



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

EDE STM 2

SESSION 2019

**CAPET
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

SECONDE ÉPREUVE

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Si vous repérez ce qui vous semble être une erreur d'énoncé, vous devez le signaler très lisiblement sur votre copie, en proposer la correction et poursuivre l'épreuve en conséquence. De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, vous devez la (ou les) mentionner explicitement.

NB : Conformément au principe d'anonymat, votre copie ne doit comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé consiste notamment en la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de la signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

A

Première partie

Analyse de solutions et de documents technique

L'Assurance Maladie se mobilise depuis plusieurs années pour lutter contre les phénomènes, intimement liés, de non recours aux droits et de renoncement aux soins [...]. Elle a plus récemment inscrit dans la COG (Convention d'objectifs et de gestion) 2018-2022, que « l'accompagnement personnalisé des publics fragilisés constituera également un axe d'intervention prioritaire », inscrivant une montée en charge des cellules de lutte contre le renoncement aux soins sur l'ensemble du territoire dans une logique de complémentarité avec d'autres acteurs (collectivités locales, associations...).

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Lutte contre le renoncement aux soins : un dispositif généralisé à l'ensemble du territoire métropolitain*. Dossier de presse. 6 juillet 2018

Montrer que, dans le département du Gard, la mise en place de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) vise à répondre au renoncement aux soins.

Seconde partie

Démarches pédagogiques

En vous appuyant sur le dossier documentaire fourni et dans la perspective d'un enseignement en terminale « Sciences et technologies de la santé et du social », proposer des démarches pédagogiques permettant d'atteindre avec les élèves les objectifs suivants :

- Présenter le lien entre accès aux soins et réduction des inégalités de santé ;
- Montrer l'importance de la protection sociale dans l'accès aux soins.

Extrait du programme de sciences et techniques sanitaires et sociales – Classe de terminale de la série sciences et technologies de la santé et du social

Pôle politiques et dispositifs de santé publique et d'action sociale

Contenu	Objectifs et indications complémentaires	1	2	3	4
7- QUELS POLITIQUES ET DISPOSITIFS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ ?					
Organisation et fonctionnement des dispositifs et institutions :					
Système de soins :					
• Accès aux soins et réduction des inégalités	- Présenter le lien entre accès aux soins et réduction des inégalités de santé - Montrer l'importance de la protection sociale dans l'accès aux soins				

Extrait du document d'accompagnement du programme :

On insistera sur le lien entre accès aux soins, couverture sociale, et réduction des inégalités de santé

INFORMATION AUX CANDIDATS

Vous trouverez ci-après les codes nécessaires vous permettant de compléter les rubriques figurant en en-tête de votre copie.

Ces codes doivent être reportés sur chacune des copies que vous remettrez.

► **Concours externe du CAPET de l'enseignement public :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EDE	7300E	102	5851

► **Concours externe du CAFEP/CAPET de l'enseignement privé :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EDF	7300E	102	5851

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Contexte du renoncement aux soins (extrait)

Source : CHAUVIN Pierre, RENAHY Émilie, PARIZOT Isabelle, VALLEE Julie. *Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*. DREES, Document de travail, Série Etudes et Recherche, n° 120, mars 2012, 78 p.

Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 2 : Les résultats du diagnostic sur le renoncement aux soins (extrait)

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement*. Dossier de presse, 28 mars 2017

Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 3 : Renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge

Source : CREAL-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées. *Baromètre santé en Occitanie en 2016 – Accès et renoncement aux soins*. Septembre 2017, 5 p.

Disponible sur : <https://www.ormip.org> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 4 : Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) (extraits)

Source : WARIN Philippe. *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard*. Rapport d'étude, septembre 2014, 100 p.

Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 5 : Récapitulatif des taux de renoncement pour les caisses ayant participé aux précédentes campagnes BRS (Baromètre du renoncement aux soins)

Source : REVIL H., BAILLY S. *Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS. Diagnostic réalisé dans le cadre de l'accompagnement scientifique par l'Odenore, de la généralisation des PFIDASS au sein du régime général de l'Assurance Maladie*. Mars 2018, 60 p.

Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 6 : Les raisons du renoncement (% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)

Source : WARIN Philippe. *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard*. Rapport d'étude, septembre 2014, 100 p.

Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 7 : Quels soins font l'objet de renoncements dans le Gard ?

Source : CPAM du Gard. *La détection des situations de renoncement aux soins et l'accompagnement réalisé par la PFIDASS*. Matinale de l'UDAF, Nîmes, 24 mai 2018

Disponible sur : <http://www.udaf30.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 8 : Priorité d'action n°2 : Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins

Source : ARS Occitanie. *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Projet régional de santé*. Février-Mai 2018, 84 p.

