

RECOURS AUX SOINS

Faits marquants

- ▶ En comparaison à la France métropolitaine, le recours à l'hospitalisation est plus élevé en Ardèche et dans la Drôme, aussi bien chez les hommes que chez les femmes ;
- ▶ Le recours aux médecins généralistes et professionnels de santé libéraux des habitants de l'Ardèche et de la Drôme est globalement plus important qu'en Auvergne-Rhône-Alpes ;
- ▶ La durée moyenne de séjour en Ardèche est supérieure à celle de la région (6,5 jours) et celle de la France (6,6 jours). La durée moyenne de séjour de la Drôme est inférieure aux durées moyennes de la région et de la France.

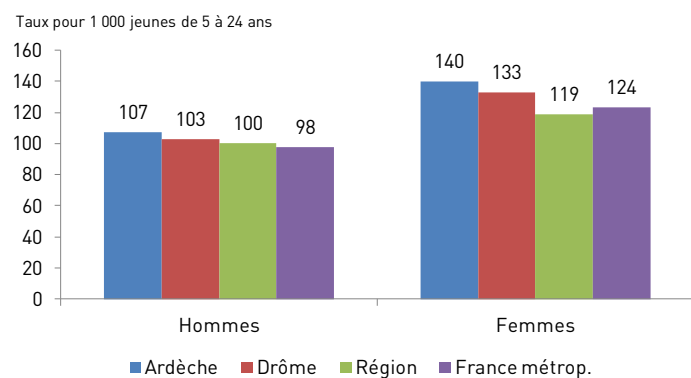
↳ Séjours hospitaliers

Entre 2015 et 2017, 8 155 séjours en Ardèche ont été comptabilisés chaque année pour les habitants âgés de 5 à 24 ans (dont 46 % des séjours pour des hommes), soit un taux de séjours hospitaliers de 107 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les hommes et 140 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les femmes.

Entre 2015 et 2017, 13 204 séjours dans la Drôme ont été comptabilisés chaque année pour les habitants âgés de 5 à 24 ans, soit un taux de séjours hospitaliers de 103 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les hommes et 133 pour 1 000 habitants de 5 à 24 ans chez les femmes.

En comparaison à la France métropolitaine, le recours à l'hospitalisation est plus élevé en Ardèche et dans la Drôme, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Taux standardisés annuels de séjours hospitaliers des 5-24 ans (toutes causes confondues) en 2015-2017



Sources : ATIH (PMSI), Insee
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

➔ Recours aux soins libéraux

Le recours aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé libéraux des habitants de l'Ardèche et de la Drôme est globalement plus important qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. On peut s'interroger sur ce recours important alors que la densité en médecins libéraux est plus faible dans ces deux départements. Il faut garder en tête que le recours aux soins de ville est largement conditionné à l'état de santé, à l'âge, mais aussi au sexe (les femmes consultant davantage que les hommes), aux comportements individuels (consultation plus ou moins précoce, défiance ou pas dans le corps médical...), ou encore à l'accessibilité des professionnels, tant en termes de distance à parcourir, qu'en termes de coût.

Parmi les assurés du régime général, 79 % des jeunes de 5-24 ans en Ardèche ont consulté (au moins une fois) un médecin généraliste, 76 % dans la Drôme contre 72 % en région. Le recours aux dentistes est aussi élevé dans ces départements : 41 % des assurés âgés de 5-24 ans en Ardèche ont eu recours à un dentiste en 2015, 42 % dans la Drôme contre 39 % en Auvergne-Rhône-Alpes. À l'inverse, les taux de recours aux pédiatres sont plus faibles que le taux régional.

