

# L'accès aux soins et l'action sociale des CPAM

**Par Léa DIVAY-FEILLET, Géraldine BRUN, Morgane JAVELLE, Antoine PASTOR et Stéphanie WILLOT,**

Anciens élèves de la 52<sup>e</sup> promotion de l'EN3S

**Et sous la supervision de Gisèle SANTA CRUZ,**

Sous-Directrice de la CPAM du Rhône

Cet article synthétise une étude, réalisée par un groupe d'élèves de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) sous la supervision de Mme SANTA CRUZ, sous directrice à la CPAM du Rhône. Le périmètre de cette recherche action est centré sur les aides financières individuelles, les prestations supplémentaires, et les subventions d'équilibre en faveur des œuvres en gestion directe (principalement centres de santé).

Le code de la Sécurité sociale précise que les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) exercent une Action Sanitaire et Sociale (ASS) destinée en priorité aux populations exposées au risque de précarité.

Mise en œuvre dans le cadre de l'arrêté ministériel programme d'octobre 1970, cette action se décline aujourd'hui dans le contexte des Contrats Pluri-annuels de Gestion (CPG) des caisses.

Elle est, par ailleurs, composante de la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) 2010-2013 qui positionne en axe primordial de la gestion des risques, le souci de garantir l'accès aux soins des assurés, réduire les inégalités de santé et limiter la fragilisation sociale. L'ASS contribue notamment à accroître la possibilité, pour tous et sur tout le territoire, de recourir à des soins de qualité.

Cependant, malgré l'ambition partagée par les CPAM de favoriser l'accès aux soins, les mécanismes au fondement de l'ASS sont porteurs d'une hétérogénéité générant un traitement différencié des assurés puisque, d'une CPAM à l'autre, les assurés ne bénéficient pas toujours des mêmes aides, ni des mêmes montants.

Se pose la question de savoir comment l'action sanitaire et sociale des CPAM peut contribuer à améliorer l'accès aux soins, entre marges de manœuvres locales et convergence des politiques locales ?

Dans cet article, nous apportons quelques éclairages issus de divers rapports, commissions, etc. Nous avons, en outre, réalisé une enquête basée sur une série d'entretiens, effectués auprès d'un échantillon de onze organismes, choisis en fonction des disparités qu'ils présentent en matière de politique d'ASS, et de divers interlocuteurs notamment de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS).

Nous proposons dans cet article quelques préconisations que nous avons formulées dans notre rapport afin de conforter l'impact des politiques d'ASS.

## I- Les mécanismes au fondement de l'ASS sont porteurs d'hétérogénéité

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie a positionné la politique d'ASS des CPAM comme l'une des prérogatives majeures des conseillers. Ces marges de manœuvre permettent donc de voir



émerger des initiatives originales et d'être au plus près des besoins des publics précaires. Cela engendre cependant, une inégalité de traitement des assurés sur le territoire en matière d'accès aux soins, puisque, d'une CPAM à une autre, les assurés ne bénéficient pas systématiquement des mêmes aides, ni des mêmes montants.

Dans un rapport de 2006<sup>1</sup> sur l'ASS des CPAM, la Cour des comptes a souligné le manque de lien entre la santé, l'accès aux soins et les politiques d'ASS menées par certaines CPAM. Elle a par ailleurs pointé des lacunes dans le ciblage des bénéficiaires d'ASS résultant d'un manque d'harmonisation nationale.

En réponse à ce rapport des orientations nouvelles ont été définies pour la COG maladie 2010-2013. L'action sanitaire et sociale est ainsi mobilisée en priorité sur l'accès aux soins des publics fragilisés.

Pour autant, des divergences de politiques d'ASS demeurent, au niveau des critères d'attribution ou de refus des aides, de la nature des ressources prises en compte, des modalités de gestion des prestations extra-légales d'ASS (passage en commission d'action sociale ou délégation directeur, délais d'instruction des demandes d'aides...), et de la nature, du nombre et du but même des aides allouées (prise en charge ou non des dépassements d'honoraires des professionnels de santé etc.). De plus, le taux d'exécution de la dotation paramétrique varie très fortement d'une CPAM à une autre, ce qui reflète les différences d'ampleur entre les politiques d'ASS menées<sup>2</sup>.

