

Réunion d'informations Cnam / Partenaires 1^{er} février 2021

Ordre du jour :

Primo-demandes AME
Commission mixte de conciliation
Brexit
Vaccination
1^{er} confinement de 2020 : Etude sur le renoncement aux soins

Primo-demandes AME

Décret n° 2020-1325 du 30/10/2020

Le décret n° 2020-1325 du 30/10/2020 précise les conditions d'application de l'article L.252-1 du code de l'action sociale et des familles modifié par la loi de finances 2020.

La première demande d'AME est déposée, par le demandeur, auprès d'un organisme d'assurance maladie. Cette nouvelle disposition entre en vigueur le **17 février 2021** pour les demandes déposées à compter de cette date.

L'objectif de la mesure est de s'assurer que le demandeur de l'AME (ou un autre membre majeur) est présent en France au moment du dépôt du dossier.



Primo-demande d'AME

Première demande / renouvellement

À compter du 17/2/2021

Seules les premières demandes d'AME sont concernées par la mesure.

Pour l'application de cette mesure, ne sont pas considérés comme des premières demandes les dossiers déposés dans les 2 ans suivant le dépôt d'un précédent dossier de demande d'AME. Toute nouvelle demande reçue dans ce délai de 2 ans pourra être envoyée ou déposée comme prévu pour les renouvellements



Les demandes de renouvellement continuent à être déposées selon les modalités actuellement en vigueur (dépôt ou envoi) et auprès des organismes cités par l'article L.252-1 du CASF (organismes d'assurance maladie, établissement de santé dans lesquels le demandeur est pris en charge ; centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ; services sanitaires et sociaux du département de résidence ; associations ou organismes à but non lucratif agréés par le préfet).

Primo demandes : exceptions

À compter du 17/2/2021



Dérogation à ce dépôt en organisme de sécurité sociale

La première demande d'AME peut être déposée auprès d'un **établissement de santé (ou une PASS hospitalière)** dans lequel le demandeur ou un membre du foyer est pris en charge.

L'établissement doit transmettre le dossier dans un délai de 8 jours maximum afin d'éviter de retarder l'instruction de la demande.

La présence du cachet de l'établissement ou de la PASS sur le formulaire de demande d'AME et/ou d'un bulletin d'hospitalisation, d'une attestation de l'établissement précisant les dates de consultations joint au dossier, permet d'identifier ces situations d'exception

Primo demandes : exceptions

À compter du 17/2/2021

Les dérogations au dépôt physique en organisme de sécurité sociale

Mineur isolé : la demande peut être déposée ou envoyée à l'organisme d'Assurance Maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement de ces personnes, ou association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité.

Si les parents ne bénéficient pas de l'AME car ils ne remplissent pas la condition de résidence en France ou de ressources, les enfants à charge peuvent bénéficier de l'AME. Dans ce cadre la demande est faite pour le foyer et non au nom de l'enfant. Les membres majeurs recevront un refus et une carte AME sera délivrée au mineur. Si les parents deviennent éligibles une nouvelle demande sera faite et les parents pourront prétendre à l'AME.

Régime de tutelle ou de curatelle : le tuteur ou curateur peut déposer la première demande d'aide médicale de l'État dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un extrait du jugement de tutelle /curatelle doit être fourni.

Mobilité réduite : la première demande d'aide médicale de l'État peut être déposée dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un justificatif de la situation ou une attestation sur l'honneur doit être fourni (e).

Primo demande : modalités

Qui doit déposer la première demande ?

- Seul le demandeur ou un autre membre majeur mentionné sur la demande d'AME se déplace.
- La présence de l'ensemble des membres du foyer n'est pas requise pour déposer le dossier.
- L'intéressé peut être accompagné, s'il ne maîtrise pas la langue française.

Modalités d'accueil possibles :

- Accompagnement sur RDV ou dépôt à l'accueil sans rendez-vous via les box d'urgence
- Les organismes en fonction du contexte local vont organiser le dépôt des premières demandes dans tous les sites accueils ou certains. Les caisses vont communiquer auprès du public sur leurs modalités d'ouverture sur leur page locale du site ameli.fr.

Où déposer la première demande ?