Taux (%) de recours aux professionnels de santé libéraux au 1^{er} janvier 2018

	5-24 ans			5-14 ans			15-24 ans		
	Ardèche	Drôme	Région	Ardèche	Drôme	Région	Ardèche	Drôme	Région
Médecins généralistes	79,2 %	75,7 %	72,4 %	77,1 %	76,3 %	76,4 %	82,0 %	74,9 %	68,2 %
Participation à M ^T dents	9,4 %	8,7 %	8,3 %	12,0 %	11,5 %	11,7 %	6,0 %	5,3 %	4,7 %
Dentistes	41,1 %	42,1 %	39,2 %	44,2 %	46,2 %	46,1 %	37,2 %	37,0 %	31,9 %
Dermatologues	5,9 %	5,1 %	5,4 %	4,7 %	4,0 %	4,5 %	7,4 %	6,4 %	6,4 %
Infirmiers	9,8 %	8,5 %	9,4 %	5,1 %	4,5 %	5,2 %	15,8 %	13,3 %	13,8 %
Masseurs-kinésithérapeutes	7,0 %	6,5 %	7,0 %	4,2 %	4,0 %	4,7 %	10,5 %	9,5 %	9,3 %
Ophtalmologistes	21,4 %	20,4 %	20,9 %	23,3 %	23,3 %	25,0 %	18,9 %	16,8 %	16,6 %
Dentistes	13,3 %	13,1 %	12,5 %	15,5 %	16,1 %	15,7 %	10,4 %	9,4 %	9,1 %
Orthophonistes	7,6 %	8,2 %	7,5 %	12,0 %	13,2 %	13,2 %	1,9 %	2,1 %	1,7 %
Pédiatres	5,0 %	4,8 %	6,2 %	8,4 %	8,1 %	11,4 %	0,7 %	0,6 %	0,8 %
Psychiatrie totale	0,4 %	1,1 %	1,1 %	0,3 %	1,2 %	1,0 %	0,5 %	1,0 %	1,2 %

Sources : RPPS, Insee. Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes.

La façon dont les parents ont eux-mêmes investi la santé et le recours aux soins

influence les jeunes dans leurs recours aux soins : « On n'y allait que quand on ne pouvait plus supporter ou qu'on ne pouvait plus faire grand chose » (parole d'un usager ayant eu un recours très tardif aux soins).

➔ Une durée moyenne de séjour supérieure en Ardèche et inférieure dans la Drôme

Au 31 décembre 2017, l'hospitalisation de court séjour (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique) compte 42 250 séjours en Ardèche et 76 506 séjours dans la Drôme. La durée moyenne de séjour en hospitalisation de court séjour est de 7,8 jours en Ardèche et de 6,3 jours dans la Drôme. La durée moyenne de séjour en Ardèche est supérieure à celle de la région (6,5 jours) et celle de la France (6,6 jours). Celle de la Drôme est inférieure à celles de la région et de la France.

Durée moyenne des séjours au 31 décembre 2017

Ardèche	Nombre de séjours			DMS*		
	Public	Privé	Total	Ardèche	Région	France
Médecine	23 121	1 573	24 694	8,0	6,7	6,7
Chirurgie	5 317	8 651	13 968	7,7	6,5	6,8
Gynéco-Obstétrique	2 428	1 160	3 588	7,2	5,7	5,5
Court séjour	30 866	11 384	42 250	7,8	6,5	6,6
SSR**			7 165	26,6	29,9	31,6

Drôme	Nombre de séjours			DMS*		
	Public	Privé	Total	Drôme	Région	France
Médecine	42 523	4 183	46 706	6,8	6,7	6,7
Chirurgie	14 613	7 336	21 949	5,5	6,5	6,8
Gynéco-Obstétrique	7 851	0	7 851	5,4	5,7	5,5
Court séjour	64 987	11 519	76 506	6,3	6,5	6,6
SSR**			7 978	23,9	29,9	31,6

Sources : SAE, Insee

Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

*Durée moyenne de séjour

** Soins de suite et de réadaptation

La durée moyenne de séjour en soins de suite de réadaptation (SSR) est de 27 jours en Ardèche et de 24 jours dans la Drôme, durées inférieures à celles de la région (30 jours) et de la France (32 jours).