Disponible sur : <https://prs.occitanie-sante.fr> (consulté le 16 octobre 2016)

Annexe 9 : La PFIDASS, un nouveau dispositif pour lutter contre le renoncement aux soins : les modalités opérationnelles, de la détection à l'accompagnement

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement*. Dossier de presse, 28 mars 2017.

Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 10 : Schéma synthétisant la démarche

Source : REVIL H., BAILLY S. *Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS. Diagnostic réalisé dans le cadre de l'accompagnement scientifique par l'Odenore, de la généralisation des PFIDASS au sein du régime général de l'Assurance Maladie.* Mars 2018, 60 p.

Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 11 : Exemple de questionnaire utilisé pour le repérage de situations de renoncement aux soins

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement.* Dossier de presse, 28 mars 2017

Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 12 : Présentation de cas concrets (extrait)

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement.* Dossier de presse, 28 mars 2017

Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

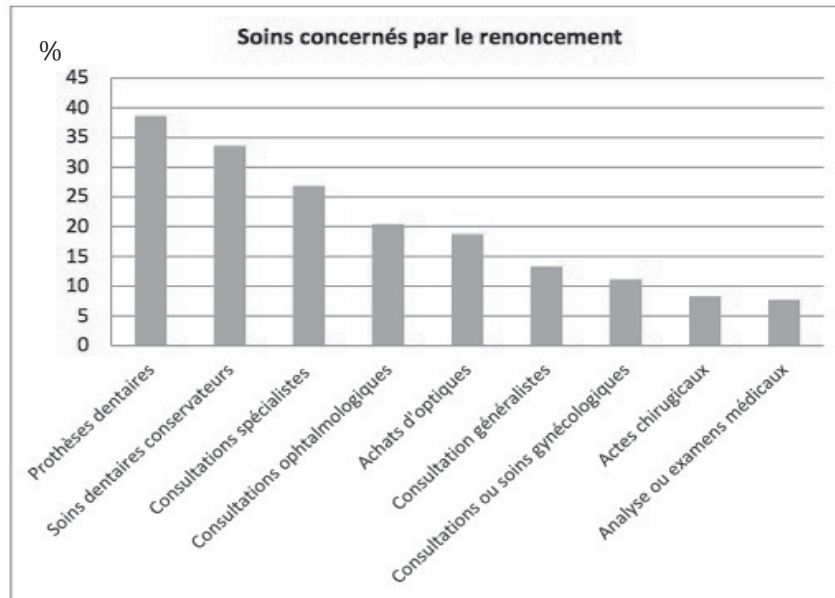
Annexe 1 : Contexte du renoncement aux soins (extrait)

Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas spontanément avec le progrès médical et l'augmentation quantitative et qualitative de l'offre de soins, y compris dans les États providence où le système de santé permet en théorie un accès équitable aux soins. Un nombre grandissant d'épidémiologistes soulignent l'intérêt de travailler sur de nouvelles approches telles que les déterminants sociaux et psychosociaux de la santé afin de progresser dans la compréhension des mécanismes sous-jacents aux inégalités sociales de santé et, par là, dans le développement de politiques et de stratégies aptes à les réduire. Dans ce contexte, nous avons réalisé une série d'analyses sur le renoncement aux soins au début des années 2000. Celles-ci avaient montré, d'une part, que la question du renoncement aux soins pour raisons financières renvoyait certes à l'impossibilité financière d'accéder aux soins mais recouvrait (et interrogeait) aussi la frustration ressentie des personnes entre ce dont elles souhaitent bénéficier en termes de soins médicaux (des attentes sans doute elles aussi socialement diversifiées) et ce à quoi elles accèdent effectivement. D'autre part, ces analyses avaient également montré qu'à niveau socio-économique comparable (en particulier en termes de niveau de revenus ou de couverture maladie), le renoncement aux soins pour raison financière s'exprimait plus fréquemment chez les personnes ayant connu des trajectoires de vie difficiles (événements graves, ruptures biographiques), exprimant des perceptions négatives de leur niveau socio-économique, ayant une forte attente et demande de soins, et/ou présentant certaines caractéristiques psychologiques (notamment une faible estime d'elles-mêmes). Nos travaux soulignaient finalement que la question du renoncement aux soins ne saurait être comprise sans porter une attention particulière à la manière dont les personnes perçoivent et vivent à la fois leurs besoins en matière de santé et leur situation sociale et financière.

