que celle-ci lui faisait perdre son temps et s'est même permis des observations humiliantes. L'intéressée a vécu cet épisode comme un traumatisme.

Aude BOURDEN

Conseillère Nationale Santé-Médico-social, APF- France



Nous pouvons, grâce à ce témoignage, établir un lien entre le renoncement au soin et le refus de soins. Nous voyons également que le refus de soins n'intervient pas uniquement lors de la prise de rendez-vous. Enfin cette vidéo permet également de mettre en lumière le motif discriminatoire lié au handicap qui n'a jamais été évalué jusqu'ici dans les études.

Féreuze AZIZA

Chargée de mission Assurance maladie, France Assos Santé et Aude BOURDEN.



Le refus de soins peut être discriminatoire. Il peut être direct comme un refus de rendez-vous ou indirect, comme un délai de rendez-vous anormalement long ou un refus de pratiquer le tiers payant.

Lors de chaque réforme intéressant la santé, les associations se mobilisent pour que le législateur adopte des réformes de progrès. Les dispositions de 2009 n'ont jamais été mises en œuvre. En 2019, un engagement oral a été souscrit par le ministre.

Il serait utile qu'il ne revienne plus au patient de prouver que le médecin a fait preuve d'une attitude discriminatoire, mais au médecin de prouver qu'il a respecté ses obligations (renversement de la charge de la preuve). Ce serait une autre avancée importante. Le législateur ne nous a toujours pas entendus sur ce point.

Les Commissions auprès des Ordres professionnels mis en place par la loi de 2016 peinent à jouer leur rôle s'agissant du refus de soin, car il est délicat de se mettre d'accord sur une définition du refus de soin discriminatoire et de distinguer le refus de soin légitime de celui qui serait illégitime. Il est par ailleurs difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène. Le seul moyen de le mesurer est de procéder à des *testings*. Or, cela suppose des moyens.

La situation s'améliore, mais seulement lentement.

Selon l'Observatoire du Renoncement aux Soins, 1 % des 160 000 personnes interrogées se sont vu refuser des soins. Le taux de refus de soins discriminatoire est de 12 % chez les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS selon le *testing* qui vient de nous être présenté. 25 % des bénéficiaires de ces derniers dispositifs se sont vu refuser un rendez-vous selon le sondage BVA France Assos Santé de la semaine dernière.

Nous constatons :

- que le nombre de saisines des médiateurs CPAM à ces sujets est faible (600 par an) ;
- que les motifs de saisine se bornent aux refus de soins aisément objectivables ;
- qu'aucune étude n'a été menée sur les refus de soins indirects ou sur les personnes en situation particulière.

Féreuze AZIZA

Ces constats rendent compte des difficultés auxquelles se heurtent les acteurs. Les dispositifs sont méconnus des professionnels de santé, mais également des usagers, qui ignorent qu'ils peuvent saisir le médiateur de la CPAM ou l'Ordre professionnel. De surcroît, ils ne savent pas comment procéder à une telle saisine. Les procédures ne sont pas toujours simples à mettre en œuvre. Enfin, les usagers, même s'ils connaissent les possibilités de saisine, peuvent être réticents à engager les démarches, par crainte de ne pas être cru notamment.

De surcroît, les personnes confrontées à un refus de soins sont généralement des personnes vulnérables, dont la priorité est d'accéder aux soins. Les personnes âgées, tout comme les personnes en situation de handicap, sont probablement confrontées à des situations de refus de soins spécifiques.

Sur la base de ces constats, différentes propositions ont été formulées :

- inclure la thématique du refus de soin au parcours de formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- mener des études sur les publics spécifiques (personnes en situation de handicap, personnes âgées, etc.) ;
- communiquer auprès des professionnels de santé et des usagers pour faire connaître le refus de soin et les recours existants ;
- mettre en place un dispositif d'accompagnement des usagers dans la démarche de saisine du médiateur – que le formulaire soit facilement accessible ;
- améliorer la communication sur la page des ordres et dans les salles d'attente ;
- prévoir la représentation des associations d'usagers au sein des Commissions Assurance maladie des Ordres professionnels ;
- inverser la charge de la preuve.