- Dans les locaux de l'organisme d'Assurance Maladie du lieu de résidence du demandeur.
- Par extension, dans les lieux où des agents des caisses assurent des permanences sous réserve que le demandeur d'AME soit présent lors de la remise du dossier.
- Agence France Services habilitées par les caisses : les modalités de mise en œuvre sont en cours de discussion.

Primo demande : complétude du dossier

Objectif de la mesure : s'assurer que le demandeur est bien présent en France au moment du dépôt.

Objectif complémentaire : s'assurer que le dossier est complet et conforme

- Nouvelle liste des **pièces jointes** recevables en 1^{ère} intention (doc en annexe) actualisée en conformité avec le décret. La fourniture d'un dossier conforme à cette fiche garantit au demandeur /partenaire de ne pas se voir réclamer d'autres PJ.
- Quand le **dossier est complet** l'agent d'accueil remet une **attestation de dépôt** au demandeur. Le dossier sera transmis au service compétent selon le circuit habituel pour traitement. **La date de passage à l'accueil** sera retenue comme date de réception du dossier et donc de **début du droit**.
- En cas de constat d'un **dossier incomplet** lors de son dépôt à l'accueil, l'agent restitue le dossier. Il fournit l'attestation de dépôt avec une indication sur les pièces complémentaires à transmettre et propose un rendez-vous, si nécessaire. **Le dossier complété peut également être renvoyé par voie postale avec l'attestation de dépôt.**
- Dans la mesure où la date de dépôt du dossier détermine la date de début de l'AME, cette date doit être sauvegardée afin de préserver les droits du demandeur. Pour ce faire, **l'attestation de dépôt est jointe** au dossier renvoyé à la caisse une fois complété.



L'attention du demandeur doit être attirée sur ce point.

Primo demande : non respect des consignes de dépôt



- Si une 1ère demande ne respecte pas ces consignes de dépôt en caisse, un courrier sera adressé au demandeur pour l'inviter à se présenter sous **30 jours** à la caisse de son département avec le courrier.
- C'est **la date de passage du demandeur à la CPAM qui sera retenue** pour le début du droit et non la date de réception initiale.
- A défaut de venue, le dossier est **classé sans suite** au terme d'un délai de 2 mois (sans ouverture de droit pour les éventuels mineurs).
- Si la personne se manifeste après les 2 mois, l'agent de la caisse lui indique de présenter une nouvelle demande d'AME.

Primo demande : partenaires



- Cette réforme ne remet pas en cause les actions des partenaires en matière **d'information et d'accompagnement dans les démarches.**
- **Les partenaires demeurent un levier d'accompagnement indispensable.** Le dépôt des 1^{ères} demandes sera d'autant plus fluide que le demandeur aura été accompagné en amont et se présentera avec un dossier convenablement complété.

Rappel pour les dossiers AME dématérialisés



- Depuis le 1er août 2020, les photos sont de nouveau obligatoires : tout envoi de dossier AME à la caisse doit contenir le formulaire photo. Les droits AME sont matérialisés par la carte. **Les attestations provisoires en attendant la fabrication de la carte et mises en œuvre pendant le 1er confinement ne sont plus valables et ne peuvent plus être diffusées.**
- Pour rappel, vous avez reçu, en août 2020, les consignes pour présenter de façon optimale un dossier AME. S'agissant de la photo, elle doit être scannée en couleur avec une résolution de **Résolution = 600 pp.**

Commission mixte de conciliation

La procédure de conciliation décrite par le décret n°2020-1215 du **2 octobre 2020** vise les situations :

- de **refus de soins discriminatoires**
- commises par des **professionnels de santé (PS) relevant d'un ordre professionnel** et qui ne soient **pas en situation de récidive**

Notion de refus de soins discriminatoires

Art. L 1110-3 du code de Santé publique traite du refus de soins discriminatoire => **un PS ne peut pas refuser de soigner une personne pour l'un des motifs suivants :**

- sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de sa particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, de son patronyme, de son lieu de résidence, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée (article 225-1 du code pénal) ;
- parce qu'elle a subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel (Art. 225-1-1 du code pénal) ;
- parce qu'elle bénéficie de la complémentaire santé solidaire (Art. L. 861-1 du Code de la sécurité sociale) ou de l'aide médicale de l'Etat (Art. L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Un refus de soins discriminatoire est constitué par toute pratique qui vise à empêcher ou dissuader un individu d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par tout moyen, notamment par des obstacles à l'accès effectif à un PS ou aux conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination visés ci-dessus.