Source : Assurance maladie

M'T dents

Des rendez-vous gratuits jusqu'à 24 ans et pour les femmes enceintes

Avec le programme M'T dents, l'Assurance maladie permet à tous les enfants et adolescents de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans de bénéficier d'un rendez-vous gratuit chez le chirurgien-dentiste et de soins, si nécessaire. Ce dispositif a été étendu aux femmes enceintes.

M'T dents : un rendez-vous de prévention tous les 3 ans de l'enfance à l'entrée dans l'âge adulte

C'est dès le plus jeune âge et pour toute la vie que se construit la santé bucco-dentaire. Les bonnes habitudes d'hygiène dentaire et la détection d'éventuelles caries permettent de garder des dents saines longtemps. Cela évite également de nombreux problèmes dentaires, parfois longs et coûteux, à l'âge adulte.

Tous les enfants sont invités, dès l'âge de 3 ans, puis tous les trois ans jusqu'à 24 ans, à se rendre chez leur chirurgien-dentiste pour un rendez-vous de prévention. Cet examen ainsi que les soins qui en découlent sont gratuits.

M'T dents : un dispositif également pour les femmes enceintes

Depuis 2014, l'Assurance maladie propose aux femmes enceintes de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire au cours de leur grossesse pour vérifier la santé de leurs dents et de leurs gencives et apporter des conseils.

Concrètement :

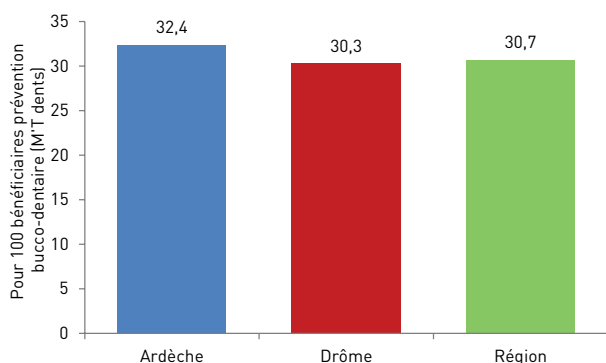
- Dès réception de la déclaration de grossesse, la caisse d'Assurance maladie envoie un courrier d'invitation accompagné de l'imprimé de prise en charge de l'examen bucco-dentaire ;
- À compter du 4^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, un rendez-vous est à prendre avec le chirurgien-dentiste conventionné au choix de la femme enceinte. Lors de ce rendez-vous, la femme enceinte doit être munie de son imprimé de prise en charge et de sa carte Vitale mise à jour ;
- Au cours de cet examen, le chirurgien-dentiste fait un bilan de la santé de leurs dents et de leurs gencives, et apporte des conseils bucco-dentaires pour la femme enceinte ainsi que pour le futur enfant.

Cet examen est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et sans avoir à faire l'avance des frais.

Une participation au programme M'T dents plus importante en Ardèche et équivalente dans la Drôme à celle de la région

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes, l'Assurance maladie propose un examen bucco-dentaire gratuit (programme « M'T dents ») à tous les enfants et adolescents âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18 et 24 ans.

Taux de participation des jeunes au programme M'T dents en 2017



Source : Assurance Maladie
Exploitation : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2017, 5 408 enfants et adolescents du département de l'Ardèche ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire gratuit dans le cadre du programme M'T dents, soit un taux de participation de 32,4 %. Ce taux est supérieur au taux de participation enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes (30,7 %).

Dans la Drôme, 8 843 enfants et adolescents du département ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire gratuit dans le cadre du programme M'T dents, soit un taux de participation de 30,3 %. Le taux est équivalent à celui enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes.

Non-recours à la santé et aux soins

D'une façon générale, le suivi médical des jeunes est difficile pour différentes raisons et notamment parce qu'ils ressentent peu le besoin de consulter et ne perçoivent pas l'intérêt d'un suivi médical régulier à leur âge. L'absence d'assurance complémentaire santé les expose fortement au renoncement aux soins.

