

Congrès National des PASS – 16 & 17 Mars 2017

L'action PLANIR PASS (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures)

La PFIDASS (plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé)

Focus AME – Soins Urgents et Vitaux



- Le développement d'une démarche active pour favoriser l'accès aux droits et aux prestations de tous les assurés sociaux, notamment pour les assurés les plus fragiles, **constitue un engagement de l'Assurance Maladie**, inscrit dans sa Convention d'Objectifs et de Gestion pour 2014-2017.
- **Ainsi, pour répondre à cet objectif**, l'Assurance Maladie a fait le choix de déployer le **Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR)** ayant pour objectif d'agir le plus en amont possible pour **repérer les situations de vulnérabilité et de non droits**.
- Le PLANIR, déployé dans chaque organisme, a pour objectif , à partir d'un diagnostic local partagé, de repérer des situations à risque et d'élaborer un plan d'actions commun (services administratif, social et médical).
- Dans le cadre de cette démarche, la CNAMTS a lancé, début 2016, une expérimentation de la plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) au sein de 21 organismes consistant à valider un modèle de prise en charge des situations de renoncement aux soins en s'appuyant sur les enseignements du dispositif gardois.

L'action PLANIR à destination des PASS

CONTEXTE

- Pour les patients sans droits à jour ou en rupture de soins, notamment en situation d'urgence, l'hôpital public est un point d'entrée privilégié dans le système de soins.
- Près de 430 PASS organisent l'accès à toutes les consultations dispensées dans les établissements aux patients en situation de précarité. Elles sont invitées à « être un partenaire actif du réseau local de précarité », notamment avec les Caisses primaires.

ENJEUX

- Le premier enjeu est celui de l'accès réel et rapide aux droits et aux soins, pour des personnes pouvant être en difficulté administrative.
- La mise en place d'un partenariat entre l'Assurance Maladie et la PASS garantit un accompagnement jusqu'à l'entrée dans la PUMA, dans l'AME ou l'octroi de droits CMUC/ACS.
- Un accès rapide et direct à un interlocuteur unique de la CPAM
- Sur le plan de l'efficacité, cette action permet de limiter les allers et retours de dossiers incomplets entre la caisse et le demandeur.

RISQUES ASSOCIÉS

- Rupture, non recours

L'action PLANIR à destination des PASS

ACTIONS SOCLES

- Un circuit de traitement spécifique des dossiers urgents présentés par une PASS : une procédure basée sur des rendez-vous réguliers entre les représentants de la PASS et de la CPAM, une procédure d'échanges par mail et une procédure courrier.
- Afin de garantir le traitement prioritaire des dossiers issus des PASS, les organismes sont invités à organiser le circuit de traitement interne de ces demandes. Ce circuit fait intervenir le référent CPAM en relation avec les PASS et les services de back office.
- Dans le cadre de son programme national « sortie d'hospitalisation », le service social de l'Assurance Maladie propose une offre de service aux personnes pour lesquelles une hospitalisation est en cours ou a déjà eu lieu suite à un signalement par le service administratif de la CPAM.
- La convention CPAM-PASS prévoit que la CPAM forme et informe les travailleurs sociaux de la PASS sur les dispositifs d'accès aux droits et aux soins.

PALIERS COMPLÉMENTAIRES

- Etendre le partenariat avec les PASS aux bureaux des entrées pour la détection des patients sans organismes complémentaires et la promotion de l'ACS pour les personnes identifiées comme éligibles.

Permanences d'accès aux soins de santé: engagement du Service Social

Collaboration dans le cadre de l'offre de service « sortie d'hospitalisation »

- **Critères d'orientation vers le service social** : Information faite par la PASS à la CPAM des personnes en cours d'hospitalisation ou dont la sortie d'hospitalisation est récente
- **Offre de service**, écrite ou téléphonique, à la personne signalée (proposition d'un RDV)
- **Objectif de l'accompagnement social** :
 - ✓ sécuriser l'accès aux soins hors de l'hôpital (PASS) après ouverture des droits.
 - ✓ assurer la mise en place des aides possibles pour un retour ou maintien à domicile dans des conditions favorables
 - ✓ mettre en relation avec les associations spécialisées dans la prise en charge des publics bénéficiaires de l'AME

Les retours du réseau au 25/11/2016

Les CPAM ont été interrogées concernant le déploiement de l'action PLANIR à destination des PASS. Il s'agit de réponses déclaratives et indicatives, en date du 25 novembre 2016.



