

VOLET 2

COVID-19

L'ASSURANCE MALADIE

AU CŒUR DE LA PROTECTION DE LA
POPULATION...
ET DEMAIN, QUELS CHANGEMENTS ?



Lundi 23 novembre 2020



Visioconférence

Synthèse des débats

COVID 19

L'ASSURANCE MALADIE

**Au cœur de la protection
de la population...**

Et demain, quels changements ?

Paris, le 23 novembre 2020

Introduction associative	3
<ul style="list-style-type: none">• Marie-Andrée BLANC, Présidente de l'UNAF• Karim FELISSI, Conseiller juridique et conseiller CNAM, FNATH• Gérard RAYMOND, Président de France Assos Santé	
Ouverture de la journée	5
<ul style="list-style-type: none">• Thomas FATOME, Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie	
PARTIE 1 – CE QUE DIT LA CRISE	7
Animée par Sophie CRABETTE (FNATH) et Céline BOUILLOT (UNAF)	
Quelles vulnérabilités face à la Covid 19 ?	7
Les populations à risque de développer des formes graves de Covid-19	
<ul style="list-style-type: none">• Franck CHAUVIN, Président du Haut Conseil de la Santé Publique	
Les populations précaires, quels enjeux sanitaires ?	10
<ul style="list-style-type: none">• Delphine FANGET, Référente appui technique et plaidoyer, Médecins du Monde	
La protection des personnes est-elle efficace ? Retour sur les dispositifs mis en place pour protéger la population	13
<ul style="list-style-type: none">• Aurélie COMBAS-RICHARD, Directrice CPAM de Seine-Saint-Denis	
Dispositif Contact tracing : vers de nouvelles missions pour l'Assurance maladie	15
<ul style="list-style-type: none">• Yann ROUAULT, Directeur Général Adjoint CPAM Paris	
PARTIE 2 - APRES LA CRISE, QUELLE EVOLUTION POUR L'ASSURANCE MALADIE ?	18
Animée par Féreuze AZIZA France Assos Santé	
Quel impact financier de la crise pour l'Assurance maladie ?	18
<ul style="list-style-type: none">• Dominique CORONA, Secrétaire général adjoint UNSA, ex membre du Haut conseil du financement de la Protection Sociale, Personne Qualifiée au Conseil de la CNAM	
Cinquième branche autonomie : quel périmètre ? Quel financement ?	23
Céline BOUILLOT, Chargée de mission Assurance maladie et aidants, UNAF	
Des dispositifs à faire perdurer et à réinventer : feuille de route du groupe de travail Assurance maladie ?	25
<ul style="list-style-type: none">• Aude BOURDEN, Conseillère nationale Santé et médicosocial, APF France-Handicap• Sophie CRABETTE, Chargée de mission actions revendicatives, FNATH• Céline BOUILLOT, Chargée de mission Assurance maladie et aidants, UNAF• Féreuze AZIZA, Conseillère technique Assurance maladie, France Assos Santé	

Bonjour à toutes et tous. Je vous remercie d'être présents dans ce format particulier, en visioconférence. J'ouvre tout de suite cette journée afin de ne pas prendre de retard et donne la parole à Marie-Andrée BLANC, Présidente de l'UNAF.

Introduction associative

Marie-Andrée BLANC

Présidente de l'UNAF

Bonjour à tous. Je vous remercie de m'accueillir. Je souhaite excuser la Présidente du département en protection sociale de l'UNAF qui devait introduire cette journée et qui est souffrante. Nous lui souhaitons un prompt rétablissement. Je suis heureuse de vous accueillir et vous remercie de votre participation à cette journée inter-associative. Ces rencontres permettent de maintenir une cohésion entre nos réseaux. Cela est d'autant plus important dans cette période où nos modalités d'échanges sont perturbées. La crise sanitaire liée au Covid conduit à repenser les missions de la Sécurité Sociale et à réaffirmer l'importance de son rôle. Je souhaite souligner la réactivité de notre système d'assurance maladie et la qualité de sa couverture. La crise du Covid 19 met également en avant la place des solidarités collectives et individuelles et révèle des points de vigilance.

Je pense tout d'abord à la place des aidants familiaux. L'enquête réalisée par le CIAAF dont l'UNAF est membre le montre. Les aidants familiaux ont pallié la fermeture des établissements lors du premier confinement. Le décret précisant la liste des personnes bénéficiant du chômage partiel en cas d'impossibilité de télétravail oublie ces aidants qui doivent se rendre sur leur lieu de travail et qui cohabitent avec leur parent, leur conjoint, leur enfant identifiés comme personnes vulnérables au Covid. Ces aidants vivent dans l'angoisse de contaminer leurs proches.

Cette crise sanitaire a également mis en lumière des dysfonctionnements préexistants. Tel est le cas pour les services d'aide à domicile où le taux de sinistralité, c'est-à-dire le nombre d'accidents du travail, est plus élevé que dans le bâtiment et où l'offre reste insuffisante. Si l'UNAF se félicite que le PLFSS prévoit le versement d'une prime aux personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, nous regrettons qu'ils ne bénéficient pas d'une revalorisation salariale. Le PLFSS abroge la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2020 visant à la

réforme du financement de ces SAAD. Pour l'UNAF, cette mesure revient à confondre, les besoins de revalorisation et d'attractivité d'un secteur en difficulté avec la reconnaissance de sa mobilisation pendant la crise sanitaire.

Je pense ensuite aux mesures obtenues par nos associations grâce à nos échanges avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Dès le mois d'avril, l'UNAF alertait sur le coût des masques pour une famille. Nos associations ont demandé en commission et en conseil de la CNAM la possibilité d'une prise en charge des masques pour les personnes vulnérables ou précaires. Cette prise en charge a été effectuée dans le cadre de l'Action Sanitaire et Sociale de la CNAM avec l'envoi de masques au grand public. Nous nous en sommes réjouis. Un troisième point d'attention concerne la continuité des droits des familles. L'UNAF a été vigilante au maintien des droits des familles pendant la crise sanitaire, par exemple en soutenant la prolongation automatique des droits à la complémentaire santé solidaire pendant le confinement. Nous avons également alerté sur les risques de récupération d'indus par la Sécurité Sociale. Ces récupérations d'indus, en cas de trop perçu, peuvent déstabiliser les budgets des familles et ce, d'autant plus avec la crise économique et sociale. L'UNAF a interpellé la CNAM et la CNAF. La CNAM s'est engagée à suspendre pendant le premier confinement toutes les procédures de récupération d'indus en cours.

Enfin, cette crise sanitaire a conduit à réinventer l'organisation et la prise en charge des soins. Des dispositifs ont émergé comme la téléconsultation facilitée par une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie, la prise en charge d'indemnités journalières préventives à la possibilité de contracter une maladie. Ces mesures conduisent à réfléchir à l'enjeu du mode de financement de la sécurité de la branche Assurance maladie.

Je conclurais mon intervention sur les évolutions au sein de la Sécurité Sociale. Cette crise a mis en lumière la nécessité d'une prise en charge de la perte d'autonomie et du maintien à l'autonomie. La création d'une nouvelle branche autonomie a été actée par le PFLSS 2021. L'UNAF s'en réjouit

et souhaite qu'elle initie une convergence et une coordination des politiques à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap sans oublier leurs aidants familiaux. Cette journée permettra d'aborder ces points et j'espère que nos échanges seront nombreux. Je laisse la parole à Karim FELISSI. Je vous remercie.

Féreuze AZIZA

Je vous remercie. Je laisse la parole à Karim FELISSI.

Karim FELISSI

*Conseiller juridique et
conseiller CNAM, FNATH*

Bonjour à toutes et à tous. Au nom de la FNATH, je suis heureux de participer à cette journée. Nous partageons les points d'attention évoqués dont deux sont essentiels. Le premier est ce qu'a révélé cette crise et cette inquiétude sur les modes de financement de l'Assurance maladie relayée pour la première fois dans l'annexe du PLFSS. Dans l'annexe B, il y a lieu à s'interroger sur la soutenabilité du financement de l'Assurance maladie si toutes choses étant égales par ailleurs, il n'y avait d'augmentation ni des impôts ni des cotisations sociales. A l'horizon 2024, le déficit serait de 17 milliards d'€ et il est écrit par nos amis de la DSS, ce qui veut dire qu'il y a urgence, qu'il y aurait un problème de soutenabilité des dépenses. Cela signifie faire des choix qui viennent réinterroger à la fois le financement du système de protection sociale avec le système de l'Assurance maladie mais aussi sur les dépenses qui seront ou non financées. Avec la crise, les recettes sont de mise puisqu'il est demandé à l'Assurance maladie de supporter un point important des conséquences sociales. Nous nous interrogeons sur le discours d'une part de déficits trop importants et d'autre part sur la capacité de faire supporter à l'Assurance maladie des dettes qui ne sont pas à être portées par le budget de l'Assurance maladie mais par le budget de l'Etat. Le deuxième point sur l'aspect révélateur de cette crise est le secteur de l'aide à domicile ignoré par l'histoire, par la culture du secteur du soin et du secteur médicosocial. Nous constatons que ce secteur est le postulat à une réelle prise en charge de personnes à domicile, personnes malades ou en situation de handicap. Nous avons constaté que ce secteur est sinistré parce que nous avons envoyé au feu des personnels sans masque et sans protection et qu'il y n'y avait pas de financement. Il est également sinistré en termes de statut et de regard porté sur celui. Les errements de la prime Covid ne sont pas

résolus. Nous nous réjouissons de la construction de cette cinquième branche mais la FNATH l'aurait préférée capable de regrouper les prestations dispersées à la CAF, à la CNAM et à l'Assurance maladie puisqu'il s'agit d'autonomie liées à des prestations en espèces de la perte d'autonomie et des prestations en nature comme l'APCH. Nous souhaitons une vraie branche et ce n'est pas ce qui se profile. Au sein des associations, il y a un débat à mener et nous attendons une branche solide prenant l'ensemble des problématiques liées à la perte d'autonomie sous sa compétence. Il faut regarder ce sujet avec de la crainte. Des menaces pèsent sur la soutenabilité du dispositif. En 2024 le déficit de l'Assurance maladie sera de 17 milliards d'€ dont nous ne savons pas comment il sera financé. Comme l'indique l'annexe B du PFLSS, il est légitime de s'interroger sur une branche «autonomie» digne de ce nom qui ne soit pas seulement un changement de direction des financements existants pour donner une efficacité plus importante de l'action publique en matière de perte d'autonomie. Cela ne change pas les fondamentaux. Des efforts sont faits mais nous restons inquiets sur la construction de cette branche afin d'en faire un outil de changement de l'offre de soin et du paysage sanitaire dans le pays. Les virages ambulatoires et les recompositions de l'offre ne se feront pas sans un secteur à domicile solide, professionnalisé et disposant de financement. Tels sont nos points d'attention.

Féreuze AZIZA

Je vous remercie. Je laisse la parole à Gérard RAYMOND.

Gérard Raymond

Président France Assos Santé

Bonjour à toutes et à tous. Cette journée nationale Assurance maladie est un événement incontournable de notre vie associative et je me félicite d'être parmi vous. Cela est un symbole de notre démocratie en santé avec la participation citoyenne des usagers de la santé au sein des conseils des CPAM et celui de la CNAM. Je suis heureux dans ces conditions difficiles de vous accueillir au côté de l'UNAF et de la FNATH. Je félicite et remercie les services et Féreuze AZIZA qui se sont investis pour la réussite de cette journée. Pour parler d'avenir, nous devons nous appuyer sur le passé. En 2004, dans le cadre d'une réforme de l'Assurance maladie, la parité dans les différents conseils entre les représentants syndicaux ouvriers et patronaux a été rompue par l'arrivée de représentants des usagers de la santé que nous étions l'UNAF, la FNATH et le CISS. Ce fut une révolution et les nouveaux conseillers

que nous sommes ont du mal à s'introduire dans le conseil de l'UCANSS, revendication que nous continuons à mener. Par notre rôle et notre application, nous sommes devenus des conseillers à part entière. La crise sanitaire en est un exemple frappant. France Assos Santé s'appuyant sur la dynamique des associations des usagers de la santé, s'est fortement mobilisé pour faire remonter les difficultés de nos concitoyens, pointer les dysfonctionnements de notre système et faire des propositions responsables. Nous nous félicitons de la réactivité de l'Assurance maladie pour son rôle protecteur, social et sanitaire afin que les français, et particulièrement les plus vulnérables, soient protégés. Nous avons mis en place des contacts réguliers avec d'un côté, le Ministère de la santé et de la protection sociale et de l'autre, l'Assurance maladie et la direction de la CNAM. Les mises en place d'arrêts de travail dérogatoires, la prise en charge intégrale des téléconsultations, des tests, des matériels de protection, le métier des droits de la couverture maladie des personnes les plus précaires ont tous été pris en charge par l'Assurance maladie tout en veillant à nous y associer et parfois à notre demande. Lorsque la mission de mettre en œuvre le dispositif contact Covid a été dévolu à l'Assurance maladie, son directeur est venu deux fois échanger avec nous et nous avons apporté les améliorations nécessaires. Des choix politiques ont été pris et notamment celui de faire porter par l'Assurance maladie les dettes engendrées. Ces efforts demandés à notre système de protection sociale, à ses cotisants, aux contribuables doivent être assortis d'une compensation à la hauteur

des besoins. Nous devons tirer les leçons de cette crise. Les réformes sont réclamées pour transformer notre système de santé, celui du médicosocial, des professionnels du domicile et celui de notre protection sociale. Ces réformes sont nécessaires afin de permettre aux acteurs d'exercer leur métier dans de bonnes conditions et d'assurer une prise en charge de qualité à tous les citoyens confrontés aux risques de la vie. Cette crise est un révélateur et un accélérateur des transformations indispensables de notre système de protection sociale et de notre système de santé. D'autres défis nous attendent avec le vieillissement de la population, la cinquième branche, avec l'évolution des maladies chroniques et de la dépendance qui nécessiteront des dispositifs plus solidaires. Ces programmes que nous proposons de développer permettront d'affronter les défis et de faire des propositions avec la participation de tous les intervenants que je remercie ainsi que le directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Monsieur Thomas FATOME. Nos relations parfois contradictoires mais constructives se renforceront au sein des conseils des PAM ou de celui de la CNAM. Je vous souhaite une bonne journée.

Féreuse AZIZA

Merci Gérard RAYMOND. Nous accueillons Monsieur Thomas FATOME, Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui a accepté d'ouvrir cette journée.