Selon le baromètre du renoncement aux soins, coproduit par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et réalisé en 2016, 1 jeune âgé de 18 à 24 ans sur 5 ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire santé et 1 sur 4 déclare avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois. Parmi ceux qui déclarent avoir renoncé à un ou plusieurs soins, 1 sur 3 ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire santé.

Les soins les plus concernés par le renoncement chez les 18-24 ans sont les soins dentaires conservateurs (42 %), les soins dentaires prothétiques (23 %), les consultations chez un généraliste (21 %), les consultations chez un gynécologue (19 %), les consultations en ophtalmologie (18 %).

Les raisons principales du renoncement aux soins sont financières : 1 jeune sur 2 mentionne le reste à charge, 1 sur 3 parle de l'avance des frais, 1 sur 10 évoque l'incertitude par rapport au montant à payer.

La moindre couverture complémentaire des jeunes se double d'un recours plus faible aux dispositifs publics d'accès à une complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Selon l'enquête nationale Conditions de vie des étudiants de 2016 de l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE), 9 % des étudiants déclarent ne pas bénéficier d'une couverture santé complémentaire et 10 % ne savent pas s'ils en ont une. L'absence de complémentaire santé touche davantage les étudiants étrangers (29 %) et les étudiants plus âgés.

↳ L'accompagnement Pfidass auprès des 0-24 ans en quelques chiffres

Dans l'Ardèche

L'offre de service Pfidass est proposée depuis janvier 2018. Deux conseillers en accès aux soins accompagnent aujourd'hui les assurés ardéchois. Ainsi, 492 accompagnements ont été réalisés depuis son lancement dont 39 pour des bénéficiaires âgées de 0 à 24 ans (dont 27 pour des moins de 18 ans).

Profil des bénéficiaires : 22 femmes, 17 hommes ; 8 sans complémentaire santé, 12 CMU-c

Nature des soins concernés par le renoncement (Un même bénéficiaire peut renoncer à plusieurs soins) : 24 soins dentaires ou orthodontiques (conservateurs, prothétiques et orthodontie), 6 consultations (généralistes, ophtalmologistes, autres spécialistes), 8 optiques, 2 actes chirurgicaux, 3 autres.

Sur ces 39 accompagnements :

- 7 sont aujourd'hui finalisés et les soins sont réalisés ;
- 13 ont été abandonnés (absence ou fin du renoncement aux soins, absence de réponse ou refus de l'assuré en cours d'accompagnement, déménagement...);
- 19 sont en cours d'accompagnement.

Par ailleurs, les **actions** suivantes ont été mises en place :

- 2 accès aux droits de base et mise à jour du dossier assuré ;
- 13 accès aux droits CMU-c ou ACS et acquisition d'une mutuelle (et 6 changements pour une couverture plus adaptée) ;
- 27 orientations dans le système de soins ;
- 3 devis moins onéreux obtenus ;
- 9 aides Cnam sur son budget d'action sanitaire et sociale ou aides d'autres partenaires ;
- 9 orientations vers des actions de prévention ;
- 2 orientations vers un autre partenaire.

Dans la Drôme

L'offre de service Pfidass est proposée depuis avril 2016. Après un démarrage à titre expérimental avec un conseiller d'accès aux soins dédié à un secteur géographique, elle s'est élargie progressivement. Au 1^{er} janvier 2019, ce sont trois conseillers accès aux soins qui accompagnent les bénéficiaires drômois. Au total, 1 444 accompagnements ont été réalisés depuis son lancement dont 103 pour des bénéficiaires âgées de 0 à 24 ans (dont 47 pour des moins de 18 ans).

Profil des bénéficiaires : 61 femmes, 42 hommes, 50 sans complémentaire santé, 15 CMU-c

Nature des soins concernés par le renoncement (un même bénéficiaire peut renoncer à plusieurs soins) : 60 soins dentaires ou orthodontiques, 44 consultations, 24 optiques, 7 actes chirurgicaux, 12 achats de médicaments, 3 autres.