Une intervenante

Aucun recours n'existe face à un professionnel de santé qui refuse de prendre de nouveaux clients. S'il était possible de lui forcer la main, la qualité des soins pourrait-elle aller se dégradant ? Quelle est la bonne réponse à apporter à cette problématique ? Je crains que le refus de prendre de nouveaux clients ne connaisse une montée en puissance au fil des années à venir, surtout au regard de la désertification observable dans certains territoires.

Un intervenant

Il ne faut pas compter sur les Ordres pour faire évoluer les choses. En CPAM, il n'est par ailleurs que peu question des patients. Enfin, certaines personnes en longue maladie craignent les répercussions de leurs éventuelles plaintes et remarques.

Une intervenante

Les professionnels de santé sont cajolés par les CPAM, notamment au travers des conventions qui leur accordent des compléments d'honoraires à différents titres, comme l'installation dans une zone en tension, sans pour autant qu'ils aient à fournir la moindre contrepartie.

Une intervenante

Le regroupement des professionnels de santé en maison pluridisciplinaire est-il un facteur favorisant la diminution de l'offre de soins ?

Aude BOURDEN

Nous ne disposons d'aucune donnée sur ce point.

Une récente enquête de l'UFC Que Choisir montre que la moitié des médecins traitants refuseraient un patient en parcours coordonné. Les refus sont plus nombreux dans les zones correctement dotées que dans les zones sous-dotées. En zone dense, les médecins auraient tendance à penser que les patients trouveront à être reçus par un autre confrère. Il n'est donc pas simple d'établir un lien entre refus de soins et densité de l'offre sur un territoire.

Un intervenant

Des partenariats ont été conclus avec les Maisons des Services au Public. Ils ont montré que les associations de patients peuvent jouer un rôle pour faire connaître leurs droits aux usagers. Plusieurs initiatives ont été déployées en la matière qui mériteraient d'être imitées.

II. VERS UNE VÉRITABLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE



Céline BOUILLOT

L'accès aux soins dépend en partie de la couverture de chaque personne : la probabilité de renoncer à un soin est plus forte pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. La mise en place de la nouvelle Complémentaire Santé Solidaire soulève un certain nombre de difficultés, notamment du fait de son système de cotisation.

Féreuze AZIZA

Seuls 5 % des Français ne disposent pas d'une complémentaire santé, mais il est inquiétant de constater que, dans cet ensemble, les plus pauvres sont surreprésentés. Les contrats individuels concernent de nombreuses personnes parmi les plus précaires d'entre nous. Or, ils donnent droit à de moindres remboursements que les contrats collectifs.

Magali LEO

Les travaux du ministère de la Santé montrent que le taux d'effort des ménages les plus pauvres en matière de santé est largement plus élevé que celui des ménages les plus riches. L'effort va également croissant avec l'âge. Les personnes en ALD affichent quant à eux des restes à charge importants, contrairement à ce qui devrait être théoriquement une prise en charge à 100 % : certains frais ne sont pas remboursés.

Féreuze AZIZA

Au titre des difficultés que les intéressés rencontrent, il est possible de citer le fait que les titulaires d'un contrat individuel doivent assumer seuls l'intégralité de leurs cotisations. Les personnes âgées sont par ailleurs celles qui paieront le plus cher et pour qui le taux d'effort sera le plus élevé. Il n'y a pas de lien entre niveau de revenu et montant des cotisations en complémentaire santé.

Enfin, certaines personnes avec des besoins de santé importants sont exclues de la Complémentaire Santé Solidaire, alors que leurs revenus sont faibles (le plafond est fixé à 1 007 euros, soit très légèrement moins que le seuil de pauvreté officiel, fixé à 1 041 euros).

Magali LEO

Au titre des difficultés rencontrées par les usagers, il est possible de mentionner :

- les démarches administratives et la nécessité de fournir des justificatifs, parfois sous forme numérique ;
- les limitations de prise en charge liées au contrat responsable (avec de nombreuses exclusions de garantie, notamment sur la franchise médicale ou sur les soins hors parcours coordonné, dépassement d'honoraires des praticiens de secteur 2 non signataires de l'OPTAM) ;
- la difficulté à choisir de manière éclairée un contrat, tant les comparaisons sont malaisées – les engagements souscrits en la matière ne sont pas respectés sur le terrain par les opérateurs.

