

COG 2023-2027 ASSURANCE MALADIE

Accès aux soins et à la prévention des personnes éloignées du système de santé :

Quelles actions de l'Assurance
Maladie et quelles collaborations
avec les acteurs associatifs ?



• **MARDI 19 SEPTEMBRE 2023** •

10h00 - 16h00

Hôtel Mercure Vaugirard
69 Bd Victor, 75015 Paris

Métro : Porte de Versailles

4 Introduction associative.

7 Ouverture de la journée.

11 **Quelles actions pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes éloignées du système de santé**

11 I. Complémentaire Santé Solidaire : Un outil pour améliorer l'accès aux soins ?

14 II. Action 0 ALD sans médecin traitant : une solution aux difficultés d'accès au médecin traitant

16 III. L'action Sanitaire et Sociale de l'Assurance Maladie.

18 IV. Missions Accompagnement Santé de l'Assurance Maladie : un modèle « d'Aller-vers »

19 V. Réussir le virage préventif en agissant auprès des populations les plus éloignées du système de santé.

21 **Assurance Maladie et acteurs associatifs : des actions innovantes nationale et/ou locales**

21 I. Agir ensemble face au cancer : l'exemple du partenariat CPAM du Gard et Ligue contre le Cancer

22 II. Garantir l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap : l'exemple du partenariat entre la CNAM et APF France handicap

25 III. Favoriser l'accès aux soins et aux droits des populations en situation de précarité ou de vulnérabilité : l'exemple du partenariat UDAF et CPAM 91

28 **Mot de clôture**

Nicolas BRUN, Coordonnateur du pôle protection sociale santé de l'UNAF



Je tiens à vous remercier pour votre participation en nombre à cette journée nationale inter associative. L'année 2023 voit la mise en œuvre d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Assurance Maladie et l'État. Elle détaille les objectifs à atteindre, les indicateurs de gestion et les moyens financiers et humains mis à disposition jusqu'en 2027.

L'UNAF tient à souligner la démarche de co-construction de cette COG proposée dès 2022 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) que je tiens à remercier.

Nous avons noté avec satisfaction la prise en compte de plusieurs de nos remarques, notamment sur la prévention et l'éducation à la santé à destination des enfants et des femmes enceintes, qui sont identifiées comme prioritaires. Les démarches « d'aller vers » seront accentuées et le rôle des missions d'accompagnement santé maintenu, comme les accueils physiques des familles, aux côtés des solutions numériques. C'est un vrai sujet pour nos concitoyens.

Le principe du « dites le nous une fois », qui permet une simplification importante des démarches pour les familles sera initié.

Les relations partenariales, dont les relations avec les associations, sont mises en avant, notamment dans les problématiques d'accès au soin. Le panier de soins du 100 % santé sera complété et le budget du fonds national d'action sanitaire et sociale a été préservé.

Par ailleurs, pour la première fois, la COG instaure une clause de revoyure sur la mise en œuvre des différents programmes et sur les effectifs alloués. Un point sur la conformité entre les réalisations et les objectifs fixés sera effectué au 1er septembre 2025, ce qui permet, si nécessaire, de rectifier la trajectoire par avenant, notamment sur le nombre d'ETP à déployer.

Pour toutes ces raisons, l'UNAF a approuvé la COJ au conseil de la CNAM, tout en émettant quelques points de vigilance. Elle a par exemple rappelé que les démarches de dématérialisation devaient s'accompagner d'une réflexion sur les outils à développer afin d'éviter les ruptures de droits pour les personnes vulnérables ayant besoin d'une aide pour la gestion de leur parcours de santé. Disposer d'un compte AMELI ne signifie pas que l'assuré est à l'aise avec le numérique. Nous serons également particulièrement attentifs aux orientations de l'action sanitaire et sociale, qui doivent être discutées en commission, puis au Conseil de la CNAM, avant d'être déclinées dans les CPAM.

Cette journée sera l'occasion de revenir sur plusieurs de ces thématiques, en particulier celle concernant l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus éloignées du système de santé.

La matinée sera dédiée aux axes de la COG et nous remercions tous les membres de l'Assurance Maladie qui se sont mobilisés pour nous présenter la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), l'action 0 ALD sans médecin traitant, les missions d'Accompagnement Santé, l'Action Sanitaire et Sociale et le virage préventif.

L'après-midi sera dédiée aux actions partenariales entre l'Assurance Maladie et les associations. Nous échangerons sur la manière dont leurs réseaux peuvent accompagner les familles et les usagers dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits.

Je souhaite également m'adresser aux représentants d'usagers en CPAM. Vous serez amenés à vous prononcer sur la déclinaison de la COJ dans les CPAM. L'objectif de cette journée est également d'enrichir utilement vos positions lors de vos votes. Je vous invite à échanger avec les représentants de l'UNAF et de la FNATH en amont du vote dans votre caisse afin de favoriser une cohérence des positions. En effet, nous sommes tous des représentants des usagers, avec des casquettes différentes, et nous avons tous le même objectif, ce qui doit nous aider à surmonter nos différences. Elles sont peu nombreuses et nous avons tous une vision commune de ce que doit être l'Assurance Maladie au service de nos concitoyens.

Karim FELISSI, Représentant de la FNATH au Conseil de la CNAM



Merci Nicolas, j'ai pu ajouter quelques éléments à ajouter.

Je tiens quand même à souligner que s'ouvre désormais la période au cours de laquelle la COG va être traduite en contrats pluriannuels de gestion (CPG). Nous avons validé cette COG, notamment parce qu'elle a fait l'objet d'une longue concertation et parce que les demandes des associations ont été prises en compte par la direction générale de la CNAM. Malgré les grands bouleversements comme la dématérialisation, malgré nos interrogations sur les effectifs, la COG donne la priorité aux personnes les plus éloignées du système de santé, notamment aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et aux personnes en situation de précarité.

Vous avez entendu ce qui se prépare en termes de franchises médicales. Nous nous battons contre cette évolution mais quand viendra le moment de voter le CPG, il ne faudra pas confondre les sujets. J'invite les représentants de la FNATH à valider les CPG. Voter contre serait un non-sens politique.

Gérard RAYMOND, Président de France Assos Santé



Je me réjouis de voir une salle pleine de personnes mobilisées pour développer la démocratie en santé et la représentation citoyenne organisée au sein de nos institutions.

Je remercie le directeur de la CNAM pour l'intérêt qu'il porte à notre groupe, qui se tient aux côtés des partenaires traditionnels que sont les syndicats ouvriers et les syndicats professionnels dans les conseils de la CNAM et des CPAM.

La FNATH a voté pour la COG pour les raisons évoquées par Nicolas mais parce que pour la première fois dans l'élaboration d'une COG l'Assurance Maladie et les associations se sont fait confiance et ont travaillé en commun. Elles ont également décidé de faire un bilan au milieu de la COJ pour vérifier, grâce à la clause de revoyure, si le nombre d'agents permet de remplir les objectifs et s'ils sont situés au bon endroit, auprès des bonnes populations, c'est-à-dire celles qui sont le plus éloignées du système de santé.

Je remercie M. Fatôme, qui a été de notre côté pour convaincre l'État de poser cette clause de revoyure.

Après avoir voté pour les CPG, votre mission, en tant que représentants des usagers sera d'instaurer pendant 4 ans la même méthodologie de co-construction avec les CPAM et de vérifier l'atteinte des objectifs et si, sur votre territoire, il y a assez d'agents pour s'occuper des populations les plus éloignées du système de santé.

Alors que nos amis syndicalistes considèrent que le Conseil de la CNAM n'est plus un Conseil d'administration mais un Conseil d'orientation, les administrateurs des CPAM pourront désormais se saisir de cette clause de revoyure, évaluer les indicateurs et être dans une dynamique permanente de vérification de l'atteinte des objectifs.

L'Assurance Maladie est au cœur de notre système de santé. Elle constitue la pierre angulaire de notre engagement envers la santé de tous nos concitoyens. L'avenir de l'Assurance Maladie doit être guidé par la vision d'un système de santé plus équitable, plus accessible et plus résilient.

La COG de l'Assurance Maladie est un instrument clé pour orienter les politiques de santé et garantir la viabilité du système de santé, tout en répondant aux besoins de la population. La COG 2023-2027 sera cruciale pour façonner l'avenir de l'Assurance Maladie et définir les priorités en matière d'accès aux soins, de prévention et de qualité des soins pour les années à venir.

Elle se heurte à des défis importants. Pendant

la crise sanitaire l'Assurance Maladie a été le socle de la protection des Français et a mis en œuvre des actions innovantes. La France a, par exemple, été le seul pays où les salariés ont pu télécharger leur arrêt de travail. Mais cette crise a eu un impact considérable sur ses finances. L'Assurance Maladie devra continuer à jouer un rôle crucial dans la formulation de politiques de santé qui l'équité et la viabilité du système de santé tout en adaptant ses stratégies pour répondre aux besoins changeants de la société.

Les actions entreprises aujourd'hui auront un impact profond sur la capacité de la France à relever les défis à venir en matière de santé et d'accès aux soins. Cette COG est fondamentale pour l'avenir de notre système de santé, fondé sur des valeurs de solidarité et de répartition.

Nous sommes donc à un moment charnière de notre histoire, où les défis de l'accès aux soins et de la prévention doivent être relevés avec détermination. Les enjeux sont multiples, des disparités géographiques aux inégalités sociales, en passant par les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap, de maladie chronique ou encore les aidants. Nous ne permettrons pas que quiconque soit laissé pour compte.

La COG est une feuille de route ambitieuse, avec 3 thématiques prioritaires. L'Assurance Maladie doit développer des actions innovantes pour favoriser l'accès aux soins de manière équitable pour tous les citoyens. Je compte effectivement sur le directeur et tous ses services, mais aussi sur la responsabilité des soignants, pour que demain, sur tous les territoires, chacun puisse avoir un accès aux soins de qualité.