Nombre de bénéficiaire de l'offre	12 957
Combien de conventions de partenariat avez-vous signé ?	267
Nombre de personnes (PASS) formées par la CPAM	2 413
Volume de dossiers de demandes transmis par la PASS	18 739
Volume de dossiers retournés pour incomplétude	2 083
Délai total moyen entre la réception initiale du dossier complet et la date de fin de traitement par la CPAM (en jour)	3,79

Le dispositif de la PFIDASS

- Elle organise la détection des **situations de report / renoncement aux soins** en conformité avec ses missions de protection et de régulation.
- La PFIDASS prend appui sur les **compétences de l'Assurance Maladie et de ses partenaires** :
 - action sur les droits et les services
 - guidance administrative
 - coordination des aides financières
 - orientation dans le parcours de soins
- Elle enrichit le **cœur de métier de l'Assurance Maladie** auprès des assurés les plus vulnérables.
- En octobre 2016, les premiers résultats probants de l'évaluation de l'expérimentation par les chercheurs de l'ODENORE ont conduit la Direction de la CNAMTS à décider la **généralisation de la PFIDASS à l'ensemble du réseau des CPAM au cours des années 2017 et 2018** selon trois vagues d'environ 25 caisses, en avril 2017, octobre 2017 et avril 2018.

Les 3 phases clés de la PFIDASS

1) La réalisation d'un diagnostic local sur les difficultés d'accès aux soins :

- Mieux connaître l'ampleur et la gravité des difficultés d'accès aux soins,
- Appréhender les parcours de vie susceptibles de conduire au renoncement aux soins

2) La mise en œuvre d'une procédure de repérage des situations de difficulté d'accès aux soins :

- Détecter les assurés rencontrant des difficultés d'accès aux soins lors des contacts en front office et, le cas échéant, par les structures partenaires
- Signaler à la structure PFIDASS la situation de difficulté d'accès aux soins repérée
- Le repérage consiste en la passation d'un questionnaire et aboutit à la saisine de la PFIDASS en cas de détection de difficultés d'accès aux soins

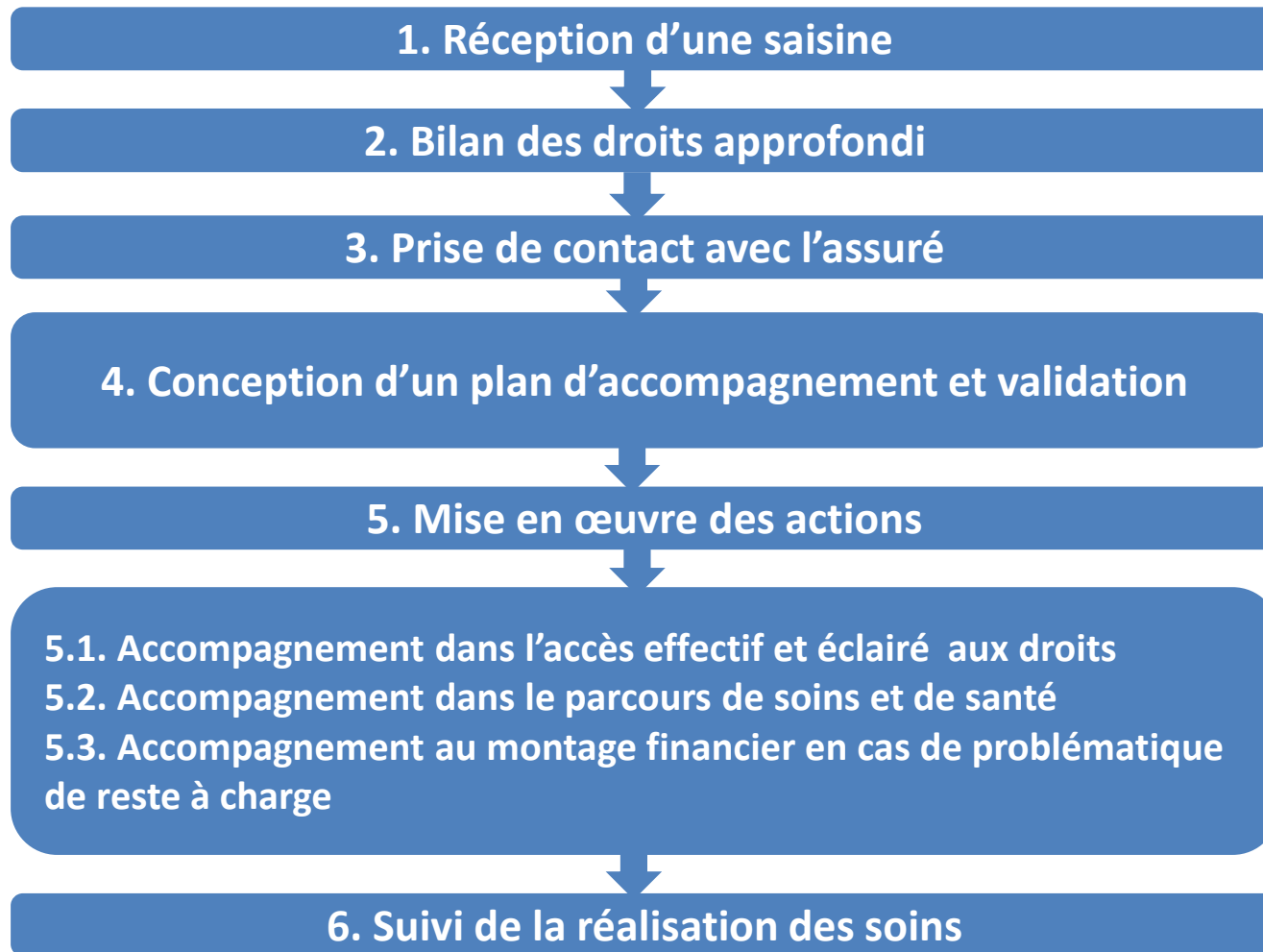
3) L'organisation de la prise en charge des situations repérées :