Ouverture de la journée

Thomas FATOME

*Directeur Général de la Caisse
Nationale de l'Assurance Maladie*

Bonjour à tous et à toutes, à Mesdames et Messieurs les Présidentes et Présidents. Je suis très heureux d'ouvrir cette journée. Il était indispensable d'être avec vous au démarrage de cette journée nationale de France Assos Santé et je suis très heureux également que d'autres intervenants des caisses primaires soient parties prenantes de vos échanges. C'est indispensable parce que, comme Gérard RAYMOND l'évoquait, ces relations entre les associations et l'Assurance maladie sont majeures pour nous au niveau national, local parce que vous êtes parties prenantes de notre gouvernance et que notre mission fondamentale est d'accompagner les

patients, les assurés dans leur parcours de soin et leur prise en charge. Je souhaite remercier France Assos Santé pour la qualité des échanges dont j'ai pu, dès ma prise de fonctions il y a trois mois, mesurer la constance qui s'est intensifiée pendant la crise. Je le dis avec humilité car je n'étais pas en responsabilité à cette époque. L'Assurance maladie a répondu au présent pendant le premier confinement au travers de dispositifs mis en place à la demande des pouvoirs publics, du Ministère de la santé et du gouvernement. Cela a été rappelé autour des personnes vulnérables, des arrêts de travail des gardes d'enfants, de la prolongation des droits sociaux, de la téléconsultation et de l'accompagnement des prises en charge des tests. Ces initiatives ont été portées comme les téléservices déployés dans des délais records, les informations des assurés et les canaux de consultation d'AMELI ont connu une croissance

exponentielle. Tout cela a permis aux assurés de faire face aux défis du confinement et des échanges ont été menés avec France Assos Santé pour adapter des dispositifs au quotidien. Le deuxième confinement a des différences et des spécificités. La première différence est le souhait d'assurer une continuité du service public plus forte que lors du premier confinement, souhait porté dès le début par le Président et le Premier ministre et le Ministre de la santé et des solidarités d'avoir une ouverture des accueils et un accès facilité au service public de l'Assurance maladie. Cela conduit à maintenir ces accueils en privilégiant les rendez-vous et en rendant possible un accueil en urgence. Cela se traduit aussi par une intensité des contacts des assurés et des patients vers le téléphone de l'Assurance maladie, vers les plateformes mail et autant d'indicateurs que nous suivons de près afin de garantir un accès à l'information et à la prise en charge la meilleure possible. Nous suivons les indicateurs de prise en charge, des arrêts de travail, des feuilles de soin électroniques et papier de la complémentaire santé solidaire. Alors même que l'Assurance maladie pratique un télétravail exemplaire, nous serons bientôt à 70% de collaborateurs en télétravail, ce qui est considérable tout en tenant nos accueils ouverts. Nous tenons nos objectifs d'exigence de rendu de service public, ce qui est un point important. La deuxième différence tient à l'engagement de l'Assurance maladie dès le début du déconfinement en mai avec une intensité forte dès le mois d'août sur l'activité du contact tracing. Gérard RAYMOND l'évoquait et nous avons appelé plus de 5 millions de français. Un français sur dix a reçu un appel de l'Assurance maladie qu'il ait été patient positif au Covid ou personne contact. Il s'agit d'un dispositif exigeant et nous avons le sentiment de mener une mission majeure pour accompagner les assurés dans ces périodes difficiles afin de les aider dans la fourniture de masques, dans les rendez-vous sur les tests, la prise en charge d'arrêt de travail. Nous tentons de faire évoluer ces dispositifs et travaillons sur un retour d'expérience. Nous souhaitons partager avec vous deux priorités et dresser des perspectives. La première est de mettre un focus majeur sur l'accès aux droits et aux soins. Pour faire l'activité de contacts tracing, des activités ont été priorisées comme la mission des collaborateurs mobilisés par les sujets d'accès aux soins et aux droits. Nous avons développé des plateformes appelées «missions d'accompagnement des assurés» afin de permettre aux personnels d'être à l'écoute de difficultés des assurés et souhaitons amplifier notre investissement. Le premier confinement a été marqué par des renoncements aux soins importants, par des ruptures de prises en charge des vaccinations, des dépistages et de la prise en charge des traitements. Nous avons lancé avec Santé Publique France et le Ministère

de la santé une campagne de communication sur la logique de continuité des soins qui sera complétée par des mailings et courriers vers les assurés, les plus de 65 ans et les patients victimes d'affections chroniques afin de les encourager à maintenir ces traitements. Cela a été fait sur la vaccination antigrippale et un focus est porté sur les publics prioritaires. Les plus de 65 ans représentent près de 80% des personnes vaccinées, cette priorisation a donc fonctionné. Les actions à mener en 2021 seront d'identifier les conséquences à court, moyen et long terme de ces périodes de confinement sur le recours aux soins et de dresser des actions prioritaires telles que celle de la santé mentale évoquée par le Ministre de la santé. Nous aviserons s'il faut accélérer des programmes d'action engagés au regard de la situation sanitaire et faire un bilan des conséquences de ces retards aux soins pour enclencher des actions avec vous et les professionnels de santé. La seconde priorité est le besoin de professionnels de santé de premier recours capables d'assurer une prise en charge satisfaisante des patients. Nous avons avec eux une concertation permanente et accompagnons les mesures dérogatoires que le gouvernement souhaite reprendre comme la téléconsultation, l'intervention des professionnels libéraux dans les EHPAD et la prise en charge des patients sur l'oxygénothérapie. Ces mesures sont accompagnées par une tarification adaptée et une information individualisée des professionnels de santé et des mailings leur sont adressés plusieurs fois par semaine. Des dispositifs de Prado Covid sont mis en place afin de permettre des prises en charge de sortie d'hospitalisation Covid adaptées. Nous accompagnons la mise en place des tests antigéniques par les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Je conclus en partageant deux éléments de perspectives. La crise a balayé les scénarios de retour à l'équilibre de la Sécurité Sociale et de l'Assurance maladie pour 2020. Le gouvernement a pris des mesures afin d'assurer le financement des déficits actuels et prévisionnels mais la soutenabilité de notre modèle d'Assurance maladie est questionnée. J'avais engagé avec l'Assurance maladie des travaux de refonte de nos programmes de gestion du risque, de maîtrise médicalisée parce que la réponse à la difficulté de soutenabilité est d'être certain de l'efficacité des dépenses de l'Assurance maladie, de la bonne utilisation des ressources, de la qualité et de la pertinence des soins et nous devons faire évoluer ces programmes d'action avec les professionnels de santé et les assurés. Je souhaite partager ces retours d'expérience et identifier les sujets sur lesquels un meilleur accompagnement des assurés est possible pour améliorer la qualité, la pertinence et l'efficacité de nos dépenses de santé. Le dernier point du partenariat avec France Assos Santé est majeur et il faut savoir comment individualiser notre relation de service avec les

assurés, proposer des services numériques, maintenir une relation de proximité dans la fréquentation des accueils et dans la résolution des problèmes. J'attache de l'importance à ces retours au niveau local et à ce que l'Assurance maladie continue à mailler le territoire avec un réseau de proximité. Je souhaite travailler avec vous afin de constater les améliorations de cette relation quotidienne des services numériques, physiques et téléphoniques et sur le programme d'action d'accompagnement des assurés dans leur santé qui sont des objectifs majeurs. Je vous souhaite une bonne journée de travail et remercie les équipes d'Assurance maladie d'apporter les éclairages nécessaires sur leur activité quotidienne.

Féreuze AZIZA

Monsieur le Directeur, je vous remercie d'avoir exposé ces perspectives. Nous entendons l'invitation de participer aux réformes. Nous avons à cœur de participer car la nécessité des retours de terrain sont importants pour connaître la réalité. Les associations remontent les dysfonctionnements de dispositifs. Une ligne d'informations juridiques et sociales «santé info droits» reçoit des milliers d'appels chaque année pour lesquels nous avons des remontées et

verbatim. Nous avons à cœur de trouver l'équilibre financier afin de tendre vers une efficacité et une pertinence quant aux dépenses de l'Assurance maladie. Cela ne doit pas se faire au détriment et sans que les besoins soient couverts. Nous tenons à une prise en charge des besoins de qualité et y serons attentifs. Sophie CRABETTE anime la deuxième partie de matinée.

Sophie CRABETTE

Chargée de mission actions revendicatives, FNATH

Bonjour à tous. La matinée consacrée à «ce que dit la crise» sera scindée en deux parties. La première sera consacrée à «quelles vulnérabilités face à la Covid 19 ?». Nous aborderons deux thématiques avec d'une part «les populations à risque de développer des formes graves de Covid» présentée par Franck CHAUVIN, Président du Haut Conseil de la Santé Publique et d'autre part «les populations précaires, quels enjeux sanitaires ?» présentée par Delphine FANGER, référente appui technique et plaidoyer de Médecins du Monde. Les deux séquences seront entrecoupées de questions/réponses. Je laisse la parole à Franck CHAUVIN.

PARTIE 1 – CE QUE DIT LA CRISE

QUELLES VULNÉRABILITÉS FACE À LA COVID 19 ?

Les populations à risque de développer des formes graves de Covid-19

Franck CHAUVIN

Président du Haut Conseil de la Santé Publique

Bonjour à tous. Je tiens à vous remercier pour votre invitation. Le Haut Conseil de la Santé Publique a été interpellé sur ce qui se passait et s'est prononcé sur les formes graves de Covid. J'expliquerai ce que nous avons fait afin de comprendre la démarche. La première chose est la confusion entre des opinions, des avis, des recommandations et des décisions. Lorsqu'il y a un problème dans une société, chacun a une opinion sur ce qu'il faudrait faire, sur les mesures à prendre. La société interpelle le politique qui lui

demandera de prendre des décisions. Le politique saisira un groupe d'experts. Comme Président du Haut Conseil, j'ai ressenti un besoin d'expertises. L'opinion des experts n'a pas d'intérêt. Le Haut Conseil produit des avis qui n'est pas une opinion mais une analyse des données scientifiques. Cela est une synthèse des avis scientifiques et sur la base de ces arguments scientifiques, il y a une confrontation d'experts. Afin que notre système fonctionne, j'insiste sur ce point, il faut que les étapes soient respectées et que nous séparions ce qui relève des opinions de ce qui relève des avis fondés sur la littérature et des données scientifiques et de la décision qui relève du politique. En tant que Président du Haut Conseil de la Santé Publique, je n'interviens jamais dans

une décision car elle relève du politique. Ce point est important pour éviter les ambiguïtés. Il est normal que la décision du politique soit mise au débat. Le deuxième point des formes graves du Covid est l'analyse dans la préparation de la stratégie nationale de santé et cette crise a mis en évidence les faiblesses ou les dangers de notre système et de la santé. Nous avons identifié la sensibilité de notre système actuel aux pathologies émergentes et infectieuses. Les experts savaient qu'une pandémie arriverait. Nous ne connaissons pas le virus et il y avait un choix entre un virus de type grippe ou un coronavirus. Nous avons l'expérience des pandémies comme en 2009, 1969, 1968 et 1910. Notre population est fragile du fait de son vieillissement et du taux important de pathologies chroniques. Nous sommes un des pays d'Europe qui a le plus de patients porteurs de pathologies chroniques. Entre l'espérance de vie en bonne santé de la Suède et celle de la France, il y a une différence de plus de dix ans. Une pandémie de ce type impactera lourdement les risques de la population. Le système de santé n'est plus adapté aux enjeux notamment infectieux. Le Haut Conseil a été sollicité par le gouvernement afin de se prononcer sur la liste des facteurs de risques de forme grave. Un premier avis a été rendu le 31 mars, un second le 20 avril, un troisième le 23 juillet et le dernier le 29 octobre qui a donné lieu à un décret. Il est demandé s'il existe des critères permettant de définir des personnes à risques de forme grave, quelle était leur activité professionnelle et de porter une attention particulière aux maladies rares. La méthode est d'abord de faire une analyse épidémiologique sur ce qui se passe. La caractéristique de cette deuxième vague est un taux d'hospitalisation et de mortalité plus élevé chez les personnes de plus de 70 ans par rapport à la première vague alors que pour les 50-70 ans, il est moins élevé et chez les 30-50 ans, encore moins élevé. Cette épidémie a la caractéristique d'être discriminante. Cette pandémie n'a pas les mêmes implications pour tout le monde. Elle touche plus les personnes âgées et les personnes qui ont des courbes de morbidité. Nous fondons nos avis sur les publications scientifiques car il est demandé un avis scientifique et non sociétal sur cette pandémie. Récemment, deux publications très importantes ont permis de faire le point sur ces pathologies susceptibles de donner des formes de grave de Covid 19. D'après les données du CDC, il y a des maladies pour lesquelles le niveau de preuve est bon, des pathologies pour lesquelles, cela est controversé et d'autres pour lesquelles les données sont insuffisantes. Nous ne nous prononçons que sur des données scientifiques et publiées et non sur le ressenti de tel ou tel. Il est demandé une expertise scientifique à partir de ce qui est publié dans la littérature pris après analyse. Les scientifiques traduisent ces données en recommandations

opérationnelles. Les pathologies pour lesquelles nous avons un bon niveau de preuve depuis la première vague sont les cancers, les maladies rénales chroniques, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies cardiaques chroniques, les insuffisances cardiaques, les coronaropathies et les cardiomyopathies. Outre l'âge, l'obésité est apparue comme un facteur de risque ainsi que le diabète de type 2. Cela est apparu au cours de l'épidémie car nous avons des données partielles pour les autres pathologies. Deux études anglaises récentes, études de cohortes prenant en compte des milliers de personnes dans une base de données, constatent la manière dont s'est passée la prise en charge et quels sont les taux d'hospitalisation et de mortalité. Une des études a proposé de faire un score qui est public afin de calculer pour chaque patient le score par rapport à un patient lambda, c'est-à-dire le risque d'être hospitalisé et le risque de mortalité liés à cette pandémie. Le facteur de risque majeur de cette pandémie est l'âge. Au-delà de 70 ans, le risque est multiplié par 100 et au-delà de 80 ans le risque est multiplié par 200 à 300. Nous retrouvons cela dans la pathologie de la grippe avec les mêmes facteurs de risque. Le deuxième facteur de risque, y compris pour les jeunes, est l'obésité. Un IMC supérieur à 30 est un facteur de risque majeur et toutes les réanimations le savent. Le troisième facteur est le diabète. Il existe des sites permettant de calculer son risque et les anglais ont fait des scores de gravité. Je vois qu'il y a des réactions mais en médecine, nous faisons cela couramment. Nous avons progressé depuis la première vague et les facteurs de risque sont connus. Le Haut Conseil a proposé un classement en trois groupes. Le premier est celui des pathologies pour lesquelles il y a une augmentation du risque mais modérée. Le second est celui d'une augmentation moyenne et nous connaissons des pathologies pour lesquelles l'augmentation est importante et le risque est majeur. Le troisième est celui des patients âgés de plus de 70 ans, ceux qui ont des greffes de cellules souches, les patients en chimiothérapie B et C, les insuffisances rénales ou les patients greffés, les syndromes démentiels, les paralysies cérébrales et la trisomie 21 qui est une pathologie sensible. Nos rapports et recommandations sont remis au gouvernement qui les traduit ou non en décret mais cela relève de sa responsabilité. Le décret de fin août a été annulé pour insuffisance de données scientifiques permettant d'établir les risques. Le conseil d'Etat regarde les avis scientifiques afin de fonder la décision publique.

Sophie CRABETTE

Je vous remercie pour cet exposé intéressant. Je laisse la parole à Magali LEO.

Une participante

Bonjour Monsieur CHAUVIN. Au sujet de l'avis du 29 octobre du HCSP, vous rappelez quelle est la saisine du gouvernement. Il est demandé au HCSP de se prononcer sur trois points. Un point porte sur les recommandations applicables quant à l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid et des personnes cohabitant avec elles au regard des règles établies dans le protocole national applicable aux entreprises. Il n'y a rien dans cet avis qui porte sur les personnes cohabitant avec des personnes vulnérables. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi car il s'agit d'un sujet majeur pour les patients que nous représentons ? Cette absence de mention sur les proches aboutit à ce que le gouvernement n'ait pas prévu de faire entrer les proches dans les dispositifs dérogatoires du décret du Conseil d'Etat. Neuf associations de patients ont introduit un référé contre ce décret pour différents griefs dont celui portant sur la liste retenue qui est en décalage par rapport à votre avis.

Franck CHAUVIN

Vous avez raison. Des avis nous sont demandés et nous avons consacré beaucoup d'attention à travailler sur la liste. Nous n'avons pas de données nous permettant d'évaluer le risque pour les proches. Faute de risques évalués scientifiquement, il est de la responsabilité du politique de prendre la décision concernant les proches. Nous pensons qu'en appliquant les sept mesures barrière, le risque de transmission est faible mais cela suppose qu'elles soient respectées, y compris dans le milieu professionnel. Ces risques sont majorés dès lors que nous enlevons le masque. Il y a deux temps majeurs. Le premier est le temps de déjeuner et le second est lié aux temps de convivialité. Aucune publication ne démontre que les personnes à risque ont été contaminées par des soignants eux-mêmes contaminés sur leur lieu de travail.

Sophie CRABETTE

Je vous remercie. Une participante demande quel type de prise en charge médicamenteuse est préconisé dès les premiers signes par les médecins libéraux afin d'éviter les formes graves.