Source : CHAUVIN Pierre, RENAHY Émilie, PARIZOT Isabelle, VALLEE Julie. *Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*. DREES, Document de travail, Série Etudes et Recherche, n° 120, mars 2012, 78 p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 2 : Les résultats du diagnostic sur le renoncement aux soins (extrait)

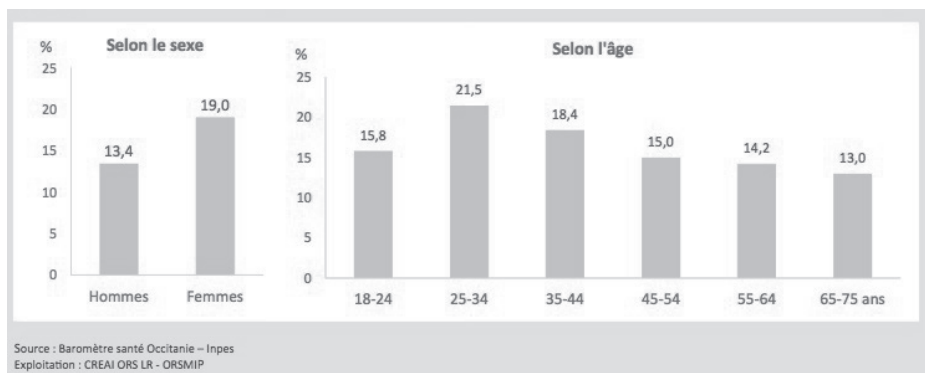
Le renoncement aux soins touche particulièrement les soins dentaires ainsi que les soins auditifs ou ophtalmologiques et optiques, au reste à charge plus élevé¹. Plus nouveau, les travaux de l'Odenore ont démontré que le phénomène concerne effectivement ces soins mais qu'il ne se cantonne pas à ceux-ci : les consultations de spécialistes, voire même l'accès à un généraliste, sont également concernés par le phénomène.



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

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement*. Dossier de presse, 28 mars 2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 3 : Renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge



Source : Baromètre santé Occitanie – Inpes
Exploitation : CREA-ORS LR - ORSMIP

Source : CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées. *Baromètre santé en Occitanie en 2016 – Accès et renoncement aux soins*. Septembre 2017, 5 p. Disponible sur : <https://www.ormsip.org> (consulté le 16 octobre 2018)

¹ Le reste à charge des patients pour les soins dentaires est d'environ 25%, contre 10% sur l'ensemble des dépenses de santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2014 <http://drees.social-sante.gouv.fr>). En 2012, 17,7% des assurés ont renoncé à des soins dentaires pour raisons financières, soit plus d'une personne sur six (enquête Irdes - ESPS - juin 2014)

Annexe 4 : Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSO) (extraits)

Ce Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSO) se présente comme une démarche expérimentale. Voulu par la direction de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) du Gard, le BRSO est une véritable innovation par rapport aux fonctionnements et pratiques professionnels habituels. Guidé par l'intention d'agir pour l'accès aux soins des assurés sociaux, le BRSO atteste d'une volonté affirmée de (re)situer l'Assurance maladie comme un acteur central de la santé en France.

Pour mener à bien cette expérience, la CPAM du Gard s'est tournée vers d'autres acteurs institutionnels du département, considérant que la puissance de la démarche dépend du partenariat actif qu'elle saurait initier. [...]

Le BRSO trouve son origine en 2012 lorsque l'Assurance maladie décide d'engager une mission d'étude consistant à interroger la pertinence, dans ses processus de production et de relations clients, des modes de prise en charge des situations à risques auxquelles sont confrontés principalement les publics les plus vulnérables. [...]

La décision est alors prise d'élargir cette première approche du renoncement aux soins et de créer, à l'échelle du Gard, un baromètre du renoncement aux soins en lui assignant 4 objectifs :

- Produire de la connaissance sur l'ampleur et la gravité des difficultés d'accès aux soins et du non-recours aux soins dans le département.
- Associer à cette production de connaissances les acteurs de la santé, offreurs de soins ou institutionnels, et créer un lieu de réflexion collective autour de cette connaissance.
- Réunir les conditions d'une action coordonnée visant à identifier les situations de renoncement et à les prendre en charge dans la limite des moyens disponibles.
- Contribuer à la réflexion nationale sur les politiques d'accès aux soins et témoigner de la faisabilité et de l'efficacité d'une action locale coordonnée entre les acteurs et de ses conséquences sur les pratiques professionnelles.

[...] Le BRSO rend compte du renoncement aux soins pour les publics accueillis par les institutions engagées dans la démarche. Il est représentatif de l'importance du renoncement pour ces publics, puisque les repérages ont été menés systématiquement auprès de toutes les personnes accueillies ou rencontrées par les professionnels au cours des campagnes.

[...] Etant donné que la mesure porte sur les publics des institutions partenaires et non sur une population générale, et ainsi sur un éventail social plus large, il n'est pas étonnant d'obtenir avec le BRSO un taux de renoncements déclarés de 30,5%. [...]