En octobre 2012 la CNAMTS a émis un référentiel réglementaire d'action sanitaire et sociale, socle commun à toutes les CPAM de règles en matière d'ASS. Elle préconise un mode de calcul unique du quotient familial dans les critères d'octroi des aides ainsi qu'un délai de traitement commun des dossiers.

Cependant, l'harmonisation se fait lentement et d'abord dans les faits avec un rapprochement des pratiques via un recentrage de l'ASS sur l'aide à la mutualisation.

## II. Les politiques d'ASS : vers une convergence ?

### II.1- Le point de convergence : une ASS tournée vers l'ACS extra-légale

L'aide à la complémentaire santé s'est vue complétée par la création, au sein des CPAM, de deux types d'aides

- Les aides complémentaires à l'ACS légale
- Les aides destinées aux personnes dont les ressources dépassent légèrement le plafond ACS, appelées aides « effet de seuil ACS ».

L'aide à la mutualisation mobilise actuellement la majorité des fonds d'ASS, alors qu'antérieurement c'est l'aide sociale qui était privilégiée. En 2012, les aides à l'accès à une complémentaire santé représentaient 39 % de la dotation paramétrique consommée des CPAM (contre 23 % en 2010). La plus forte progression a concerné les aides complémentaires à l'ACS (augmentation de 73 % des bénéficiaires).

---

1 Rapport sur la Sécurité sociale 2006.

2 CORPASS 25/09/2013 BILAN 2012 de la mise en œuvre de la dotation paramétrique.

## II.1.1- Accès à la complémentaire individuelle

En la matière, deux constats nous interpellent :

- Les bénéficiaires de l'ACS n'ont actuellement pas l'obligation de choisir leur mutuelle parmi un nombre restreint d'organismes « validés ».
- La mutualité française est en cours de réflexion par exemple sur la création de mutuelles à faible coût et à géométrie variable pour les assurés qui ont l'ACS (choix de se couvrir pour la lunetterie ou les soins dentaires par exemple). D'ailleurs, dans certains départements, des mutuelles proposent déjà des garanties santé adaptées aux bénéficiaires de l'ACS.

### **Préconisation : Labelliser les contrats ACS**

La labellisation permettrait de lister les opérateurs offrant des services adaptés à la situation et aux ressources des bénéficiaires d'ACS. Elle apporte une certaine fiabilité aux contrats qui bénéficient d'une aide financière qu'elle soit légale ou extra-légale.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) examine, par ailleurs, l'hypothèse de mise en œuvre « à l'initiative de la puissance publique, des contrats spécifiques, réservés aux seuls bénéficiaires de l'ACS ». De plus, le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014 prévoit une mise en concurrence des contrats souscrits dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé.

### **Préconisation : Réorganiser la distribution des fonds de la dotation paramétrique.**

En cas de labellisation, le bénéfice de contrats moins chers et de meilleure qualité dégagerait des économies. En effet, certains bénéficiaires de l'ACS (légale et/ou extralégale) sont amenés à solliciter une aide financière individuelle auprès des CPAM afin de financer des soins peu ou faiblement remboursés par leur complémentaire santé. Les économies générées pourraient être réorientées sur d'autres types d'aides ou attribuées à d'autres bénéficiaires dans le cadre de la mutualisation. Il convient néanmoins de s'interroger sur cette dernière assertion : faut-il élargir le champ des bénéficiaires d'aides extra-légales, au risque de tomber dans le « saupoudrage » ? Ou attribuer des sommes plus importantes à des publics cibles spécifiques (seniors, familles mono parentales, chômeurs en maladie, invalides...) afin de compléter les droits légaux et éviter ainsi des restes à charge importants entraînant un renoncement aux soins ?

