

Un investissement social de l'assurance maladie : la PFIDASS. Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif local d'accès aux soins

Par **Christian Fatoux**, Directeur de la CPAM du Gard



Christian Fatoux, Directeur de la CPAM du Gard depuis 2007, est en charge du co-pilotage de la généralisation de la PFIDASS.

Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard a trois ans : le numéro 46 de la revue Regards s'en était fait l'écho¹ et avait relaté cette recherche action, menée avec les chercheurs de l'ODENORE², qui a conduit la CPAM du Gard à expérimenter un dispositif de prise en charge des situations de renoncement aux soins, aujourd'hui en voie de généralisation au sein du réseau.

Le présent article se propose de revenir sur le chemin parcouru depuis septembre 2014, en analysant les caractéristiques majeures et le devenir possible d'un dispositif qui interroge la culture, les pratiques professionnelles et le positionnement territorial de l'Institution.

I- Les grandes leçons du diagnostic d'une réalité sociale sous-estimée

La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) ouvre le 17 novembre 2014, à l'issue d'un diagnostic approfondi visant à éclairer le phénomène du renoncement aux soins dans le Gard. Les résultats de ce diagnostic, résumés dans l'article précédemment cité, sont confirmés, au cours de la période qui suit, tant dans les autres départements de l'ancienne région Languedoc Roussillon (avril 2015) que dans les vingt-et-un départements qui expérimentent en 2016 la PFIDASS et dans ceux qui se lancent dans l'aventure en mars 2017. Ils mettent en évidence que le renoncement aux soins n'est pas un phénomène marginal : plus d'un quart de la population enquêtée déclare avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois³. Les analyses d'une grande richesse produites par les chercheurs disent les ravages, sur les personnes, de cette impossibilité de recevoir les soins nécessaires

1 Le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie. Eléments de réflexion issus d'une étude menée par la CPAM du Gard, revue REGARDS, n° 46

2 ODENORE : observatoire des non recours aux droits et aux services

3 « 65 357 assurés du régime général de 43 départements ont été interrogés à la date du 1^{er} juillet 2017 dans le cadre du diagnostic dénommé « baromètre du renoncement aux soins », depuis sa création en 2014. 17 624 d'entre eux ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois et/ou être toujours en situation de renoncement au moment où ils ont été enquêtés. Le taux global de renoncement aux soins mesuré est ainsi de 27 %. » Hélène Revil (ODENORE/PACTE/CNRS), Août 2017.



en termes de conséquences sanitaires, sociales, familiales, professionnelles, psychologiques⁴.

Le matériau ainsi recueilli par l'Assurance Maladie, unique par sa richesse et son ampleur, appelle plusieurs remarques :

- ▼ Les résultats quantitatifs de ces diagnostics varient géographiquement, mais confirment, quel que soit le département concerné, le caractère non résiduel du renoncement : au sein d'une même région très marquée par le chômage et la précarité, le Languedoc Roussillon, le taux de renoncement aux soins, légèrement supérieur à 30 %, est quasiment identique entre les départements de l'Hérault, du Gard, des Pyrénées orientales. Ces données sont conformes aux résultats des enquêtes des grands instituts nationaux, dont la publication régulière dans les médias, comme toute donnée statistique, se noie rapidement dans le flot quotidien des informations générales. Elles ont, ici, une toute autre portée : les questionnaires ont été réalisés en face-à-face, par les professionnels des caisses, auprès des assurés, lors de leur visite à la CPAM. Dès lors, les résultats, par leur gravité, interpellent l'Institution dans son fonctionnement, dans sa connaissance des publics qu'elle a pour mission de servir, dans le contenu du service qu'elle rend, dans son cœur de métier. L'ampleur du phénomène du renoncement mesurée par les diagnostics a, bien entendu, un impact déterminant sur la décision d'apporter des réponses et sur le niveau de ces réponses : des suites auraient-elles été données si ce taux avait été de l'ordre de 5 % par exemple ?
- ▼ La dimension qualitative du matériau recueilli réside dans les analyses des chercheurs mais aussi dans les histoires de vie, dans les expressions, les mots des personnes enquêtées, rapportés dans les synthèses d'entretiens; elle constitue le terreau qui a fécondé l'action, en a donné le sens et dessiné les contours.
- ▼ Cet apport de connaissances a permis à nombre d'acteurs de l'Assurance Maladie de faire le cheminement nécessaire pour s'approprier une réalité sociale que la plupart méconnaissaient, ou sous-estimaient ou considéraient hors champ de compétence ; pour d'autres, l'idée même d'emprunter ce chemin n'est pas encore chose acquise : malgré la rigueur scientifique des travaux de l'ODENORE et les évaluations probantes des premières expérimentations de la PFIDASS, ils considèrent que les réponses traditionnelles, à savoir les aides d'action sociale, les interventions des services sociaux, des CCAS, du secteur associatif, suffisent. Cette position a été dominante au sein de l'Institution jusqu'au tournant que constitue, en octobre 2015, la décision du Directeur Général