Sur ces 103 accompagnements :

- 42 sont aujourd'hui finalisés et les soins sont réalisés ;
- 24 ont été abandonnés (absence ou fin du renoncement aux soins, absence de réponse ou refus de l'assuré en cours d'accompagnement, déménagement...);
- 27 sont en cours d'accompagnement ;

Par ailleurs, les **actions** suivantes ont été mises en place :

- 18 accès aux droits de base et mise à jour du dossier assuré ;
- 19 accès aux droits CMU-c ou ACS et 27 acquisitions d'une mutuelle (et 5 changements pour une couverture plus adaptée) ;
- 7 devis moins onéreux obtenus ;
- 14 aides Cnam sur son budget d'action sanitaire et sociale ou aides d'autres partenaires.

De nouveaux examens médicaux obligatoires pour l'enfant Loi de financement de la Sécurité sociale 2019 (LFSS 2019)

En 2019 a été décidé un **redéploiement des examens médicaux obligatoires**.

Chaque enfant bénéficie de mesures de **prévention sanitaire et sociale comprenant**, notamment, **20 examens médicaux obligatoires** prévus dans le code de la santé publique. Ces examens ont pour objet la **surveillance de la croissance staturo-pondérale** et du **développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant**, ainsi que le **dépistage précoce des anomalies ou déficiences**, et la pratique des **vaccinations**. Jusqu'à présent ces examens étaient tous réalisés avant l'âge de 6 ans. À partir du 1^{er} mars 2019, le calendrier des examens de santé évolue et les examens de l'enfant s'échelonnent désormais jusqu'à 16 ans selon la répartition suivante :

- dans les huit jours qui suivent la naissance ; au cours de la deuxième semaine ;
- 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois ;
- 9 mois, 12 mois, 13 mois ;
- Entre 16 et 18 mois ; entre 24 et 25 mois ;
- 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans.

Depuis le 1^{er} mars 2019, ces examens sont également proposés :

- Entre 8 et 9 ans ;
- Entre 11 et 13 ans ;
- Entre 15 et 16 ans ;