## II.1.2- Généralisation de la complémentaire santé

Dans ce contexte, s'inscrit la loi sur la sécurisation de l'emploi qui prévoit notamment, la généralisation de la complémentaire santé en entreprise d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2016 : il s'agit de permettre aux salariés sans complémentaire santé collective obligatoire d'accéder à cette protection<sup>3</sup> via un accès à des garanties mieux négociées avec les assureurs.

Actuellement les chèques ACS ne peuvent pas être utilisés pour le bénéfice de cette couverture collective. Cela engendre des non-recours à l'aide légale et impacte l'ASS qui ne peut pas être sollicitée sur son volet d'aide à la mutualisation.

### **Préconisation : Permettre l'utilisation de l'ACS pour le paiement des cotisations des complémentaires collectives.**

Sous réserve d'expertise, il s'agit de réduire les restes à charge (RAC) grâce à l'ACS légale et éventuellement à un complément extra-légal. Une telle évolution serait de nature à limiter les renoncements aux soins. Cette préconisation figure dans l'avis du HCAAM<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Cette généralisation par la voie professionnelle (qui n'inclut pas les fonctionnaires) devrait concerner 4,4 millions de salariés supplémentaires.

<sup>4</sup> Cet avis accompagne le rapport du 18/07/2013.



### III. Il est aujourd'hui difficile de mesurer l'efficacité globale des politiques d'ASS compte tenu de la diversité des actions et des modalités d'attribution des aides

Nos différents entretiens et lectures nous confirment qu'il est difficile de mesurer l'efficacité globale des politiques d'ASS. Nous avons ainsi formalisé plusieurs constats qui visent à favoriser cette évaluation.

#### III.1- La mise à jour des prestations supplémentaires

La liste des treize prestations supplémentaires n'a pas évolué depuis 1995 et on peut s'interroger sur leur pertinence et leur caractère prioritaire.

**Préconisation : Actualiser les prestations supplémentaires** en tenant compte des évolutions législatives et sociétales afin de permettre une meilleure lisibilité des orientations du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), et surtout de libérer des crédits potentiels.

#### III.2- L'usage des fonds de l'ASS.

Près de 15 % de la dotation paramétrique n'est pas consommée<sup>5</sup> au niveau national (taux d'exécution de 81,5 % en 2011 et de 86 % en 2012). Cette consommation progresse cependant depuis que les dispositifs d'aide à la mutualisation sont devenus un axe prioritaire des CPAM au titre de leur ASS.

Les aides individuelles d'accès aux soins (hors aide à la mutualisation) ne représentent que 15 % du total des aides ASS. Elles sont composées notamment à 12,3 % par l'optique, à 16,3 % par l'hospitalisation et à 29 % par le dentaire hors orthodontie.

**Préconisation : Recentrer des aides individuelles, hors mutualisation, sur l'accès aux soins** et particulièrement le dentaire et l'optique (restes à charge les plus importants et fort taux de renoncement ou de report/retard des soins). Il s'agit de soins essentiels dont les conséquences peuvent être graves sur l'état de santé général, d'autant plus que 14 % des français renonceraient aux soins pour des raisons financières<sup>6</sup>.

#### III.3- Les commissions des aides

Selon les caisses, les demandes d'aides extra-légales sont traitées soit exclusivement lors d'une Commission d'Action Sanitaire et Sociale (CASS), soit par délégation donnée par les conseillers au directeur. La mise en place d'une CASS n'est pas une obligation pour les CPAM. Néanmoins elle est quasi systématiquement installée.

**Préconisation : Systématiser le dispositif de délégation aux services administratifs** afin d'alléger les modalités de traitement et de raccourcir les délais.

#### III.4- Le système d'information pourrait être un outil au service de l'efficacité de l'ASS

L'outil PEL (Prestation Extra-Légale), développé par la CPAM de la Sarthe, est un outil de saisie des demandes et des traitements d'aides financières au titre de prestations extra-légales<sup>7</sup>.