Féreuze AZIZA

Sur la base de ces constats, nous avons formulé les propositions suivantes.

- Ouvrir aux personnes bénéficiaires d'une complémentaire santé individuelle une déduction fiscale de 50 % de leur cotisation sur la base du niveau 1 de leur contrat et dans la limite du Plafond mensuel de la Sécurité sociale.
- Elever le plafond de ressources de la Complémentaire Santé Solidaire à hauteur de 100 % du plafond CMU-C (contre 35 % actuellement).
- Moduler le montant de la cotisation à la Complémentaire Santé Solidaire en fonction du niveau de revenus des assurés et non plus en fonction de leur âge.
- Prévoir une communication importante et ciblée sur la Complémentaire Santé Solidaire auprès du grand public.
- Permettre l'étude automatique du droit à la Complémentaire Santé Solidaire pour les bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés et de l'Allocation Supplémentaire Invalidité.
- Permettre aux personnes sollicitant le bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire de choisir les modalités de communication avec les services de l'Assurance maladie pour éviter les risques de nonaccès et de rupture de droits liés au «tout numérique» - certains usagers n'ont pas accès à Ameli.
- Evaluer l'impact des exclusions de garanties prévues par les contrats responsables sur le niveau de couverture des assurés et leur accès aux soins.
- Rendre opposables les engagements pris par les organismes complémentaires en matière de lisibilité des contrats en s'assurant d'un véritable accès à l'information et d'une réelle comparabilité des offres.

Aude BOURDEN

La possibilité d'un accompagnement à l'ouverture des droits a été inscrite dans le PLFSS.

Un intervenant

A mon sens, une déduction fiscale de 50 % ne fait pas sens pour des personnes qui ne sont généralement pas imposables.

Féreuze AZIZA

Un crédit d'impôt serait imaginable dans ce cas.

Un intervenant

Les représentants d'usagers siègent dans les établissements sanitaires et dans des Commissions spécialisées, mais pas dans les structures de soins de premier recours. France Assos Santé s'engagera-t-elle en faveur de l'introduction d'une telle représentation, notamment dans les CPTS ou les réseaux de coordination d'accès en santé ?

Féreuze AZIZA

Votre question est bonne, mais elle porte sur un autre sujet : celui de la représentation des usagers. Des travaux sont en cours à ce sujet.

Un intervenant

Il serait pourtant regrettable que les représentants d'usagers ne portent pas le discours que vous nous présentez devant les structures de premier recours.

Féreuze AZIZA

Tel n'est pas l'objet de notre plaidoyer.

Une intervenante

Pourquoi les associations ne se regrouperaient-elles pas pour proposer une offre de complémentaire santé intéressante aux personnes en situation de précarité ?

Une intervenante

Le Comité Consultatif du Secteur Financier qui regroupe les banquiers et les assureurs doit rendre en décembre un avis sur la visibilité des contrats. Ces avis ne sont pas opposables, mais les assureurs qui y siègent savent que s'ils ne tiennent pas les engagements qu'ils prennent officiellement devant le CCSF, ils encourent une sanction de la part de Bercy.

Féreuze AZIZA

Certaines associations proposent effectivement des complémentaires santé de leur cru. ATD Quart Monde a proposé une telle offre. Il est cependant délicat de négocier des conditions favorables alors que la population concernée

est dans une situation spécifique en termes de santé. A ma connaissance, aucune association de malade ne l'a encore fait. Harmonie Mutuelle propose toutefois quelque chose aux personnes porteuses d'un handicap.

Un intervenant

Nous apprécierions que tous ces sondages et *testings* soient également menés dans les Outre-mer. Vous ne devez pas oublier la France ultramarine dans vos plaidoyers et tenir compte de ses problématiques spécifiques.

Céline BOUILLOT

Il s'agit d'une de nos premières demandes au lancement des enquêtes : que celles-ci soient également menées dans les Outre-mer. Cela nous est généralement refusé pour des raisons financières.

Un intervenant

Nous pouvons intervenir comme relais sur place. Il n'y aurait par ailleurs pas de surcoût dans le cadre d'un *testing* téléphonique. Les Antilles sont confrontées à des problématiques spécifiques réelles. Nous attendons de l'aide et un questionnement. Les Antilles sont également la France.

