

Le rôle du CETAF dans l'accompagnement dans l'accès aux soins par les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie.

Par Norbert Deville et Catherine Sass, respectivement *Directeur général et Coordinateur de projets au Centre Technique d'Appui et de Formations des Centres d'Examens de santé (CETAF)*.



Directeur de cabinet du directeur général de la CNAMTS entre 1989 et 1993, Norbert Deville est nommé directeur de l'administration générale à partir de 1993. Il prend la direction du CETAF en 2003.



Catherine Sass est coordinateur de projets au CETAF.

Le renoncement aux soins a fait l'objet de plusieurs articles dans la revue Regards de l'EN3S, dont un article rédigé par Christian Fatoux, Directeur de la CPAM du Gard et en charge du co-pilotage de la généralisation de la PFIDASS¹, qui s'intitule « Un investissement social de l'Assurance Maladie : la PFIDASS. Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif local d'accès aux soins », paru dans le dernier numéro de décembre 2017 (n°52).

L'article qui va suivre propose de décrire l'action du CETAF, notamment depuis 2003, sur cette thématique du renoncement aux soins et plus largement sur le renoncement à la santé et ce, en lien avec les Centres d'Examens de Santé (CES), les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Unions de caisses et la CNAM.

I- Quelques rappels sur l'évolution des dispositifs réglementaires

Les lois des 27 juillet 1999 et 13 août 2004 ont créé quatre dispositifs d'accès aux soins, à savoir : la couverture maladie universelle (CMU), la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide médicale d'État (AME) et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

¹ Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé.



La CMU de base permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne qui réside en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, avec ou sans domicile fixe, et qui n'est pas déjà couverte par un régime de sécurité sociale.

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite pour les plus démunis qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'Assurance Maladie obligatoire.

L'AME offre, aux personnes en situation irrégulière ayant des ressources inférieures au plafond d'attribution de la CMU-C, une assurance maladie de base et/ou complémentaire.

L'ACS donne une aide au paiement d'un contrat de complémentaire santé aux personnes ayant des ressources un peu supérieures au plafond de la CMU-C.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie (PUMA) est une prestation sociale française qui permet à toute personne ayant une activité professionnelle ou résidant en France, de manière stable et régulière, de bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé (consultations médicales, médicaments, examens médicaux, examens de santé, etc...) dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale. La part complémentaire des soins, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

En outre, d'autres aménagements réglementaires sont apparus : la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyant le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA ; la loi de modernisation de notre système de santé confiant aux Ordres professionnels l'évaluation des refus de soins ; le décret relatif à la stratégie nationale de santé visant à agir sur les déterminants de santé afin de réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

II- Des précisions sur la notion de non-recours aux soins

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

En France, ce droit est inscrit dans la Constitution et est au fondement de la création du système d'Assurance Maladie en application de la première ordonnance du 4 octobre 1945 instituant le régime général de la Sécurité Sociale « *destiné à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature* ».

55 ans après la création de la Sécurité Sociale, le développement de la protection sociale, et ce malgré les nouveaux prélèvements nécessaires à son financement, n'est pas pour autant dénué d'ambition et la loi du 27 juillet 1999 crée la couverture maladie universelle qui a vocation à permettre l'accès aux soins aux personnes les moins favorisées du pays.

La notion de non recours éclaire les limites de la CMU puis de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. En ce qui concerne la PUMA, il est trop tôt pour le dire.

Toutefois, on perçoit à ce stade, que le non recours aux soins et/ou à la santé ne peut pas se résumer à une approche en termes d'accès aux droits.

Dès septembre 2005, Antoine RODE² analysait, dans une thèse intitulée « *Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires* » une approche exploratoire et compréhensive des déterminants médicaux et sociaux, les facteurs du retard ou du renoncement aux soins (RRS) comme embrassant trois niveaux d'explication générale du non-recours, que sont l'individu (perception de la douleur et rapport au corps, scepticisme envers la médecine, manque d'information, isolement social, niveau d'éducation, ...), l'organisme prestataire (relation au médecin, refus de spécialistes de consulter les patients ayant la CMU, accueil inadapté dans certaines structures...) et le dispositif (effet de seuil, délai d'obtention des droits à la couverture maladie, contraintes dans la gestion de la maladie chronique...).