- Accompagner l'assuré jusqu'à la réalisation des soins auxquels il ne pouvait accéder : bilan des droits, montage financier en cas de reste à charge, guidance dans le parcours de soins et de santé

La nécessité d'un partenariat interne/externe

- La PFIDASS ne peut être déployée sans un **partenariat intra Assurance Maladie** associant les différents services de la CPAM dont le Centre d'Examen de Santé (CES), les services d'accueil, le service d'action sociale, des services de back office, mais aussi le service social de la CARSAT et l'échelon local du service médical.
- La PFIDASS doit se déployer progressivement autour d'un **partenariat externe** (CHU, CH, CCAS, CLIC, Mutualité Française, Conseil Départemental, CAF, UDAF, MLJ, PASS, MSP, professionnels de santé...)
- La plateforme offre aux partenaires un **service complémentaire à leurs propres interventions** et organise des retours systématiques de son action auprès des détecteurs.

La prise en charge des situations de renoncement



Les résultats de l'expérimentation à fin février (1/2)

Accompagnements ouverts	Accompagnements en cours	Accompagnements aboutis*	Accompagnements clôturés**
7 001	3 283	1 983	3 638

➤ Sur les 1 983 accompagnements aboutis :

- 29% des situations correspondaient à des actes de spécialistes;
- 30% des situations correspondaient à de soins dentaires;
- 14% des situations correspondaient à des recours à une consultation de généraliste;
- 27% des situations correspondaient à des soins d'autres natures (optique, auditif,...).

**Accompagnements aboutis : accompagnement jusqu'à la réalisation des soins*

***Accompagnements clôturés : accompagnements aboutis + accompagnements classés sans suite + accompagnements interrompus avant la réalisation des soins*

Les résultats de l'expérimentation à fin février (2/2)

- ❖ **Pour les accompagnements aboutis, l'assuré a en plus de la réalisation effective de soins, bénéficié d'autres apports:**
 - ✓ dans 82,6% des situations, il y a eu des apports concernant des actions relatives aux droits (essentiellement attribution CMUC/ACS)
 - ✓ 27 % des accompagnements ont permis une orientation dans le parcours de soins
 - ✓ 22,4% de situations ont eu un volet « accompagnement financier »

- ❖ **Sur les 1 655 accompagnements qui n'ont pu aboutir jusqu'aux soins (soit ≈45% des accompagnements clôturés) : 636 ont été classés sans suite (absence de réponse, refus d'accompagnement,...) et 1 019 ont été interrompus avant la réalisation des soins.**
 - ✓ Pour ≈ 64% des accompagnements non aboutis, il y a néanmoins eu un apport pour l'assuré (attribution CMUC/ACS, mise à jour des droits de base).

→ Ainsi, même lorsque l'accompagnement n'aboutit pas à la réalisation des soins, il peut néanmoins produire des apports pour l'assuré. Ceux-ci portent essentiellement sur la partie droits et permettent certainement de lever une partie des difficultés d'accès aux soins

- **L'AME**

- Accès aux personnes étrangères en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de 3 mois, ressources < plafond CMUC
- Prise en charge pour 12 mois, renouvelable chaque année selon les mêmes conditions
- 316 000 personnes au 30/06/16 - 8 départements = 62% des bénéficiaires
- Taux de refus : 8% - motif principal : condition de résidence non remplie
-
- Circuit d'arrivée des dossiers : courrier = 61%, accueil CPAM = 29%, CCAS et associations = 10%

- **Soins urgents**

- Soins dont l'absence met en jeu le pronostic vital ou conduit à une altération durable de l'état de santé, dispensés par les établissements de santé aux étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité et ne relevant pas de l'AME
 - Nécessité de s'assurer que le patient ne relève pas d'un autre dispositif de prise en charge avant de facturer les soins au titre des soins urgents
- 2017 : Mise en place d'une mission nationale de traitement des soins urgents assurée par la CPAM de Côte d'opale et la CPAM Paris (harmonisation des pratiques)