Un refus de soins peut découler d'une **discrimination directe** comme d'une **pratique indirecte**.

NB : Il peut même être retenu alors que les soins ont été réalisés.

Conditions tenant au professionnel de santé

- Seuls les **professions de santé relevant d'un ordre professionnel sont concernées par la mise en œuvre de la procédure de conciliation.**

- Les réclamations visant les professions de santé, ne disposant pas d'un ordre professionnel :

- les ergothérapeutes,
- les psychomotriciens,
- les orthophonistes et orthoptistes,
- les manipulateurs d'électroradiologie médicale,
- les audioprothésistes,
- les opticiens-lunetiers,
- les prothésistes et orthésistes
- les diététiciens,

... sont traitées dans le cadre de la procédure de **médiation instituée dans les CPAM/CGSS**. En cas de refus de soins avéré, le directeur de l'organisme dispose d'un pouvoir de sanction (Commission des pénalités)

- **La procédure ne s'applique que si le PS n'est pas en situation de récidive.**

Il y a récidive si le PS a fait l'objet dans les six années précédant la réception de la plainte d'une sanction définitive pour refus de soins discriminatoire, prononcée par une juridiction ordinaire ou par le directeur d'une CPAM.

En cas de récidive, la plainte est transmise par le président du conseil de l'ordre du PS mis en cause à la juridiction ordinaire compétente. Le Directeur de la CPAM/CGSS est tenu informé de la décision rendue par la juridiction ordinaire.

Composition de la Commission mixte de conciliation

- Elle est composée de **quatre membres** :
 - **deux représentants de l'organisme local d'Assurance Maladie**, qui peuvent être soit des conseillers , soit des agents administratifs des caisses, soit un mixte
 - **deux membres représentant le conseil compétent de l'Ordre** au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

=> Chaque ordre dispose donc d'une commission mixte, l'Assurance Maladie siège à toutes.

- L'ordre professionnel et la CPAM/CGSS désignent **deux membres titulaires et deux suppléants pour une durée de 3 ans**. S'agissant des représentants de l'Assurance Maladie, le code de Santé Publique précise qu'il appartient au conseil de la caisse de désigner les personnes représentant la caisse.

Les représentants d'association peuvent naturellement être désignés mais ils devront, si l'association accompagne l'assuré dans la procédure, ne pas siéger lors de la commission.

Fonctionnement de la Commission mixte de conciliation

<u>Le secrétariat de la commission</u>	En principe assuré par l'autorité ayant été saisie de la plainte mais possibilité d'autres modes d'organisation définis localement
<u>Compétence territoriale</u>	Elle se définit à la date de la saisine : la commission compétente est celle qui se trouve sur le territoire dans lequel le PS exerce son activité.
<u>Le quorum</u>	• Présence d'au moins un membre de chacune des catégories de représentants • Parité respectée entre les membres de ces catégories.
<u>Le recours à des avis extérieurs</u>	Possibilité de faire appel à toute personne qualifiée ou à un expert extérieur (dont le service médical de l'AM) pour éclairer les travaux de la commission, mais sans prendre part à la conciliation.
<u>Indépendance et respect du secret</u>	Impossibilité de siéger si lien quelconque avec l'une des parties : « un membre ne peut pas siéger lorsqu'il a un lien direct ou indirect, d'ordre notamment familial ou professionnel, faisant obstacle à l'exercice de sa mission, avec l'une des parties à la procédure ». (R.1110-10 du CSP) Soumission au secret de toutes les personnes participant à la procédure (membre, avis extérieurs, secrétariat..)

Procédure de conciliation

La saisine

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte » (Art L.1110-3 du CSP).

Pas nécessaire que la personne porte plainte expressément => simple mention par une personne d'un refus de soins discriminatoire suffit.

Peut être effectuée soit par la personne s'estimant victime, soit par une association ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, agréées en application de l'article L. 1114-1 du CSP, ayant reçu un mandat exprès de la part de la personne concernée.

Elle doit être adressée par tout moyen permettant de dater de manière certaine sa réception.

Elle doit contenir les mentions suivantes :

- l'identité et les coordonnées de la personne s'estimant victime d'un refus de soins discriminatoire,
- les éléments permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause
- la description des faits reprochés.