Par ailleurs, il prévoit que « ce découpage nous apprend que : 1/ les facteurs de Renoncement aux Soins de Santé se cumulent, 2/ la précarité et la santé se rejoignent sur un aspect : le rapport au temps. Celui-ci apparaît à tout point de l'analyse. La précarité, au fur et à mesure qu'elle s'installe, entraîne une vie instable, avec des temps morts qui repoussent la satisfaction des besoins ».

De par les constats dressés ci-dessus, qui restent d'actualités, nous retiendrons l'hypothèse que le concept à traiter dans cet article, plus large et important, est celui du renoncement à la santé.

III- Présentation de quelques analyses stratégiques sur le non-recours aux soins


Le renoncement suppose un besoin de santé. Le renoncement aux soins, comme nous l'avons vu, est un concept aux significations multiples et complexes.

En effet, comme l'explique Caroline Desprès, dès octobre 2011, dans une publication de l'IRDES (*Questions d'économie de la santé* – n°169), le renoncement aux soins ne peut être approché qu'avec l'aide d'outils de l'analyse socio-anthropologique, l'économétrie et avec de la méthodologie des enquêtes. En mars 2012, elle conclut un rapport sur cette thématique en écrivant « *Au final, l'approche par le renoncement aux soins apparaît intéressante car, reposant sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne comme acteur de sa prise en charge et non comme objet* ».

En mai 2014, l'IRDES dans sa publication *Question d'économie de la santé* – n° 148, à partir des premiers résultats de l'Enquête santé et protection sociale de 2012, estime que près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Parmi ces personnes, 24 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optiques contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMU et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé (hors CMU-C). Par ailleurs, les personnes appartenant aux 20 % de ménages les plus pauvres sont 15 % à déclarer un renoncement pour raisons financières à des soins d'optiques, quatre fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches (3,6 %).

Ces chiffres seront d'ailleurs repris par le Conseil de l'Ordre National des Médecins (Newsletter n°35, mai-juin 2014) dans un dossier intitulé « *Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade* ».

² Thèse de Master 2 dirigée par Philippe Warin (CNRS), écrite en collaboration avec Jean-Jacques Moulin (Cetaf), l'Association de gestion des centres de santé (AGECSA) et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE).



À souligner que même si les notions sont différentes depuis la loi n° 2016-41 sur la modernisation de notre système de santé, l'article 85 confie aux Ordres professionnels l'évaluation des refus de soins.

En juillet 2015, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), précise, dans le numéro 46 des *Dossiers Solidarité et Santé*, que le niveau du taux de renoncement pour raisons financières est très sensible à la formulation de la question adoptée avec des écarts de 15 points entre les deux formulations proposées par l'étude et est également lié à d'autres aspects du mode de collecte.

Toutefois, la comparaison des taux de renoncement, selon les caractéristiques des parcours, permet de mettre à jour, par exemple, un taux plus élevé pour les personnes non couvertes et un rôle protecteur de la CMU-C.

Attentif à ces résultats, depuis décembre 2012, l'Assurance maladie, en partenariat avec ODENORE, PACTE, CURS et l'Université de Grenoble, a conduit une enquête reposant sur un diagnostic quantitatif de renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie, en mars et avril 2016, qui met en évidence que le renoncement aux soins n'est pas un phénomène marginal, à savoir plus d'un quart de la population enquêtée déclare avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois.

Nommé fin 2014 à la tête de l'Assurance Maladie, Nicolas Revel a proposé de poursuivre la démarche PLANIR et de généraliser à toutes les CPAM, les PFIDASS en appui de celle-ci d'ici la fin de l'année 2018. C'est ce qui est inscrit dans la COG 2018-2022 négociée entre l'État et l'Assurance Maladie.