Franck CHAUVIN

Les médecins connaissent bien leur travail. Dès les premiers signes, le traitement est purement symptomatique et s'il y a un risque respiratoire, il faut passer aux corticoïdes associés ou non à des anticoagulants puisqu'il y a une augmentation de la coagulation. Les personnes qui ont une pathologie ne doivent pas faire de l'automédication et le médecin traitant adaptera le traitement. Le vrai médicament est la prévention. Ne pas être contaminé, y compris dans l'environnement familial, est possible. Cela suppose de porter le masque à l'intérieur et être à distance lorsque nous le retirons. Le troisième point est la ventilation. Certains pays, comme l'Australie, en ont plus l'habitude que nous et les taux de contamination ont diminué. Au sein de la maison, il y a des habitudes à prendre pendant cette période de pandémie.

Sophie CRABETTE

La question des gestes barrière et sur l'entourage sont traitées. Une personne souhaite savoir si un patient atteint de diabète de type 2 stabilisé est considéré comme une personne vulnérable.

Franck CHAUVIN

Le principe de précaution nous impose de la considérer comme une personne vulnérable. Pour les jeunes, avant 50 ans, le diabète est un facteur de risque et nous connaissons la difficulté de les équilibrer. Ne prenons pas de risque et renforçons les mesures barrière. Nous avons des données sur l'importance de la contamination intra-familiale mais les patients atteints parviennent à se protéger contre la contamination grâce aux mesures barrière. Il est possible, comme dans les hôpitaux où les soignants sont rarement contaminés par les patients, de se protéger chez soi lorsque quelqu'un est atteint du Covid.

Féreuze AZIZA

Vous parlez des proches mais je pense que cela dépend des conditions de vie des personnes. Certaines vivent dans des endroits cloisonnés, mal ventilés, à plusieurs et il est compliqué d'éviter les contaminations. Si vos recommandations sur le retour au travail des mois de juin et juillet sont réellement appliquées il n'y a pas de problème,

mais tout cela reste théorique. La deuxième phase est arrivée de façon violente et en dépit de dispositions renforcées prises nous constatons que cela est plus compliqué dans les faits. Cela est le cas des transports en commun. Le Haut Conseil de la Santé Publique doit tenir compte de ce qui se passe dans la vraie vie.

Franck CHAUVIN

Je suis d'accord avec vous. Nous devons vivre avec ce virus et nous ne nous en débarrasserons pas. Notre niveau d'éducation en matière de santé face à un risque infectieux est faible. Nous faisons des erreurs et devons apprendre. J'ai été marqué par ce qu'il s'est passé au mois de juin. Lorsque vous avez plus de 75 ans, le risque de mortalité est de 100 à 500 fois supérieur. Lorsque le Conseil scientifique a proposé de laisser ces personnes à l'écart des risques de contamination plus longtemps, il y a eu une levée de boucliers. Dans quel pays sommes-nous pour que, lorsqu'il est proposé des mesures de protection, cela soit ressenti comme une punition. Les associations ont beaucoup à dire. Notre pays doit débattre et prendre en compte des faits objectifs pour la prise de décisions.

LES POPULATIONS PRÉCAIRES, QUELS ENJEUX SANITAIRES ?

Delphine FANGET

Référente appui technique et plaidoyer, Médecins du Monde

Bonjour. Je vous remercie pour l'invitation. Je présenterai des éléments sur 1) Médecins du Monde, 2) sur les facteurs de vulnérabilité en santé des populations précaires face au Covid et 3) sur les droits à l'Assurance maladie et à l'Aide médicale d'Etat.

En France, Médecins du monde représente 58 programmes dans 32 villes avec 15 centres de santé et d'accueil de soins et d'orientation (Caso) qui proposent des consultations médicales et sociales et 43 programmes mobiles auprès des migrants en grande précarité : aux zones frontalières italiennes et anglaises ; des programmes auprès d'habitants de squats et bidonvilles et des personnes sans abri ; des programmes auprès des travailleurs du sexe et des mineurs non accompagnés. En 2019, 23 000 personnes ont été accueillies dans les centres de soins, ce qui représente 20 000 consultations de 13 000 patients.

Les actions de Mdm et publics vus Les chiffres ci-dessous sont issus du rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de Mdm, est basé sur les

Sophie CRABETTE

Je vous remercie. Monsieur Patrick CHARPENTIER a une question.

Un participant

Monsieur CHAUVIN, je souhaite connaître votre position par rapport au lavage des mains.

Franck CHAUVIN

Je suis médecin et en première année de médecine, nous apprenons qu'il faut se laver les mains toutes les demi-heures. Le lavage des mains est dans ma culture et est une des mesures les plus efficaces pour éviter la propagation d'un virus en période épidémique, y compris un virus respiratoire. Le lavage des mains est majeur.

Sophie CRABETTE

Je vous remercie pour votre intervention. Madame Delphine FANGET abordera les enjeux sanitaires pour les populations précaires.

activités 2019 de l'association. Un rapport spécial Covid est à venir. La population vue en 2019 est en grande précarité et il y a une aggravation du niveau de vie. 98% des personnes vues en 2019 dans les Caso déclarent vivre en dessous du seuil de pauvreté et 77% était dans une situation instable par rapport au logement avec 60% des personnes hébergées et plus d'un quart sans domicile fixe, ce qui est en augmentation par rapport à 2018.

En 2020 avec la crise Covid, les activités de Médecins du monde ont été réorientées pendant le premier confinement. Certains Caso sont restés ouverts, d'autres ont fermé faute de bénévoles, beaucoup étant assez âgés. Les actions de MDM se sont recentrées sur des actions mobiles en mettant en œuvre ou en participant à des équipes mobiles sanitaires, avec un rôle d'information, de prévention, de médiation en santé et de facilitation de l'accès au dépistage. Des permanences téléphoniques sociales et médicales ont été mises en place dans certains Caso, ainsi qu'avec parfois du soutien soutien psychologique à distance

Pendant le deuxième confinement, les centres de soins Mdm sont restés ouverts avec également d'importantes activités d'aller-vers avec les partenaires associatifs et institutionnels.

2) Quelle exposition aux risques des populations précaires ?

De façon générale, les statistiques publiques manquent sur les populations très précaires. Ces dernières souvent invisibles ont été rendues visibles par l'épidémie et les deux confinements. L'Etat délègue des missions de service public aux associations sans les moyens qui vont avec. Il est souvent demandé des remontées d'informations mais cela demande du temps pour chiffrer les constats faits par les équipes de terrain et l'état de santé des personnes en grande précarité.

Des études, antérieures à l'épidémie de Covid 19 montrent des états de santé dégradés et aggravés par les conditions de vie. Il y a des études épidémiologiques ciblées sur l'état de santé de populations en grande précarité, comme en 2017 et 2019 où deux Bulletins épidémiologiques hebdomadaires (BEH) centrés sur la santé des migrants présentaient de nombreuses études, dont par exemple des études auprès de patients consultants dans les permanences d'accès aux soins de santé ou dans les centres d'hébergement d'urgence. Ces études montrent l'extrême précarité des conditions de vie qui ont des retentissements sur la santé des personnes ainsi qu'une fréquence de problèmes de santé. Selon les lieux, ce sont des infections respiratoires aiguës, des pathologies telles que la gale. Selon les territoires et les lieux, certaines épidémies se développent, comme la rougeole, la varicelle ou la grippe. Il y a des problèmes de santé somatique et psychique avec une prévalence des troubles psychiques et psychotraumas. Le suivi prénatal est insuffisant, ce qui accroît le risque de décès maternels et les études montrent les difficultés d'accès aux droits et aux soins et un renoncement aux soins. Ces deux BEH concluent sur la nécessité de renforcer les démarches de soins et d'accès à une couverture maladie pour des raisons éthiques, de cohésion sociale et de santé publique. Une étude montre une surreprésentation par rapport aux cabinets de médecine générale et de pathologies telles que les infections aiguës des voies respiratoires, des hépatites virales, des problèmes digestifs et cutanés.

A Mdm, 54% des patients souffraient en 2019 de pathologies chroniques comme le diabète, l'hépatite, l'hypertension en 2019. Plus de 60% nécessitaient des soins urgents et la moitié représentait un retard de recours aux soins.

Depuis le Covid, il n'y a pas encore beaucoup de données, et pas encore de données Mdm (le rapport Covid Mdm sera d'ailleurs assez qualitatif, car la crise a beaucoup impacté les modes de travail, dont les centres de soins et le recueil de données en routine).

Mais il commence à y avoir des études qui montrent que c'est une épidémie qui touche aussi les plus pauvres, avec le cas emblématique de

la Seine Saint-Denis. Les données sont celles de Santé Publique France croisées avec des données diverses de l'INSEE et l'INED. La population est plus jeune, le nombre de malades de Covid 19 est élevé et une surmortalité de 102% a été constatée entre mars et avril, due à un cumul de facteurs. Des inégalités sociales et territoriales de santé se renforcent mutuellement. La santé globale des populations est mauvaise dans ce département, avec notamment une surprévalence de pathologies chroniques et des conditions de vie plus difficiles. L'offre de santé est moindre, avec un déficit des structures de prises en charge hospitalières et une faible démographie médicale en baisse.

Certaines études montrent par ailleurs une exposition aux risques plus fortes des grands exclus qui vivent dans les campements d'urgence car les conditions de vie limitent les gestes barrières. Une enquête de prévalence de juin (Epicentre, Msf et Institut Pasteur) montre ainsi que, sur 14 lieux d'intervention, il y a une prévalence du Covid de 18 à 94% selon les sites et que celle des personnes ayant transité par les gymnases est trois fois plus élevée que celles des personnes reléguées en centres d'hébergement.

Une étude à Marseille (COVIDep Homeless Marseille) a mesuré l'impact de la crise sur les sans-abris avec un dépistage sur 2000 personnes à Nzéro en juin, puis N+3 et N+6 afin de voir l'évolution des contaminations et des pathologies dépistées. Ce travail démontre qu'il y a une séroprévalence plus élevée du Covid 19 liée à la grande précarité liée à la densité de l'hébergement d'urgence et au temps passé en hébergement collectif. Les personnes se contaminent ainsi au fur et à mesure de leur passage.

On constate également une certaine mobilité forcée de ces populations. Deux enquêtes ont montré une intensification des expulsions qui ont cessé pendant le premier confinement mais qui ont repris intensément en juin (Observatoire des lieux d'expulsion des lieux de vie informels, observatoire interassociatif). Il n'y a pas eu de nouvelles consignes pour faire cesser les expulsions qui sont à répétition et souvent sans proposition d'hébergement aucune et encore plus souvent sans proposition d'hébergement pérenne. Des personnes hébergées sont remises à la rue après un temps moyen court (enquête Secours Catholique, ACF, Utopia 56)

Les mobilités forcées, les conditions de vie dégradantes fragilisent la vie des personnes en impactant leur santé et sur les stratégies de prévention. La limitation de la liberté de déplacement empêche les activités économiques informelles et les associations de distribution alimentaire parviennent à chiffrer l'augmentation des besoins et voient une nouvelle population arriver. Il y a une augmentation de la paupérisation.

3) Focus sur les droits de santé et l'Aide médicale d'Etat

La réforme des droits de santé des étrangers et de l'AME, adoptée fin 2019 est extrêmement restrictive, avec entre autres le délai de carence de trois mois pour les demandeurs d'asile, la condition d'irrégularité de trois mois pour les demandeurs d'AME, l'obligation de dépôt physique en caisse primaire pour leurs dossiers par les demandeurs d'AME eux-mêmes et la diminution de la prolongation des droits après l'expiration du titre de séjour de personnes réduite à 6 mois et 2 mois pour les personnes ayant une OQTF définitive.

Le décret du 30 octobre, qui met en œuvre une partie de ces mesures, a un impact nocif sur l'ouverture des droits des personnes et restreint l'accès à l'AME. Cela complexifie le travail des institutions et conduit au renoncement et au non recours aux droits.

L'enquête «Premier pas» sur l'AME de l'IRDES montre un taux de non recours à l'AME de 49%. Parmi les raisons de ce non recours, il y a la méconnaissance par les personnes de leurs droits et la complexité de l'ouverture des droits. Les personnes non accompagnées rencontrent beaucoup d'obstacles pour faire une demande, chaque année, et souvent abandonnent en cours de route. La complexité est liée au cadre réglementaire et aux pratiques des caisses primaires d'assurance maladie, liées à des mauvaises interprétations des textes, à des demandes de pièces abusives. Cette charge de travail est souvent reportée par l'Assurance maladie sur les services sociaux associatifs mais aussi hospitaliers, voire de secteur. Je recommande le document des Coordinations régionales des PASS (recommandations pour le Ségur de la santé), qui alertent sur ce report de charge de travail et sur la charge croissante qui leur incombe.

Le travail d'accompagnement des personnes lors de la constitution des dossiers doit rester une mission de service public de l'Assurance maladie avec le maintien de l'accueil physique des personnes à l'opposé d'un «tout» numérique. Le non recours aux droits est facteur de retard ou de renoncement aux soins, lui-même facteur de dégradation de la santé. Les personnes sans droits consultent les associations, les structures proposant des soins gratuits sont déjà saturées.

Or, des mesures facilitatrices pendant le premier confinement ont permis l'accès aux droits par une prolongation automatique des droits, par une adresse de correspondance unique, par un recours à la numérisation et une simplification des démarches. Ces mesures doivent perdurer. La crise met en lumière des inégalités sociales de santé en touchant les plus pauvres. L'accès aux droits est un levier central pour l'accès aux soins et à la prévention. L'intégration des bénéficiaires de l'AME dans la Sécurité Sociale est une mesure sécurisant les droits. Des permanences de la CPAM devraient être remises en place dans les lieux de publics précaires tels que les hôpitaux, les CCAS et les associations.

Féreuze AZIZA

Il y a un cumul de vulnérabilités pour ces personnes lors de la crise Covid. Le HCSP indique dans son dernier avis la déprivation matérielle et la précarité comme étant des situations qui engendrent des risques de développer des formes graves. Ces populations souffrent de pathologies plus importantes que le reste de la population. Il y a des surcontaminations et des restrictions comme le dépôt physique de la demande de l'AME qui pose questions lorsque nous connaissons les risques de ces populations. Nous reparlerons de l'AME et des demandes d'évolution par rapport à ces publics. Je laisse la parole à Céline BOUILLOT.

Céline BOUILLOT

Chargée de mission Assurance maladie et aidants, UNAF

Bonjour à toutes et à tous. La seconde partie de la matinée porte sur la protection des personnes pendant cette crise sanitaire. La première intervention abordera les dispositifs mis en place afin de protéger les personnes et sera menée par Madame Aurélie COMBAS-RICHARD, Directrice générale de la CPAM de Seine-Saint-Denis. La seconde portera sur le dispositif de l'Assurance maladie de contact tracing et sera menée par Yann ROUAULT. Je laisse la parole à Aurélie COMBAS-RICHARD.