L'autorité ayant reçu la plainte doit **dans les 8 jours** en accuser réception et la transmettre à l'autorité qui n'en a pas été destinataire ainsi qu'au PS visé en mentionnant sa date de réception.

La médiation, en cas de saisine de la Cpam/CGSS

Etape à mettre en œuvre en cas de saisine de la Cpam/CGSS et de refus de soins concernant un bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide Médicale d'Etat

Dispositif de médiation propre à l'Assurance Maladie afin de tenter de trouver une solution

Cette étape est sans préjudice du délai de 8 jours pour accuser réception de la plainte et informer l'ordre professionnel ainsi que le PS concerné.

Elle se fait en parallèle de la procédure de conciliation.

Procédure de conciliation

L'audition éventuelle du PS

- Possibilité pour l'autorité ayant reçu la plainte de convoquer le PS afin de l'auditionner.
- Permet au praticien de faire valoir ses observations
- Procès-verbal transmis à la commission

Nb : La personne ayant déposé plainte n'est pas convoquée à ce stade.

La séance de conciliation

Convocation des intéressés au moins 15 jours avant la date de tenue de la réunion
Séance doit se tenir dans les 3 mois suivant la réception de la plainte
Lieu définit conjointement entre les deux autorités – Possibilité de réunions à distance si sécurisées

Possibilité pour les parties de se faire assister ou représenter par une personne de leur choix (Nécessité d'un mandat)
En cas d'absence et sans représentation, possibilité d'adresser par écrit des observations en précisant les raisons de l'empêchement

A l'issue de la séance, la commission peut constater :

- La conciliation qui met fin au litige
- La non conciliation si la personne ne retire pas sa plainte ou si au moins 1 des parties n'a pas répondu à la convocation

Le relevé de séance

- Relevé de séance est établi par le secrétariat de la commission – il est signé en séance par les parties ou leurs représentants et les membres de la commission.
- Le PV de l'audition du professionnel de santé en amont de la séance peut être annexé.

=> Transmission du relevé de séance aux parties, au directeur de l'organisme d'assurance maladie ainsi qu'au président du Conseil de l'Ordre dans les huit jours suivants la séance de conciliation.

Issues de la procédure

- **En cas de conciliation**, il est mis fin au litige.
- **En cas de non conciliation**, le pdt du Conseil de l'Ordre transmet à la chambre disciplinaire de première instance de la juridiction ordinaire compétente, dans les trois mois suivants la séance, la plainte, en s'y associant le cas échéant, accompagnée de son avis motivé et de toutes les pièces du dossier

Focus sur la procédure de médiation de l'AM

Mise en place en 2008 d'un **mécanisme de médiation concernant les signalements de refus de soins déclarés par les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (Ex CMUC/ACS) ou de l'AME**

Mission du médiateur : dans le respect des principes de la médiation institutionnelle – neutralité, impartialité et indépendance - , rapprocher le point de vue des deux parties en vue de **faire émerger une solution pour mettre fin au différend.**

- **Dispositif maintenu en complément de la procédure de conciliation concernant les refus de soins, en cas de situation concernant un bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire ou de l'AME.**

Si le signalement reçu par le médiateur relève d'une situation pouvant faire l'objet d'une conciliation :

- Le médiateur répond aux éventuelles interrogations de l'assuré sur le déroulement de la procédure de conciliation
- Il informe l'assuré sur sa possibilité de recourir à une association agréée afin qu'elle puisse l'accompagner et l'aider dans ses démarches auprès de la commission
- NB : L'intervention du médiateur de la CPAM n'est pas considérée comme un préalable à la procédure de conciliation.
- Si l'intervention du médiateur de CPAM aboutit à une solution amiable avec le PS concerné avant la séance de conciliation, la commission mixte est immédiatement informée.

=> Elle pourra alors confirmer l'opportunité de la solution et acter la conciliation.

Si le signalement reçu par le médiateur relève d'une situation ne pouvant faire l'objet d'une conciliation :

- Le médiateur de la CPAM est seul compétent pour s'occuper du différend.
- Large champ d'actions à sa disposition : examen du contexte de la plainte, recherche d'informations, prise de contact avec le praticien, rappel des droits et des devoirs de chacun, faculté de proposer une solution à l'amiable, etc.

Il peut réorienter la personne vers un autre PS pour résoudre le problème d'accès aux soins.