Pour autant, si cette décision va dans le bon sens pour l'accès au curatif, reste celui concernant la prévention pour lesquels les CES de l'Assurance Maladie, ont un grand rôle à jouer. Une enquête qualitative, de novembre 2017 de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne Rhône-Alpes (ORS), souligne notamment l'importance du repérage, de l'information, de la facilitation des démarches, des liens avec les institutions et les professionnels, de la nécessaire coopération entre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé pour lutter contre le renoncement aux soins et plus encore pour les populations précaires.

IV- De la nécessaire implication du CETAF et des Centres d'examens de santé pour favoriser l'accès aux soins

Le 20 juillet 1992, un arrêté relatif aux examens périodiques de santé précise les catégories prioritaires de consultants à inviter dans les Centres de l'Assurance Maladie dans la mesure où elles ne bénéficient pas, par ailleurs, d'une surveillance médicale au titre d'une législation particulière :

1. Ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans ;
2. Demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ;

3. Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ;
4. Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ;
5. Autres assurés inactifs et leurs ayants droit ;
6. Populations exposées à des risques menaçant leur santé définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires.

Créé en 1994 par la CNAMTS et l'Association régionale pour le progrès des conditions de la santé et de la vie, le CETAF, en appui au pilotage des CES par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, va contribuer à la mise en œuvre de ce texte.

Dès 1998, le score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'exams de santé), indicateur de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité, va fournir un outil de repérage des personnes vulnérables qui, tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité, présentent les mêmes risques en matière de santé.

La méthode de passation de ce score, qui respecte la confidentialité des informations pour les consultants, permet aux CES un repérage en première intention et pour mieux prendre en charge les personnes vulnérables au cours de l'EPS.

Ce score, qui offre une meilleure connaissance des populations reçues dans les CES, a permis de construire des partenariats avec des institutions et structures recevant des populations vulnérables, fragilisées ou éloignées du système de santé pour les inviter à passer un examen de prévention en santé dans les Centres de l'Assurance Maladie.

Au contact de ces populations, le CETAF, via les CES, a dû très rapidement se confronter au problème du renoncement à la santé (secteur curatif et surtout secteur préventif).

Les CES et le Parcours Santé Jeune

La population jeune est une cible à forts enjeux pour l'accès aux droits et aux soins compte-tenu de ses caractéristiques. Agir à titre préventif auprès des jeunes, permet de contribuer à réduire et prendre en charge les renoncements aux soins de cette population. C'est dans cette perspective que le Parcours Santé Jeune a été mis en place.

Les CES ont une place centrale dans le Parcours Santé Jeune comme indiqué dans la lettre-réseau DDO-45/2016 : « Ce parcours correspond à une structuration plus globale de la démarche d'accès aux droits et aux soins, incorporant une offre de bilan de santé, un suivi post-bilan de santé, une offre prévention sous forme d'ateliers thématiques ainsi qu'un accompagnement social ». « Le Parcours Santé Jeunes relève tout d'abord d'une coopération interne entre les CPAM – services administratifs et centres d'exams de santé- et le Service Social CARSAT/CRAMIF ».

L'examen de prévention en santé vise à répondre, dans une approche globale de la santé, aux besoins spécifiques de santé des jeunes âgés de 16 à 25 ans, telles qu'elles apparaissent dans les recommandations émises pour ce public. Cette offre peut être également complétée par des offres collectives en éducation en santé spécifiques au public jeune.



Les CES et les plateformes PFIDASS

L'examen de prévention en santé et ses différents temps d'échanges constituent un moment privilégié pour aborder la question de l'effectivité de l'accès aux soins dont les renoncements aux soins.

Les orientations vers la PFIDASS par les CES concernent plus spécifiquement (LR-DDO-66/2017):

- ▼ l'aide à la levée des freins économiques à la bonne réalisation des soins (dentaire, optique et audio prothèse notamment),
- ▼ l'accompagnement vers une couverture assurantielle complète,
- ▼ une aide à s'inscrire dans un parcours de soins fondé sur le recours à un médecin traitant.