LA PROTECTION DES PERSONNES EST-ELLE EFFICACE ? RETOUR SUR LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE POUR PROTÉGER LA POPULATION

Aurélie COMBAS-RICHARD

Directrice CPAM de Seine-Saint-Denis

Bonjour à toutes et à tous. Je suis Aurélie Combas-Richard, directrice de la CPAM de Seine-Saint-Denis. Le premier temps de l'intervention porte sur les mesures dérogoires à la réglementation pendant la crise sanitaire et sur le retour d'expériences et le second temps sera consacré à l'adaptation du service face aux circonstances ainsi qu'un retour d'expériences. Première mesure dérogoire : une prolongation automatique des droits CSS et AME pour trois mois pour les assurés en fin de droits entre le 16 mars et le 31 juillet ainsi qu'une prolongation automatique pour les affections de longue durée pendant le premier confinement. Une deuxième vague de renouvellement automatique est annoncée et nous attendons la confirmation écrite de la DSS pour prolonger les droits CSS et AME pour trois mois. Pour les affections de longue durée, une prolongation des droits est prévue pour six mois. La deuxième mesure dérogoire a été l'assouplissement des conditions d'accès à l'AME. Les dossiers AME ont été reçus par voie dématérialisée en Seine-Saint-Denis et il y a eu une avancée sur les liens avec les établissements de santé sur les soins urgents avec une dispense de demande préalable d'AME pour les soins urgents et vitaux. S'agissant de la réforme de l'AME, le décret d'application est sorti le 30 octobre 2020 pour une mise en place au 1er janvier 2021. Cette réforme pourrait être reportée jusqu'à la fin de l'Etat d'urgence, soit le 16 février. Les téléconsultations sont prises en charges à 100% jusqu'au 31 décembre 2020 avec une prise en charge 100% Assurance maladie. Nous étions atones en termes de téléconsultations avant le premier confinement. En Seine-Saint-Denis, nous étions à 0,2% des consultations avec un pic à 24,7% en avril et une décroissance en août avec un taux de 5%. Actuellement, nous sommes à 8% et constatons que la téléconsultation s'est installée dans le paysage. Pour les personnes fragiles ou âgées, cela évite un déplacement physique en cabinet. Les études de l'utilisation de la téléconsultation montrent que, dans le département de la Seine-Saint-Denis la téléconsultation un moyen usité y compris par des populations a priori éloignées de ce dispositif. Nous la promovons car cela permet de suivre les patients qui avaient arrêté de se soigner pendant le premier confinement. Quant aux indemnités journalières, des outils de déclaration adéquats

ont été créés. Les IJ garde d'enfant sont une première en France et cela concerne les enfants de moins de 16 ans ou en situation de handicap. Elles sont versées pendant un mois et demi pour les salariés et plus longtemps pour les non-salariés dont les indépendants. Ce dispositif réactivé pour les non-salariés depuis le 1er septembre, se fait par le biais d'une déclaration sur le site internet d'AMELI. Les IJ pour les personnes vulnérables ont été versées du 12 mars au 31 avril pour les salariés et jusqu'au 31 août pour les non-salariés. Ce dispositif, réactivé depuis le 12 novembre pour les non-salariés, est sans carence d'une durée de 21 jours maximum et renouvelable jusqu'au 31 décembre. La déclaration se fait sur Déclareameli.fr. Le troisième type d'indemnités journalières dérogoires concerne les IJ de cohabitation avec une personne vulnérable. Il n'existe plus. Enfin, les indemnités journalières dites contact tracing sont de deux types. Les indemnités journalières pour personnes positives au Covid sont délivrées soit par le médecin traitant soit par la plateforme de contact tracing qui délivre cet arrêt de travail. Les indemnités journalières pour les cas contact sont enregistrées et tracées par l'Assurance maladie et les assurés cas contact demandent cet arrêt de travail en ligne. Cela est valable pour les assurés qui ne télétravaillent pas. Le dispositif a bien fonctionné en Seine-Saint-Denis. Au mois de mars, il y avait 5 000 assurés et 55 000 indemnités journalières et 18 000 assurés ont bénéficié de ces indemnités journalières en avril pour un montant de 11 millions d'€. Les indemnités journalières dérogoires pour l'Assurance maladie de Seine-Saint-Denis représentent 30 millions d'€ depuis mars et 49 000 personnes en ont bénéficié. Le deuxième point d'intervention porte sur les services adaptés aux circonstances. Pendant le premier confinement, nous avons développé des rendez-vous téléphoniques et les appels en visio permettant de montrer une lettre reçue et non comprise ou envoyer sur une boîte mail dédiée la pièce manquante au dossier. Pendant le deuxième confinement, les agences CPAM sont ouvertes et pour respecter la distanciation et les jauges d'accueil au sein des agences, l'accueil sur rendez-vous a été développé. Cette modalité d'accueil plaît car le dossier est préparé en amont et l'accueil se fait en prenant le temps de faire le tour du dossier. Cette expérience des premiers et seconds confinements a permis d'enrichir notre offre de service et de la conserver car cela répond à des besoins qualitatifs en termes d'accueil. Nous garderons le rendez-vous téléphonique et en visio et nous développerons les créneaux de rendez-vous physiques proposés aux assurés.

Nous le ferons aussi pour les bénéficiaires de l'AME afin de prendre le temps et éviter le retour de dossiers. Sur la plateforme de contact tracing, nous avons été confrontés à des cas positifs ne parlant pas français et en Seine-Saint-Denis où la diversité est une réalité du quotidien, nous avons testé l'accueil en langue étrangère dans une douzaine de langues. Cela est à conserver afin de régler un dossier correctement. Dans l'agence de Montreuil, un outil technologique, qui est un traducteur, permet de dire concrètement à une personne quel document est nécessaire. Cela évite la barrière de la langue. Dans le protocole sur le lien entre la ville et l'hôpital, ce sont deux mondes qui se parlent peu. Avec l'ARS, nous avons

formalisé un protocole entre la ville et l'hôpital afin de permettre à des patients atteints du Covid de rejoindre leur domicile plus vite tout en étant entouré d'un médecin traitant, d'un kinésithérapeute, etc. Cela a permis de tester un annuaire en ligne utilisé par les hospitaliers pour trouver un médecin traitant en fonction de la commune. L'annuaire est renseigné par les professionnels de santé de Seine-Saint-Denis pour accompagner les patients Covid et diminuer le nombre des patients sans médecin traitant. Telles sont les mesures dérogatoires ainsi que celles que nous souhaitons maintenir. La crise a permis d'etoffer l'offre de services concrets afin d'être au plus près de nos assurés.

Questions de la salle

Céline BOUILLOT

Je vous remercie pour cette présentation. La téléconsultation pose question sur l'inquiétude de laisser des personnes en dehors de ce système parce qu'elles ne sont pas équipées ou ne savent utiliser ces outils. Les questions portent sur la manière dont vous avez procédé pour ces personnes. Qu'en est-il du renouvellement des ordonnances pour le second confinement et du transport sanitaire groupé arrêté pendant le premier confinement ? Y-a-t-il une limite d'âge pour la garde d'enfants en situation de handicap afin de bénéficier des IJ ?

Aurélie COMBAS-RICHARD

Tout le monde ne peut pas faire les téléconsultations mais cela a été possible par téléphone. Ce dispositif existe jusqu'au 31 décembre et permet de pouvoir bénéficier d'une audio consultation avec leur médecin. A Pantin, dans une maison de santé, les patients se connectaient grâce à un Smartphone et étaient en relation avec leur médecin. Les renouvellements d'ordonnance ne sont pas automatiques et dépendent de la prescription. Les transports sanitaires groupés n'ont pas été remis en place puisque nous sommes en période épidémique. Pour les enfants, il n'y a pas de limite d'âge mais il faut que l'enfant soit à la charge du parent.

Céline BOUILLOT

Je vous remercie pour l'ensemble de ces réponses. Je laisse la parole à Féreuze AZIZA qui souhaite poser une question.

Féreuze AZIZA

Sur la question du renouvellement des ordonnances, il semble qu'il soit très limité pour la période du deuxième confinement. Cela n'était possible que dans le cadre des pharmaciens et de façon limitée. Au sujet des IJ dérogatoires, il y a eu un premier mouvement pour les travailleurs vulnérables puis le chômage partiel pour les salariés du privé et les indépendants sont restés sur ce dispositif. Il y a eu des difficultés puisqu'il a fallu lister des ALD pour permettre aux personnes d'être identifiées sur la plateforme réouverte depuis le dernier décret y compris pour les fonctionnaires qui bénéficient d'une autorisation spéciale d'absence. Cela veut dire qu'ils rebasculent sur la télédéclaration et que ce sont de nouveau des IJ et non plus des autorisations spéciales d'absence. Il y a beaucoup de changements et cela est compliqué à suivre. Pouvez-vous nous préciser la démarche ?

Aurélie COMBAS-RICHARD

Depuis le 12 novembre, les IJ dérogatoires pour personnes vulnérables sont réactivées. Les gérants salariés, les stagiaires de formation professionnelle peuvent y prétendre. Pour les agents de la fonction publique, cela ne concerne que les fonctionnaires qui ont moins

de 28 heures et les contractuels. Les artistes auteurs, les artisans commerçants, les micro-entrepreneurs et les professions libérales sont également concernés. Quant au renouvellement des ordonnances, je confirme vos propos puisque le dispositif est plus restreint.

Céline BOUILLOT

Je vous remercie. Il y a des questions sur la reconnaissance des pathologies qui persistent pour les patients qui peuvent en bénéficier et sur les retours des abus de la téléconsultation par téléphone. Je vous laisse y répondre plus tard. Je laisse la parole à Mohammed GHAZI.

Un participant

La question est pour Aurélie COMBAS-RICHARD qui se vante d'avoir eu un projet avec l'ARS. D'après les retours, le regard des usagers n'a pas été pris en compte. En voulant faciliter le travail entre la ville et l'hôpital, les disponibilités et des faisabilités des personnes n'ont pas été prises en compte dans le 93. Pour le retour par rapport à l'oxygénation prévu en ville, nous avons oublié l'information à l'éducation. Nous travaillons entre professionnels mais nous avons oublié de responsabiliser l'individu en lui donnant un rôle majeur dans ces soins. Je souhaiterais savoir comment éviter cet écueil la prochaine fois.

Aurélie COMBAS-RICHARD

L'objectif du protocole était médical. Je suis effectivement ravie que nous ayons réussi à faire travailler le monde de la ville et de l'hôpital sur les sorties d'hospitalisation. Tout le monde n'est pas éligible à ce dispositif. Ce dossier sera présenté devant le comité territorial de santé et sur ce type de sujet, il faut avancer. Dans cette période, les dispositifs s'améliorent de manière itérative. Le dispositif a été optimisé pour le deuxième confinement et ces sujets sont nouveaux.

DISPOSITIF CONTACT TRACING : VERS DE NOUVELLES MISSIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE

Yann ROUAULT

Directeur Général Adjoint CPAM Paris

Bonjour à toutes et à tous. Le contact tracing a pour objectif de limiter la diffusion du virus à partir de nouveaux cas, de détecter et briser les chaînes

Un participant

Je reconnais qu'il faut avancer mais nous le faisons pour les usagers et les patients. Nous travaillons pour le médecin mais le patient est au centre et il est nécessaire de lui donner des informations. Je l'ai vu dans les textes et nous ne sommes pas participants. J'ai relevé des erreurs de rapidité mais l'individu n'a pas les mêmes capacités à comprendre les messages et à être alerté sur les degrés d'urgence. Nous travaillons sur des taux de saturation. Il est important d'inclure dans les groupes de travail la manière de procéder. Nous faisons toujours pour les concernés mais sans eux. Il est intéressant d'avoir un regard impertinent afin de revenir à une réalité et de constater si cela est faisable ou non.

Céline BOUILLOT

Je vous remercie. Je précise que les documents seront transmis aux personnes présentes et sur l'extranet de nos différentes associations. Les actes de la journée seront réalisés. En attendant que Madame COMBAS-RICHARD commence l'intervention avec l'accord de Monsieur ROUAULT, il est possible de répondre à des questions. Une question porte sur la reconnaissance des patients qui ont des séquelles de long terme liées au Covid. Pourront-ils bénéficier d'une ALD ou bénéficieront-ils d'un autre dispositif ? Avez-vous des informations à ce sujet Madame COMBAS-RICHARD ?

Aurélie COMBAS-RICHARD

Non, je n'ai pas d'informations sur ce dispositif qui est encore mal documenté.

Céline BOUILLOT

Monsieur ROUAULT peut-il prendre la parole ?

de transmission le plus rapidement possible et de détecter des épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle. Cette intervention de santé publique comporte trois actions complémentaires. La première consiste à investiguer chaque nouveau cas probable ou confirmé afin de l'isoler, d'identifier les personnes

en contact avec la personne contaminée et de décrire les circonstances du contact afin d'évaluer le niveau de risque de contamination et de recueillir les données nominatives permettant de contacter les cas contact. La deuxième action consiste à investiguer les cas contact, à vérifier les circonstances ou la nature des contacts avec les cas positifs, les dates, de les isoler et de vérifier l'absence de symptôme chez cette personne. La troisième action consiste à détecter, investiguer et contrôler les chefs de transmission issus des différents cas ou des clusters si ce sont des cas groupés auxquels ils pourraient appartenir. Le triptyque est tester, alerter, protéger. Le dispositif de contact tracing en France repose sur deux outils de recensement complémentaires. Le premier est le système d'informations SIDEP, service intégré de dépistage et de prévention, qui permet d'identifier des personnes affectées grâce à la transmission des résultats des tests de dépistage de la Covid par les acteurs autorisés à pratiquer ces tests comme les laboratoires, les centres de dépistage des établissements, les médecins, les pharmaciens et les infirmiers. Le deuxième outil spécifique à l'Assurance maladie est «contact Covid» qui permet de recenser et de contacter les cas contacts et les personnes ayant pu les jours précédents avoir été contaminées par les personnes infectées. Les acteurs sont à l'œuvre sur les contacts tracing en fonction de différents niveaux d'intervention. Le premier niveau consiste à identifier et à prendre en charge des patients symptomatiques, d'initier la recherche de contacts de personnes testées positives appelées patients zéro à minima au sein de la cellule familiale. Ces acteurs sont souvent les médecins de ville, les laboratoires, les centres de dépistage des établissements, les médecins, les pharmaciens et les infirmiers. Le niveau 2 consiste à contacter la personne dépistée positive, de réaliser le recensement exhaustif des personnes ayant été en contact rapproché avec elle et de nous contacter afin de réaliser un test et d'avoir les consignes de confinement. Ce niveau est assuré par les plateformes de l'Assurance maladie et des structures partenaires. Le troisième niveau consiste à identifier et à investiguer

les clusters ou les situations complexes et les acteurs référents sont les agences régionales de santé. L'organisation du contact tracing à la CPAM de Paris a mobilisé beaucoup de personnels et il a fallu faire appel à des renforts pour nous assister dans cette action de contacter les cas contact et les cas positifs PO pour lesquels le volume a augmenté à partir de septembre même s'il y a une décrue actuelle. Chaque jour, nous mobilisons entre 110 et 190 personnes, week-end et jours fériés compris. Nous avons installé des plateformes sur plusieurs sites de la caisse. Deux sites sont dédiés aux appels sortants et un site dédié aux appels entrants puisque nous avons des sollicitations sur la Covid suite à des appels non aboutis de nos plateformes de contacts sortants. Les volumes ont augmenté. Nous sommes passés de 140 patients confirmés pour Paris début août à plus de 12 000 fin octobre puis nous sommes passés de 404 cas contact à plus de 19 000. Il y a eu une progression importante des sollicitations en octobre. Les méthodes de contact ont évolué et avant le 3 novembre, chaque situation devait être contactée par téléphone. Depuis le 3 novembre, des modalités complètent celles téléphoniques. Pour les patients Covid, un SMS contenant un lien permettant de préparer l'appel de l'Assurance maladie est envoyé. Le patient a déjà pu recenser les informations afin de faciliter l'entretien. Pour les cas contact, les appels sortants sont remplacés par l'envoi d'un SMS avec un lien vers un site de l'Assurance maladie - <https://declare-ihm-sms-val.digital.cnamts.fr/sms/> - qui permet de procéder aux démarches en ligne. Nous constatons une décélération marquée des cas positifs et des cas contact liés au confinement.

Céline BOUILLOT

Je vous remercie pour cette intervention très claire. Sur le fil de conversation, une question porte sur l'action envisagée de la CPAM s'il n'y a pas de réponse au sms envoyé.

Questions de la salle

Yann ROUAULT

Je souhaite laisser la parole à ma collègue, Madame Cécile PERERA COUTINHO, Directrice en charge du contact tracing qui répondra aux questions.

Cécile PEREIRA COUTINHO

Directrice contact tracing CPAM Paris

En cas d'absence de réponse aux sms envoyés par la CPAM et si le lien n'est pas consulté, les plateformes téléphoniques vont procéder à un appel téléphonique.

Céline BOUILLOT

Une personne demande s'il y a moins de cas contact parce qu'il y aurait moins de dépistage.

Cécile PEREIRA COUTINHO

Non. La capacité de dépistage s'adapte à la demande. Il y a quelques semaines, il y avait beaucoup de cas positifs parce que nous dépistons beaucoup. Aujourd'hui, nous dépistons autant mais il y a moins de besoins et de patients orientés vers les centres de dépistage.