---

5 Exécution budgétaire 2012 et budget 2013- CORPASS 04-04-2013

6 Enquête IRDES de 2008

7 Il a été créé en 2009 par la CPAM de la Sarthe en collaboration avec la CPAM du Maine-et-Loire

Il permet de : générer des gains en ETP, éviter les risques d'erreurs, permettre le suivi du budget et des statistiques en temps réel (tableau de bord) et s'adapter aux spécificités de chaque organisme puisqu'il est complètement paramétrable.

De nombreuses caisses l'utilisent, cependant sans labellisation formelle de la CNAMTS, le développement de cet outil est freiné.

**Préconisation : Labelliser le produit au niveau de la caisse nationale** afin d'apporter des garanties aux utilisateurs en termes de sécurité, de suivi et de support technique.

Le requêtage est également une démarche à renforcer. Le rapport ARCHIMBAUD<sup>8</sup> comporte de nombreuses propositions dont la généralisation de l'automatisation de la détection des situations de non-recours. L'idée maîtresse est « d'automatiser la détection des situations de non-recours et l'envoi de courriers d'information ».

Dans cette optique, la mission réseau spécifique CNG<sup>9</sup> « Assurance maladie et vulnérabilités » conduit à la construction d'une démarche pro active et transversale : le PLANIR<sup>10</sup>. Porté notamment par les CPAM du Gard et du Hainaut, il permet tout à la fois de rechercher des bénéficiaires potentiels, d'accompagner le demandeur dans l'accomplissement des démarches puis de suivre le renouvellement de l'aide octroyée.

**Préconisation : Mettre en place des croisements automatiques de fichiers avec d'autres organismes** (CAF) et institutions (les impôts pour connaître les ressources) permettrait une meilleure détection des bénéficiaires potentiels. Néanmoins cette préconisation s'inscrit dans un contexte budgétaire ASS contraint et cette détection améliorée ne peut avoir comme conséquence l'extension non maîtrisée de l'offre et notamment l'augmentation trop grande du nombre de bénéficiaires.

## IV- Une politique d'action sanitaire et sociale efficiente repose sur la complémentarité, notamment avec les partenariats

### IV.1- Les partenariats externes

Les services administratifs d'ASS des CPAM s'inscrivent dans un paysage institutionnel dense au sein duquel ils nouent des partenariats notamment avec les services sociaux des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les associations, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) et, dans une moindre mesure, les missions locales d'insertion, les conseils généraux, les mutuelles et Pôle emploi.

Les partenariats évoqués par les CPAM lors des entretiens peuvent revêtir plusieurs formes :

- l'information et la formation du partenaire par la CPAM afin d'assurer l'accompagnement des publics précaires dans leurs démarches relatives à l'Assurance maladie,
- la détection précoce par le partenaire des situations de précarisation et de marginalisation du fait d'un défaut d'accès aux soins,
- une aide délivrée par le partenaire à la constitution de dossiers ou au choix d'une complémentaire santé,
- le co-financement d'une aide après enquête sociale effectuée par le partenaire.

8 Rapport au Premier Ministre de septembre 2013 établi par la Sénatrice de Seine-Saint-Denis, Aline ARCHIMBAUD

9 CNG : Mission nationale Assurance Maladie et vulnérabilités

10 Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures



Les partenariats permettent aux CPAM d'élargir leur champ d'intervention, de mieux détecter les besoins de la population du département, et de bénéficier des compétences et de l'expertise des partenaires. Enfin, et cela n'est pas négligeable dans un contexte budgétaire contraint, l'appui sur les partenaires externes permet également de préserver les ressources humaines internes, alors potentiellement mobilisables sur des actions à forte valeur ajoutée pour l'Assurance maladie.

**Préconisation : Mettre en place un interlocuteur dédié aux partenaires** afin de répondre aux situations urgentes relatives à l'accès aux soins et aux sollicitations des partenaires.

Dans cette optique, le dispositif « délégué social » peut être mis en place. Il s'agit d'un interlocuteur expérimenté dédié aux partenaires (Conseil général, centres hospitaliers, associations à caractère social, CAF, PASS, mairies ; une extension aux services de la protection maternelle et infantile et aux services pénitentiaires d'insertion et de probation peut être envisagée).