Tableau 2 : La population recensée

	Population du BRSG		Population du Gard	
	Nb	%	Nb	%
Féminin	2 663	58%	367 796	52,8%
Masculin	1 929	42%	341 904	48,2%
Sexe	4 592	100%	709 700 (1)	
Moins de 18 ans	64	1,4%	155 014	21,8%
De 18 à 24 ans	328	7,1%	53 752	7,6%
De 25 à 39 ans	955	20,8 %	122 190	17,2%
De 40 à 59 ans	1 870	40,7%	198 376	28,0%
Plus de 60 ans	1 379	30%	180 372	25,4%
Age	4 596	100%	709 704 (2)	
Autre (exemple : personne âgée chez ses enfants)	123	2,7%	7 620	2,5%
En couple avec enfants à charge	1 150	25,4%	82 807	27,3%
En couple sans enfant à charge	1 241	27,4%	85 876	28,3%
Seul-e-	1 555	34,3%	97 332	32,1%
Seul-e- avec enfants	464	10,2%	29 339	9,7%
Situation familiale	4 533	100%	302 974 (3)	
Agriculteurs exploitants	62	1,3%	5 451	0,9%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	240	5,2%	25 790	4,4%
Autres personnes sans activité professionnelle	1 560	33,9%	107 600	18,5%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	104	2,3%	35 174	6,1%
Employés	1 124	24,5%	95 633	16,5%
Ouvriers	245	5,3%	70 944	12,2%
Professions intermédiaires	87	2%	75 480	13,0%
Retraités	1 173	25,5%	165 125	28,4%
Catégorie socioprofessionnelle	4 595	100%	581 197 (4)	
Grand Nîmes	1 581	35,1%	183 512	24,5%
Camargue Vidourle	879	19,5%	196 452	26,2%
Uzège Gard Rhodanien	487	10,8%	174 313	23,3%
Cévennes - Aigoual	1 496	33,2%	195 070	26%
Autre département	64	1,4%		
Territoire	4 507	100%	749 347 (5)	

Rappel : les non réponses ont été supprimées.

(1) Source : INSEE RP 2010 exploitation principale.

(2) Source : INSEE RP 2010 exploitation principale.

(3) Source : INSEE, RP2009 exploitations complémentaires Ménages selon la structure familiale.

(4) Source : INSEE RP 2010 exploitation complémentaire Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle.

(5) Source : INSEE 2011 population légale du département du Gard.

Ce qui est remarqué pour le département du Gard a de quoi questionner aussi à l'échelle nationale, même si le Gard est le 5ème département (France métropolitaine) où le taux de pauvreté est le plus élevé : 11,7% de la population est en dessous du seuil de 50% du revenu médian, après la Seine Saint-Denis (en tête avec 14,5%) suivie de l'Aude (12,3%), des Pyrénées-Orientales (12%) et de la Corse (11,7%) ; pour rappel le taux de pauvreté moyen en Métropole est de 7,8%. Précisons aussi que dans le Gard, Alès et Nîmes se classent parmi les 50 villes les plus pauvres (au regard du même indicateur).

Source : **WARIN Philippe. Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard.** Rapport d'étude, septembre 2014, 100 p. Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018).

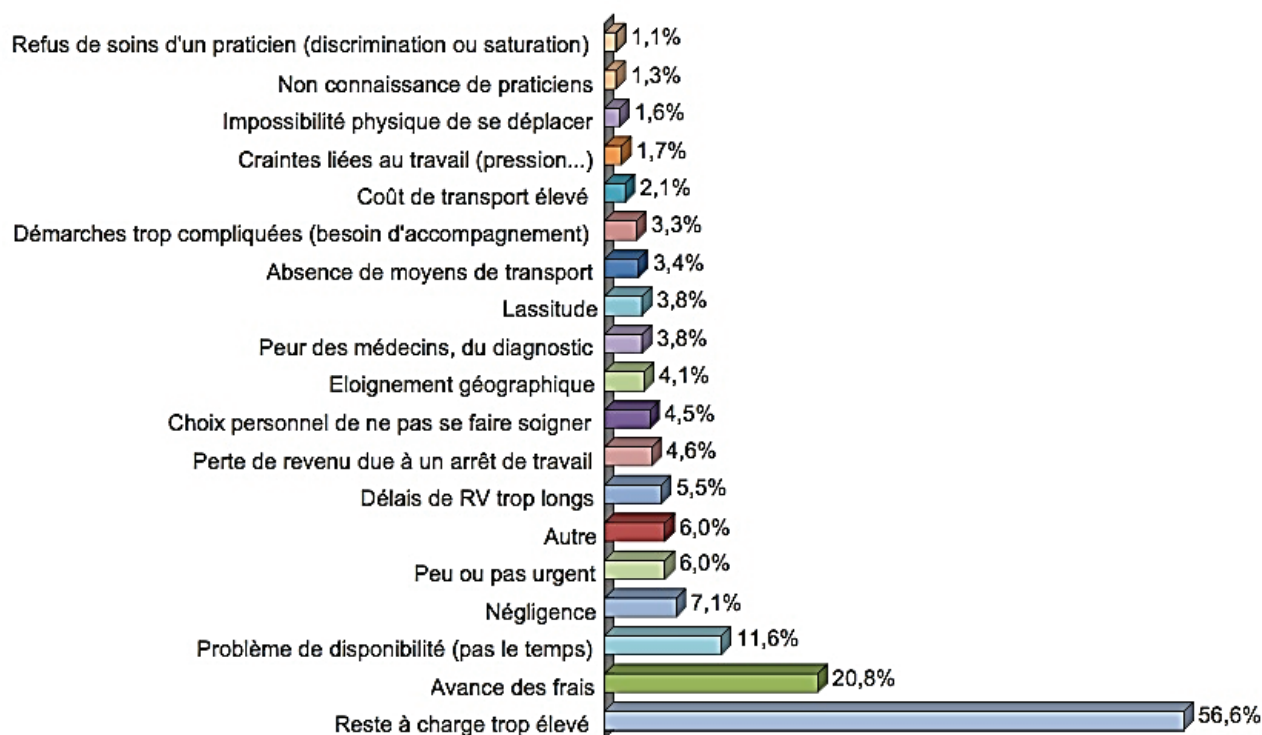
Annexe 5 : Récapitulatif des taux de renoncement pour les caisses ayant participé aux précédentes campagnes BRS (Baromètre du renoncement aux soins)