Féreuze AZIZA

Nous sommes bien évidemment d'accord avec vous et ces demandes sont relayées par les associations. Dans les TOM, les problématiques d'accès aux soins sont très inquiétantes. Bien évidemment, nous relaierons votre demande auprès des pouvoirs publics.

Un intervenant

Cela devrait apparaître dans vos propositions.

Féreuze AZIZA

Cela pourrait y figurer. Ce point sera examiné.

Un intervenant

Je suis étonnée qu'il ne soit pas question ici de l'Aide Médicale d'Etat. France Assos Santé considère-t-elle déjà comme acquis ait que l'AME sera intégrée au régime général de l'Assurance maladie ?

Féreuze AZIZA

L'AME est un sujet à part entière. Il était effectivement demandé dès l'origine que les bénéficiaires de l'AME soient intégrés au régime général de l'assurance maladie. Nous n'en avons pas fait un point spécifique de notre plaidoyer, mais nos propositions en la matière ont été relayées et cette population, concernée par les difficultés d'accès aux soins, n'est pas oubliée.

III. EN FINIR AVEC LES RESTES À CHARGE (RAC)

Résultats de l'enquête France Assos Santé, UNAF, FNATH : « Restes à charge invisibles ».

Féreuse AZIZA

Nous commencerons par un témoignage de patient.

Une vidéo est projetée en séance. Une personne souffrant de plusieurs pathologies lourdes ayant dû arrêter de travailler 13 ans plus tôt explique être exposée à un total de 200 euros de reste à charge par mois alors que ses ressources sont des plus limitées. Elle a ainsi dû renoncer à certains médicaments prescrits faute pour ceux-ci d'être remboursés. Elle assume également le coût du matériel mis à disposition des aides-soignants. Pour supporter le quotidien, elle suit des séances de sophrologie et s'est inscrite dans une salle de sport – là encore, ces dépenses indispensables à sa santé sont à sa charge. Les franchises médicales et participations forfaitaires lui coûtent 100 euros chaque année. L'hygiène de son domicile doit par ailleurs être irréprochable afin d'éviter les infections, ce qui l'expose à un surcoût de produits d'entretien. Pour les appareils auditifs, son reste à charge s'élève à 800 euros.

Féreuse AZIZA

Ce témoignage illustre la diversité des restes à charge qui pèsent sur les assurés. Les frais d'hygiène ne sont pas forcément pris en compte dans les calculs officiels.

Pour analyser la question, une étude a été menée récemment. Nous vous en présentons les résultats.

La France, selon le ministère, affiche 214 euros de reste à charge moyen par habitant et par an. L'enquête s'est concentrée sur les restes à charge invisibles, ceux non pris en compte par les communications officielles. Nous avons pris en compte les médicaments non remboursés. L'enquête a été menée auprès de toute personne concernée par un problème de santé ou de handicap.

Cette enquête a été mise en ligne du 27 septembre au 31 octobre 2019 et diffusée sur le site Moipatient. Une inscription préalable était obligatoire. Le traitement et l'analyse des résultats ont été assurés par Cemka. La communication a principalement été assurée au sein du réseau associatif.

L'échantillon interrogé n'est aucunement représentatif. Il s'agit simplement de témoignages. Les femmes sont probablement surreprésentées.

Sur 351 réponses collectées, il apparaît que :

- 61,5 % des répondants étaient atteints d'une ou plusieurs pathologies ;
- 21,9 % des répondants étaient en situation de handicap ;
- 70,3 % des répondants étaient des femmes ;
- l'âge moyen des répondants était de 50 ans (41 ans pour ceux ayant répondu avec l'aide d'un proche).

Les trois quarts des répondants étaient en ALD et 95 % étaient couverts par une complémentaire santé (individuelle dans 60 % des cas, pour une cotisation mensuelle moyenne de 152 euros).

L'enquête portait uniquement sur les restes à charge non remboursés par l'AMO et l'AMC.