Le but de la démarche est de détecter de façon précoce, grâce aux partenaires, les situations de précarité et de marginalité entraînant un non-recours aux soins.

## IV.2- Les partenariats internes

Si dans certaines caisses les services d'ASS s'appuient sur un large réseau de partenaires internes (services sociaux, administratifs, médicaux, les œuvres etc.), dans d'autres, au contraire, il n'existe pas, ou très peu, de coopération.

Pour autant, un développement de ces partenariats peut permettre un meilleur ciblage des bénéficiaires potentiels, un meilleur taux d'exécution des budgets d'ASS et un renforcement de l'accès aux soins des publics précaires.

Les services d'ASS apparaissent parfois isolés au sein d'une CPAM alors que d'autres acteurs internes agissent sur les mêmes thématiques et ont des rôles semblables. Pour un fonctionnement optimal des dispositifs d'ASS, un maillage doit donc se construire en interne. Il doit inclure plusieurs acteurs de l'accès aux soins : service social, service d'ASS, services de production et services de front office.

Concernant spécifiquement le service social, la Commission des Relations aux Publics et de l'Action Sanitaire et Sociale (CORPASS)<sup>11</sup> de la CNAMTS a impulsé son repositionnement sur l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de précarité par le biais de la COG 2010-2013. Ainsi, le service social a pour mission de prévenir et anticiper les risques de précarisation médico-sociale des assurés sociaux. Il lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé grâce à des services attentionnés à destination de publics cibles.

Le renforcement d'un partenariat et des coopérations entre le service social et les services d'ASS est donc nécessaire. Ce besoin de complémentarité a, par ailleurs, été souligné par la mission nationale CNG « Assurance maladie et vulnérabilité ».

**Préconisation : Renforcer le rôle du service social sur la prévention à destination des publics précaires.**  
Il existe un réel besoin de créer au sein de la CNAMTS un macro processus « accès aux soins »

11 CORPASS, bilan 2010-2012 sur le service social, 25 septembre 2013.

c'est-à-dire une offre de service globale « accès aux soins » de l'Assurance maladie qui différencierait les rôles entre les différents acteurs internes tout en coordonnant leurs actions.

**Préconisation : Renforcer les échanges au sein d'une même CPAM entre le front office, back office et les services d'ASS**

Du fait de la non-connaissance des dispositifs par les assurés précaires, les services d'ASS rencontrent et des difficultés à cibler les bénéficiaires potentiels. Un partenariat renforcé avec l'accueil physique permettrait une meilleure détection des bénéficiaires potentiels et donc un meilleur accès aux soins. Ce partenariat repose sur des signalements et des offres sur rebond à l'accueil physique (remise de documentation sur l'ASS, etc.).

Il est donc fondamental que l'ASS s'inscrive dans des partenariats efficaces avec les autres acteurs internes pour améliorer l'accès aux soins des plus fragiles.

**IV.3- Le rôle des œuvres**

Les œuvres sont constituées pour l'essentiel de centres de santé et de centres de santé dentaire (CSD). Elles facilitent l'accès aux soins des publics fragilisés, notamment dans des zones géographiques où l'offre de soins de secteur 1 est réduite. Un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>12</sup> a d'ailleurs réaffirmé cette utilité sociale.

Ce rapport pointe cependant le modèle économique « structurellement boiteux » et déficitaire des œuvres. Les faibles marges de manœuvres financières de l'ASS des CPAM ne permettent pas à ce jour de porter ni de développer ce type de structures, même si certains l'appellent de leur souhait à l'image de Aline ARCHIMBAUD<sup>13</sup> sénatrice de Seine-Saint-Denis, qui préconise de « soutenir les centres de santé et de favoriser une meilleure couverture du territoire ».

Ces centres devront en tout état de cause faire face à des difficultés croissantes telles que les difficultés de recrutement de professionnels de santé.