4 Cf. le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, Philippe Warin, Catherine Chauveaud, septembre 2014.

de la CNAMTS d'expérimenter le dispositif gardois dans une vingtaine de CPAM.

- ▼ Enfin et surtout, comment ne pas conclure sur le fait que ce diagnostic s'achève au final sur un constat sévère : aux portes du système de santé le plus envié au monde, des millions de français rencontrent des difficultés, dont les causes sont diverses, pour accéder aux soins, voire reportent ou renoncent, malgré un ensemble de mesures législatives et réglementaires visant à lever les freins à l'accès, malgré les politiques d'accès aux droits et aux soins mises en œuvre par les différents opérateurs dont l'Assurance Maladie. Qu'est devenu notre système de soins au fil des années ? A-t-il fait de nombre de nos concitoyens des exclus de la santé⁵ ?

II- En réponse au diagnostic, l'émergence d'un dispositif innovant.

Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, en décrivant les caractéristiques du renoncement aux soins, a permis de définir les deux grands principes d'action sur la base desquels s'ouvre, à la CPAM du Gard, le 17 novembre 2014, la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins :

- ▼ **Repérer les situations de renoncement** : il faut en effet « rompre la loi du silence ⁶ », qui masque la réalité du renoncement aux soins : les personnes concernées n'expriment pas spontanément leurs difficultés, ni à leur médecin, ni à leur caisse d'assurance maladie, si elles ne sont pas invitées explicitement à le faire lors d'un entretien au cours duquel une relation de confiance a pu s'instaurer. C'est la raison pour laquelle l'organisation du repérage fait appel aux professionnels médico-sociaux en contact avec la population, à commencer par ceux de l'Assurance Maladie. Ces professionnels, formés pour intégrer progressivement le repérage dans leurs pratiques, proposent aux personnes concernées un accompagnement par la PFIDASS, dans la mesure bien sûr où ils estiment qu'il est nécessaire pour compléter utilement leur propre intervention. L'expression « repérage » pour qualifier cette phase essentielle est d'ailleurs réductrice : il ne s'agit pas seulement, pour le professionnel, de repérer le renoncement aux soins, mais aussi de présenter au renonçant l'offre d'accompagnement personnalisé de la PFIDASS et, afin de rendre possible la saisine du dispositif, d'obtenir son consentement explicite.
- ▼ **Guider de bout en bout la personne**, selon sa capacité d'autonomie face aux démarches administratives et la relancer autant que de besoin pour aboutir à la réalisation effective des soins : l'action publique ne cesse que lorsque cet objectif est atteint, ou bien lorsque la personne a décidé d'elle-même de mettre fin à l'accompagnement. Cette guidance⁷, qui porte sur l'accès à l'ensemble des droits et

5 « Les personnes qui renoncent à des soins voient leur droit à la santé en partie non réalisé et se retrouvent donc dans une situation d'exclusion partielle au regard de la définition que donne le Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », Philippe Warin, Catherine Chauveaud, op.cit.