La prévention est un pilier essentiel de notre stratégie future. J'ai plusieurs fois suggéré de renommer l'Assurance Maladie en Assurance

Santé parce que prévenir les maladies et promouvoir la santé doit être un objectif central pour notre système de santé. Nous devons réfléchir à des moyens novateurs pour réussir ce virage préventif, notamment en ciblant les populations les plus vulnérables.

Enfin, la nécessaire collaboration entre les acteurs associatifs revêt une importance capitale dans la mise en œuvre de ces actions. Les associations joueront un rôle inestimable dans la prise en charge et le soutien des personnes éloignées du système de santé. Je tiens à rappeler le rôle essentiel joué par les associations au moment de la crise sanitaire. Elles ont notamment développé de nouvelles actions pour venir en aide à leur communauté et leur rôle est majeur dans notre lien social.

L'avenir de l'Assurance Maladie est entre nos mains. Ensemble, nous pouvons façonner un système de santé plus solidaire, plus inclusif, plus résilient. Je vous encourage à participer activement à toutes ces discussions et à partager vos idées car c'est ensemble que nous pourrons relever tous ces défis.

Je vous souhaite une journée riche en échange, en réflexions constructives. Nous sommes là pour partager avec vous et vous montrer que vous n'êtes pas seuls face à vos responsabilités locales.

Cette journée doit contribuer à tracer la voie vers un avenir meilleur de notre système de santé, pour la santé de nos concitoyens, mais aussi pour la santé de notre système de santé.

Je remercie le directeur général de CNAM qui montre par sa présence sa volonté de partager avec nous les problématiques inhérentes à l'Assurance Maladie.



Thomas FATÔME, Directeur Général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)



Je suis très heureux d'être avec vous ce matin et je vous remercie d'avoir organisé cette journée. Ces moments d'échange et de partage sont importants pour les équipes de l'Assurance Maladie.

Vous avez salué la méthode que nous avons mise en place pour l'élaboration de cette COG. Je salue votre engagement dans cette co-construction et je souligne que vos propositions ont enrichi les orientations et nourri la COG. Nous ne sommes pas toujours d'accord sur tout mais je vous remercie pour l'aboutissement de cette longue procédure d'élaboration d'un outil structurant jusqu'en 2027 qui est extrêmement précieux pour l'Assurance Maladie.

Il revient désormais au réseau de déployer cette COG à travers des CPG. J'ai demandé aux dirigeants des CPAM d'être très attentifs au dialogue et à l'explication du contenu de la COG. Pour les CPAM, les CPG sont très structurants pour leur action, leur visibilité sur les moyens et leur capacité à s'engager sur les projets.

Nous avons travaillé cette COG et notamment les éléments portant sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes les plus éloignées du système de santé avec deux moteurs. Tout d'abord, nous ne sommes pas partis d'une page blanche. L'Assurance Maladie n'a pas attendu cette COG pour mettre en place les missions d'accompagnement santé, de grands programmes de prévention sur le bucco-dentaire, l'accompagnement des personnes diabétiques ou pour promouvoir l'accès aux droits et la Complémentaire santé solidaire (C2S). Depuis plusieurs années, nous avons progressivement construit un savoir-faire et déployé des programmes d'accompagnement, d'information et de communication qui constituent des piliers solides à notre action.

La crise sanitaire a été un accélérateur de notre capacité à « aller vers », par exemple avec la vaccination et le contact tracing. Nous

avons su nous déployer, utiliser notre réseau territorial et nos canaux d'information. C'est aussi à l'aune de cette expérience que nous avons construit cette COG. Le contact tracing était la prévention la plus individualisée que nous pouvions déployer.

L'Assurance Maladie veut rester un service public accessible sur différents canaux de contact : les accueils physiques, l'accueil téléphonique, le numérique. Nous ne voulons basculer dans une logique d'exclusivité des canaux numériques mais maintenir notre maillage territorial, avec des accueils physiques, dont certains sont implantés dans les Maisons France Services. Si à la fin de la COG nous devons restituer des emplois, nous nous sommes engagés à ne pas diminuer les effectifs alloués à l'accueil des usagers. Parallèlement, nous continuerons à enrichir notre offre de service sur le numérique, par exemple en mettant en œuvre le « dites-le nous une fois » ou en investissant dans « Mon espace santé ».

En termes d'accès aux soins et d'accès aux droits, nous avons essayé de poser les sujets simplement. Sur l'accès financier aux soins, nous assurerons la promotion de la C2S, nous étendrons le 100 % santé et nous lutterons contre les dépassements d'honoraires pour limiter les restes à charge des patients. Sur le 100 % santé, nous travaillons par exemple sur les prothèses capillaires ou sur l'orthodontie pour laquelle les restes à charge sont souvent trop élevés voire inacceptables.

Nous relancerons dans les prochaines semaines les négociations avec les médecins libéraux et nous retravaillerons avec eux la question des dépassements d'honoraires et de l'Optam, pour en faire un outil permettant de mieux maîtriser les restes à charge des patients.

L'accès territorial aux soins est un sujet majeur et difficile. Il y a plus de patients en affection de longue durée (ALD) et moins de médecins traitants sur de nombreux territoires. Le numerus clausus a été supprimé mais la formation d'un médecin prend du temps et les prochaines années seront difficiles. L'Assurance Maladie est pleinement mobilisée, par exemple à travers son plan d'actions « 0 ALD sans médecin traitant » pour les 700 000 patients concernés. En l'absence d'action forte, ce chiffre montera à 800 000 à la fin de l'année.

Elle s'efforce également de lutter contre les déserts médicaux, notamment en redonnant du temps médical aux médecins pour qu'ils puissent prendre plus de patients.

On parle beaucoup de permanence des soins mais je pense que nous devons avant tout remettre de la cohérence dans le système et remettre le médecin traitant au cœur du parcours de soins, en lui proposant un assistant médical, en l'incitant à faire de l'exercice coordonné ou en poussant les maisons de santé pluri professionnelles. Nous pourrions ainsi redonner aux assurés le réflexe « médecin traitant » qu'ils avaient il y a 10 ou 20 ans parce qu'ils étaient disponibles. Cette logique d'équipe de soins autour du médecin traitant n'est pas illusoire et commence à se mettre en place. C'est pour les patients la garantie d'un parcours de soins organisé. Nous avons identifié dans la COG un certain nombre de parcours sur des pathologies comme l'insuffisance cardiaque, le diabète ou les maladies chroniques. Pour l'insuffisance cardiaque, la première brique du parcours est d'aider les médecins généralistes à l'identifier.

Enfin, le 3e volet de l'accès aux soins et aux droits porte sur le modèle « d'aller vers » qui sera détaillé par Fanny Richard. Nous essayons d'accompagner le réseau pour cibler ces démarches vers des groupes bien définis comme les personnes éligibles à la C2S mais qui n'y ont pas recours ou les femmes qui ne font pas de dépistage du cancer du sein. La crise sanitaire a montré que l'Assurance Maladie disposait d'une force de frappe importante. Elle sait identifier les personnes qui n'ont pas fait de dépistage organisé, aller vers elles, demain leur prendre un rendez-vous. Pour cela, nous avons besoin des associations qui connaissent mieux que nous les patients et les territoires. La COG porte cette ambition et prévoit d'augmenter les moyens des missions d'accompagnement santé avec le renforcement des équipes de l'Assurance Maladie dédiées à ces missions. Nous accentuerons également notre présence auprès des publics prioritaires, comme les personnes en situation de handicap.

La crise sanitaire a montré à quel point nous étions en retard sur la prévention. La COG porte dans ses ambitions très ciblées, notamment sur le dépistage des cancers pour lequel nous sommes moins bons que de nombreux pays. Les ministres nous ont confié la reprise du dispositif d'invitation au dépistage, qui est une priorité de santé publique majeure, un

dépistage précoce permettant de sauver de nombreuses vies.

Nous participerons également à la mise en place des bilans de prévention aux âges clés de la vie. Le ministre de la Santé et de la Prévention aura l'occasion de revenir sur les premières étapes de ce dispositif dans les prochaines semaines. Nous mettrons notre force de frappe au service de cette ambition, pour informer et faire du « aller vers », notamment auprès des populations les plus éloignées du système de santé.

Nous allons renforcer nos équipes dédiées à la prévention, avec 300 ETP supplémentaires. Je veillerai à ce que ces moyens aillent vers ces actions de prévention.

Nous disposons également de fonds d'intervention, comme le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), dont le budget augmentera de 27 %, ou le Fonds de lutte contre les addictions. Les moyens de ces structures augmentent ou sont maintenus.

Je tiens également à insister sur la qualité de notre partenariat, tant au niveau national que local. Nous avons la conviction que nous ne devons pas lancer de campagne d'information, engager une discussion avec les professionnels de santé ou lancer une action de prévention sans essayer d'en discuter avec vous. Nous n'y parviendrons peut-être pas systématiquement, mais nous devons avoir le réflexe d'une construction partagée. Avant l'été, nous avons discuté de la campagne sur le bon usage du système de santé que nous allons lancer dans les prochaines semaines. Mon objectif n'est pas de sanctionner les patients qui n'honorent pas un rendez-vous mais d'expliquer pourquoi il est important d'annuler un rendez-vous en cas d'empêchement, d'appeler le 15 avant d'aller ou urgence ou de prendre sa carte Vitale. Nous ne cherchons pas à infantiliser les patients mais à jouer notre rôle d'information et d'accompagnement.

Enfin, nous souhaitons aller plus loin dans les missions d'accompagnement santé à travers des partenariats au niveau local. Nous souhaitons faire des CPAM des opérateurs de ces actions et les démultiplier avec vous car c'est une des conditions pour qu'elles fonctionnent.