Le directeur de la CPAM ou le pdt du Conseil de l'Ordre, saisi d'une plainte pour refus de soins, peut solliciter le médiateur afin d'aider la victime à bénéficier des soins, sans que cela n'ait pour effet d'éteindre l'action.

Brexit

Eléments d'informations disponibles à date, en attente des derniers arbitrages du comité de coordination des Etats signataires de l'accord de coopération du 24/12/2020.

- Les **ressortissants britanniques et les membres de leur famille qui viennent résider en France après le 1er janvier 2021** sont considérés comme des ressortissants d'Etat tiers et doivent justifier de la régularité de séjour en présentant un titre de séjour ou un document de circulation pour résider en France.
- Les **ressortissants britanniques qui résident régulièrement sur le territoire français avant le 1er janvier 2021 et continuent à y résider après le 1er janvier 2021**, et étaient majeurs à cette date, disposent d'un délai jusqu'au 1er juillet 2021 pour déposer une demande de titre de séjour. A titre transitoire, l'accusé de réception du dépôt de la demande en ligne, accompagné du passeport en cours de validité ou une carte nationale d'identité sera demandé pour présumer de la régularité du séjour en France jusqu'au 1er octobre 2021.
 - A compter du 1er octobre 2021, ils doivent être munis d'un passeport en cours de validité et le cas échéant d'un titre de séjour portant la mention accord de retrait ou d'un document de circulation pour entrer en France.
 - Pour les membres de la famille, ils doivent déposer leur demande de titre de séjour durant les trois mois suivant leur entrée en France, ou avant le 1er juillet 2021 s'ils sont majeurs à la date du 31 décembre 2020.

Vaccination

- Le **décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021** (JO du 09/01) prévoit l'application de dérogations relatives ;
 - au bénéfice des indemnités journalières et de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail
 - **et relatives aux conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19.**
- L'article 10 prévoit la prise en charge intégrale (sans avance de frais, ni participation forfaitaire, ni franchise) en **cas de vaccination collective** :
 - des frais pour la consultation pré-vaccinale et les consultations de vaccination contre le SARS-CoV-2,
 - pour les frais liés à l'injection du vaccin contre le SARS-CoV-2,
 - ainsi que pour les frais liés au renseignement des données dans le traitement automatisé de données à caractère personnel dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid-19, dénommé « Vaccin Covid ».
- **Cela concerne TOUS les assurés** y compris les personnes ne bénéficiant pas de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale de l'Etat.
- Les personnes bénéficient d'une **dispense d'avance de frais** et le tarif des prestations prévues aux alinéas précédents ne peut donner lieu à dépassement.

- **Il n'existe pas de critère de nationalité pour pouvoir être vacciné en France.**
- Seule la priorisation des personnes cibles de la campagne vaccinale continuera d'être la règle.
- La possibilité de se faire vacciner, ou non, pour un étranger, dépend de son inclusion, ou non, dans **les publics cibles**. Que cette personne ait des droits ou pas, un NIR ou pas.
- Site grand public :

<https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/COVID-19>

Ressortissants de l'UE résidant en France

Ils sont couverts par le droit commun en France avec un NIR.

Etrangers hors UE résidant en France

- Britanniques résidant en France : ils sont couverts par l'accord de retrait (Brexit) et disposent d'un NIR.
- Personnes résidant et travaillant en France : ils sont couverts par le droit commun en France avec un NIR.
- Personnes précaires au regard du séjour et/ou des droits : si elles entrent dans la priorisation des publics cibles, une personne étrangère en situation irrégulière, un demandeur d'asile, une personne arrivée sur le territoire récemment disposant d'un identifiant maladie de type numéro provisoire, peuvent se faire vacciner en centre de vaccination, et bénéficieront de la traçabilité (pour seconde injection notamment) à l'aide de leur numéro provisoire.

Etant donné qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique, les personnes non affiliées ainsi que les très précaires peuvent se faire vacciner gratuitement, quel que soit leur mode de prise en charge, AME ou non. Ils bénéficieront d'un identifiant d'urgence pour permettre la traçabilité de la vaccination.

Vaccination individuelle

- **En cas de vaccination individuelle (chez le médecin traitant par exemple),** quand les stocks le permettront, la prise en charge des patient se fera selon **le droit commun**.