Yann ROUAULT

Le confinement et le télétravail génèrent moins de contact entre les personnes.

Céline BOUILLOT

Je laisse la parole à Féreuze AZIZA.

Féreuze AZIZA

Y-a-t-il eu une période où l'Assurance maladie était débordée par les patients testés positifs ? Nous avons des retours de personnes contactées par l'Assurance maladie mais celle-ci n'a pas relevé les cas contacts en disant aux personnes de le faire elles-mêmes. Cela pose la question des dispositions dérogatoires pour celles nécessitant un arrêt de travail.

Céline BOUILLOT

Je me permets de compléter cette question. Vous avez mentionné que ce dispositif avait mobilisé beaucoup de personnels au sein des différentes CPAM. Comment avez-vous pu garantir la continuité des missions plus traditionnelles de la CPAM dans l'accompagnement des usagers ?

Yann ROUAULT

Il y a deux questions. Nous n'avons jamais donné comme consigne de ne pas identifier les cas contact. Nous avons procédé au recrutement de personnels temporaires pour nous aider et il y a eu une phase de montée en compétence. Une aide inter régions était activée quand certaines

régions étaient plus en difficulté que d'autres puisque le nombre de cas positifs n'a pas été croissant selon les mêmes rythmes dans chaque région. L'essence même du contact tracing est d'identifier les cas contact. Si cette action n'est pas réalisée, cela rend difficile l'opération de limitation de propagation du virus. La traçabilité dans notre outil permet de distinguer les personnes contactées de celles qui n'ont pu l'être. Nous ne sommes pas à l'abri d'un oubli, aussi nous avons beaucoup accompagné nos équipes afin que toutes les personnes soient contactées et que tous les cas contact aient été identifiés. Actuellement, nous constatons une décline des cas positifs. Nous avons suffisamment de personnels pour prendre en charge toutes les situations, le nombre de PO et de cas contact ayant diminué. S'agissant de la deuxième question, dans le cadre du confinement, l'Assurance maladie a maintenu ses activités de base, certaines activités ayant été différées comme les opérations de démarchage des employeurs et des professionnels de santé, afin de se recentrer sur les activités essentielles telles que l'ouverture des droits et le remboursement des prestations. Nous avons garanti l'ensemble des activités, que nous avons modulées. Les accueils physiques ont été fermés pendant le premier confinement mais aujourd'hui, ils sont ouverts avec des modalités de protection renforcées. Nous avons mis en stand-by les visites de nos équipes dans les cabinets médicaux, dans les établissements et avons retardé des opérations de démarchage de masse pour se recentrer sur les activités de base que nous avons maintenues pour garantir la gestion des droits. Des dispositions réglementaires ont permis des prolongations automatiques de droits sachant qu'une nouvelle opération de prolongation automatique devrait intervenir prochainement. Des dispositifs dérogatoires et d'allègements pour les remboursements des frais de santé et des indemnités journalières ont été mis en œuvre. Cela nous a permis de garantir nos missions essentielles. La CPAM de Paris a par ailleurs des structures de soins et de prévention qui ont été particulièrement touchées par la crise sanitaire de la Covid. Nous avons pu réaffecter des personnels qui étaient sur des activités suspendues d'exercer sur d'autres activités de la CPAM de Paris, plus prioritaires.

Céline BOUILLOT

Je vous propose de clore cette matinée et de nous retrouver à 14h00. Je remercie nos intervenants de la matinée pour leur participation.

PARTIE 2 – APRÈS LA CRISE, QUELLE ÉVOLUTION POUR L'ASSURANCE MALADIE ?

Féreuze AZIZA

Je vous propose de reprendre. Nous avons vu la présentation des situations de vulnérabilité identifiées pendant la crise avec le rôle de l'Assurance maladie dans la protection de la population. Dans l'après-midi, nous aborderons l'impact de la crise, l'avenir et les conséquences financières. Nous accueillerons Dominique CORONA qui fera une présentation de l'impact financier pour l'Assurance maladie. Au-delà de

la crise, nous nous intéresserons à ce qui se dessine pour faire face à l'évolution de la société avec la question de la prise en charge, de la perte ou de l'insuffisance d'autonomie et la création d'une cinquième branche évoquée ce matin lors de l'introduction associative. Nous terminerons ce débat en vous donnant la parole avec des membres du groupe de travail inter associatif Assurance maladie afin d'évoquer les pistes des dispositions concernant les situations identifiées qui posent des difficultés. Je laisse la parole à Dominique CORONA.

QUEL IMPACT FINANCIER DE LA CRISE POUR L'ASSURANCE MALADIE ?

Dominique CORONA

Secrétaire général adjoint à l'UNSA, ex membre du Haut conseil du financement de la Protection sociale, Personne Qualifiée au Conseil de la CNAM.

Bonjour à tous, je suis Secrétaire général adjoint à l'UNSA. Vous connaissez l'UNSA, nous sommes des personnalités qualifiées dans vos CPAM. Je suis salarié du privé. Il est souvent dit que l'UNSA, c'est la fonction publique, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Effectivement, la moitié de nos adhérents sont des salariés du privé et l'autre moitié est composée d'agents de la fonction publique. Je suis heureux et fier d'y être car nous sommes persuadés qu'il faut travailler de concert avec les associations. Nous, syndicalistes, avons des compétences dans les entreprises et vous, associations, avez les compétences pour accompagner nos salariés quand ils ont des difficultés de santé ou dans leur parcours de vie. Ensemble, nous sommes plus forts.

Je vais vous présenter les impacts financiers de l'épidémie pour l'Assurance maladie en fonction de nos connaissances du moment. Dans un premier temps, je ferai un rappel de la structure du financement de la protection sociale afin de situer le cadre dans lequel nous évoluons et puis je vous rappellerai la part des cotisations sociales dans ce financement pour chaque branche, ensuite j'évoquerai les comptes 2019,2020 et les projections pour 2021 et je terminerai mon propos par un focus sur l'impact de la crise sur la dette sociale.

Le financement de la Sécurité sociale est assis sur trois sources : les cotisations sociales, les impôts et taxes affectées et les contributions publiques.

Les cotisations sociales ont une part prépondérante dans le financement de la protection, même si celle-ci baisse. Elles sont payées par les salariés et les employeurs, il s'agit du salaire différé. Les impôts et taxes constituent la deuxième source de financement. C'est le cas notamment de la CSG qui est la contribution fléchée sur la protection sociale. L'État ne peut donc s'en servir pour financer autre chose, contrairement aux impôts ou à la TVA par exemple.

La part des recettes issue des cotisations sociales pour la branche retraite est de 70%, de 58,8% pour la branche famille et de 41,3% pour la branche maladie. Il y a actuellement un débat dans le pays sur le fait de savoir qui dirige la Sécurité sociale.

Pour certains hauts fonctionnaires, le financement de la protection sociale concerne l'État, dans ce cadre, tout cela devrait être discuté au sein d'une loi de financement globale et donc fusionner le PLF avec le PLFSS. Pour l'UNSA, cette position n'est pas acceptable. Effectivement, la cotisation sociale n'est autre que de l'argent des salariés et des employeurs, des assurés sociaux et ce n'est pas un impôt. Les partenaires sociaux doivent donc avoir un mot à dire sur l'utilisation de cet argent.

Chaque année, la Commission des comptes de la Sécurité sociale se réunit au mois de juin et au mois de septembre. Cette commission n'a aucun pouvoir, elle ne prend aucune décision. Au mois de juin, le secrétaire général de la commission nous présente les comptes de l'année et en septembre il nous présente les comptes tendanciels pour l'année suivante et le prévisionnel d'arrêté des comptes de l'année en cours. Cette année, en septembre nous avons eu un point sur les prévisions de clôture des comptes à décembre et la présentation des comptes pour 2021 avant mesures correctrices prévues par le PLFSS. Depuis quelques années, force est de constater qu'il n'y a quasiment plus de concertations avec les partenaires sociaux pour sa construction. Cette loi est construite en chambre par des hauts fonctionnaires, avec peu de concertations en amont, et cela a des conséquences sur le financement et sur les capacités à mettre en place de nouveaux droits pour les assurés.

Sur les comptes, en 2019, nous étions à - 1,9 milliards d'€. Mais ce déficit est à relativiser. En effet, avec la crise des gilets jaunes, des mesures ont été prises par le gouvernement, comme les heures supplémentaires exonérées de cotisations sociales, octroi de primes sans cotisations sociales, ou encore l'annulation de l'augmentation de la CSG pour les retraités modestes. Ces mesures ont privé la Sécurité sociale de recette pour 4,4 milliards d'€. Si comme la loi Veil de 1994 le prévoyait, l'État avait compensé ces exonérations alors la Sécurité sociale aurait été en excédent. En 2019, le Ministre des comptes publics, Gérard DARMANIN nous disait que nous serions à l'équilibre en 2020 et que l'Etat devait pouvoir prendre tout ou une partie des excédents de la Sécurité sociale parce qu'il estimait avoir beaucoup financé la Sécurité sociale par le passé. Bien sûr, e n'étais pas et je ne suis toujours pas d'accord avec cela. L'État décide donc des mesures qui ont un impact direct sur les recettes de la Sécurité sociale et l'Assurance maladie. Cela met la Sécurité sociale dans un entonnoir, crée du déficit que l'on demande de rembourser aux assurés sociaux en leur demandant de faire des efforts pour trouver des marges de manœuvre financière.

En septembre 2020, le déficit annoncé était de -44,7 milliards d'€ et celui de l'assurance maladie serait de l'ordre de -30 milliards. Dans les faits, nous sommes plus proches des 50 milliards de déficit que des 44.

En 2019, nous voyons que les résultats étaient de -1,5 milliards sur la maladie, -1,4 milliards sur la retraite et +1,5 milliards sur la famille. En 2020, toutes les branches passent en négatif. C'est malheureusement l'effet de l'épidémie qui joue à plein.

La Covid a entraîné une chute des recettes et une augmentation des dépenses. Au niveau des recettes ; il y a une baisse des cotisations sociales puisque l'activité partielle en France ne donne pas lieu à des cotisations sociales. L'activité partielle donne des droits mais il n'y a pas de cotisation. On a assisté en parallèle à une baisse de la CSG puisqu'il y a une baisse de la masse salariale et donc moins de rentrées fiscales, baisse aussi des produits de la TVA puisqu'il y a moins de consommation. Nous estimons une chute des recettes de l'ordre de 25 milliards d'€, (20 milliards de baisse de cotisations sociales et 5 milliards pour la CSG). En 2020, les recettes devraient baisser de 4,2% et atteindre 486,8 milliards d'€. Cela représente 20 milliards de baisse de cotisations sociales et 5 milliards de baisse de CSG et l'année n'est pas finie. Mais la Covid a aussi fait augmenter les dépenses. Il a été demandé à l'Assurance maladie de prendre en charge des nouvelles prestations. Cela a été le cas par exemple des indemnités journalières compensatoires créées lors du premier confinement, les IJ dérogatoires pour garde d'enfants et sans recette. Les achats de masques ou de gel hydroalcoolique pour les professionnels de santé sont aussi des dépenses supplémentaires. L'Assurance maladie s'est aussi substituée à l'Etat en prenant en charge une partie du chiffre d'affaires des professionnels de santé libéraux impactés par le confinement. L'assurance maladie a aussi pris à sa charge 1, 5 milliards d'€ de Test PCR. L'assurance maladie a aussi repris une partie de la dette des hôpitaux pour 10 milliards d'€. Ainsi, sur cette période de Covid, on constate une augmentation de 5,8% des prestations maladie avec un ONDAM en dépassement de plus de 10 milliards. La baisse des recettes est de 4,2% et l'augmentation des dépenses de 5,8%. C'est la conjonction de ces deux phénomènes qui explique le déficit pour l'année 2020.

Cet effet ciseau est préoccupant, car certaines dépenses seront pérennes. Dans cette crise, il me semble important de bien définir les dépenses qui relèvent du conjoncturel et du structurel. Le structurel, c'est par exemple l'augmentation de l'ONDAM. Dans le futur, il y aura plus de dépenses maladie, il y aura de plus en plus de demandes pour les hôpitaux. Le Ségur a acté des augmentations pérennes pour le personnel hospitalier. L'ONDAM va continuer à croître. Le besoin de financement sera donc important. Au niveau des recettes, la crise économique risque de se traduire par des baisses de cotisations sociales, de CSG et de rentrées fiscales.

L'État, pour desserrer financièrement l'étau sur la Sécurité sociale a décidé de transférer la dette à la CADES. La CADES, créée en 1996 avait pour objectif d'amortir la dette cumulée du régime général de Sécurité sociale. Elle a donc pour objectif de rembourser la dette. Pour cela, l'Etat

a garanti des recettes à la CADES qui proviennent de la CSG, du fonds de réserve des retraites et de la CRDS. La CADES, c'est 17 milliards de ressources par an. 7 à 8 milliards proviennent de la CSG, 7 à 8 milliards proviennent de la CRDS et le reste, du fonds de réserve des retraites. La CADES devait s'éteindre en 2024, à cette date, nous aurions dû terminer de rembourser la dette. L'État, pour faire face à la crise de la Covid a décidé de prolonger la CADES jusqu'en 2033 et d'y transférer les nouveaux déficits.

En procédant ainsi, le gouvernement, sans concertation préalable demande aux assurés sociaux de payer la facture Covid et prive au final la Sécurité sociale à, partir de 2025 de 14 milliards de recettes supplémentaires. Comme je vous l'ai indiqué, nous devons faire face à de nouveaux besoins dans un futur proche. Ainsi, nous devons un jour traiter la perte d'autonomie, c'est la fameuse 5 ème branche dont tout le monde parle. Pour les experts, il faudra trouver alors 10 milliards d'€. La fin de la CADES donnait de l'oxygène à la Sécurité sociale permettant ainsi de financer la perte d'autonomie, l'augmentation de l'ONDAM ou encore de financer un besoin en financement pour les retraites.

Questions de la salle

Céline BOUILLOT

Est-il possible d'estimer facilement la dette Covid ? Il y a des dépenses mais une baisse des consultations. Cela a-t-il eu une incidence sur les dépenses ? Comment peut-on intervenir en tant que conseiller d'une CPAM locale ? De quelle marge de manœuvre bénéficie-t-on ?

Dominique CORONA

Vous pouvez dans chaque CPAM, comme je le demande à la CNAM, demander à suivre les dépenses de façon analytique, le seul moyen d'avoir une lisibilité. Le tracing n'est pas une mission directe de l'Assurance maladie mais cela a un coût. Nous devons suivre ces éléments financièrement pour avoir une comptabilité analytique très précise et ainsi avoir des arguments face au gouvernement. Il faut se servir de nos rôles dans nos organismes afin de se concerter. Il y a une ouverture à ce sujet et le gouvernement est prêt à lâcher du lest sur la dette Covid. La protection sociale ne pourra pas supporter cette dette. L'Etat in fine devra augmenter sa participation, soit par de l'impôt et/ou trouver des ressources en plus. Je sens qu'il y a une ouverture possible de concertation avec le

A l'UNSA, nous nous battons pour que la dette Covid, qui est une dette qui ne vient pas des assurés sociaux, soit mise à part et qu'elle soit incluse dans la dette de l'Etat, État qui lui n'a pas de structure de défaisance comme la CADES. Dans ce cadre, l'État lui ne va pas rembourser en 5 ou 10 ans la dette Covid.

Nous souhaitons donc que le gouvernement entame des négociations avec les partenaires sociaux à ce sujet. Laisser des marges financières à la Sécurité sociale est essentiel pour répondre aux attentes des assurés sociaux.

C'est quand même assez étrange, l'Etat regarde les excédents et refuse de prendre à sa charge des déficits. L'avenir pour la Sécurité sociale peut être optimiste si l'Etat prend une partie de la dette. A défaut, il nous faudra trouver des modes de financement et réfléchir collectivement à ce que sera la protection sociale de demain.

Féreuze AZIZA

Je vous remercie. La présentation est très claire et intéressante. Il y a des questions.