Elle excluait également les restes à charge déjà bien repérés tels que les dépassements d'honoraires, les frais d'hospitalisation, les franchises et participations forfaitaires, etc. Les montants indiqués ne tiennent donc pas compte de ces postes de dépenses, mais viennent en complément. En revanche, ils prennent en compte :

- les médicaments non remboursés, prescrits ou non ;
- le matériel médical ;
- les produits d'hygiène ;
- le surcoût lié à l'alimentation ;
- les frais liés à l'achat de produits solaires ;
- les séances d'épilation (en cas de traitement causant une pilosité excessive) ;
- les frais de transports, de parking et de péages ;
- les frais d'hébergement pour des soins éloignés du domicile ou pendant l'hospitalisation d'un proche ;
- les frais liés à l'emploi d'une aide à domicile ;
- les frais de psychologue, de diététicien, d'ergothérapeute et de médecines complémentaires.

87,4 % des répondants déclarent avoir eu des frais liés à leur santé non remboursés par la Sécurité sociale ou leur mutuelle/assurance complémentaire santé au cours des 12 derniers mois. 8 sur 10 sont concernés par des médicaments prescrits, mais non remboursés, ce qui soulève la question de l'évaluation de l'utilité des médicaments. Dans plus de 50 % des cas,

les répondants étaient concernés par les produits d'hygiène, de nutrition, les frais de transport et les frais d'hébergement.

Au total, 40 % des répondants étaient exposés à des restes à charge liés à des médicaments prescrits, mais non remboursés pour un montant supérieur à 100 euros par an. Deux tiers des personnes disent être concernés par un reste à charge lié à des médicaments non prescrits par leur médecin.

Céline BOUILLOT

Plus de six répondants sur dix affirment être exposés à des frais de transport ou de parking pour se faire soigner ou rendre visite à un proche hospitalisé. Dans 30 % des cas, ce reste à charge est compris entre 200 et 1 000 euros par an.

Les frais d'hébergement apparaissent dans plus de 20 % des réponses et peut être compris entre 200 et 1 000 euros par an (dans 30 % des cas).

Les séances de psychologue, diététicien et ergothérapeute donnent lieu à un reste à charge compris entre 100 et 500 euros par an pour la moitié des répondants concernés. Pour 1 %, ce reste à charge est supérieur à 3 000 euros.

Plus d'un répondant sur deux évoque les séances d'ostéopathie et de sophrologie (plus de 100 euros par an dans 60 % des cas).

Le reste à charge lié au matériel médical concerne plus de la moitié des répondants, pour plus de 200 euros par an dans 20 % des cas.

Les produits d'hygiène sont à l'origine d'un reste à charge de plus de 100 euros par an pour 16 % des répondants.

Les surcoûts alimentaires sont mentionnés dans 40 % des réponses, avec plus de 100 euros de reste à charge annuel dans 30 % des cas.

L'aide à domicile occasionne un reste à charge chez 25 % des répondants ; il peut atteindre 3 000 euros.

D'autres frais ont été librement mentionnés par les répondants (dans 6 % des réponses) et peuvent atteindre de 500 à 1 000 euros.

Au total, le reste à charge moyen s'élève chez les 351 répondants à 1 000 euros, montant qui j'ajoute aux franchises et dépassements d'honoraires, etc. Pour 22 % des répondants, le reste à charge annuel est supérieur à 1 500 euros.

Dans 84 % des cas, le répondant ne trouve aucune solution pour réduire ce reste à charge.

54 % des répondants se sont déjà trouvés en difficulté financière de ce fait et plus de 70 % ont déjà renoncé à des dépenses liées à leur santé

– 40 % ont déjà renoncé à des dépenses d'une autre nature.

Seuls 14,5 % des répondants sont informés des aides dont ils peuvent bénéficier pour faire face à ces dépenses. L'information ou l'accompagnement venait principalement d'une association (43,3 %) ou de la MDPH (40,0 %).

Moins de 10 % des répondants ont bénéficié d'une aide financière pour faire face à ces restes à charge. Lorsqu'elle existe, elle est dispensée par les MDPH ou par une association. Environ un quart des répondants ont sollicité d'autres moyens pour faire face à ces frais (crédit à la consommation dans 40 % des cas ou emprunt familial dans 23 % des cas).

Près de 7 répondants sur 10 (69,8 %) estiment que la maladie ou le handicap a été à l'origine d'une perte de revenus au cours des 12 derniers mois. Ces pertes de revenus sont principalement dues à des arrêts maladie (38 %) et/ou à une diminution du temps de travail (30 %).