Je ne doute pas que le dialogue sera riche tout au long de cette journée.



De la salle

Dans nos associations, nous rencontrons des situations où nous pourrions à la fois améliorer la santé des patients et diminuer les coûts de traitement. Par exemple, nous avons constaté que le ventilateur d'une personne en HAD sous assistance respiratoire était rempli de moisissures, ce qui génère des allergies respiratoires. Le médecin auquel nous en avons parlé ne se sent pas concerné et la CCAS nous a dit que ses intervenants n'avaient pas le droit de monter sur une chaise pour nettoyer. Pourtant, la désinfection du ventilateur a suffi à améliorer la santé du patient qui n'a plus besoin d'oxygène.

Comment faire remonter à l'Assurance Maladie ce genre de cas pour qu'elle en tire des enseignements ?

De la salle

Je me réjouis que la COG comprenne pour la première fois une annexe relative aux particularités ultramarines, comme la grande précarité, la fracture numérique ou les déserts médicaux mais je m'étonne qu'elle n'ait pas été mentionnée.

Je considère également qu'il est important, en termes de prévention, de prendre en compte les lieux de vie. Les actions de dépistage ne doivent pas concerner uniquement les ALD et le cancer mais s'intéresser à l'environnement des patients.

Enfin, dans les Outre-mer, nous avons des caisses générales qui conjuguent toutes les branches et il est essentiel de travailler sur la convergence de leurs objectifs.

De la salle

Vous vous êtes engagé à aller vers les assurés et à développer la proximité. Je m'inquiète du départ en retraite de 16 000 médecins l'année prochaine, alors que moins de 10 000 internes ont été nommés cette année. Si le numerus clausus a disparu, le numerus apertus est toujours là et dans 10 ans la situation sera pire qu'aujourd'hui.

Je m'inquiète également de la fermeture des hôpitaux de proximité et de celles programmées, en région parisienne, de Beaujon et de Bichat, auxquelles les médecins sont opposés.

Nous sommes prêts à relever les défis sur la prévention mais je m'étonne que la campagne de prévention sur les méfaits de l'alcool ait été annulée alors que la consommation d'alcool est un facteur essentiel pour la santé d'un individu.

Vous avez également évoqué le dépistage du cancer du sein. Sur les groupes de parole de femmes, certaines se plaignent de devoir, dans certaines régions, attendre un an pour obtenir un rendez-vous. Il y a néanmoins des initiatives intéressantes, comme les camions de prévention qui réalisent des mammographies de dépistages dans des endroits où les femmes n'y ont pas accès.

Par ailleurs, la lutte contre le dépassement d'honoraires est importante. Comment appréhendez-vous la position de certains médecins qui menacent de se déconventionner pour échapper à la régulation des dépassements ?

Enfin, l'inquiétude monte face à la privatisation des consultations à distance qui cherchent à remplacer les consultations en présentiel. Certains médecins choisissent de recevoir moins de patients pour multiplier les consultations à distance et ainsi gagner un peu plus d'argent avec moins de contraintes.

Thomas FATÔME



Les moteurs de l'augmentation des dépenses de santé sont extrêmement puissants. Il y a en France plus de personnes âgées, plus de malades chroniques, des innovations et la population augmente. C'est positif car nous vivons plus longtemps en bonne santé et nous sommes mieux soignés.

Parallèlement, nous nous efforçons d'identifier les situations dans lesquelles l'argent n'est pas très bien utilisé, où les parcours des patients ne sont pas suffisamment bien organisés, les prescriptions des produits médicaux ou des arrêts de travail faites à mauvais escient, etc. Il y a des gisements d'efficience. Tout ce que vous pouvez faire remonter au sein des conseils des CPAM est précieux pour nous. Je demande pour ma part au réseau d'être en veille sur ces sujets.

Sur la maîtrise des dépenses de santé, nous sommes face à des besoins très importants en termes de prise en charge, à une aspiration légitime des professionnels de santé à être bien rémunérés, à travailler dans de meilleures conditions. Les innovations dans le médicament coûtent très cher. Notre défi est de répondre à ces besoins avec un système d'assurance maladie publique qui couvre un haut niveau de soin.

Je suis très attaché à l'universalité du système d'assurance maladie et j'aimerais en contrepoint oublié d'évoquer la situation ultramarine. Il y a en effet des problématiques spécifiques à l'Outre-mer et les caisses générales de Sécurité sociale peuvent faciliter la mise en œuvre d'actions coordonnées entre les différentes branches. Je pense que sur un sujet comme le chlordécone, l'Assurance Maladie peut informer, accompagner mais aussi réparer. Nous serons très attentifs à la mise en œuvre

de ce plan spécifique à l'Outre-mer.

Sur la démographie médicale, il y avait au début des années 2010, 1 200 médecins généralistes qui s'installaient chaque année en libéral. Il y en a aujourd'hui 2 500. Le moteur à reformer des médecins a redémarré mais ils ne s'installeront qu'entre 2030 et 2035. Mais parallèlement à cette augmentation du nombre d'installations, le rythme des départs en retraite s'accélère en raison de la pyramide des âges. Il faut donc que le système s'organise pendant les prochaines années avec des délégations de tâches. Par exemple, en cas de test TROD positif pour les artères, il n'est sans doute pas indispensable, dès lors que le pharmacien est formé, que le patient consulte un médecin pour obtenir une prescription d'antibiotiques.

Sur les messages de prévention, le ministère a répondu et l'Assurance Maladie est pleinement mobilisée avec Santé Publique France sur le tabac et sur l'alcool.

Nous encouragerons également toutes les solutions allant au-devant des patients, comme les bus auxquels vous avez fait allusion.

Enfin, je considère que les appels au déconventionnement sont irresponsables. Je les ai condamnés à plusieurs reprises. Depuis le début de l'année, seuls 54 généralistes se sont déconventionnés. Les médecins sont attachés à l'Assurance Maladie et au système conventionnel.

Enfin, je suis convaincu qu'il vaut mieux réguler la téléconsultation. Nous avons soumis des propositions au gouvernement et j'espère que la loi de financement de la Sécurité sociale les retiendra.

Férouze AZIZA

Je vois qu'il y a encore de nombreuses questions mais vous pourrez les poser aux autres intervenants. Je remercie Thomas FATÔME de nous avoir consacré autant de temps.

Quelles actions pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention des personnes éloignées du système de santé ?

Animé par Féreuze AZIZA, Chargée de mission Assurance Maladie, France Assos Santé

I - Complémentaire Santé Solidaire : un outil pour améliorer l'accès aux soins ?

Féreuze AZIZA



Nous avons souhaité aborder la question de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), qui peut être un véritable outil d'accès aux soins. En effet, dans notre système de prise en charge des dépenses de santé tripartite, l'accès à la complémentaire santé, joue un rôle important car la prise en charge de l'Assurance Maladie est en moyenne légèrement inférieure à 80 %. Il est démontré que le défaut de couverture complémentaire entraîne plus de renoncement aux soins. La C2S, a été créée il y a 4 ans en remplacement de la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) et de l'ACS (Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé).

En quoi l'instauration de cette C2S est un levier d'accès aux soins et quel est son bilan 4 ans après sa création ?

Marion MUSCAT,

Adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail, Direction de la Sécurité sociale



Je suis très heureuse de m'exprimer devant vous sur la C2S. La Direction de la Sécurité sociale et le ministère de la Santé savent le rôle que jouent les associations sur le terrain en termes d'accès aux droits des assurés. Vous pratiquez « l'aller-vers » avant que cette expression soit à la mode ! Nous savons également que vous êtes des partenaires exigeants au sein du Comité de suivi de la C2S, au Comité associatif et au Conseil de la CNAM. Nous tenons beaucoup à ce dispositif créé en 2019 pour limiter le non-recours aux droits.

Par ailleurs, la sous-direction que je représente a repris les missions du Fonds CMU, notamment en matière d'études quantitatives et qualitatives de la C2S. En ce moment, nous travaillons avec les équipes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur le rapport des étudiants et des retraités à la C2S pour nous assurer qu'elle rencontre son public.

La C2S est un droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Elle a remplacé le 1er novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), pour

une meilleure visibilité et plus de simplicité pour les assurés. En effet, si la CMU-C était clairement identifiée, le taux de recours à l'ACS n'était que de 28 %. De plus, l'articulation entre les deux dispositifs n'était pas satisfaisante.

La C2S est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par un organisme complémentaire - qui est dans 95 % des cas une mutuelle - choisi parmi les 90 organismes inscrits sur la liste nationale des organismes gestionnaires, sans conséquence sur les garanties qui lui sont offertes.

93,6 % des bénéficiaires de la C2S gratuite (C2SG) et 65,8 % des bénéficiaires de la C2S avec participations (C2SP) font le choix du régime obligatoire pour gérer leur complémentaire.

La C2S est attribuée sous conditions de ressources du foyer, à titre gratuit ou en contrepartie d'une faible participation financière si les ressources du foyer sont comprises entre 810 et 1 093 € par mois en métropole et entre 901 et 1 217 € en Outre-mer. Cette participation est au maximum de 1 € par jour pour les plus de 70 ans et de 8 € par mois pour les moins de 29 ans.

Elle offre des garanties importantes comme le tiers payant intégral, la dispense du paiement de la participation forfaitaire de 1 € et de la franchise médicale et interdit aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires. Elle permet également l'application du « 100 % santé » et elle offre la prise en charge intégrale de nombreux matériels et équipements médicaux et du forfait journalier en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, sans limitation de durée.