Ministre des comptes publics, Monsieur DUSSOPT et sur celui de la santé, Monsieur VERAN. Comme je vous l'ai indiqué, des missions qui n'incombaient pas à l'Assurance maladie ont été prises en charge par elle. Je ne mets pas en cause le fait qu'il fallait le faire. Il était intéressant que l'Assurance maladie prenne en charge le tracing, verse des indemnités journalières pour garde d'enfants. Il fallait aller vite et c'était la première réponse de l'Etat. Ils doivent néanmoins pour moi, faire l'objet d'un transfert à l'État et non pas à la CADES.

Féreuze AZIZA

Merci. Nous parlons de ce qui relève de l'Assurance maladie et ce qui n'en relève pas. Nous nous interrogeons sur la raison que ce soit uniquement de l'Assurance maladie. D'une manière générale, nous votons des budgets de plusieurs instances et nous nous questionnons sur des financements affectés à l'Assurance maladie. Quelles sont la logique et la pertinence ? En principe, il est prévu qu'en cas d'exonérations par de cotisations par exemple, il y ait des compensations. Pourquoi des budgets sont-ils transférés à l'Assurance maladie et ne sont pas compensés ?

Dominique CORONA

Le financement de la protection sociale en France est un sacré foutoir. Il faudrait voir le schéma de la protection sociale en France. Il y a des « tuyaux » qui s'entrecroisent. Ainsi, par exemple, il y a des taxes sur la farine qui financent l'Assurance maladie. Il y a de la TVA versée à une branche puis ensuite reversée à une autre quand il y a un trop perçu. Bref, c'est illisible.

Le flou permet qu'il y ait des « loups ». Il faut de la transparence sur ce sujet. Le Haut Conseil pour le Financement de la Protection Sociale (HCFPS) travaille sur ce sujet. Sur les compensations, je suis intervenu en commission des comptes de la Sécurité sociale en demandant au gouvernement d'appliquer la loi Viel. Il m'a été répondu que tout provenait de la même poche. Bien sûr, je ne suis pas d'accord sur cette approche.

Féreuze AZIZA

Il y a le rôle des complémentaires santé. Faut-il déléguer davantage aux complémentaires ?

Dominique CORONA

Cette année, suite à la pandémie, le gouvernement a décidé de taxer les complémentaires santé. Nous souhaitons que cette taxe soit mise dans un fonds servant à financer la complémentaire santé des salariés en invalidité, qui eux, contrairement aux autres n'ont pas droit à la portabilité. Dans ce cadre, les complémentaires santé répondent qu'il n'y a pas de portabilité lorsque nous sommes en invalidité, payée par la Sécurité sociale. Il y a un mois, il n'y avait pas de portabilité en cas de licenciement pour faillite. Mais la cours de cassation vient dans un arrêt, d'indiquer que la portabilité en cas de faillite devait s'opérer.

La taxe Covid pour nous devait servir à boucher ses trous dans la raquette.

Sur le reste, il faut redéfinir le rôle de chacun et s'il n'y a pas de débat sur le financement de la protection sociale, il y a un risque de désengagement ou de non prise en charge. Nous avons demandé au gouvernement de saisir le Haut Conseil de financement de la protection sociale pour qu'un rapport soit fait sur les droits et le financement de la protection sociale. Il y a des problématiques fortes sur l'hôpital, sur le cinquième risque, sur la retraite. Cela sera un débat de campagne électorale et il faudra que chacun se positionne afin que les citoyens et assurés sociaux puissent voter en leur âme et conscience.

Féreuze AZIZA

Je reviens sur la portabilité. Nous avons identifié la problématique des personnes en arrêt maladie, licenciés, qui ne peuvent pas s'inscrire à Pôle Emploi et qui ne bénéficient pas de la portabilité, cela n'a pas de sens. Nous constatons aussi la question des déremboursements. Est-ce que nous donnons davantage de poids à la complémentaire santé ? Les personnes ont l'impression d'avoir de plus en plus de reste à charge. Nous n'avons pas de visibilité et il est important de travailler ensemble sur ces sujets. Nous pouvons rapporter les difficultés de terrain afin de les identifier. Il y a aussi la question des représentants sur l'accès et la visibilité des éléments de dépenses. Marie-Anne Montchamp parlera de la cinquième branche. Nous sommes à des frontières car nous nous demandons si nous étions sur le cinquième risque ou la cinquième branche.

Céline BOUILLOT

Nous avons des remarques sur l'évaluation que nous ferions sur des coûts liés à l'aggravation de pathologies non traitées dans le temps ou non détectées suffisamment tôt. Cela entraînera une hausse des dépenses. Avons-nous une visibilité sur ces dépenses ? La question des Covid longs se dessine et il n'y a pas de visibilité sur les conséquences à long terme.

Dominique CORONA

En septembre 2020, il y a eu - 44,7 milliards d'€. Aujourd'hui, il est annoncé -50 milliards. En deux mois, le trou s'est creusé à cause de la deuxième vague. Pour 2021, il était prédit -25,5 milliards d'€. Le coût des vaccins du Covid y sera ajouté. Personne n'est capable de dire quel sera le coût humain. Au niveau économique, là encore c'est le flou, en fonction des moments et des économistes, on nous prédit pour 2020 un PIB compris entre -9 et -12. Personne ne peut donc avoir de visibilité.

Céline BOUILLOT

Une intervenante souhaite savoir s'il faut craindre des transferts de charges massifs vers les ménages dès 2021 ou 2022 tels que médicaments, dispositifs médicaux, transports déremboursés ?

Féreuze AZIZA

La crise a accéléré la précarisation des personnes, nous craignons qu'il y ait des conséquences financières de manière globale.

Dominique CORONA

Sur les déremboursements, j'ai un sentiment personnel. En 2022, il y aura les élections présidentielles, cela pousse à la prudence. Les Français doivent prendre ce sujet à bras-le-corps. La protection sociale est un amorti social et nous y sommes tous très attachés. En 2021 il sera trop tôt pour voir les conséquences globales de la crise économique, sanitaire et sociale. Des emplois détruits, signifient moins de masse salariale, de cotisations sociales et de recettes pour l'Assurance maladie avec pour autant de dépenses égales voire même en augmentation. Il faudra regarder notre modèle de financement de la protection sociale et trouver de nouvelles sources de financement. C'est l'enjeu à venir. Et cela sera, j'en suis persuadé un débat de campagne présidentielle.

Féreuze AZIZA

Pouvons-nous imaginer un emprunt européen par rapport à la CADES ? Une solution Europe est-elle imaginable ?

Céline BOUILLOT

Par ailleurs, quelles seraient les pistes de nouveaux financements et quelles seraient les nouvelles collaborations possibles entre démocratie sociale et démocratie en santé ?

Dominique CORONA

A l'UNSA, nous sommes des partisans de l'Europe et donc favorable à la mutualisation de la dette. La dette de l'Etat doit être transférée à l'Europe. Il faut avoir une Europe plus stratégique. La pandémie nous a ouvert les yeux sur nos carences. Ainsi, en termes de pharmacologie, les principes actifs de certains médicaments sont produits à 90% dans deux ou trois pays non européens, en Asie ou aux Etats-Unis. L'Europe doit répondre aux besoins sanitaires et les industries pharmaceutiques n'y répondent pas. Nous n'acceptons plus de ne pas être en capacité de soigner les européens lorsque la Chine est « en panne ». Le problème est stratégique et la crise a permis de se rendre compte de cela. Cela relève de la souveraineté européenne et de sa stratégie.

Sur les pistes de financement, c'est complexe et dépend du risque envisagé. Nous estimons que la vieillesse est liée au travail et doit être assise sur les cotisations sociales. Sur la famille, l'entreprise paie les cotisations sociales mais il n'y a pas que l'entreprise. L'entreprise a un rôle à jouer dans la garde de l'enfant lorsque nous travaillons et doit payer une partie mais l'Etat doit prendre en charge une partie plus importante. Les cotisations sociales baissent car elles sont liées au travail et donc au niveau d'emploi et de masse salariale. Oui il faudra de nouvelles sources de financement en fonction du risque couvert. La question est de savoir si nous acceptons que la santé pèse plus dans le PIB qu'elle ne pèse aujourd'hui. Le débat est politique. Devons-nous mettre plus dans la santé, sur la Sécurité sociale, plus sur la retraite ?

Concernant la démocratie sociale, le vieux monde n'est plus d'actualité. Notre syndicat n'est pas représentatif et nous devons travailler en bonne intelligence. Je ne sais pas accompagner des salariés vulnérables dans le travail, mais vous en avez la capacité et vous pouvez m'aider à être présent dans les structures pour accompagner les assurés malades. Nous devrions orienter vers vous nos salariés qui ont des pathologies. Nous devrions travailler en amont avec vous sur le PLFSS puis en parler avec le gouvernement.

Féreuze AZIZA

Nous entendons votre invitation et réfléchissons mieux à plusieurs ! La question sur les travailleurs vulnérables est importante. Le décret permet aux employeurs de s'opposer au chômage partiel des personnes à risque s'ils considèrent que les conditions de protection renforcées sont mises en place. Le salarié vulnérable doit faire appel au médecin du travail s'il n'est pas d'accord. Cela pose problème au salarié de s'opposer à son employeur.

Dominique CORONA

Nous devons être là dans ce cas car nous ne devons pas laisser le salarié seul. Cela relève de notre responsabilité de l'accompagner face à l'employeur.

Un participant

Je souhaite revenir sur l'intervention de Monsieur CORONA. Les associations croient beaucoup à la complémentarité des compétences entre les acteurs du système de santé et nous sommes étonnés d'avoir des difficultés à pouvoir la mettre en application. Le changement de culture et de

paradigme est renforcé par la crise. C'est un levier qui doit permettre de travailler mieux ensemble dans ces complémentarités de compétences. Le modèle économique doit être source de pouvoir et avoir un impact sur la dimension de l'ONDAM. J'espère que ce changement de culture grâce à l'évolution de la crise sera concret.

Un participant

Notre ami Dominique CORONA essaie de trouver des moyens de financement de la protection sociale mais il faudrait d'abord dire que cette protection sociale devrait être au maximum et non partielle comme elle l'est actuellement. Dans le cas de la crise, ce sont les hôpitaux qui en pâtissent en premier parce qu'ils manquent de moyens ainsi que les ressortissants du pays pour manque d'investissement dans la prévention. La seule richesse d'un pays est le résultat du travail et cela signifie que la richesse produite dans un pays doit parvenir à indemniser l'ensemble des assurés sociaux victimes ou non. Dans le problème médical, 80% des cancers sont d'origine professionnelle. Il y a un manque évident de reconnaissance permettant de solutionner la protection médicale de financement sur la maladie qui revient à une branche d'accident du travail. Cette branche est née avant la Sécurité Sociale parce que les accidents relèvent d'un texte du 9 avril 1898 et nous sommes toujours à une indemnisation partielle. Il faut revoir l'identité de la personne de notre pays et il est nécessaire de faire un bilan comptable sur l'état de santé du pays. Plus nous aurons un bilan comptable, plus nous aurons des salariés en capacité de mieux travailler. L'article 1er du Code de Sécurité Sociale de 1945 donne aux salariés des moyens pour vivre décemment. Cela concerne autant le régime maladie, la CAF ou celui de la retraite. La totalité provient des richesses du pays. Avant de trouver des solutions pour fractionner et prendre de l'argent, il est important de regarder la globalité par rapport à l'ensemble du pays. A partir de là, les discussions peuvent commencer et monter graduellement en charge pour acquérir ces capacités.

CINQUIÈME BRANCHE AUTONOMIE : QUEL PÉRIMÈTRE ? QUEL FINANCEMENT ?

Céline BOUILLOT

Je vais poser les questions soulevées. Cette création de cette cinquième branche relative au maintien à l'autonomie des personnes a été décidée à la sortie du premier confinement. Cette décision a été prise en lui attribuant un financement, une partie de la CSG, et a été lié

Dominique CORONA

La Sécurité sociale est un investissement. Les personnes en bonne santé sont plus productives et sur la prévention, il faudrait demander à Magali LEO les difficultés que nous avons à ce sujet. Le système est axé sur le curatif. Nous sommes dans le soin et non dans la prévention. Dans les déserts médicaux, il est impossible d'évoquer la moindre contrainte d'installation pour les médecins. Avec les médecins libéraux, nous sommes dans la discussion et jamais dans l'obligation, jamais dans la coercition. Monsieur REVEL, ancien directeur de la CNAM a toujours défendu la négociation avec les professionnels de santé, arguant que cela serait contreproductif et qu'il vaut mieux aider. J'ai encore du mal à connaître toutes les aides données aux médecins libéraux pour l'installation, pour l'informatisation.... Il faut plus de prévention, moins d'exonérations. Pour faire baisser le coût du travail, les gouvernements successifs emploie toujours la même méthode, baisser les cotisations sociales. Si l'État décide de baisser des cotisations parce qu'il considère que le coût du travail est trop important en France, cela relève de sa responsabilité. Mais il ne peut assécher les ressources financières de la Sécurité sociale sans l'affaiblir.

Sur les maladies professionnelles, ce qui est proposé par le gouvernement sur la reconnaissance de la maladie du Covid est inacceptable. Là encore, force est de constater qu'il n'y a eu aucune négociation avec les partenaires sociaux

Féreuze AZIZA

Je vous remercie pour les interventions et les questionnements. Je laisse la parole à Céline BOUILLOT afin de faire un point sur la cinquième branche puisque nous n'avons pas l'intervention de Marie-Anne MONTCHAMP. Nous continuerons avec la dernière intervention.

au vote d'un transfert de la dette de la Sécurité Sociale à la CADES. Le PLFSS de cette année acte la création de cette cinquième branche et pose les fondements de la gouvernance, du financement et du périmètre. Pour le périmètre, seront regroupées les mesures concernant les personnes âgées, personnes en situation de handicap et leurs aidants. Pour certains, ces périmètres se croisent dans certaines situations

pour ce qui est du ressort de l'Assurance maladie, ce qui est du ressort de la branche famille et ce qui peut être du ressort de cette branche autonomie. Cela est le cas de l'AEEH qui doit être transférée dans cette nouvelle branche alors qu'elle relève actuellement de la branche famille. Il y a des transferts actés par ce PLFSS de la branche maladie vers cette nouvelle branche autonomie. Quant à la gouvernance sur un plan national, elle sera prise en charge par la CNSA et il y a des réflexions sur la gouvernance territoriale. Contrairement aux caisses traditionnelles comme la CNAM, il n'y a pas d'équivalent au niveau local et il n'y a pas de déclinaisons de la CPAM. Pour le moment, les compétences en termes de maintien à l'autonomie sont réparties soit entre les conseils départementaux, soit entre les agences

régionales de santé. L'enjeu est d'articuler une dynamique entre ces conseils départementaux et ces ARS, en lien avec la CNSA. Le financement de cette nouvelle branche autonomie interroge. Le rapport Libault émettait des premières pistes de financement et des premiers montants à financer et ces pistes ont été approfondies avec la publication du rapport VACHEY en septembre avant le PLFSS avec des propositions assez larges. Certaines concernent les droits de succession avec une augmentation des taux sur les droits de succession ou sur les assiettes. Il y a également la possibilité de souscrire une assurance privée ou établir une deuxième journée de solidarité et le transfert entre certaines branches excédentaires comme celle de la branche famille.

Questions de la salle

Céline BOUILLOT

Une question porte sur la place des usagers dans les instances. Y-aura-t-il des représentants ?

La CNSA a un conseil d'administration qui regroupe des administrations comme la Caisse centrale de MSA ou des représentants de la branche famille. Les associations de personnes en situation de handicap sont représentées. Au niveau territorial, la construction se fait entre la CNSA, les conseils départementaux et les ARS. Les associations sont intervenues afin que les familles soient représentées au sein de ces instances et qu'elles ne soient pas uniquement des instances publiques comme les MDPH. La composition de ces nouvelles instances n'est pas encore donnée. L'autre question porte sur la date de mise en place de la cinquième branche. Lorsque le PLFSS sera voté, la cinquième branche sera officiellement mise en place avec des financements fléchés et définis dans le cadre de cette loi de finance.