	Nombre de répondants affiliés au Régime Général	Nombre de personnes ayant déclaré renoncer ou avoir renoncé au cours des 12 derniers mois	Taux de renoncement (en %)
CPAM Allier	1 221	374	30,6
CPAM Alpes Maritimes	2 814	878	31,2
CPAM Ardennes	968	229	23,7
CPAM Ariège	1471	271	18,4
CPAM Artois	1791	447	25
CPAM Aube	1097	274	25
CPAM Aude	945	348	36,8
CPAM Aveyron	1153	282	24,5
CPAM Bouches du Rhône	2 230	713	32
CPAM Calvados	2082	500	24
CPAM Charente	1 310	323	24,7
CPAM Charente Maritime	2313	660	28,5
CPAM Doubs	1466	300	20,5
CPAM Drôme	1 017	344	33,8
CPAM Flandres	1 324	341	25,8
CPAM Gard	4 616	1 406	30,5
CPAM Hainaut	1 511	298	19,7
CPAM Haute-Garonne	2 233	545	24,4
CPAM Haute-Loire	1406	400	28,4
CPAM Haut-Rhin	2172	428	19,7
CPAM Haute-Saône	1034	184	17,8
CPAM Haute-Vienne	1402	399	28,5
CPAM Hérault	1 243	452	36,4
CPAM Landes	556	145	26,1
CPAM Loiret	1239	343	27,7
CPAM Lot	1 566	361	23,1
CPAM Lozère	424	145	34,2
CPAM Manche	1 045	287	27,5

CPAM Mayenne	988	226	22,9
CPAM Meurthe et Moselle	1 508	384	25,5
CPAM Moselle	1 653	328	19,8
CPAM Nord	2180	633	29
CPAM Oise	1 174	318	27,1
CPAM Orne	1089	333	30,6
CPAM Puy-De-Dôme	1 453	359	24,7
CPAM Pyrénées-Orientales	1 293	471	36,4
CPAM Sarthe	1 404	388	27,6
CPAM Savoie	1 224	375	30,6
CPAM Seine et Marne	2 213	686	31
CPAM Somme	1 465	368	25,1
CPAM Tarn	7 226	2 694	34,9
CPAM Tarn et Garonne	1 005	336	33,4
CPAM Val d'Oise	3 046	773	25,4
CPAM Vaucluse	1 488	407	27,3
Total	74 058	20 756	28

Source : REVIL H., BAILLY S. *Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS. Diagnostic réalisé dans le cadre de l'accompagnement scientifique par l'Odenore, de la généralisation des PFIDASS au sein du régime général de l'Assurance Maladie.* Mars 2018, 60 p.
Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