Campements

- Dans les cas d'évacuation et de mise à l'abri, des campagnes de test sont réalisées, **elles pourraient être accompagnées de campagnes de vaccination,** quand les stocks le permettront.

Courriers et communication

Envoi de courriers postaux aux 75 ans et plus (avec comorbidité puis sans comorbidité) :

- 1 million d'envois déjà réalisés par l'Assurance maladie depuis le 22 janvier,
- Les envois se poursuivent jusqu'au 5 février => réception jusqu'au 10 février (au plus tard).

Mises à jour régulières sur site ameli :

- Évolutions à la marge de la liste de personnes très vulnérables éligibles,
- La vaccination en pratique (rdv, centres de santé...).

Elaboration en cours, par le Ministère des Solidarités et de la Santé, d'une communication grand public et professionnels de santé.

1^{er} confinement de 2020

Etude sur le renoncement aux soins

Renoncement aux soins durant la période de confinement

Etude réalisée en partenariat avec l'Odenore

Enquête en ligne, accessible publiquement => 4 236 questionnaires complets

Ouverte du 24 juillet au 23 septembre 2020



Objectif : Savoir si les personnes ont renoncé ou reporté un soin pendant le confinement, et si oui, d'en connaître les raisons et les conséquences éventuelles.

- Quels soins ?
- Renoncement ou report ?
- Profil des personnes ?
- Nouveau renoncement ou comportement déjà installé ?

Déploiement : Campagne Osmose auprès de 50 000 personnes tirées aléatoirement, communication sur les réseaux sociaux, information des partenaires associatifs de la Direction de l'Intervention Sociale et de l'Accès aux Soins de la Cnam, information sur le site internet de l'Odenore.

Redressement de l'échantillon selon l'âge, le sexe, le type d'emploi, la situation familiale, le diplôme et la taille de la ville de résidence.

Proportion de personnes ayant renoncé à adresser au moins une demande de soins

60% déclarent avoir reporté ou renoncé à au moins un soin malgré le besoin pendant le premier confinement (Nombre moyen de renoncement ou report : 2 par personnes)

Pourcentage de l'effectif ayant déclaré avoir renoncé à un soin ou à une consultation pendant le confinement

Au moins un soin	60 % [58 % ; 61 %]
Consultation de médecin généraliste	39 % [37 % ; 40 %]
Consultation de médecin spécialiste	25 % [23 % ; 26 %]
Consultation de dentiste	23 % [22 % ; 24 %]
Achat de médicaments	9 % [8 % ; 10 %]
Actes de biologie ou d'imagerie	15 % [14 % ; 16 %]
Actes de vaccination obligatoire	4 % [3 % ; 5 %]
Dépistage organisé	8 % [7 % ; 9%]

Les spécialistes auxquels les personnes ont le plus souvent renoncé sont :

- Gynécologues (18 %)
- Ophtalmologues (17%)
- Dermatologues (11 %)
- Cardiologues (11 %)
- Rhumatologues (10 %)
- Gastroentérologues (10 %)

Caractéristiques des personnes Concernées par la non demande de soins

Des différences selon les profils dans le renoncement à au moins un soin :

- 64% pour les **femmes** et 53% pour les **hommes**
- Les **plus de 70 ans** ont moins renoncé ou reporté (51%), à l'inverse des 50-59 ans (65 %)
- Les **inactifs** (hors retraites) ont plus renoncé que les actifs (Chômage 67%, au foyer : 72%, invalidité : 77%)
- 70% pour les **familles monoparentales**,
- 67 % des personnes qui déclarent une **maladie chronique**
- 66 % des personnes considérées comme **précaires** au sens du score Epices
- 81 % des personnes qui déclarent **renoncer régulièrement en temps normal**

Les personnes qui déclarent un renoncement pour elles-mêmes sont plus nombreuses à indiquer un renoncement pour une autre personne du foyer.

L'impact du confinement sur les conditions de travail, les revenus et les dépenses

- **Pendant le confinement :**

- 34 % de l'échantillon a bénéficié du télétravail,
- 30 % a poursuivi le travail sur site ou à l'extérieur,
- 41 % a arrêté de travailler (22 % chômage partiel, 10 % arrêt du travail sans chômage partiel, 9 % arrêt de travail délivré par l'Assurance Maladie),
- Un quart ont déclaré avoir subi une baisse de revenu pendant le confinement (26 %),
- Les dépenses ont été en hausse pour 25 % de l'échantillon.