Un participant

Je vous remercie. Sur la gouvernance, il y a unanimité à ce que ce soit la CNSA qui puisse être le maître d'œuvre. Il y a une forte disparité sur l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qui sont la compétence du département. La barrière de l'âge doit être supprimée et il est compliqué de jouer sur la prestation compensation handicap pour certains et l'APA pour d'autres. D'un département à un autre, il y a des applications sur le plan des aides humaines et du reste à charge totalement disparates. Ces disparités devraient être levées

car elles complexifient notre système. Pour la représentation des usagers, il faut que nous soyons présents au sein des CNSA et faire valoir qu'au niveau des instances départementales, il y a un rapprochement des CRSA et avec les CTS. Au niveau territorial, il faut rapprocher le CTS, qui a deux composantes dans sa formation que sont la formation «expression des usagers et santé mentale» et celle «du conseil départemental citoyenneté autonomie», ce dernier ayant deux formations «PA» et «PH». Au niveau territorial, il est possible d'avoir une organisation de démocratie en santé opérationnelle sur la santé au sens de l'OMS et que nous dépassions le système en silo du sanitaire et du médicosocial afin de parler santé. Nous devons renforcer nos dispositifs ensemble.

Féreuze AZIZA

Le second point est l'enjeu de la construction de cette cinquième branche au niveau des territoires et pouvoir regrouper les acteurs concernés. Sur la première partie de votre intervention, il y a un enjeu de convergences entre les politiques pour les personnes en situation de handicap et les politiques en situation de vieillissement dus à l'âge. La barrière d'âge concerne aussi le passage de la PCH à l'APA ainsi que la situation de handicap des enfants vers un autre système. Cela complexifie le système.

Je propose que nous abordions la dernière partie de cette journée avec Aude BOURDEN, Sophie CRABETTE, Céline BOUILLOT et moi-même au sujet des questions des vulnérabilités, des dispositifs mis en place et notamment dérogatoires afin de faire face aux besoins. Cela démontre les limites des dispositifs en place. Les membres du groupe

ont travaillé sur des éléments identifiés et il y a des éléments qui émergent. Nous présentons les quatre points et répondrons aux questions et recueillerons vos avis et contributions pour

avancer sur les demandes de nos associations. Je laisse la parole à Aude BOURDEN qui aborde le thème de la téléconsultation.

DES DISPOSITIFS À FAIRE PERDURER ET À RÉINVENTER : FEUILLE DE ROUTE DU GROUPE DE TRAVAIL ASSURANCE MALADIE ?

Aude BOURDEN

Conseillère nationale Santé et médicosocial, APF France-Handicap

Je vous remercie. Un des faits marquants de 2020 est l'envol des actes de télé médecine. Le tableau des chiffres 2018-2020 de la CNAM montre que les chiffres de télé médecine se sont envolés en 2020 avec 10 000% de plus. 90% de ces actes sont des consultations faites par des médecins libéraux et là aussi il y a une envolée de plus de 10 000%. Les médecins généralistes représentent 48%. En 2020, les consultations physiques n'ont pas été possibles dans un premier temps et il a fallu débloquent la question de la téléconsultation.

Des assouplissements se sont mis en place avec la création d'un nouveau cadre réglementaire. Les téléconsultations sont prises en charge 100% AMO alors que jusqu'à présent, c'était un acte classique avec AMO et complémentaire santé avec la recommandation auprès des professionnels de la mise en place d'un tiers payant. La dérogation par téléphone a été possible pour ceux n'ayant pas accès à une bonne connexion ainsi qu'une dérogation aux parcours coordonnés. L'autre condition jusqu'ici pour l'accès à la téléconsultation était la consultation physique du praticien au cours des douze derniers mois précédant la téléconsultation. Cela a été levé pour les personnes pour qui il y avait suspicion d'infection à la Covid 19. Il y a eu une ouverture aux sages-femmes et à partir de mars, ces dispositions ont été étendues aux télé soins en l'ouvrant à certains auxiliaires médicaux. La condition d'un premier soin en présentiel a été réinscrite dans les textes. Il y a une liste d'actes par type d'auxiliaires médicaux visés avec une prise en charge 100% AMO et le tiers payant à nouveau recommandé.

Il y a trois types de questionnement que nous souhaitons vous soumettre, organisés autour de 3 axes : la place de la téléconsultation et des télé soins dans l'offre de soins et parcours de santé, la question de l'accès financier et l'impact sur les droits des personnes.

La première question est de savoir s'il faut continuer à réglementer le poids entre les

consultations en présentiel et celles en distanciel. Le critère de l'entrevue physique dans les douze mois précédents et celui d'avoir rencontré son praticien au moins une fois physiquement doit-il être supprimé ? Ou la suspension de ces critères pour des personnes ayant des suspicions d'infection à la Covid 19 était une bonne chose à étendre aujourd'hui ? La dérogation pour le téléphone doit-elle perdurer ? Pour la téléconsultation, faut-il continuer à respecter le parcours coordonné ou, au vu de la pénurie des ressources médicales, faut-il réfléchir autrement ? Nous nous questionnons sur des critères de recours plus fins à la téléconsultations/télésoins qui pourraient être au-delà des critères médicaux des critères sociaux par exemple s'il n'y a pas d'aidant ? Faut-il des critères administratifs plus précis ? Est-ce une offre complémentaire ou de substitution en réponse aux insuffisances de l'offre en termes de déserts médicaux, d'inaccessibilité des lieux de soins notamment en handicap ? La grande peur de nos adhérents est de se dire que puisqu'il y a la possibilité de le faire en distanciel, il sera moins investi sur la possibilité de voir son médecin en présentiel. Comment doit-on encadrer sans imposer du distanciel lorsque la personne souhaite du présentiel ou inversement ?

Sur la question financière, le 100% AMO a permis une ouverture et cela va-t-il perdurer ? Quelles peuvent être les dérives car il n'y a aucune avance de frais ? Il y a eu une multiplication des actes. Par exemple, certaines personnes étaient appelées sans prise de rendez-vous et cet appel facturé comme une consultation. Les simples renouvellements d'ordonnance étaient facturés. Le tiers payant ne devrait-il pas être obligatoire plutôt que recommandé en cas de 100% AMO ? Il y a également des limites de l'accès financier en dématérialisé. Sur certaines plateformes de rendez-vous, les empreintes de cartes bancaires étaient demandées alors même que les personnes étaient éligibles au tiers payant dans le cadre d'ALD. Cela peut être un frein à la téléconsultation et aux télé soins.

La dernière question porte sur le droit des patients. Quelle information pour le patient sur l'intérêt ou pas de recourir à la téléconsultation au moment de la prise de RDV en ligne ? Comment accompagne-t-on les patients ? Qu'en est-il du

consentement ? Cela change la relation et l'appel d'un praticien doit-il être une téléconsultation ou seulement un appel ? Le distanciel ne doit pas non plus être imposé au patient. Qu'en est-il de la garantie d'un accès équitable ? Il y a la question de la fracture numérique, du financier et de l'accessibilité des solutions de télémédecine. Dans certaines pharmacies, il est possible de faire des téléconsultations mais cela n'est pas accessible aux personnes en situation de handicap. Les infirmières peuvent coter des actes lorsqu'elles accompagnent des personnes à domicile pour une téléconsultation. Faut-il le développer ou cela doit-il s'étendre à d'autres auxiliaires à domicile ? En effet le recours aux aidants familiaux peut entraver l'autonomie et augmenter leur charge. Il faut se questionner sur l'accompagnement physique à la téléconsultation et aux télé soins. La sécurisation des données est-elle organisée ? La transmission des ordonnances par mail ou la non sécurisation des plateformes posent question.

Féreuze AZIZA

Nous répondrons à vos questions à l'issue de l'ensemble des interventions. Je laisse la parole à Sophie CRABETTE.

Sophie CRABETTE

J'interviens sur la vulnérabilité des personnes face à l'emploi. Les chiffres donnent un aperçu sur la manière dont les entreprises perçoivent ces personnes vulnérables ou en situation de handicap. Il y a souvent un amalgame entre ces publics. En novembre 2020, une enquête de l'IFOP commandée par l'AGEFIP a montré que 65% des entreprises interrogées estiment qu'embaucher une personne malade ou en situation de handicap est imposée par la loi. Il n'y a pas de volonté de base. 47% des entreprises pensent que ces embauches sont une opportunité pour faire progresser l'entreprise, ce qui signifie que plus de la moitié pensent que cela n'en est pas une. 29% font de l'embauche de ces publics une priorité dans leur entreprise et la place des publics qui rencontrent des difficultés de santé n'est pas gagnée au sein de l'entreprise. 65% des entreprises pensent que cela est une charge supplémentaire dans la manière de s'organiser. Au-delà de ces publics visés, les publics déclarés personnes vulnérables et visés dans le décret ont été obligés de révéler leur pathologie auprès de leur employeur. Cela a fragilisé des personnes en situation précaire au regard de l'emploi et pour les publics dont l'emploi n'était pas compatible avec le télétravail. J'aborderai quatre points sur lesquels nous souhaitons attirer votre attention, vous faire part de nos propositions et échanger

pour recueillir vos avis. Le premier point est de permettre aux assurés travaillant à temps partiel de bénéficier d'indemnités journalières. De nombreuses personnes, faisant l'effort de travailler à temps très partiel compte tenu de leur situation de santé, cotisent mais cela ne leur permet d'ouvrir des droits à indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Cette situation est injuste et est un frein à l'accès ou au maintien dans l'emploi. Nous proposons que seule soit retenue la durée d'affiliation au titre d'un salarié ou assimilé afin d'être affilié, c'est-à-dire avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois civils ou 90 jours précédant l'arrêt de travail. Cela est plus équitable et permet à des personnes travaillant peu, d'avoir des indemnités journalières dès lors qu'elles rencontrent des difficultés de santé. Le deuxième point est d'assurer une meilleure indemnisation des arrêts de travail des personnes qui sont en ALD et peuvent prétendre à 365 jours d'indemnité pour une période de 3 ans pouvant être prolongée d'un an et aller jusqu'à 4 ans de date à date. Le délai de 3 ans, les droits ne peuvent être réouverts que si l'assuré a repris son travail pendant un an sans aucun arrêt de travail en lien avec son ALD. Pour certains patients atteints de maladie chronique, la recharge des droits à indemnités journalières est impossible et cela les fragilise financièrement ainsi que dans leur maintien dans l'emploi. Nous proposons la recharge de ces droits sur une année glissante afin de permettre aux personnes d'ouvrir de nouveaux droits à indemnités journalières, conserver leur emploi et avoir un niveau de vie plus décent que d'accéder à des minimas sociaux. Le troisième point permet d'autoriser le maintien de droit aux indemnités journalières des chômeurs ayant repris un emploi depuis plus de trois mois. La crise sanitaire a renforcé le risque de chômage pour les assurés vulnérables qui ont été longtemps éloignés de l'emploi. Pour fixer les règles, les demandeurs d'emploi conservent les indemnités journalières ou la pension d'invalidité qu'ils avaient avant leur licenciement. Cette disposition est applicable tant que le demandeur d'emploi est indemnisé par Pôle Emploi et pendant une année à partir de la fin de son indemnisation mais si le demandeur d'emploi reprend une activité professionnelle, il bénéficie de ses droits acquis dans sa précédente activité uniquement pendant trois mois. Si la personne se retrouve en arrêt pendant la reprise de travail, ces droits seront examinés sur la base de sa nouvelle situation professionnelle. Dans certains cas, si elle n'a pas assez cotisé, elle sera privée de droits. Nous demandons que ces personnes bénéficient de ses anciens droits pendant une année. Le quatrième point permet d'assurer l'emploi et les soins pendant le temps de travail. Je cite les exemples de chimiothérapie, dialyse, kinésithérapie liés à des maladies chroniques. Les soins ont parfois lieu sur le temps de travail

ne peuvent être déplacés, ce qui est le cas des personnes en dialyse qui ne peuvent être dialysées en soirée et sont obligées de l'être plusieurs fois par semaine. Le temps partiel thérapeutique est limité à trois ans et les assurés sociaux se voient contraints d'aller vers des pensions d'invalidité ou des minimas sociaux de type AH ou RSA alors que beaucoup d'entre eux souhaiteraient maintenir leur activité professionnelle. Un décret permet dans des conditions limitatives que la CPAM accorde une indemnité compensatrice de salaire. Cette mesure est mal connue et peu demandée et son accès est compliqué. Pour les personnes dialysées, la mesure ne pourra être mobilisée uniquement si elles sont dialysées en centre. Par ailleurs, elle n'est pas reportée sur le compte vieillesse, ce qui impacte le calcul de la pension retraite. Nous souhaitons que ces mesures soient revues afin de permettre un meilleur accès au droit et une meilleure continuité de la vie professionnelle. Je vous remercie.

Féreuze AZIZA

Le point abordé est important et concerne les personnes atteintes d'ALD et de maladies chroniques particulièrement impactées par cette crise. Les personnes à risque peuvent être éloignées de l'emploi pendant un moment. Pour faire face à la situation, des dérogations ont été mises en place comme la suppression des conditions d'ouverture de droits. Certaines personnes qui travaillent à temps très partiel n'ont pas le droit aux IJ, elles n'auraient donc pas pu bénéficier de cette protection. Il y a aussi la question de ne pas décompter sur le compte des droits des personnes en ALD. Les personnes malades risquent d'être plus impactées que la population générale.

Nous abordons maintenant la question de la couverture maladie complémentaire, l'accès aux soins et à la couverture.

Céline BOUILLOT

Concernant la complémentaire santé solidaire, je fais un rappel de la réforme et du contexte dans lequel elle a été élaborée. Elle s'inscrit dans une volonté d'améliorer le taux de recours puisque les précédents dispositifs comme la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide à la complémentaire santé avaient un taux de non recours de plus d'une personne sur deux et ce taux de non recours était élevé pour la CS. La réforme a pour objet d'étendre le panier de soins de la CMUC à l'ACS et la disparition de ces appellations de CMU et ACS pour créer la complémentaire santé solidaire dans sa version gratuite dans le même niveau de ressources de la CMUC. La CSS

avec participation financière est dans le même niveau de ressources que l'ancien ACS. La réforme a été mise en œuvre en 2019 et l'année 2020 a posé des points d'inquiétude pendant les périodes de confinement. Pendant le 1er confinement, la période d'inquiétude a été d'éviter les ruptures de droits. Une première mesure était la prolongation automatique des droits pour les bénéficiaires dont les droits arrivaient à échéance entre le 12 mars et le 31 juillet 2020. Il y a eu une prolongation de trois mois à compter de la fin de leurs droits pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite ou ceux qui étaient encore à la CMUC. Une prolongation a été décidée jusqu'au 31 juillet 2020 pour les bénéficiaires de l'ACS ou la CSS avec une participation financière. Ces mesures ont concerné plus de 2,5 millions de personnes. La deuxième mesure était de protéger ces populations précaires en s'assurant qu'elles puissent bénéficier de protection et des masques. Il y a eu une distribution gratuite de masques grand public via deux envois dans le cadre de l'action sanitaire et sociale de la CNAM et de la CPAM. Un premier envoi a été fait le 1er août et le second fait entre mi-octobre et mi-novembre au nombre de 6 masques par membre de foyer. Cette première année de mise en œuvre souligne des questions regroupées sous différentes thématiques.

La première est «Comment garantir la prise en charge des personnes précaires ? ». Une première question se pose sur la lutte contre les refus de soins. Il serait utile de savoir si la réforme de la CSS a permis de réduire les refus de soins discriminatoires pour les bénéficiaires de cette CSS. En 2019, 24% des bénéficiaires de la CMUC et l'ACS affirment s'être déjà vus refuser un rendez-vous médical. Où en sommes-nous en 2020 ? Le deuxième questionnaire est celui de la rétroactivité des droits parce que les délais peuvent parfois être longs entre le moment où les personnes demandent la CSS et la date d'ouverture des droits. Cela conduit à renoncer à des soins ou à accroître la situation de précarité des personnes. Il existe des possibilités de rétroactivité mais elles sont différentes selon que nous bénéficions de la CSS gratuite ou avec participation financière. Pour la CSS gratuite, une attribution est rétroactive dans la limite de deux mois si vous êtes hospitalisé au moment de la demande. Pour la payante, l'attribution rétroactive se fait au premier jour du mois qui suit la date d'acceptation de la CSS et sous réserve de réception du paiement en cas de besoin de soins urgents.