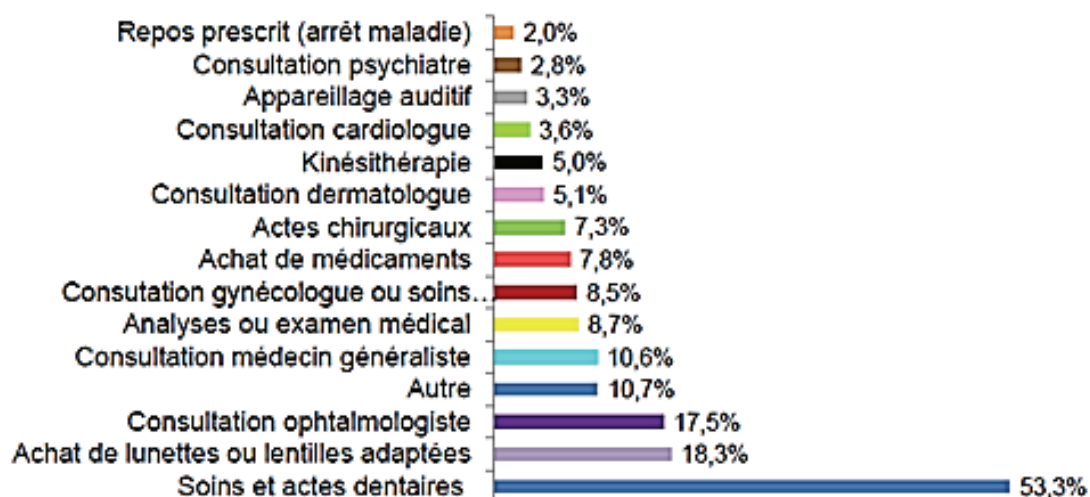
Annexe 6 : Les raisons du renoncement (% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)



Source : WARIN Philippe. *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard*. Rapport d'étude, septembre 2014, 100 p. Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 7 : Quels soins font l'objet de renoncements dans le Gard ?

Le renoncement par type de soins - BRSG 2013/2014 (% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)



Source : CPAM du Gard. *La détection des situations de renoncement aux soins et l'accompagnement réalisé par la PFIDASS*. Matinale de l'UDAF, Nîmes, 24 mai 2018. Disponible sur : <http://www.udaf30.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 8 : Priorité d'action n°2 : Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins

PRIORITÉ D'ACTION N° 2

RENFORCER LES DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL N° 2.2

Renforcer le travail en collaboration avec les professionnels de santé

ACTION STRUCTURANTE N° 2.2.1

Organiser des permanences de professionnels de santé libéraux dans les PASS et conventionner avec les MSP

Engagement du Cadre d'Orientation Stratégique	Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) pouvant assurer des permanences dans les PASS via les URPS et les Conseils de l'ordre - Etablir un planning des permanences des professionnels de santé libéraux avec les PASS et prévoir les modalités pour l'interprétariat - Mettre en place des conventionnements entre les PASS et les MSP des territoires pour favoriser l'accompagnement vers le droit commun et la continuité des soins le cas échéant (à l'aide d'un conventionnement type) - Informer le public et les partenaires du planning des permanences et des conventionnements (via les différents supports de communication)
Public concerné par l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé libéraux - Les professionnels des PASS
Échelle territoriale de mise en œuvre de l'action	- Les 13 départements
Pilote de l'action	DD ARS et ARS siège
Porteurs de l'action repérés	<ul style="list-style-type: none"> - L'ARS - La coordination régionale des PASS
Partenaires mobilisables	<ul style="list-style-type: none"> - Les URPS et Conseils de l'ordre (médecins, chirurgiens-dentistes) - L'Assurance Maladie et les PFIDASS - Les MSP - La fédération des maisons de santé - Les cabinets libéraux - Les structures accueillant les personnes en situation de précarité - Les CSAPA et les CAARUD
Leviers et points de vigilance	<p>Points de vigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de professionnels de santé libéraux sur la base du volontariat
Calendrier de réalisation	La durée du PRAPS
Indicateur(s) d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - % de PASS ayant mis en place des permanences en médecine générale - % de PASS ayant conventionné avec les MSP

Source : ARS Occitanie. *Programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Projet régional de santé*. Février-Mai 2018, 84 p. Disponible sur : <https://prs.occitanie-sante.fr> (consulté le 16 octobre 2016)

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
 CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie. MSP : Maison de santé pluri-professionnelle. PASS : Permanence d'accès aux soins de santé. PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins. URPS : Union régionale des professions de santé

Annexe 9 : La PFIDASS, un nouveau dispositif pour lutter contre le renoncement aux soins : les modalités opérationnelles, de la détection à l'accompagnement

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

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

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

1. L'identification des cas de renoncement aux soins

Les travaux de recherche ont particulièrement souligné que les personnes en situation de renoncement n'évoquent que rarement leurs difficultés d'accès aux soins, si on ne les questionne pas sur le sujet, beaucoup les ayant intégrées comme inéluctables, n'attendant pas d'aide particulière en la matière ou ne sachant plus vers qui se tourner pour en obtenir. La majorité de ces personnes n'a pas, par ailleurs, identifié la caisse primaire d'assurance maladie comme une structure pouvant leur apporter l'aide dont elles auraient besoin pour résoudre ses difficultés en matière de soins. Il est donc important de changer d'approche et d'engager une démarche proactive pour aller au-devant des besoins le plus souvent non exprimés par ces assurés. Cette proactivité nécessite la mise en place d'un réseau de détecteurs en interne comme en externe.