La PFIDASS peut également orienter vers le CES les assurés les plus éloignés du système de santé afin qu'ils bénéficient d'un examen de prévention en santé.

V- Les travaux partenariaux conduits par le CETAF sur le renoncement aux soins et à la santé

V-1/ Travaux menés auprès des bénéficiaires de la CMU-C en partenariat avec le Fonds CMU

Les CES sont des lieux privilégiés de rencontre et d'observation des bénéficiaires de la CMU-C. En effet, les bénéficiaires de la CMU-C représentaient en 2010 autour de 14 % de la population reçue dans les centres d'examen de santé alors que les bénéficiaires de la CMU-C ne comptaient au total que pour 5,8 % de la population française.

Le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

Une enquête sur le non-recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C a été menée fin 2010 au sein de 20 centres d'examen de santé, auprès de 4 500 bénéficiaires de la CMU-C de plus de 18 ans, par auto questionnaire. 62,5 % des personnes étaient bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 30,7 % depuis moins d'un an.

Les résultats ont montré :

- ▼ Plus d'un tiers des bénéficiaires de la CMU-C avait renoncé à des soins pour des raisons financières, mais le bénéfice de la CMU-C faisait objectivement reculer le renoncement aux soins : 32,1 % des bénéficiaires de la CMU-C depuis plus d'un an et 45,5 % des bénéficiaires depuis moins d'un an.

- ▶ **Le non recours pour raisons financières (25,7 % des renoncements) se produisait le plus souvent avant même d'avoir consulté** : Ces bénéficiaires totalisaient les deux tiers des renoncements pour raisons financières (66,2 %). Par ailleurs, la méconnaissance des droits (« ce que la CMU-C allait prendre en charge ») était un des obstacles exprimés par près de 20 % des bénéficiaires de la CMU-C qui avaient renoncé pour des raisons financières.
- ▶ **Les soins ou produits non remboursés et la demande d'une participation financière constituaient les principaux obstacles financiers**
- ▶ **Le renoncement portait essentiellement sur les médicaments, le dentaire et les consultations de spécialistes**
- ▶ **Le renoncement aux soins pouvait avoir des raisons autres que financières** : 23,8 % des personnes déclaraient avoir renoncé pour des raisons autres que financières. Les motifs les plus fréquemment cités pour les personnes bénéficiant de la CMU-C depuis au moins un an, étaient les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part du professionnel, des problèmes de rupture lors du renouvellement de la CMU-C.

Indicateurs de non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

Le partenariat consiste à produire annuellement et suivre au cours du temps des indicateurs de non recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C.


Quatre indicateurs sont étudiés : la santé perçue, le score EPICES, le non recours au médecin et le non recours au dentiste. Les évolutions au cours du temps sont analysées depuis 2000 ainsi que les évolutions des écarts entre bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires de la CMU-C issus de la population des consultants des Centres d'examen de santé de 16 ans et plus ayant passé un examen de santé depuis 2000.

V-2/ Le non recours aux soins des actifs précaires – Recherche financée par Agence nationale de la recherche (ANR)

Une recherche a été menée en partenariat avec ODENORE sur le non recours aux soins des actifs précaires. L'interrogation initiale portait sur les relations entre absences de suivi médical ou renoncements aux soins, et cumul de précarités d'emploi, de revenus, dans le travail et la protection sociale.

Elle a été réalisée à partir des données issues des examens de santé réalisés auprès des personnes de 16 à 59 ans ayant passé un examen de santé entre 2002 et 2005 dans les CES. L'étude portait sur 1 427 431 consultants. Elle a été complétée par des travaux qualitatifs réalisés à un niveau régional, menés auprès de consultants de certains centres d'examen de santé (150 entretiens semi-directifs).

Le non recours aux soins a été mesuré à partir de trois variables : absence de consultation médicale au cours des deux ans ; absence de consultation dentaire au cours des deux ans ; absence de suivi gynécologique. Le non-recours a été étudié au sein de sous populations d'actifs précaires (chômeurs de plus de un an, jeunes en insertion professionnelle, bénéficiaires de



la CMU-C, travailleurs avec emploi à temps partiel ou non stable, travailleurs avec emploi stable temps plein avec des problèmes financiers, chômeurs de moins de un an et travailleurs en vulnérabilité sociale selon le score EPICES) et actifs non précaires.