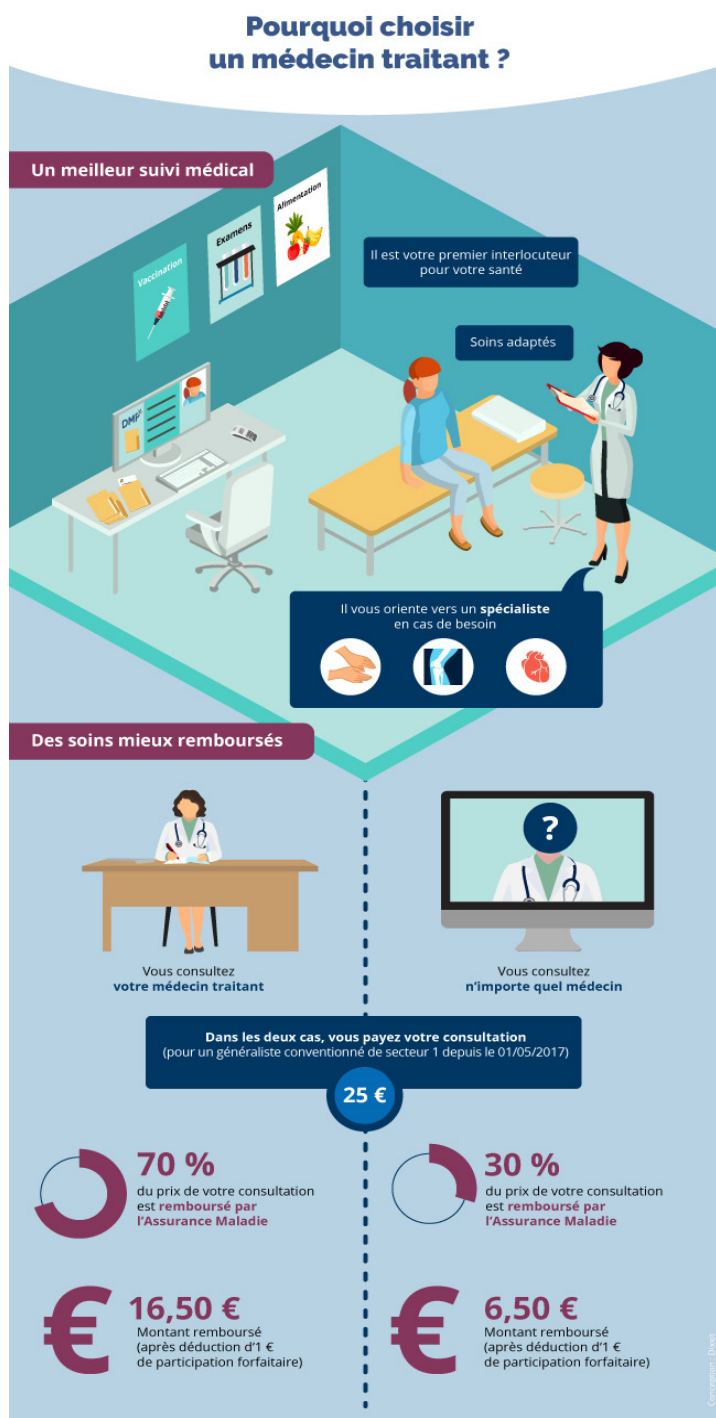
Tous ces examens sont pris en charge intégralement sans avance de frais par l'Assurance Maladie. Ils peuvent être réalisés par un médecin, généraliste ou pédiatre, dans le cadre de l'activité libérale, en centre de santé, dans le cadre de l'activité externe des établissements de santé ou bien, jusqu'à 6 ans, en consultation de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Cette évolution fait suite au constat d'une surveillance médicale moins régulière au-delà de 6 ans alors que de nouveaux enjeux pour la santé apparaissent. En favorisant les contacts entre les jeunes et leur médecin, ces nouveaux rendez-vous médicaux sont l'occasion d'aborder tous les aspects de la santé des enfants et des adolescents et de les inciter à prendre soin de leur santé. C'est aussi une opportunité d'orienter les jeunes et/ou leur famille vers des structures adaptées quand cela est nécessaire.

➔ Médecin traitant et parcours de soins coordonnés

Comment choisir et déclarer votre médecin traitant ? Quel est son rôle ? Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés et comment le respecter ? Dans quels cas êtes-vous hors parcours de soins et donc moins bien remboursé ? Comment faire si vous ne trouvez pas de médecin traitant ?

Pourquoi choisir un médecin traitant ?



Votre médecin traitant est celui qui :

- Vous soigne régulièrement. C'est lui que vous consultez en premier pour un avis sur votre santé, qui s'assure que votre suivi médical est optimal ;
- Vous oriente dans le parcours de soins coordonnés. Il est votre interlocuteur privilégié, il vous informe et vous met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé ;
- Connaît et gère votre dossier médical. Il centralise toutes les informations concernant vos soins et votre état de santé. Il tient à jour votre dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements...). Si vous avez ouvert votre Dossier Médical Partagé (DMP), il peut accéder à l'ensemble des données intégrées par les professionnels de santé ;
- Assure une prévention personnalisée : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés, aide à l'arrêt du tabac, conseils santé en fonction de votre style de vie, de votre âge ou de vos antécédents familiaux ;
- Établit le protocole de soins que vous suivrez si vous êtes atteint d'une affection de longue durée (ALD). Il le construit en concertation avec les autres médecins qui suivent votre maladie afin que vous soyez bien informé sur les actes et les prestations qui vous sont nécessaires. Ceux-ci seront pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie ;

- Vous êtes mieux soigné, grâce à un suivi adapté à votre état de santé par un médecin qui vous connaît bien ;
- Vous êtes mieux remboursé si vous le consultez en priorité avant de vous adresser à un autre professionnel de santé.