Ainsi, des professionnels de terrain présents sur l'ensemble du territoire ont été formés et chargés d'identifier les situations de difficulté d'accès aux soins. Ces détecteurs sont souvent des agents de l'Assurance Maladie : agents d'accueil, personnels des centres d'examen de santé, médecins conseil des services médicaux, travailleurs sociaux du service social ; mais ces agents œuvrent en coopération avec d'autres professionnels des institutions partenaires (travailleurs sociaux, personnels de santé), des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers...) ou encore des personnes issues du tissu associatif.

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

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

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

Une fois identifiés, et sous réserve de leur consentement, les assurés sont approchés par des agents de la CPAM qui vont leur proposer un accompagnement « sur mesure ». Les assurés en difficulté bénéficient d'un bilan exhaustif de leurs droits pour disposer d'une vision globale de leur situation administrative et mieux cerner leurs besoins : peuvent-ils bénéficier de la CMUC ou de l'ACS, sont-ils avant tout pénalisés par un reste à charge ou par l'avance de frais ? Ont-ils besoin d'obtenir un ou plusieurs devis pour appréhender le montant de l'éventuel reste à charge ? S'agit-il d'identifier un ophtalmologiste ou un gynécologue qui pratique des tarifs opposables pour éviter tout reste à charge, de réaliser un montage financier d'aides pour la délivrance de lunettes ? Le conseiller dédié de l'Assurance Maladie regarde également si l'assuré peut bénéficier d'autres droits sociaux, par exemple auprès de la caisse d'allocations familiales pour une aide au logement, ou de tarifs réduits auprès des fournisseurs d'électricité de gaz en tant que bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS... À l'issue de cette première étape, le conseiller prend contact avec l'intéressé et confirme avec lui les solutions envisagées.

2. L'accompagnement

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

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

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

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

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

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

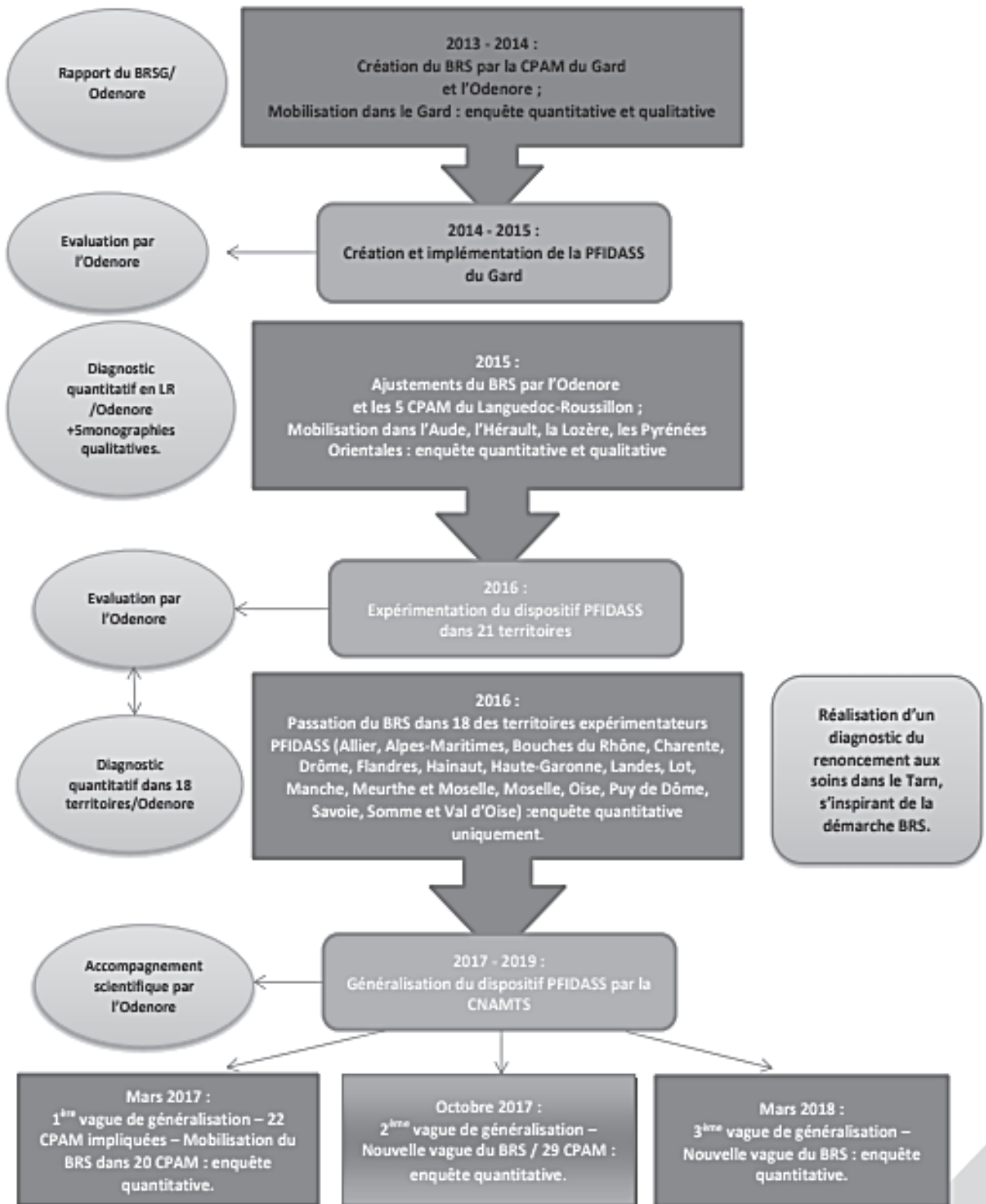
L'accompagnement s'effectue par des contacts téléphoniques, des échanges de courriels ou des rendez-vous physiques selon les besoins de l'assuré afin de garantir la continuité du parcours engagé ensemble.