L'enquête a montré que le non recours aux soins n'est pas spécifique aux actifs précaires. Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées, mais dans des proportions variables.

Le phénomène de non recours était globalement associé aux mêmes facteurs quelle que soit la population d'actifs considérée. Dans l'ensemble, le non recours aux soins était fortement associé à l'absence de complémentaire santé et à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus. Les inégalités de recours aux soins relèvent de multiples causes, qui ne proviennent pas seulement des conditions de travail, des revenus et des modes de vie, mais aussi de facteurs relatifs à l'environnement social. Deux facteurs ressortaient par l'étude statistique et par les entretiens, l'isolement et la responsabilité familiale.

VI- De l'idée, à la conception et à la mise en œuvre du projet « informations des consultants »

Proposé par le CETAF à la CNAM, un programme d'information des consultants est mis en œuvre depuis 2010, en articulation avec l'objectif de recrutement de personnes en situation de vulnérabilité sociale. La venue du consultant au CES est un moment privilégié pour assurer une plus large information sur les droits et le bon usage du système de santé.

Le programme s'articule avec l'examen de prévention en santé (EPS) en contribuant à l'information des assurés sur les dispositifs de prévention et plus généralement sur les offres en santé auxquelles l'assuré peut recourir à l'issue de l'EPS. L'information des consultants est réalisée en lien avec la situation individuelle de la personne. Le programme a pour finalités de renforcer l'efficacité de l'EPS en permettant aux assurés éloignés du système de santé d'accéder aux soins et à la prévention par :

- une identification et un repérage des situations de fragilité,
- une information sur les droits et les outils d'information disponibles,
- une orientation dans le système de santé,
- une information sur et /ou une orientation vers les offres en santé de l'Assurance Maladie et les structures locales d'aval du territoire en lien avec les dépistages opérés et/ou les besoins identifiés lors de l'examen périodique de santé.

La démarche repose sur un partenariat interne avec la CPAM et services sociaux de la CARSAT dans une logique de réciprocité, des formations à destination des agents d'accueil, administratifs des CES et également sur une boîte à outils commune à l'ensemble des CES.

L'objectif de cette boîte à outils est de fournir aux personnels des CES des outils pour leur permettre de répondre aux besoins d'information et d'orientation des assurés :

- ▾ d'informer et de renseigner l'assuré sur les droits, sur les offres et structures favorisant l'accès aux soins ou la prévention, en particulier les offres en prévention et d'accompagnement de l'Assurance Maladie (fiches synthétiques pour chaque type d'action ou d'offre, pour exemples : *parcours CMU-C/ACS, contenu de la CMU-C, MT'dents, SOPHIA*),
- ▾ de formaliser un répertoire des structures locales d'aval vers lesquelles les consultants peuvent être orientés.

Cette boîte à outils a également pour objectif de réduire le temps de recherche des personnels d'accueil des CES sur les bases internet des différents partenaires.

Conclusion

Si certains acteurs de la vie politique pensent qu'il est urgent de redéfinir la protection sociale, d'engager de nouvelles formes de solidarité et mettre en face de nouvelles formes d'accompagnement, la responsabilité des institutions vis-à-vis des citoyens les plus vulnérables est de leur mieux faire connaître leurs droits et de les orienter dans le système de santé tant au niveau préventif que curatif.

Pour ce faire, les informations, les actions individuelles et/ou collectives transmises par les institutions doivent être incitatives et compréhensibles.

L'apport de la littératie et du marketing social sont majeurs dans la réalisation de cet objectif, c'est pourquoi, le CETAF en lien avec la CNAM et d'autres structures investissent ces champs.

Il est temps de rendre la société et l'action des institutions plus inclusive vis-à-vis de nos citoyens, des plus jeunes au plus âgées et ce, en leur proposant des parcours leur permettant d'être plus acteurs de leur santé.