Certains des répondants ont fait état de restes à charge peu souvent évoqués dans la littérature : documentation sur une pathologie, scolarité en établissement privé rendus obligatoires du fait d'un refus d'intégration dans un lycée public, nécessité d'acquiescer des vêtements adaptés, entretien physique/psychologique, frais de cure, etc.

Féreuze AZIZA

Parmi les restes à charge étudiés, 6 catégories ont été citées par plus de 50 % des répondants :

- médicaments prescrits et non remboursés ;
- médicaments non prescrits ;
- médecines alternatives et complémentaires ;
- transports/parkings et péages ;
- produits d'hygiène ;
- matériel médical.

Ce sont également ces postes de dépenses qui différencient les répondants ayant des restes à charge totaux élevés du reste de la population.

Il est possible de formuler plusieurs réflexions générales sur l'enquête.

La question du périmètre des frais identifiés se pose : que doit-on considérer comme relevant d'une prise en charge sanitaire ?

Les modalités de diffusion de l'enquête induisaient un biais de sélection et donc un échantillon non représentatif.

L'enquête met en lumière des restes à charge peu identifiés.

L'enquête met en lumière la question importante de la perte de revenus qu'il serait nécessaire d'analyser plus avant.

Elle permet de poser les bases d'une réflexion visant à étudier ce coût par des enquêtes innovantes à réaliser pour améliorer l'accès aux soins.

Céline BOUILLOT

Il existe plusieurs définitions du reste à charge, mais, selon le ministère, il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. La DREES indique que le reste à charge moyen par habitant s'élevait en 2018 à 214 euros, soit 7 % du montant total des dépenses de santé.

Ainsi calculé, le reste à charge ne tient pas compte de l'ensemble des dépenses de santé, directes et indirectes, qui peuvent représenter des montants importants.

Les communications officielles sur le reste à charge des ménages masquent des disparités très importantes et ne rend pas compte de dépenses parfois très élevées, comme dans le cas des fauteuils roulants électriques. De la même manière, malgré une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une ALD, des restes à charge importants demeurent.

Les soins de ville, comprenant les dépassements d'honoraires et les soins dentaires prothétiques, représentent environ 40 % de la participation des ménages.

La proportion de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 est passée de 40 % en 2009 à 47 % en 2018.

L'action doit composer avec les difficultés suivantes.

- Les restes à charge « invisibles » échappent de fait aux actions visant leur prise en charge.
- Les soins délivrés par les médecins en secteur 2 sont moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire que ceux délivrés par un médecin en secteur 1 ou en secteur 2 adhérent à l'OPTAM. Or il n'est pas toujours possible de trouver un praticien exerçant en secteur 1.
- Le parcours de soins coordonnés induit, pour les personnes n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou consultant un spécialiste sans passer par le médecin traitant, un moindre remboursement par l'Assurance maladie et un non-remboursement par leur complémentaire santé dans le cadre des contrats « responsables ». Or, tous les patients ne parviennent pas à trouver un médecin traitant.
- Les franchises médicales et les participations forfaitaires font peser des restes à charge non remboursables sur les personnes les plus

malades, recourant le plus au système de santé. Elles peuvent en outre être recouvrées sur des prestations comme les indemnités journalières et les pensions d'invalidité, et ce jusqu'à 5 ans après leur constatation – ceci est problématique pour les personnes en ALD qui ne font pas d'avance de frais et qui peuvent faire l'objet d'un prélèvement en une fois après plusieurs années.

- La notion de « soins de confort » (certains médicaments non remboursés, séances de sophrologie...) minimise le grand intérêt que présentent ces soins pour certains patients.

Selon le sondage BVA réalisé pour France Assos Santé en octobre 2019, seulement 3 % des répondants indiquent une baisse de leurs restes à charge au cours des dernières années.

Un certain nombre de situations échappent encore à la réforme 100 % santé (ex : implantologie en dentaire alors que les prothèses dentaires classiques ne sont pas toujours possibles).