C. L'accompagnement et/ou le montage financier

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

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement*. Dossier de presse, 28 mars 2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 10 : Schéma synthétisant la démarche



Source : REVIL H., BAILLY S. *Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS. Diagnostic réalisé dans le cadre de l'accompagnement scientifique par l'Odenore, de la généralisation des PFIDASS au sein du régime général de l'Assurance Maladie.* Mars 2018, 60 p. Disponible sur : <https://odenore.msh-alpes.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 11 : Exemple de questionnaire utilisé pour le repérage de situations de renoncement aux soins

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

CPAM DU GARD

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

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

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

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

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

Nom :

Prénom :

N°SS :

N° de tél :

Email :

1. MOTIF DE RENCONTRE AVEC LE PARTENAIRE ?

Précisez :

2. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

- Retraité Salarié Sans emploi
 RSA Indemnisé pôle emploi
 AAH Autre :

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

3. QUELS SOINS NE SONT PAS RÉALISÉS

- Consultations chez un médecin généraliste
 Consultations ou acte chez un spécialiste
 Précisez :
- Intervention chirurgicale
 Séances de kinésithérapie
 Soins et actes dentaires
 Précisez :
- Achats de médicaments
 Appareillages auditifs
 Analyses ou examens médicaux
 Achats de lunettes ou lentilles adaptées
 Autre, précisez

4. DEPUIS QUAND DURE LE RENONCEMENT ?

.....

5. QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

UN PROBLÈME:

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

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

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

- sur le maintien à domicile oui non

- professionnelles oui non

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

EST CE ?

un renoncement détecté ou

un renoncement exprimé

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

précisez :

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

Nom / Prénom :

Structure :

E-mail :

N° de tél :

Document à transmettre à la PFIDASS de la CPAM du Tarn

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

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement*. Dossier de presse, 28 mars 2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)

Annexe 12 : Présentation de cas concrets (extrait)

Madame H. Geneviève, 66 ans, mariée, retraitée

Mutuelle : Swiss life

Ressources du foyer : 2011,25€

Charges déclarées : Loyer : 360,85€

Eau / Energie : 149,44€

Mutuelle et assurances : 190,34€

Impôts : 99,00€

Téléphone : 33,15 €

Reste à vivre : 1178,47€

Il s'agit d'une personne ne bénéficiant ni de la CMU ni de l'ACS, avec une pathologie lourde nécessitant une greffe et devant absolument réaliser ses soins prothétiques dentaires afin d'être inscrite sur la liste des receveurs potentiels (prévention des risques bactériologiques). Cette personne a été détectée en accueil car elle dépasse tous les plafonds d'aides et de secours et ne pouvait faire face à un reste à charge important.

Plus-value du dispositif/service PFIDASS :

Confirmation de l'absence de fond social auprès de la mutuelle et de la retraite complémentaire; sollicitation et attribution d'une dotation via le fond d'action sanitaire et sociale de la CPAM (1251,74€) ; contact auprès du chirurgien-dentiste afin que l'assurée puisse procéder en 3 règlements au fur et à mesure des remboursements (assurance maladie, mutuelle et fonds de la caisse) : accord du professionnel de santé. La prothèse dentaire est installée et l'assurée est maintenant inscrite sur la liste des receveurs ce qui l'a amenée à remercier sa conseillère car selon elle : « sa vie dépendait de la réalisation de ses soins dentaires... ».

Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie. *Agir contre le renoncement aux soins diagnostic, solutions et déploiement*. Dossier de presse, 28 mars 2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr> (consulté le 16 octobre 2018)