Par ailleurs, les organismes complémentaires gestionnaires de la C2S sont tenus de proposer un contrat de sortie pour une durée d'un an à leurs adhérents dont les droits C2S ne peuvent être renouvelés. C'est un dispositif méconnu puisque seuls 10 % des assurés éligibles y ont recours. Ces contrats ont pour objectif d'atténuer les effets de seuil liés à la sortie du droit à la C2S. Les organismes complémentaires sont libres de choisir le contrat qu'ils proposent aux assurés, à condition que ce contrat de sortie soit « responsable » et proposé à des tarifs préférentiels fixés par arrêté. Nous ne savons pas pourquoi les assurés n'y ont pas plus recours et nous travaillons à le faire connaître.

La C2S couvre 7,2 millions de personnes, dont 5,8 millions à titre gratuit et 1,44 million avec participation. Le taux de recours à C2S est passé de 52 % en 2019 à 56 %. Il atteint 69 % pour la C2SG et 34 % pour le C2SP. Il est essentiel pour notre sous-direction de comprendre pourquoi de nombreux bénéficiaires n'ont pas recours à ce dispositif.

Le taux de recours a augmenté depuis que la C2SG est attribuée de manière automatique aux bénéficiaires du RSA. Le nombre de nouveaux foyers bénéficiaires est ainsi passé de 2 500 par mois en 2021 à 20 000 par mois au 1er semestre 2023.

Nous avons également mis en place depuis 2022 la présomption de droit à la C2SP aux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sans activité professionnelle. Au cours du 1er semestre 2023, plus de 31 000 bénéficiaires de l'ASPA ont demandé l'ouverture de leurs droits C2S via ce dispositif, soit en moyenne 5 200 attributions par mois. La C2SP impliquant une participation financière des assurés, il n'est pas possible de l'attribuer automatiquement, ils doivent donner leur accord. Cependant, la mise en place du dispositif de ressources mensuelles (DRM) par la CNAM simplifie les déclarations des assurés.

Enfin, en complément des échanges avec les associations, la DSS et la DREES pilotent régulièrement des études menées par des cabinets d'études sociologiques afin de recueillir des éléments de terrain et mieux appréhender les besoins du public.

Le cabinet ASDO études a permis d'éclairer les ressorts du recours et non-recours à la C2S grâce à une enquête réalisée en 2022 auprès de 70 bénéficiaires. Le recours est généralement déclenché par l'intervention de l'entourage ou par les ruptures de parcours. Les facteurs majeurs de non-recours tiennent essentiellement à la méconnaissance du dispositif, à l'instabilité des revenus et à une mauvaise compréhension du panier de soins. Cette étude a également montré que les bénéficiaires étaient très satisfaits de la couverture et de son coût.

En termes de perspectives, la C2S sera généralisée à Mayotte à compter du 1er janvier 2024. Elle permettra aux plus précaires de bénéficier d'une meilleure couverture santé que celle offerte par le dispositif actuel

d'exonération du ticket modérateur, qui ne donne pas droit au tiers payant intégral, qui n'est pas exportable dans un autre département, par exemple à La Réunion où les Mahorais vont se faire soigner et qui ne permet pas d'accéder au « 100 % santé ».

Nous réfléchissons à la manière d'améliorer le taux de recours à la C2S et nous nous efforçons de mieux connaître les besoins des assurés bénéficiaires des minima sociaux.

Nous cherchons à savoir si les personnes qui pourraient bénéficier de la C2SP ne disposent d'aucune complémentaire santé ou si elles sont couvertes par la complémentaire de leur conjoint ou par celle de leur entreprise. Il existe pourtant une disposition méconnue qui permet aux salariés éligibles à la C2S de bénéficier d'une dispense de couverture par la complémentaire de leur employeur. Ils peuvent aussi renoncer à la C2S car ils considèrent que les garanties offertes par la complémentaire de leur entreprise sont meilleures que celles de la C2S.

Féreuze AZIZA

Merci beaucoup. La question du plafond de la C2SP nous tient particulièrement à cœur car il se situe encore sous le seuil de pauvreté et nous considérons qu'il est donc trop bas. Son augmentation permettrait d'élargir la cible de la C2SP. Nous souhaitons aussi que la présomption de droits soit étendue à l'ensemble des bénéficiaires des minima sociaux, même si nous savons que c'est plus difficile pour les personnes bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), notamment avec la déconjugalisation imminente, et l'assiette de ressources différente, nous pensons néanmoins qu'il y a des marges de progression importante pour faciliter son accès.

De la salle

Quelles sont les menaces pesant sur l'aide médicale de l'État (AME) ?

De la salle

Je m'interroge sur le panier de soins. Il est par exemple difficile de se faire soigner quand aucun dentiste, dans un désert médical, ne pratique le « 100 % santé ».



Féreuze AZIZA

Qu'envisagez-vous en termes de communication pour informer les bénéficiaires de la C2S des avantages offerts par le dispositif ?

Marion MUSCAT

L'AME est un sujet très politique. La configuration politique n'est plus la même que sous la précédente législature, ce qui contribue à tendre le débat sur l'AME. À ma connaissance, aucune menace ne pèse sur le dispositif.

Le panier de soins de la C2S offre de forts niveaux de garanties. Nous sommes, comme la CNAM, très attentifs à ce que la réalité dans les territoires corresponde à ce que prévoit la loi.

Un testing a été réalisé pour voir si les bénéficiaires de l'AME ou de la C2S étaient victimes de discriminations de la part des professionnels de santé. Seuls 1 à 2 % des assurés couverts par la C2S sont confrontés à des refus de soin.

Par ailleurs, nous travaillons beaucoup sur la communication avec la CNAM et « l'aller-vers » est un des objectifs de la COG. Nous nous efforçons d'identifier les meilleurs canaux pour promouvoir la C2S et nous menons un gros chantier de refonte du site internet de la C2S.

II. Action 0 ALD sans médecin traitant : une solution aux difficultés d'accès au médecin traitant

Féreuze AZIZA

Depuis sa mise en œuvre en 2024, le parcours de soins coordonné est centré sur le médecin traitant. Les difficultés d'accès à ce professionnel de santé sont donc problématiques. Nous nous réjouissons de la mise en place de cette action, qui reprend d'ailleurs la proposition de France Assos Santé dans le cadre du PLFSS2023, même si nous proposons qu'elle soit à destination de tous les publics. Il s'agit néanmoins d'un premier pas envers les patients en ALD, mais nous serons très attentifs à sa mise en œuvre dans le contexte de démographie médicale que nous connaissons et aux perspectives du dispositif. réjouissons de la mise en place de cette action, qui reprend d'ailleurs la proposition de France Assos Santé dans le cadre du PLFSS2023, même si nous proposons qu'elle soit à destination de tous les publics. Il s'agit néanmoins d'un premier pas envers les patients en ALD, mais nous serons très attentifs à sa mise en œuvre dans le contexte de démographie médicale que nous connaissons et aux perspectives du dispositif.

Aurélie OLIVIER, Directrice adjointe Offre de soins, CNAM

Je vous remercie de m'accueillir. Je suis directrice adjointe de l'offre de soin et pilote du programme « 0 ALD sans médecin traitant ». Comme le directeur général l'a indiqué, nous avons identifié fin 2022 700 000 patients en ALD sans médecin traitant. Sans action de grande ampleur, ce chiffre montera à 800 000 fin 2023. C'est la raison pour laquelle le gouvernement a mandaté l'Assurance Maladie pour mener un plan d'action. Il fait appel à plusieurs partenaires et s'inscrit dans la politique que nous menons depuis plusieurs années sur ce sujet.

Il y a aujourd'hui en France 7 millions de patients qui n'ont pas de médecin traitant. Certains ont choisi de ne pas en avoir parce qu'ils sont jeunes et en bonne santé mais cette situation est pénalisante pour les autres. Nous avons choisi la cible la plus pertinente pour commencer ce plan d'action. Les patients en ALD sont fragiles en raison de leur pathologie et la moitié des personnes de plus de 80 ans sont en ALD, comme de nombreuses personnes en situation de handicap. La plupart de ces patients avaient un médecin traitant mais celui-ci a cessé son activité. Notre objectif est d'accompagner ces patients mais aussi de prévenir le risque.

J'ajoute que les patients en difficulté pour aller vers le soin ou trouver un professionnel de santé peuvent d'ores et déjà se tourner vers les missions accompagnement santé de l'Assurance Maladie.

Trouver des médecins acceptant de prendre de nouveaux patients suppose de dégager du temps de soin pour les professionnels de santé. Nous encourageons le recrutement d'assistants médicaux par les médecins et nous espérons que 10 000 seront en poste d'ici 2025. Nous travaillons aussi à l'allègement des formalités administratives qui pèsent sur les médecins, notamment sur les certificats médicaux et sur nos outils. Nous cherchons également à favoriser les parcours patients et à leur prise en charge par des équipes pluridisciplinaires. Le médecin n'est pas toujours la solution première et doit intervenir aux étapes où il est indispensable. Enfin, le plan s'inscrit dans les travaux que nous menons pour mieux anticiper les cessations d'activité des médecins.



Il est bâti sur 3 principes fondateurs : le libre choix des patients, le respect de la liberté d'exercice des médecins et la reconnaissance de la réalité du terrain, avec des déclinaisons territoriales (densité médicale, mobilisation des partenaires, etc.). Chaque CPAM décline ce plan sur son territoire avec ses partenaires.

Les associations ont été invitées à une instance locale de concertation, soit ad hoc, soit déjà existante. Elles sont la voix des usagers au sein des comités de pilotage qui valident les diagnostics, proposent des plans et les évaluent.

Nous avons envoyé au mois d'avril un courrier à l'ensemble des assurés en ALD sans médecin traitant pour les informer de notre démarche et de leurs droits. Seuls 1500 personnes ont refusé notre accompagnement, dans la plupart des cas parce qu'ils disposaient déjà d'un médecin traitant qui n'était pas déclaré.

Nous avons demandé à toutes les caisses de communiquer aux médecins la liste des patients en ALD qu'ils voient régulièrement et de les intégrer formellement à leur patientèle. Depuis l'envoi de ces courriers en juillet 2023, 50 000 patients ont trouvé un médecin traitant dont 30 000 grâce aux actions du plan.