La deuxième thématique est de savoir comment accompagner les usagers dans la durée. Une principale question est liée à la situation spécifique vécue en 2020 avec cette prolongation automatique qui est celle de la récupération des indus. Pour les bénéficiaires de la CSS et de l'ACS, un changement de ressources pendant

la période de prolongation automatique des droits, en passant d'une CSS gratuite à une CSS payante ou en sortant du dispositif de la CSS peut entraîner la récupération des trop perçus dans les 5 ans qui suivent ces trop perçus et ce, sur l'ensemble des prestations sociales. Cela est un point de vigilance que les représentants d'usagers devront avoir dans les commissions de recours à l'amiable parce que cette récupération d'indus peut déstabiliser le budget des usagers. Nos associations avaient proposé de ramener le délai de récupération des franchises médicales et des participations forfaitaires à 2 ans au lieu de 5 ans. Sur l'amélioration des droits des usagers, il est nécessaire d'abaisser le reste à charge qui, une fois le remboursement de l'Assurance maladie effectué et sans prise en compte de l'assurance complémentaire, reste élevé en France. Il est environ de 620 € en 2017 selon une étude que la DREES a publiée en novembre. Il s'élève à plus de 1000 € pour les personnes âgées de plus de 85 ans. Il y a une disparité dans ces restes à charge. Cette question est exacerbée pour les personnes qui ont contracté la Covid, dont l'hospitalisation présente des restes à charge importants. Nous avons plusieurs propositions. La première est de mettre un plafond à la complémentaire santé solidaire afin de relever l'accès à la CSS qui actuellement exclut des personnes aux revenus modestes susceptibles d'avoir des problèmes de santé importants et qui ne peuvent pas souscrire une complémentaire. La deuxième proposition est celle d'une cotisation qui soit fonction du revenu et non pas de l'âge. Le dernier point porte sur la question du non recours qui est la cause de cette réforme et de l'automatisme des droits. Actuellement, le droit à la CSS peut être ouvert dans certains cas notamment pour les bénéficiaires du RSA. Il y a un démarrage lent sur le taux de recours mais il y a une hausse des bénéficiaires par rapport à l'année dernière. Une proposition est de permettre une étude automatique du droit au renouvellement de la CSS pour les bénéficiaires de l'AAH, allocation aux adultes handicapés et pour les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire invalidité. A défaut, nous pourrions proposer une information automatique à ces bénéficiaires afin de les informer de la possibilité de souscrire à cette complémentaire santé solidaire. Cela fait l'objet d'un amendement au PLFSS.

Féreuze AZIZA

Je vous remercie. Delphine FANGET, de Médecins du monde, a évoqué le sujet des personnes précaires. Un point spécifique est fait sur les personnes étrangères précaires qui font partie des personnes vulnérables identifiées parce que la précarité est un déterminant de santé important. La mortalité et la morbidité

sont augmentées et l'accès aux soins et à la prévention de sous-groupes de population est particulièrement difficile, notamment pour les migrants. Au-delà des obstacles linguistiques, le système du pays d'accueil et les difficultés administratives sont complexes. La résolution des difficultés administratives, économiques et sociales est prioritaire par rapport à la nécessité de prendre soin de sa santé. Le système de soins paraît opaque aux primo arrivants et la communication avec les professionnels de santé est rendue difficile par la confrontation des représentations et d'expression différente de la maladie. Certains sont fragilisés sur le plan psychologique et physique par des antécédents de violence comme les tortures ou les mutilations sexuelles. Les parcours de migration peuvent avoir été traumatisants. La vulnérabilité liée à la migration est renforcée par une exposition à la précarité sociale. Les migrants sont plus souvent en situation précaire que le reste de la population avec des revenus inférieurs de 32% au niveau de la population générale. Les risques de chômage sont élevés et les conditions de logement sont moins favorables. Les phénomènes de précarisation sont spécifiques du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire qui entraîne des obstacles à l'hébergement et à l'emploi, l'exploitation économique, la discrimination et en particulier dans le domaine de l'accès aux soins. L'aide médicale d'Etat est une aide sociale qui relève de l'Etat et non de l'Assurance maladie et les bénéficiaires ne sont pas des assurés sociaux et n'ont pas de carte vitale. Elle a été instaurée en 2000 mais les dispositions existaient bien avant puisqu'à partir de 1893, une aide médicale gratuite était fournie aux personnes sans ressource quel que soit leur statut administratif. Il n'y avait pas de condition de situation administrative régulière sur le territoire et ce jusqu'en 1993. Les lois Pasqua ont introduit une condition de régularité de séjour pour bénéficier de cette aide.. Créée en 2000, l'aide médicale d'Etat permet la prise en charge des frais de santé des personnes en situation irrégulière sur le territoire français et dont les ressources sont inférieures au plafond de la complémentaire santé solidaire non contributive, c'est-à-dire de l'ancienne CMUC. Il est important de le dire car parfois les gens n'ont pas cette notion et cela concerne les personnes en précarité économique. L'aide médicale d'Etat permet de pouvoir être pris en charge au niveau des soins. Certains actes et prestations sont exclus comme les cures thermales, la procréation médicalement assistée, les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible, les frais d'hébergement et de traitement des enfants et adolescents handicapés, les frais d'examen de prévention buccodentaire des enfants. Cela constitue une exclusion. Depuis le décret du 31 octobre, il y a des restrictions supplémentaires puisque le délai de carence

est de 9 mois. Les greffes de cornée, le canal carpien par exemple, sont considérés comme non urgents, et pour ces soins, sauf accord préalable de la caisse, il n'y a pas de prise en charge avant 9 mois. Cela veut dire que des situations peuvent s'aggraver si elles ne sont pas prises en charge. Tout n'est pas pris en charge dans le cadre de l'AME et cela ne signifie pas que la prise en charge est meilleure. 310 000 bénéficiaires de l'AME sont comptabilisés avec un budget de dépenses de 900 millions d'€, ce qui correspond à 0,5% des dépenses de santé. Cela n'est pas très élevé par rapport aux dépenses de santé. L'enquête «premier pas» a donné des résultats fin 2019 avec un taux de non recours très élevé. Plus de la moitié des personnes éligibles à l'AME n'en bénéficient pas. Après 5 ans de résidence en France, 35% n'en bénéficient toujours pas. Il s'agit donc d'un indicateur important y compris pour des personnes qui déclarent souffrir de pathologies nécessitant des soins comme le diabète ou les maladies infectieuses. La plupart des migrants ont peu de connaissance de l'AME et ils n'ont pas tous la capacité de se saisir de dispositifs complexes et même lorsqu'ils sont là depuis des années. Ces résultats vont à l'encontre des discours sur les restrictions mises en place dans les lois de finance 2019 et certaines sont entrées en vigueur dans l'année. Nous entendons parler de fraude ou de questions de prothèses mammaires de personnes qui venaient pour se faire refaire les seins en bénéficiant de l'AME. Ces discours sont erronés puisqu'il n'y a pas de prise en charge de la chirurgie esthétique dans le cadre de l'AME, et sont jamais démontrés. L'AME n'est pas attractive pour faire venir les étrangers en France. Il est dit que l'AME ferait venir l'immigration mais ce n'est pas le cas. Parmi les personnes déclarant un état de santé dégradé, moins de la moitié bénéficie de l'AME. Dans les motifs évoqués concernant l'immigration, la question de la santé n'arrive pas en première position. L'IRDES indique que toutes mesures qui viseraient à limiter les droits offerts par l'AME de droit commun afin de lutter contre l'immigration clandestine ou de réduire fortement les dépenses de santé couvertes de l'AME rateraient certainement leur cible. Le risque serait de mettre en danger l'état

de santé d'une population très précaire avec des besoins de soins largement non couverts et de laisser le poids de la prise en charge aux services d'urgence et aux associations. Ils se positionnent par rapport à l'étude «premier pas». Pourtant, des associations, dont France Assos Santé, Médecins du monde se sont mobilisées sur ces restrictions qui néanmoins ont été mises en place. La condition de résidence irrégulière de trois mois -au lieu de la condition de résidence de trois mois- ajoute aux difficultés car il est difficile de montrer sa situation irrégulière. Il faut ajouter le délai de carence de 9 mois. L'obligation du dépôt physique de la première demande n'existait pas et les travailleurs sociaux envoyaient les dossiers par courrier. Aujourd'hui, ils doivent se déplacer pour leur dossier, sauf s'ils sont pris en charge par un établissement de santé dans le cadre d'une permanence d'accès aux soins ou dans un service hospitalier. Cette mesure a été prise par le décret du 31 octobre alors que nous sommes en confinement et qu'il s'agit de personnes en situation de surcontamination et à risque de développer des formes graves. La complexification des démarches est déjà identifiée comme un motif de non recours risquant d'entraîner un non recours important et une dégradation de la santé des personnes. Il y a aussi l'enjeu de santé publique puisqu'il y a un défaut de prévention ou d'accès à la vaccination. Cela génère une restriction de l'accès aux soins qui engendrent une aggravation des problèmes de santé. Les personnes attendent que leur état de santé soit plus dégradé et se retrouvent dans une situation d'urgence en hôpital qui prend en charge ces situations dégradées. Les soins sont plus coûteux que s'ils avaient été pris en amont. Afin de permettre un accès aux soins, une amélioration de la santé individuelle des personnes est proposée. En santé publique, les soins ne doivent pas être plus coûteux pour l'hôpital et pour les caisses d'Assurance maladie qui supportent des frais de gestion. L'idée est de proposer une fusion et fait partie des demandes que la crise a mis en lumière. De représentants des Caisses Primaires d'Assurance Maladie ont des commentaires sur les difficultés exprimées dans les commissions.

Questions de la salle

Un participant

Bonjour à tous. Nous avons été sollicités sur différents points. Au sujet du projet régional de santé 2018-2028, en tant que représentant d'usagers France Assos Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Allier, j'interviens en CTS et en ARS sur l'inégalité de l'accès à la santé. Des patients se sentent abandonnés

et la crise du Covid a accentué ces situations. Dans l'Allier, la cartographie de prise en charge des patients est catastrophique. Il est dit à la télévision qu'il est important pour les patients de ne pas négliger les soins et d'aller consulter mais le téléphone était souvent raccroché lors de la première vague du Covid. Le département de l'Allier est celui de la région Auvergne-Rhône-Alpes où il y a plus de mortalité prématurée, de cancers, de diabète. Deux ans après le projet

de loi, il n'y a pas d'avancées et nous sommes inquiets parce que les patients ne trouvent plus de spécialistes. Je souhaite avoir la confirmation d'un projet de loi permettant aux patients de quitter leur territoire pour le suivi de leur maladie. Il est important de ne pas négliger le parcours de soins et j'insiste sur l'inégalité d'accès aux soins dans certains départements. J'espère que cette journée aboutira sur des choses importantes. La crise du Covid ne doit pas tout endosser.

Un participant

Je pense qu'il faut une combinatoire entre la télémedecine et le présentiel. Avec le Covid, le nombre de consultations pour les spécialistes a réduit en raison des mesures sanitaires. La télémedecine n'est pas une réponse finale mais un complément de l'approche. Pour les consultations de suivi standard ou renouvellement d'ordonnance, les consultations en télémedecine sont possibles. Le présentiel est nécessaire pour une nouvelle maladie, l'annonce d'une maladie grave. La combinatoire permet de ne pas aller dans une seule voie.

Aude BOURDEN

Nous partageons l'idée de mixer mais comment le faisons-nous ? Faut-il des critères ou laissons-nous à la libre appréciation des professionnels de santé la liberté de décider ?

Un participant

Cela dépend des maladies dans le parcours de soins. Je suis dans un parcours de soins de cancer et si les résultats sont positifs, les consultations de suivi se font par téléconsultation.

Aude BOURDEN

Nous partageons l'idée mais faut-il encadrer ou non ? Comment se prévenir des dérives ? Faut-il que ce soit à la libre appréciation ? Il y a des dérives importantes avec des facturations et il est difficile de faire des propositions. La HAS recommande la libre appréciation.

Féreuze AZIZA

Ces sujets sont complexes. Les réponses sont transverses car elles sont travaillées par des groupes de travail comme e-santé. N'hésitez pas à revenir vers nous si vous avez des éléments de réflexion afin d'alimenter nos travaux. Il y a une question sur le financement et sur le fait que la téléconsultation soit prise en charge à 100%. Cela peut se justifier par rapport à la conjoncture et la situation de crise sanitaire mais ne serons-nous pas ensuite dans un système où la téléconsultation sera davantage favorisée ?

Un participant

La télémedecine doit rester l'exception s'il n'y a pas d'autres possibilités. Pour les personnes handicapées, si la télémedecine venait à se généraliser, cela signifie qu'il n'y a plus besoin de beaucoup de transports. Les transports sanitaires adaptés dans l'Aisne sont catastrophiques. Il y a deux véhicules adaptés dans le département. Si la télémedecine se développe, cela n'incitera ni les transporteurs sanitaires à avoir des véhicules adaptés ni la prise en charge d'une personne en situation de handicap. Aucune des personnes handicapées que je connais n'a parlé de télémedecine. Je pense que cela ne se conçoit. Il est difficile d'avoir un médecin et la santé en distanciel me fait peur. La kinésithérapie est possible avec des patients qui peuvent faire les gestes en toute autonomie, ce qui n'est pas le cas de personnes âgées ou en situation de handicap. Pendant le premier confinement, des patients en situation de handicap qui n'ont pas eu de séances de kiné pendant plus de deux mois ont souffert physiquement et psychologiquement et s'interrogeaient sur l'évolution de leur handicap. La télémedecine doit rester une solution de rechange. Nous échangeons davantage directement qu'en parlant à un écran.

Féreuze AZIZA

Je vous remercie pour votre participation. Nous nous interrogeons sur l'équilibre à trouver entre la télémedecine qui a son utilité et peut être un complément intéressant. Cela peut être une opportunité de développer la prévention.

Des commentaires sont faits sur la difficulté pour les personnes plus âgées de payer 30€ par mois de cotisations à la complémentaire santé solidaire. Certaines personnes ont perdu financièrement au passage de la complémentaire santé solidaire par rapport à l'ancienne ACS. Les personnes les plus âgées sont les plus pénalisées puisque le coût est plus élevé y compris dans la complémentaire santé solidaire. Ce n'est pas de

la vraie solidarité. Nous pronons la mise en place d'une «vraie complémentaire santé solidaire dont les cotisations seraient modulées en fonction des revenus et non de l'âge.

En commission d'action sanitaire et sociale, il est constaté que beaucoup de personnes n'ont plus droit à rien et arrivent en fin de droits aux IJ. Certains dispositifs ne sont plus adaptés. Des réformes sont à mettre en place parce que nous nous limitons à des statuts alors qu'il faut tenir compte des parcours.

Je vous remercie d'avoir participé à ce format visio et nous espérons pouvoir vous retrouver l'année prochaine en présentiel et partager un moment de convivialité. Je remercie les intervenants pour leur présentation de qualité, Laetitia et Isabelle pour l'organisation logistique et technique ainsi que Laurence pour sa présence tout au long de la journée. Les actes seront mis en ligne et envoyés. Les présentations seront en ligne sur France Assos Santé.

Fin des débats.

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

AAAVAM (Association nationale de défense des intérêts des Victimes d'accidents des médicaments), **AT** (Actions Traitements), **Addictions Alcool Vie Libre**, **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), **FGCP** (Fédération France Greffes Cœur et/ou Poumons), **FFSA** (Fédération française Sesame Autisme), **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**, **Génération 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 petits frères des Pauvres**, **Marfans Association**, **Renaloo**, **PRIARTEM**, **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**, **Vaincre la Mucoviscidose**, **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



La ligne de France Assos Santé