↳ Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Quelques éléments de définition

Les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** regroupent plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Elles sont constituées d'au moins deux médecins généralistes et d'un paramédical.

La loi les définit comme des « lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales ».

Ces cadres d'exercice poursuivent, des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, d'amélioration de l'attractivité des zones sous-denses et de maintien des services publics de santé de proximité.

Localisation des MSP dans l'Ardèche et dans la Drôme

Un cadre juridique

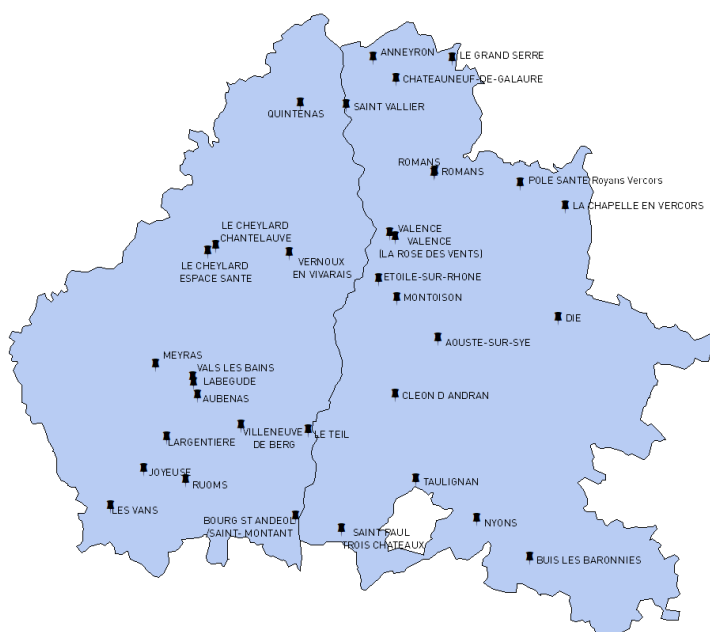
L'exercice coordonné est devenu indispensable du fait des polyopathologies. Ce temps de travail n'était pas rémunéré, il a donc fallu créer un outil permettant de percevoir des rémunérations : la SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires).

La SISA permet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité de chaque associé. Elle permet également, aux associés, d'exercer en commun des activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. C'est une structure juridique conçue principalement pour les Pôles et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. Son rôle est de :

- percevoir les subventions pour le compte des professionnels et les dons s'ils sont conformes à l'objet de la société (CNAM – Assurance maladie, État, collectivités territoriales). En effet, la SISA permet de percevoir les fonds du Règlement arbitral (RA, anciennement Nouveaux modes de rémunération – NMR) ;
- distribuer ces rémunérations complémentaires entre les professionnels. Elle permet le partage de nouvelles rémunérations entre les associés dont les statuts prévoient un exercice en commun.

Toute personne, même extérieure à la SISA, peut prétendre percevoir des financements sous la forme d'un salaire, d'une indemnité, d'honoraires...

Le Règlement Arbitral (RA), publié au Journal officiel le 27 février 2015, est applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité : les Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) constitués en SISA et les Centres de santé.



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Il généralise le principe des rémunérations versées à des structures pluriprofessionnelles qui avaient été testées dans le cadre des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR).

De nouvelles incitations

Le plan « Maisons de santé » lancé en juin 2013 par le ministère du Logement, de l'Égalité des Territoires et de la Ruralité devait permettre le développement des projets grâce à l'attribution de fonds devant favoriser le lancement au niveau national de 50 nouveaux projets. Le Pacte Territoire Santé crée une rémunération forfaitaire d'équipe pour encourager l'organisation des soins en équipe professionnelle et autorise le partage d'information au sein des équipes. Le pacte Territoire Santé 2 ambitionnait d'amplifier ces actions et d'atteindre au niveau national 1 000 MSP en fonctionnement en 2017.

En janvier 2018, 15 maisons de santé en fonctionnement en Ardèche et 20 dans la Drôme étaient recensées.