Sur les territoires, malgré le climat compliqué avec médecins généralistes, les professionnels s'engagent, ce qui nous rassure pour l'avenir.

Nous voyons également émerger des partenariats entre professionnels de santé de disciplines différentes. Ce sont par exemple des pharmaciens ou des infirmiers en pratiques avancées (IPA) qui préparent les dossiers administratifs des patients avant qu'ils soient reçus par un médecin, ce qui permet à ce dernier de se concentrer sur le soin. Certains IPA sont aussi en capacité de renouveler des traitements et priorisent les patients pour les médecins traitants.

Le plan prévoit aussi des actions spécifiques avec les EHPAD car plus de 8 % des résidents n'ont pas de médecin traitant. Il sensibilise les directeurs à cette carence et propose des mesures d'accompagnement comme la mobilisation des médecins qui interviennent déjà dans l'établissement pour d'autres patients.

Enfin, nous travaillons sur la mobilité avec collectivités locales. Des médecins peuvent se

déplacer à tour de rôle dans des maisons de santé ou dans des villages. Des navettes sont aussi organisées pour rapprocher les habitants du soin et nous réfléchissons avec l'État à une révision de la prise en charge des transports sanitaires et la mise en place de solutions innovantes.

De la salle

Pourquoi les patients en ALD, qui disposent d'un médecin traitant en dehors de leur département, ne sont-ils pas contactés par leur CPAM alors qu'ils sont hors offre de soin ?

De la salle

Quel est le quota d'assurés par médecin ? Par ailleurs, envisagez-vous de mettre en place des dérogations au principe de parcours coordonné ? En effet, un assuré qui ne s'inscrit pas dans un parcours coordonné par leur médecin n'est remboursé de ses dépenses qu'à hauteur de 30 % contre 70 %.

Féreuze AZIZA

Au-delà des personnes en ALD ciblées par le plan, il y a d'autres populations sans médecin traitant. Quelles sont les démarches envisagées par la CNAM pour ces autres cibles ? Par ailleurs il y a des personnes qui ont bien un médecin traitant déclaré, mais qui pourtant n'y ont pas accès, nous pensons notamment à toutes celles qui ont déménagé et n'ont pas retrouvé de médecin traitant près de leur domicile. Il serait judicieux de cibler les patients ALD dont le médecin traitant est hors département, pour vérifier l'effectivité de l'accès ou non.

Par ailleurs, les associations réclament depuis longtemps la suppression des pénalités financières pour les soins hors parcours coordonné.

Aurélie OLIVIER

Les personnes qui ont un médecin traitant dans nos bases ne sont en effet pas contactées mais nous n'excluons pas de nous interroger sur les cas très particuliers que vous avez évoqués. Nous encourageons les assurés à informer l'Assurance Maladie de toute difficulté.

Nous encourageons les assurés à informer l'Assurance Maladie de toute difficulté.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie ne fixe aucun quota. Ce sont les médecins qui décident de la taille de leur patientèle en fonction de leur capacité à faire.

Enfin, sur le parcours coordonné, les professionnels de santé peuvent utiliser le process du numéro fictif pour éviter de pénaliser les patients sans médecin traitant.

Féreuze AZIZA

Nous serons intéressés par le bilan de ce programme.

III. L'action Sanitaire et Sociale de l'Assurance Maladie

Nadine HERRERO,

Présidente de la FNATH



L'action sanitaire et sociale de la CNAM est méconnue, notamment parce qu'il s'agit d'une prestation extralégale. Chaque caisse définit ses modalités d'intervention. Les commissions d'action sanitaire et sociale peuvent par exemple accorder des aides d'urgence pour faciliter l'accès aux soins des patients les plus précaires.

Plutôt qu'un long exposé, je vous invite à partager vos expériences.

Philippe LAMBERT,

Représentant de la FNATH au Conseil de la CNAM et Vice-Président de la Commission d'Action Sanitaire et Sociales CNAM

Je pense que le dispositif souffre d'un déficit de notoriété. Il intervient pourtant sur l'accès aux droits, en finançant l'accès à une complémentaire santé, et sur des aides à caractère social dont le fait générateur est souvent un accident de travail, un arrêt de travail ou la maternité. Il peut compenser une baisse de ressources ou limiter les restes à charge en dentaire ou en optique, même si ses interventions à ce titre sont en baisse grâce la montée en puissance du 100 % santé et au déploiement de la C2S.

L'action sanitaire et sociale peut financer des soins dont le remboursement n'est pas prévu par le législateur et intervient sur l'accès aux droits, notamment pour les foyers qui sont exclus de la C2S puisqu'ils dépassent les plafonds de ressources. Enfin, dans certains départements, elle contribue au fonds départemental de compensation géré par les maisons du handicap.

Nadine HERRERO

En termes d'accès aux soins, les patients optant pour le 100 % santé sont souvent confrontés à de petites prestations annexes, qui ne sont pas prises en charge, et pour lesquelles ils peuvent solliciter l'aide des commissions d'action sanitaire et sociale.

Féreuze AZIZA

Vous êtes nombreux à siéger dans les commissions d'action sanitaire et sociale des Caisses d'assurance maladie et il serait intéressant que vous partagiez votre expérience car il existe autant de commissions d'action sanitaire et sociale que de Caisses. Nous avons choisi d'inscrire ce sujet à l'ordre du jour de cette rencontre pour mieux faire connaître ce dispositif, notamment aux représentants des associations. Il aide des patients à accéder à des soins et peut également allouer des subventions aux associations.

Marie-Laure MEYER

CPAM de Haute-Vienne - UNAF

Je souhaite partager avec vous plusieurs réflexions. On parle beaucoup d'une inflation à 5 % mais pour les ménages à faibles revenus, elle est plutôt de 20 % puisque leurs dépenses sont essentiellement liées à l'alimentaire et à l'énergie. Les demandes d'aide sociale explosent, alors que nos fonds n'ont augmenté que de 3 %.

Par ailleurs, les personnes précaires qui ont plusieurs employeurs bénéficient d'indemnités journalières (IJ) mais sans subrogation. Le délai de versement des IJ est trop long et les commissions d'actions sociales sont souvent sollicitées pour couvrir les découverts bancaires générés par ce retard.

Enfin, nous travaillons avec la Caisse d'allocations familiale pour qu'aucun ménage n'ait de difficulté à payer les obsèques de son enfant.

De la salle

La CNAM pourrait-elle définir un panier de soins minimum intégré à chaque CASS pour éviter les différences de traitement entre les départements ?

De la salle

J'attire votre attention sur le 100 % santé dans le domaine optique. En effet, les opticiens ont l'habitude de proposer des montures très laides pour orienter les patients vers d'autres produits qui ne sont pas couverts par le 100 % santé.

De la salle

Je constate qu'il existe de grandes disparités de positionnement du 3e collège, celui des usagers, au sein des caisses. C'est pour moi un vrai sujet en termes d'action sanitaire et sociale.

Féreuze AZIZA

Je rappelle que siègent dans les conseils des caisses le collège des employeurs, le collège des salariés et le 3e collège qui représente notamment les usagers.

Nadine HERRERO

Nous avons en effet troublé la traditionnelle parité avec le 3e collège et prendre le temps de faire connaître notre expertise. Aujourd'hui, il joue un rôle important et collabore avec les autres collèges, notamment dans les commissions d'action sociale.

Féreuze AZIZA

J'ajoute que les associations disposent d'un 4e siège dans les conseils depuis 2022, avec l'attribution d'un second siège à France Assos Santé aux côtés du siège de l'UNAF et du siège de FNATH. Nous sommes également représentés dans les départements d'Outre-mer.

Philippe LAMBERT



Sur le panier de soins, il existe un socle commun mais sa mise en place dépend de chaque caisse. Nous travaillons sur un projet d'harmonisation des pratiques des caisses en matière d'action sanitaire et sociale, avec un règlement intérieur qui rappellerait les actions socle. Le dispositif doit néanmoins rester souple pour répondre aux évolutions réglementaires et aux évolutions de certains métiers ou de certaines prestations comme l'implantologie. Ce document sera soumis au conseil de la CNAM dans les prochains mois.

Il est vrai que les commissions allouent des aides financières à caractère social car les prestations légales fonctionnent mal. Les IJ sont un très bon exemple et nous avons identifié le sujet des multi-employeurs parmi les points à traiter. Le délai moyen de traitement d'un dossier est aujourd'hui de 28 jours et les caisses ont parfois face de grandes difficultés pour récupérer les pièces justificatives chez les employeurs.

Pour les obsèques, certaines caisses travaillent avec la CAF et prévoient des prestations.

Enfin, le 100 % santé doit en principe répondre à tous les besoins en optique, à l'exception de certains spéciaux qui peuvent faire l'objet d'une aide d'accès aux soins, comme il doit couvrir les besoins en appareils auditifs.

Nadine HERRERO

J'ajoute que l'action sanitaire et sociale travaille aussi à la prévention de la désinsertion professionnelle.

Féreuze AZIZA

Nous pourrions poursuivre cet échange quand les orientations nationales auront été validées au niveau de la CNAM.

IV. Missions Accompagnement Santé de l'Assurance Maladie : un modèle « d'Aller-vers »

Fanny RICHARD, Directrice de l'Intervention et de l'accès au soin, CNAM

Je rappelle que l'action sanitaire et sociale de



la branche Maladie est liée à la santé et qu'elle ne doit pas être confondue avec l'action sociale de la branche Famille.