Dans ce contexte, nous formulons les propositions suivantes :

- développer des modalités d'enquêtes innovantes pour « capturer » l'ensemble des restes à charge directement ou indirectement liés à la santé des patients et de leurs proches ;
- concevoir des dispositifs de prise en charge plus personnalisés en fonction, notamment, de l'état de santé et du reste à vivre des personnes malades et/ou en situation de handicap – des forfaits seraient imaginables ;
- instaurer des prix limites de vente en cohérence avec les tarifs de remboursements pour tous les biens médicaux ;
- supprimer le secteur au 2 au profit du secteur 2 OPTAM sous 2 ans ;
- interdire tout dépassement d'honoraires pour les actes et consultations médicales délivrés par des professionnels de santé s'installant dans des zones sur dotées ;
- évaluer l'impact du « parcours de soins coordonnés » sur le reste à charge des assurés ;
- inscrire par décret la suppression de la majoration de participation des assurés pour non-respect du parcours de soins lorsqu'ils n'ont pas pu trouver de médecin traitant – la CNAM a donné des instructions aux CPAM de ne pas pénaliser les personnes qui n'ont pas pu trouver de médecin traitant ;
- interdire le prélèvement des franchises médicales et participations forfaitaires sur les indemnités journalières et les pensions d'invalidité ;
- ramener le délai de récupération des franchises médicales et des participations forfaitaires à 2 ans ;
- supprimer les franchises médicales sur les médicaments génériques ou biosimilaires.

Un intervenant

Les 214 euros de reste à charge visible représentent environ 14 milliards d'euros. Pouvons-nous déduire le coût global du reste à charge invisible à partir des chiffres avancés par votre présentation, par exemple en multipliant le montant de 1 000 euros par une fraction de la population des Français en ALD ?

Féreuze AZIZA

Non. Notre enquête n'a pas été menée sur un échantillon représentatif. Il n'est donc pas possible d'extrapoler sur la base des réponses collectées. En tout état de cause, il s'agit de frais liés à leur santé qui ont des conséquences importantes pour eux, à leur sens.

Un intervenant

Disposez-vous d'une catégorisation des répondants ? S'agit-il d'urbains ou plutôt de ruraux ?

Féreuze AZIZA

Nous n'avons pas de précisions sur ce point. Il existait des disparités géographiques, mais aucune analyse n'a été menée sur ce point précis. Des disparités géographiques ont cependant été mises en évidence.

Un intervenant

Votre échantillon paraît très réduit. Pourquoi ne pas avoir mis à contribution les associations de France Assos Santé pour mener une étude plus représentative et donc à l'impact plus fort ?

Céline BOUILLOT

France Assos Santé a diffusé cette enquête. D'autres associations ont relayé la communication. L'enquête en ligne présentait l'inconvénient de supposer une inscription préalable.

Un intervenant

Je suis surpris que vos plaidoyers n'interrogent pas davantage la responsabilité des représentants d'usagers auprès des CPAM. Il serait intéressant de réfléchir au moyen de faire remonter les

données départementales vers le niveau national. En Commission des usagers, j'ai demandé combien de personnes ayant la CMU n'avaient pas de médecin référent. Il est apparu que le taux de ces derniers était élevé. Il serait envisageable de solliciter, au plus près du terrain, les mêmes informations partout.

Aude BOURDEN

Notre propos était d'évaluer les dépenses n'apparaissant pas dans les comptes de l'Assurance maladie. Les CPAM n'auraient par définition pas pu nous renseigner. Pour le reste, des informations sont disponibles.

Un intervenant

Cette étude, même si elle n'est pas exploitable, est intéressante en ce qu'elle permet de prendre en compte des dépenses dont tout le monde sait qu'elles existent sans pour autant pouvoir les chiffrer. France Assos Santé doit se saisir de ces informations, éventuellement pour les confier à des universitaires aux fins d'investigations plus poussées.

Il serait justifié d'exiger que le seuil d'éligibilité à la Complémentaire Santé Solidaire soit aligné sur le seuil officiel de pauvreté, soit 1 041 euros.

La journée est close à 16 heures 05.

France Assos Santé est le nom choisi par l'**Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé** afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts. Forte d'une mission inscrite dans le code de la santé publique *via* la loi du 26 janvier 2016, France Assos Santé a été créée en mars 2017 à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices, en s'inscrivant dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire et faire reconnaître une représentation des usagers interassociative forte. Notre volonté est ainsi de permettre que s'exprime la vision des usagers sur les problématiques de santé qui les concernent au premier chef, par une voix puissante, audible et faisant la synthèse des différentes sensibilités, afin de toujours viser au plus juste de l'intérêt commun.