**V- Conclusion**

La politique d'Action Sanitaire et Sociale des CPAM s'inscrit dans un contexte qui pourrait conduire à en redéfinir les orientations et les modalités de mise en œuvre.

En premier lieu, la revalorisation du plafond de ressources pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (CMU-C et ACS), à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013, conduit au relèvement des seuils relatifs à l'ACS légale. Cela modifie la population cible des dispositifs d'aide à la mutualisation extra-légaux (notamment des aides dites « effet de seuil ») qui s'adressent par conséquent à des publics moins défavorisés.

En second lieu, la COG 2014 - 2017 de l'Assurance Maladie, peut conduire à des modifications des principales orientations de la politique d'ASS pour les années à venir. Certaines caisses craignent une stagnation - voire une diminution - du budget consacré à l'ASS. Les modalités de calcul de la dotation paramétrique des CPAM sont, quant à elles, fortement susceptibles d'évoluer ce qui désavantagerait les gros organismes.

Enfin, la démarche PLANIR orientera certainement les évolutions futures des politiques d'action sanitaire et sociale des CPAM. Chaque plan d'actions sera adapté au contexte et aux contraintes locales grâce à l'élaboration

<sup>12</sup> Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain, rapport établi par P. GEORGES et C. WAQUET, IGAS, Juillet 2013.  
<sup>13</sup> L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité, rapport au Premier ministre établi par A. ARCHIMBAUD, Septembre 2013.



d'un diagnostic local préalable. La construction du plan d'actions, son évaluation et ses ajustements seront par la suite dévolus à un comité de pilotage (COPIL)<sup>14</sup> envisagé comme une instance à la fois de réflexion et de décision.

La CNAMTS s'est d'ores et déjà pré orientée sur l'insertion du dispositif PLANIR dans la COG, puis dans les CPG. Une telle démarche souligne l'importance que revêt la problématique de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie. Néanmoins, pour que ce projet ambitieux produise les effets escomptés, la question des moyens devra être soulevée, notamment pour les caisses dont la population couverte cumule plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Au-delà des impacts contextuels, le manque de visibilité à long terme, et par conséquent la difficulté à suivre la réalisation et à évaluer l'impact des politiques menées, représente un obstacle à l'élaboration de dispositifs adaptés, et une limite à leur efficacité. Une solution pourrait être trouvée dans le maintien des axes de la politique d'ASS sur une période de deux COG au minimum, soit huit années.

Cependant, le propre de l'ASS est justement de s'adapter rapidement à une fragilisation économique et sociale. Ce paradoxe, conduit à penser qu'il n'y a pas de politique idéale en la matière.

L'enjeu est donc de parvenir à maintenir la capacité d'adaptation de l'ASS tout en s'inscrivant dans une certaine continuité.

Par ailleurs, la difficulté à mesurer l'efficacité des politiques d'ASS s'explique également par la diversité des actions et du manque d'indicateurs.

Globalement, l'ASS peut être sujette à quelques évolutions. Elle se trouve à la croisée des chemins du fait de la nouvelle COG à venir, des changements qui l'impactent et de ses liens étroits avec l'ACS légale. Si les changements ne sont pas immédiats, on peut supposer qu'ils s'installeront à terme par un changement des cibles d'ASS notamment.

L'ASS des CPAM est donc un levier important en matière d'accès aux soins. Des outils de requêtage et de pilotage, ou le tissage de partenariats constituent des réels appuis en la matière.

En outre, le rôle de la caisse nationale est primordial. Il est cependant complexe notamment parce qu'il doit idéalement tendre vers la définition d'une politique d'ASS globale sans brider les initiatives territoriales afin de ménager des marges d'adaptabilité.

---

14 Participeront à ce COPIL : le médecin responsable de l'ELSM et les collaborateurs désignés par celui-ci, le ou les représentant(s) du Service social désigné(s) par le Directeur de la CARSAT, le Directeur de la CPAM et les collaborateurs désignés par ce dernier. Le COPIL pourra être élargi, par exemple au Médecin Directeur du Centre d'examen de santé.