Les missions d'accompagnement santé sont au service de la caisse, pour traiter les fragilités, mais elles sont aussi au service de ses

partenaires pour accompagner les personnes en situation de renoncement. Une étude récente a montré qu'un quart des Français avait renoncé au moins à un soin au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, 13 millions de Français sont éloignés du numérique et une étude a montré que 60 % des patients avaient renoncé à un soin pendant le 1er confinement. Enfin, 23 % des personnes éligibles à la C2S ne sont couvertes par aucune complémentaire, dont 13 % pour la C2SG et 39 % pour la C2SP, soit 3 millions de personnes.

De nombreux travailleurs pauvres bénéficient d'une couverture complémentaire d'entreprise mais souvent ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier de la C2S.

Les inégalités sociales et territoriales de santé couvrent la précarité (C2S, AME, soins urgents) et les droits particuliers (invalidité, ALD, soins à l'étranger). Les événements de vie peuvent aussi déclencher un accompagnement. Nous travaillons avec la branche Famille sur la séparation. Elle se traduit souvent par la création d'une famille monoparentale, avec des mamans seules avec des enfants et des ressources modestes. La branche Famille pousse des allocataires, qui y ont consenti, vers la mission d'accompagnement. Celle-ci peut alors intervenir avec des partenaires, l'action sanitaire et sociale ou faire suivre les assurés par des assistantes sociales.

Notre approche est adaptée aux différentes populations, les jeunes, les personnes en situation de handicap, les travailleurs indépendants, qui renoncent souvent à se soigner ou encore les proches aidants. Il y a aujourd'hui 12 millions de proches aidants et il est essentiel de les préserver. Cette adaptation passe aussi par le choix des partenaires avec lesquels nous travaillons. Pour les jeunes, nous sommes en contact avec les CROUS et pour les travailleurs indépendants avec les chambres de commerce ou les chambres consulaires.

La mission accompagnement santé est intégrée dans toutes les caisses. Elle analyse la situation des droits et la situation au regard des soins et déclenche un accompagnement en cas de besoin. Elle promeut également des actions de prévention spécifiques vers publics accompagnés. Elle peut aussi orienter les personnes accompagnées vers les autres services de la caisse ou vers des partenaires en cas de besoin spécifique. Enfin, elle accompagne celles qui le souhaitent vers le

numérique.

Les objectifs des missions d'accompagnement santé sont donc de permettre à chacun de disposer des droits auxquels il peut prétendre, de connaître et de mieux comprendre le système de santé, de trouver des solutions concrètes face aux difficultés rencontrées et de renforcer l'autonomie des assurés dans la prise en charge de leur santé.

Elles s'appuient sur l'ensemble des services des caisses, sur l'UGECAM, les centres de santé de l'Assurance Maladie, mais aussi sur des partenaires. Des conventions nationales ont été signées avec des associations ou des structures institutionnelles pour optimiser la détection et l'accompagnement des personnes fragiles. Elles sont déclinées au niveau local mais il existe aussi des conventions locales autonomes.

Les détections réalisées par les partenaires sont en augmentation significative, elles sont passées de 8 % des situations détectées en 2019 à plus de 20 % en 2022.

L'espace partenaires est un outil sécurisé permettant aux associations de signaler des situations à l'Assurance Maladie et de nombreux outils de communication sont disponibles.

Enfin, l'exploitation des données de l'Assurance Maladie permet de détecter des situations et de mettre en place des actions ciblées.

Au 31 décembre 2022, les missions avaient réalisé plus de 170 000 accompagnements individuels, dont 68 % avec la réalisation de soins. Le public est toujours majoritairement féminin mais le nombre d'hommes augmente. Il se rajeunit et les personnes accompagnées vivent majoritairement seules. Les personnes accompagnées sont généralement sans emploi mais la part des salariés pauvres et des travailleurs indépendants est en hausse. Enfin, 45 % des assurés entrant dans le dispositif d'accompagnement ne disposent d'aucune couverture complémentaire.

Féreuze AZIZA

Je constate que tous nos représentants dans les caisses ne connaissent pas cette mission d'accompagnement et il me semble important

de mieux communiquer sur son existence et sur son fonctionnement, les associations ayant un rôle essentiel à jouer.

V. Réussir le virage préventif en agissant auprès des populations les plus éloignées du système de santé

Catherine SIMONIN

Stéphanie Deschaume anime avec Catherine Grenier la commission santé/prévention de la CNAM. L'Assurance Maladie est très impliquée dans la prévention à travers des dispositifs comme M'T dents pour la prévention bucco-dentaire des jeunes de 3 à 24 ans, le programme Sophia pour les assurés diabétiques, ou encore « Retrouve ton cap » pour les jeunes en situation d'obésité. J'ajoute que la COG prévoit un virage encore plus appuyé vers la prévention.

Stéphanie DESCHAUME, Directrice adjointe des assurés, CNAM



La COG prévoit d'axer la politique de prévention de l'Assurance Maladie vers les publics les plus fragiles et les plus éloignés du système de santé.

Il est important d'aller vers la prévention pour la santé des assurés, mais aussi parce que le système de santé est surchargé et pas toujours en capacité de prendre en charge toutes les situations.

L'expérience du Covid a montré que l'Assurance Maladie avait la capacité d'accompagner la population pour adopter les bons gestes. Son positionnement vis-à-vis des assurés et des professionnels de santé lui permet de toucher l'ensemble de la population et elle dispose d'un large réseau de partenaires et d'un solide système d'information.

L'Assurance Maladie mène une démarche d'universalisme proportionné. Elle définit des critères de santé justifiant de porter un acte de prévention qu'elle propose à l'ensemble de la population concernée et ensuite elle développe des actions complémentaires en priorisant les publics les plus fragiles pour rendre leur accès à la prévention effectif.

Les priorités sont les cancers, les rendez-vous de prévention aux âges clé de la vie (« Mon bilan prévention »), les campagnes de vaccinations et le déploiement de 5 parcours prioritaires pour les maladies chroniques et d'un parcours personnes âgées et santé mentale, tout en rendant les patients acteurs de leur parcours de soins.

L'Assurance Maladie reprendra début 2024 la gestion du dispositif de dépistage organisé des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus en mettant en place des parcours d'invitation. Elle dispose du référentiel des bénéficiaires et son système d'information lui permet d'identifier des cibles très fines.

La démarche « d'Aller vers » individuel sera complémentaire des opérations d'invitations engagées au niveau national. Nous sommes en train de monter des plateaux de personne formées pour contacter par téléphone les assurés et les encourager à répondre aux invitations de dépistage. Elle sera coordonnée avec l'approche territoriale et populationnelle pilotée par les ARS sur la base d'une bibliothèque d'actions probantes et s'appuyant sur les acteurs locaux de prévention.

En conclusion, la COG prévoit que « l'aller vers » soit partie intégrante des missions de l'Assurance Maladie en tant qu'acteur majeur de prévention et de santé, en impliquant les professionnels de santé et en renforçant l'approche médicalisée.

Catherine SIMONIN

Comment allez-vous impliquer davantage les associations dans cette politique « d'aller vers » ?

Féreuze AZIZA

Je vous remercie pour votre présentation très pédagogique et je note que l'Assurance Maladie dispose d'une vraie richesse en exploitant ses données.

De la salle

Je suis ravi que l'Assurance Maladie s'intéresse à la prévention mais je suis surpris que la santé mentale n'ait pas été mentionnée alors qu'un tiers de la population est susceptible de souffrir de troubles psychiques.

Il serait pertinent de proposer aux étudiants, après leur première année d'étude, et aux personnes qui ont perdu leur emploi de rencontrer un professionnel de santé mentale.

De la salle

Le dépistage des maladies rénales me semble également important. En effet, sur un échantillon de 100 personnes, nous avons identifié en Charente 10 personnes souffrant d'un problème rénal.

De la salle

Comment gérez-vous la prévention en milieu scolaire ?

Stéphanie DESCHAUME

Dans les régions, ce sont les ARS qui pilotent les politiques publiques de santé mais l'Assurance Maladie a vocation à densifier ses partenariats et à s'appuyer sur le tissu associatif pour déployer ses actions de prévention auprès de tous les publics.

Quand j'ai préparé mon intervention, en accord avec France Assos Santé, j'ai choisi de détailler nos actions de dépistage cancer qui constitue un enjeu majeur de santé publique.

Nous nous intéressons bien évidemment à

la santé mentale, notamment à travers le déploiement de « Mon soutien psy ».

Le dépistage des maladies rénales fait partie des parcours de santé pour les maladies chroniques portés par l'assurance maladie.

Enfin, pour les jeunes, pour illustrer notre engagement nous contribuons en lien avec les ARS et l'Éducation nationale à la campagne de vaccination HPV dans les collèges en classe de 5e qui débute début octobre.

Assurance Maladie et acteurs associatifs : des actions innovantes nationales et/ou locales

Animé par Céline BOUILLOT, chargée de mission Assurance Maladie, UNAF

Céline BOUILLOT

Dans la COG, les relations partenariales avec les associations sont largement mises en valeur, dans tous les secteurs, pour des publics différents, au niveau national, régional et départemental.

I. Agir ensemble face au cancer : l'exemple du partenariat CPAM du Gard et Ligue contre le Cancer

Ricardo DOMINGUES

Directeur du Comité du Gard, Ligue contre le Cancer



Nous concevons avec la CPAM différents projets répondant aux besoins de nos deux structures. Une fois qu'ils ont été déployés, nous les évaluons et nous décidons si la CPAM continue à les financer ou si la Ligue devient

autonome en termes de portage.

Les actions de la Ligue sont organisées autour de ses 4 missions sociales, accompagner pour aider, prévenir pour protéger, chercher pour guérir et mobiliser pour agir. Tous les projets mis en place avec la CPAM répondent à une ou plusieurs de ces missions et aux besoins de la population.