- **Différence observée entre les catégories de population, par exemple :**

- 71 % des cadres ont bénéficié du télétravail, mais 25 % des employés,
- 37 % des ouvriers ont subi un chômage partiel, mais 14 % des cadres,
- Les personnes indépendantes au chômage ou en CDD sont plus nombreuses à déclarer une baisse des revenus,
- Hausse des dépenses plus fréquemment déclarée chez les personnes en invalidité, au foyer, les familles monoparentales, les personnes qui renoncent régulièrement aux soins, qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire ou qui sont considérées comme précaires.

Raisons du renoncement ou report de soins

Plusieurs raisons au renoncement ou au report :

- Stratégie de report (considérer le besoin comme non urgent ou ne pas vouloir surcharger le médecin : raisons les plus citées).
- Cabinets ou structures fermés (36 % des raisons citées pour les MG, 38 % pour les spécialistes, 59 % pour les dentistes).
- Peur de la contamination chez le PS ou dans la structure (40 % pour les actes de biologie, 34 % chez le MG).

A noter : pour les médicaments, 45 % des personnes citent le fait que l'ordonnance n'était plus valide.

Davantage de reports que de renoncements définitifs

- Davantage une stratégie de report que de renoncement :
 - Des soins majoritairement rattrapés ou en voie de l'être après le confinement,
 - Un renoncement « définitif » assez faible (entre **2 et 7 %** selon le type de besoin de soins).

Type de soin	% de réponse à la question : avez-vous consulté depuis la mise en œuvre du déconfinement ?		
	Oui	Non, et je n'ai plus l'intention	Non, mais j'ai toujours l'intention
Généraliste	68 % [66 % ; 70 %]	7 % [6 % ; 8 %]	21 % [19 % ; 23 %]
Spécialiste	55 % [52 % ; 58 %]	4 % [3 % ; 6 %]	37 % [34 % ; 40 %]
Dentiste	42 % [39 % ; 46 %]	5 % [4 % ; 7 %]	49 % [46 % ; 53 %]
Biologie/imagerie	59 % [55 % ; 63 %]	6 % [4 % ; 8 %]	34 % [30 % ; 38 %]
Vaccin	65 % [56 % ; 73 %]	2 % [0 % ; 7 %]	32 % [24 % ; 41 %]

Renoncement aux soins durant la période de confinement : premier bilan

- **Renoncement massif de soins « de tous les jours »**
- **Davantage une stratégie de report...**
- ...mais qui engendre **des inquiétudes** (45 % des personnes ayant renoncé à consulter un spécialiste pendant le confinement pensent que cela a aggravé leur problème, 48 % pour les soins dentaires, 51 % pour les médicaments, et 90 % pour les séances de chimiothérapies ou de dialyse).
- Résultats plus marqués pour les populations présentant des indices de **défavorisation sociale** sur la base du score Epices (sensiblement les mêmes profils que ceux concernés par le renoncement aux soins en temps normal).
- Conformes avec d'autres études qui montrent que la crise sanitaire a été plus violente pour les personnes pour lesquelles des fragilités préexistaient (infection, condition de travail, détresse psychologique, comportements à risque...).
- Ces résultats viennent compléter ceux ...
 - du dernier rapport « **Charges et Produits** » : recul des dépenses de soins de ville au cours du premier confinement : -80 à -90% pour les consultations ophtalmologiques et dentaires, -60% pour les spécialistes, -30% pour les généralistes.
 - du **3^{ème} rapport Epi-Phare** qui pointait une sous-consommation de l'usage des médicaments pour les pathologies chroniques au cours du premier confinement, ainsi qu'une baisse de 35 à 71% pour les vaccins.

Renoncement aux soins durant la période de confinement : et après ?

- Résultats locaux par région.
- Analyse plus fine des raisons des renoncements et des annulations.
- Approfondissement de la question des téléconsultations :
 - Les résultats montrent que 46 % des répondants avaient une ou plusieurs consultations prévues avec un spécialiste avant le confinement, et que sur ces 46 %, 13 % ont eu lieu par téléconsultation.
 - L'impossibilité de faire une téléconsultation est une raison citée dans 11 % des cas de renoncement chez les MG et les spécialistes, dans 5 % des cas pour les dentistes.

Merci de votre attention