France Assos Santé est composée de 85 associations

AAVAM (Association nationale de défense des intérêts des Victimes d'accidents des médicaments), **Actions Traitements**, **ADMD** (Association pour le droit de mourir dans la dignité), **Advocacy France**, **AFA** (Association François Aupetit), **AFDE** (Association française Des Dysplasies Ectodermiques), **AFDOC** (Association française des Malades et Opérés cardio-vasculaires), **AFGS** (Association française du Gougerot Sjögren et des Syndromes secs), **AFH** (Association française des Hémophiles), **AFM-Téléthon**, **AFPric** (Association française des polyarthritiques), **AFSA** (Association française du Syndrome d'Angelman), **AFSEP** (Association française des Sclérosés en Plaques), **AFVD** (Association francophone pour vaincre les douleurs), **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme), **AIDES**, **AINP** (Association d'Information sur la Névralgie Pudendale), **Alcool Assistance**, **Alcool Ecoute Joie & Santé**, **Alliance du Cœur**, **Alliance Maladies Rares**, **AMADYS** (Association des Malades Atteints de Dystonie), **AMALYSTE** (Association des victimes des syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson), **A.M.I. nationale** (Association nationale de défense des malades, invalides et handicapés), **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde), **APF France Handicap**, **ARGOS 2001**, **ARSLA** (Association pour la recherche sur la SLA), **ASBH** (Association nationale Spina Bifida et Handicaps Associés), **ASF** (Association des Sclérodermiques de France), **ASFC** (Association Française du Syndrome de Fatigue Chronique), **Autisme France**, **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux), **CADUS** (Conseil Aide & Défense des Usagers de la Santé), **CLCV** (Association nationale de consommateurs et d'usagers en France), **CNAFAL** (Conseil National des Associations Familiales laïques), **CNAFC** (Confédération nationale des Associations Familiales Catholiques), **CNAO** (Collectif national des Associations d'Obèses), **EFAPPE Epilepsies** (Fédération des Associations en faveur des Personnes handicapées par des Epilepsies sévères), **E3M** (Association d'Entraide aux Malades de Myofasciite à Macrophages), **Épilepsie-France**, **Familles de France**, **Familles Rurales**, **Fédération française des Diabétiques**, **Fédération nationale des Amis de la santé**, **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires), **FFCM** (Fédération française des Curistes Médicalisés), **FFSA** (Fédération Française Sésame-Autisme), **FGCP** (Fédération France Greffes Cœur et/ou Poumons), **Fibromyalgie France**, **Fibromyalgie SOS**, **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie), **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités), **FNATH** (Association des accidentés de la vie), **France Alzheimer**, **France Parkinson**, **France Rein**, **Généralisations Mouvement**, **JALMALV** (Jusqu'à la mort accompagner la vie), **La Croix bleue** (Association d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et autres addictions), **La CSF** (La Confédération syndicale des familles), **La Ligue contre le cancer**, **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales), **Le Planning familial**, **Les Petites frères des Pauvres**, **PRIARTEM** (Pour Rassembler, Informer et Agir sur les Risques liés aux Technologies ElectroMagnétiques), **Marfans Association**, **Renaloo**, **Réseau D.E.S. France**, **Réseau Environnement Santé (RES)**, **Schizo-Oui**, **SOS Hépatites**, **Transhépate**, **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix), **UFAL** (Union des Familles Laïques), **UFC-Que Choisir**, **UNAF** (Union nationale des associations familiales), **UNAFAM** (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés), **UNAPECLE** (Union nationale des Associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie), **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis), **UNSED** (Union Nationale des Syndromes d'Ehlers-Danlos), **Vaincre la Mucoviscidose**, **Vie Libre**, **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)



France Assos Santé

10, villa Bosquet
75007 Paris
www.france-assos-sante.org

Tél.: 01 40 56 01 49

Compte twitter : @Fr_Assos_Sante



Santé Info Droits - 01 53 62 40 30

Ligne d'information et d'orientation sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h

Mardi, jeudi : 14h-20h

www.france-assos-sante.org/sante-info-droits