Ce partenariat historique est articulé autour de plusieurs axes de prévention. Par exemple, depuis 2015, nous sensibilisons les jeunes aux comportements à risques sur les addictions et la sexualité. En 2019, nous avons développé deux escape game de prévention sur le tabac et l'alcool, sans jamais parler du tabac et de l'alcool mais en nous appuyons sur les compétences psychosociales. Nous avons également formé les enseignants à l'utilisation de ces outils.

Dans le cadre de la campagne nationale du mois sans tabac, la CPAM a décidé de financer des actions probantes pour un accompagnement individuel dans l'arrêt du tabac.

Nous avons aussi mis en place depuis 2019 les Journées Santé Femmes pour faire avancer le dépistage des cancers. La CPAM invite par téléphone des femmes éloignées du dépistage pour leur proposer sur un dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus sur une heure. 22 journées ont été organisées, avec à chaque fois plus de 60 femmes présentes. La plupart de ces femmes sont aujourd'hui autonomes en termes de

dépistage. Les équipes de la ligue assure l'animation, l'accueil et l'orientation sur place.

Le Comité du Gard met en œuvre pour l'ARS Occitanie un parcours de soins global après le traitement d'un cancer pour les personnes en affection de longue durée (ALD). À l'issue d'un appel à projets avec la CPAM sur les fonds d'actions sociales le comité du Gard a pu élargir le projet à l'ensemble des patients. L'enjeu de ce parcours est d'améliorer la qualité de vie des patients, de réduire les risques de séquelles et de prévenir les rechutes. Plus de 250 patients ont été inclus dans ce parcours de soins global en 6 mois car nous avons supprimé tous les critères d'inclusion, à l'exception de la prescription médicale.

Afin de réduire l'impact de la maladie sur de nombreuses femmes, le comité du Gard peut prendre en charge des demandes d'aide concernant les tatouages 3D de l'aréole mammaire et des sourcils réalisés par des tatoueurs de ville. Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation dans 18 mois et si celle-ci est positive, nous espérons qu'il contribuera à l'évolution des politiques de santé.

La CPAM, la MSA le CRCDC et la Ligue travaillent également à la création d'un kit de 3 dépistages organisés, KIT 3DO, pour permettre aux médecins d'être mieux informés et d'impliquer leur patientèle.

Enfin, nous organisons des formations croisées entre les équipes de la Ligue et de la CPAM.

En termes de perspectives, la Ligue a déposé un projet pour renforcer son programme pluridisciplinaire d'accompagnement du retour à l'emploi après un cancer et un autre pour le traitement des troubles cognitifs liés au cancer, dont se plaignent 50 % des patients ayant souffert d'un cancer, avec les ateliers ONCOGITE.

De la salle

Vous dites que ces projets fonctionnent dans le Gard mais pas dans les autres départements. Je croyais pourtant que la Ligue avait pour principe de déployer au niveau national les projets réussis dans un département.

Ricardo DOMINGUES

Nous dépendons des dons et tous les comités n'ont pas forcément les moyens de déployer les dispositifs que nous mettons en place dans le Gard. Par ailleurs, toutes les CPAM n'ont pas le même niveau d'implication dans le dépistage des cancers. Cependant, les Journées santé femmes ont été mises en place dans une trentaine de départements

De la salle

Comment présentez-vous vos projets aux professionnels de santé pour susciter leur adhésion ?

Ricardo DOMINGUES

Nous les présentons comme des projets partenariaux entre la Ligue, la CPAM et le CRCDC mais il est évident que la CPAM dispose d'un poids plus important que la Ligue pour convaincre les professionnels de santé.

De la salle

Pourquoi travaillez-vous avec la CPAM et non avec l'ARS ?

Ricardo DOMINGUES

L'ARS Occitanie ne nous connaissait pas mais nous travaillons désormais sur une grosse expérimentation avec elle pour 2024. Les démarches sont souvent plus longues et les appels à projets plus restrictifs.

Féreuze AZIZA

Sollicitez-vous l'Assurance Maladie pour qu'elle vous transmette les données vous permettant de cibler finement des populations ?

Ricardo DOMINGUES

La CPAM dispose en effet des données Iris, quartier par quartier, qui nous sont très utiles, par exemple pour inviter les personnes habitant dans le quartier d'une maison de santé pluridisciplinaire (MPS). Mais seul la CPAM peut avoir accès à ces données sensibles.

Féreuze AZIZA

Certaines données sont également en accès libre.

De la salle

En Martinique, pour que les projets innovants soient financés, il faut que les directeurs de la Ligue, de l'ARS, de la CGSS et du CHU donnent leur accord. C'est pourquoi les actions sont souvent financées par des dons versés dans le cadre du Relais pour la vie.

Ricardo DOMINGUES

Je reconnais que les changements au sein des équipes sont de nature à perturber les relations et qu'il y a un réel besoin de créer des liens humains entre les structures pour que chacun identifie bien les compétences de l'autre.

De la salle

Nous (Ligue contre le cancer Martinique) avons de très bonnes relations avec l'ARS et nous avons signé un partenariat quadripartite avec la CGSS et le CHU.

Céline BOUILLOT

Comment assurez-vous la pérennité des projets une fois que le financement de la CPAM a cessé ? Par ailleurs, j'ai l'impression que les succès de vos actions tiennent aussi aux moyens humains alloués par la CPAM.

Ricardo DOMINGUES

Nous anticipons la prise en charge des projets et des moyens humains par la Ligue à l'issue des conventions signées avec la CPAM, c'est une règle de base pour la pérennisation des projets.

Féreuze AZIZA

Les actions menées par les associations, même si elles ont une durée limitée, permettent aux acteurs institutionnels de prendre conscience des besoins qui ne sont pas satisfaits.

II. Garantir l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap : l'exemple du partenariat entre la CNAM et APF France handicap

Céline BOUILLOT

Nous avons demandé à Karine Pouchain-Grepinet de nous présenter la convention nationale signée entre la CNAM et APF France handicap pour garantir l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap.

Karine POUCHAIN-GREPINET, Conseillère nationale Santé, APF France handicap

Des relations préexistaient au national et sur les territoires entre notre association, la



CNAM et quelques CPAM. Il nous a semblé important de poser un cadre pour consolider et harmoniser ces relations et ainsi améliorer l'accès à la prévention, aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap.

Pour se faire, nous avons signé une convention avec la CNAM en février 2021. Cette convention définit un cadre souple et approprié pour mettre en place des coopérations au national et sur les territoires, tout en conservant des possibilités d'innovations locales. . . A ce jour, la convention nationale a été déclinée au niveau local via des conventions départementales avec les 2/3 des CPAM. Certains régions ont fait le choix de conventions régionales, notamment dans les Hauts-de-France et en Normandie.

Ce partenariat nous permet d'avoir accès à l'Espace partenaires de l'Assurance Maladie et de faire ainsi remonter les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Ces détections aboutissent à des ouvertures de droits (AME, PUMa, C2S, etc.) ou à la mise en place de mesures d'accompagnement par les équipes des caisses. Nous mettons également en place des actions de prévention, qui sont encore modestes, comme des examens de prévention santé, des actions « d'aller vers » (vaccinations, dépistages, etc.) et des ateliers de santé numérique.

Au-delà de ses impacts très concrets sur la santé des personnes en situation de handicap, ce partenariat permet des collaborations plus larges. Il accroît l'acculturation entre les deux organismes, facilite la promotion du questionnaire Handif'action auprès des structures d'APF France handicap et la mise en place de formations (comme les « écoles de la sclérose en plaques » dans le département du Rhône). Il favorise le financement de projets locaux. Il permet enfin la promotion de l'annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux coporté par Sante.fr et APF France handicap auprès des professionnels de santé grâce aux caisses locales.

Enfin, nous avons de nombreuses perspectives pour la fin de l'année et pour 2024, comme le déploiement de la convention sur les territoires qui ne l'ont pas encore fait, mais aussi comme la mise en place et le suivi d'initiatives concourant à la transformation de l'offre médico-sociale ou comme une recherche quantitative sur les restes à charge invisible en santé pour les personnes en situation de handicap.

De la salle

Pouvez-vous détailler le fonctionnement de l'Espace Partenaires pour remonter les difficultés d'accès aux droits ?

Karine POUCHAIN-GREPINET

Je laisse Claire MARCADÉ répondre.

Claire MARCADÉ CNAM

Nous mettons à la disposition des partenaires conventionnés un outil leur permettant de signaler à la CPAM des cas de personnes

éloignées des droits ou des soins.

Céline BOUILLOT

Je précise qu'une fois alertée par cet outil sécurisé, la CPAM prend le relais de l'association à l'origine du signalement et l'informe des suites qu'elle lui a données.

Claire MARCADÉ

L'outil est un canal sécurisé de communication mais n'assure pas la gestion complète de l'accès aux droits et aux soins.

Féreuze AZIZA

Comment une association peut-elle devenir partenaire de la CNAM et accéder à cet espace ?

Claire MARCADÉ

Nous avons des partenariats nationaux avec les institutions publiques qui gravitent autour du monde de la précarité sociale et avec des associations caritatives qui sont présentes sur l'ensemble du territoire et qui disposent d'une stratégie santé élaborée.

Parallèlement, les CPAM sont libres de mener leur propre stratégie partenariale locale.

Féreuze AZIZA

Vous évoquez les associations caritatives mais de nombreuses personnes en situation de précarité, si elles sont atteintes d'une pathologie ou en situation de handicap, sont plus facilement en lien avec les associations de patients.

Claire MARCADÉ

Vous avez raison, c'est un volet que nous n'avons pas encore exploré dans sa totalité au niveau national, mais au niveau local les partenariats sont plus nombreux.

De la salle

Il me semble important de sensibiliser la population au handicap invisible.

Karine POUCHAIN-GREPINET

80 % des handicaps en France sont des handicaps invisibles.

De la salle

Le handicap intellectuel est-il inclus dans ce partenariat ?

Karine POUCHAIN-GREPINET

Nous travaillons en effet sur toutes les situations de handicap.

Céline BOUILLOT

Pouvez-vous préciser comment les déclinaisons locales s'articulent avec la convention nationale et comment sont prises en compte les spécificités locales ?

Karine POUCHAIN-GREPINET

Les délégations départementales ont la main pour initier et élaborer la convention avec leur CPAM mais nous échangeons avec elles pour les nourrir des actions menées au niveau national ou sur d'autres territoires.

Nous avons prévu, avec Claire Marcadé, d'organiser un webinaire pour mobiliser les territoires qui n'ont pas encore signé la convention.

Féreuze AZIZA

Qui prend l'initiative de décliner la convention nationale au niveau local.

Karine POUCHAIN-GREPINET

Il n'y a pas de règle. Les territoires peuvent prendre l'initiative. Mais le niveau national d'APF France handicap peut aussi mobiliser les s délégations départementales comme Claire Marcadé le fait avec les CPAM.

Claire MARCADÉ

À partir du moment où nous signons une convention nationale, nous nous engageons à

faciliter son déploiement dans les territoires. Toutes les caisses devraient à terme signer une convention locale avec APF France handicap.

III. Favoriser l'accès aux soins et aux droits des populations en situation de précarité ou de vulnérabilité : l'exemple du partenariat UDAF et CPAM 91

Emmanuelle PERRELLON, Directrice des services de l'Udaf

La première convention entre l'Udaf et la CPAM de l'Essonne a été signée en 2018 sous



l'impulsion de l'UNAF. Elle a été renouvelée en 2022 en intégrant les services de la CRAMIF. Elle a pour objectif de lutter contre l'exclusion et favoriser l'accès aux droits à l'Assurance Maladie, de favoriser l'accès aux soins et à la prévention (lutter contre des difficultés ou les renoncements aux soins, convaincre de l'utilité du parcours de soins), proposer des actions de prévention santé et renforcer les accompagnements à l'utilisation des outils numériques.

Les publics cibles sont les familles, les majeurs protégés, que la mesure de protection soit exercée par un professionnel ou par un membre de la famille et les aidants familiaux.

La convention peut également être élargie à l'ensemble des publics en situation de précarité

ou de vulnérabilité, accueillis par les différents services de l'Udaf, dont le PCB (Point Conseil Budget) et qui, pour 40 % d'entre eux, n'ont pas ouvert de droits à la CAF ou à la CPAM.

Pauline GERMAINE,
Attachée de la Direction de
l'Accompagnement des Assurés et
des Employeurs, Coordinatrice des
partenariats

Les engagements de la CPAM reprennent ceux figurant dans la convention nationale signée entre la CNAM et l'UNAF.

La CPAM s'engage à :

- Mettre à disposition de l'Udaf les supports de communication permettant de délivrer aux familles une information adaptée et actualisée ;
- Organiser des modules de sensibilisation pour ses collaborateurs ou pour les publics qu'elle accompagne via des ateliers dédiés ;
- Proposer une orientation des partenaires ou des assurés le nécessitant vers les services de l'UDAF.

S'agissant de l'information délivrée à l'UDAF dans le cadre de l'accompagnement des majeurs protégés et des familles, l'Espace partenaires permet de signaler des cas de renoncement aux soins ou d'effectuer les démarches des assurés les plus éloignés de celles-ci.

Je précise qu'en Île-de-France les CPAM ne gèrent ni l'invalidité, ni la prévention à la désinsertion professionnelle, ni le service social qui sont du ressort de la CRAMIF. Cependant, la CRAMIF étant signataire de la convention, l'Udaf peut la saisir.

Emmanuelle PERRELLON

Parallèlement, l'Udaf s'engage à mettre à la disposition des agents de la CPAM des supports d'information sur l'ensemble de ses services et à les former. Elle accompagne également ses publics dans la constitution de leurs dossiers administratifs. À ce titre, depuis l'ouverture du portail d'échanges sécurisés Espace Partenaires le 16 février 2023 aux agents de l'UDAF, 202 sollicitations ont été

effectuées dans le cadre de l'accompagnement à la réalisation des démarches administratives. Plus de la moitié de ces demandes concernait une étude d'ouverture de droits ou de C2S.

Pour les situations complexes, l'Udaf peut orienter ses publics vers le service social de l'Assurance Maladie.

Pauline GERMAINE

La CPAM propose également des webinaires portant sur la réglementation et l'accès aux droits, sur les offres de services de l'assurance maladie (Mission d'accompagnement santé, campagnes de prévention, centre d'examen de santé, aides financières individuelles, etc.) et sur les aides financières individuelles et collectives aux partenaires conventionnés ou non conventionnés.

L'udaf 91 a particulièrement suivi les webinaires de la CPAM lui permettant d'informer et de sensibiliser ses collaborateurs sur l'offre de services et l'actualité en matière de réglementation de l'assurance maladie.

En 2022, trois réunions de présentation de l'offre de services de la CPAM ont été organisées à destination des agents de l'UDAF. 12 agents de l'UDAF ont pu être sensibilisés au cours de ces différents ateliers.

En 2023, les agents de l'UDAF ont participé à deux webinaires proposés par la CPAM (formation aux droits et à Espace Partenaires). 17 agents de l'UDAF ont pu être informés au cours de ces différents webinaires.

Lucie ARCHAMBEAU,
Assistante référente du service PJM
de l'Udaf

L'accès aux comptes AMELI des protégés est essentiel dans la gestion des mesures de protection pour lesquelles nous mandatent les Juges des tutelles. Ils permettent à l'Udaf d'effectuer de multiples démarches. Une adresse mail générique est créée dès l'ouverture des curatelles renforcées et des tutelles, soit 1 940 personnes.

Nous utilisons le système SECURIBOX pour collecter les documents sur les différents

comptes ouverts pour les majeurs protégés dès qu'un nouveau document est mis à disposition, ce qui nous faisait gagner un temps considérable. Malheureusement, ces connexions multiples sont considérées comme une cyberattaque par les systèmes de la CPAM. Celle-ci nous a proposé de mettre en place une permanence téléphonique hebdomadaire pour résoudre ce problème.

Pauline GERMAINE

La CPAM a également participé à la semaine de l'argent organisée par l'Udaf en mars dernier en réalisant un focus particulier sur les IJ. En collaboration avec l'UDAF 91, la CPAM vise à organiser l'animation d'un atelier santé « connaître ses droits », à destination des majeurs protégés et des familles accompagnées par l'Udaf.

Céline BOUILLOT

J'observe que vous vous adaptez à vos besoins réciproques. Est-ce que vous définissez un calendrier de travail annuel ?

Emmanuelle PERRELLON

Nous faisons chaque année un bilan et nous examinons les projets que nous pourrions mener ensemble l'année suivante.

Féreuze AZIZA

Comment avez-vous pensé au départ vos actions ?

Emmanuelle PERRELLON

Nous nous sommes inspirés de la convention cadre nationale et nous l'avons adaptée à nos projets dans l'Essonne.

Céline BOUILLOT

Je note que des interlocuteurs sont clairement identifiés dans chaque structure. Comment le lien se met-il en place ?

Pauline GERMAINE

La direction de notre CPAM a fait le choix de nommer un coordinateur des partenariats et il en est de même pour l'Udaf qui a nommé dans la convention un référent.

Marie-Laure MEYER CPAM de Haute-Vienne - UNAF

Nous avons beaucoup parlé depuis ce matin de l'accès au numérique. Or, 7 à 8 % de la population est illettrée et on ne peut pas accéder au numérique quand on ne sait pas lire. Par ailleurs, une partie de la population n'a pas accès à des débits suffisants pour utiliser un smartphone. Enfin, tous les systèmes d'information de l'Assurance Maladie sont extrêmement lourds à charger et ne sont pas conçus pour être utilisés avec un minimum de datas, datas qui pèsent lourd dans le prix des forfaits téléphoniques.

Arthur DAUPHIN, Chargé de mission numérique à France Assos Santé

C'est un constat que nous partageons. Nous avons conscience que la dématérialisation des services publics ne doit pas être synonyme de double peine pour certains usagers. C'est un sujet que vous pouvez porter dans toutes les CPAM et je vous invite à consulter le guide « Comprendre et participer à l'inclusion numérique » que nous avons publié au printemps dernier.

De la salle

Pour faciliter l'accès aux soins, l'Assurance Maladie pourrait financer des transports solidaires et utiliser les Maisons France Services pour une meilleure inclusion des usagers.

Féreuze AZIZA

Je constate que de nombreuses actions sont mises en œuvre pour faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes éloignées du système de santé et que ce sujet figure parmi les priorités de l'Assurance Maladie et des acteurs associatifs.

J'ai également été surprise d'apprendre que certains de nos représentants dans les Caisses d'Assurance maladie ne connaissent pas les Missions d'accompagnement santé. Il y a donc un déficit d'informations sur les actions menées par les caisses. Il me paraît essentiel de mieux les faire connaître aux conseillers.

La COG signée entre l'État et la CNAM semble correspondre aux objectifs que nous avons portés et il vous appartiendra de suivre sa mise en œuvre par les Caisses dans le cadre des Contrats Pluriannuels de Gestion.

Retour en images



Introduction des associations



Nadine HERRERO,
Présidente de la FNATH



Marion MUSCAT,
Adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des
prestations familiales et des accidents du travail,
Direction de la Sécurité sociale



Philippe LAMBERT,
Représentant de la FNATH au Conseil de la CNAM et Vice-
Président de la Commission d'Action Sanitaire et Sociales
CNAM



Ricardo DOMINGUES
Directeur du Comité du Gard, Ligue contre le Cancer



Karine POUCHAIN-GREPINET,
Conseillère nationale Santé, APF France handicap

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.



Retrouvez la liste des associations membre du réseau France Assos Santé sur notre site internet



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