6 Revue REGARDS n° 46, le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie

7 « La notion de manque de guidance renvoie au manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social » Philippe Warin, Catherine Chauveaud le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, septembre 2014.



services, sur leur bon usage, sur l'accès à une couverture complémentaire adaptée à la situation de la personne, sur le financement des soins, sur l'orientation dans le système de soins, est assurée en continu, sur toute la durée de l'accompagnement, par l'équipe de la PFIDASS, interlocuteur unique du renonçant : c'est la condition de l'instauration d'une relation de confiance.

Trois années plus tard, près de 4 000 situations de renoncement aux soins ont fait l'objet, dans le Gard, d'une saisine du dispositif par le réseau des 500 professionnels potentiellement détecteurs. Le résultat le plus significatif de cette expérimentation réside très certainement dans le constat que la totalité des situations⁹ prises en charge ont eu pour issue la réalisation des soins, ce qui constituait l'incertitude majeure lors du démarrage de l'expérimentation ; ainsi les équipes de la CPAM ont su trouver des réponses, qui n'étaient pas écrites préalablement, chaque situation étant singulière, pour lever les freins de toute nature à l'accès aux soins, en mobilisant les ressources internes et, parfois, en sollicitant les professionnels de santé publics ou privés.

La première année, l'année 2015, a été celle de la montée en charge de la plateforme, celle de sa co-construction par l'ensemble des acteurs qui se sont engagés dans le projet. Une année faite de « tâtonnements, de doutes, d'avancées et de réussites »⁹. Elle a été l'année au cours de laquelle un investissement considérable a été consenti pour concevoir et mettre sur pied l'organisation, constituer et former l'équipe, puis professionnaliser les pratiques d'accompagnement en formalisant les procédures et en développant un logiciel de gestion des situations¹⁰. Grâce à cet investissement, le portage ultérieur de la PFIDASS dans d'autres organismes sera fluide et rapide.

Dès la fin du premier semestre 2015, une première évaluation de l'efficacité du dispositif est confiée à l'ODENORE. Il importait en effet de se donner la possibilité sans tarder d'un regard distancié sur une démarche à l'issue incertaine, pour apporter les ajustements nécessaires dans l'organisation et les pratiques et prouver, scientifiquement, l'utilité sociale du service dans la perspective de son extension à d'autres organismes, condition de sa survie. Entre mars et octobre, des entretiens auprès d'assurés accompagnés par la PFIDASS mettent en évidence des impacts dépassant souvent les attentes :

- ▼ Une relation nouvelle s'instaure entre la CPAM, désormais à l'initiative du premier contact, et les personnes, qui apprécient qu'enfin elle

8 À l'exception des situations ayant donné lieu à un abandon de l'accompagnement du fait de l'assuré.
9 H. Revil, ODENORE, Regard sur un dispositif expérimental de détection du renoncement aux soins, mars 2016
10 L'appli OGEDAS (outil de gestion de l'accès aux soins) trace l'ensemble des interactions entre les accompagnants et l'assuré ; il est aussi un outil d'assistance à l'accompagnement. Il gère une base de données, unique en France, particulièrement riche d'informations sur le renoncement aux soins. OGEDAS a rendu possible la transférabilité du dispositif gardois dans le réseau des CPAM ;

s'intéresse à leurs difficultés d'accès aux soins, que leur interlocuteur soit bien informé de leur dossier, qu'il dispose de possibilités de solutions, et prenne tout le temps nécessaire pour expliquer la marche à suivre ; alors s'établit progressivement un climat de confiance. « *Globalement, les assurés ont le sentiment d'être entendus, voire reconnus* »¹¹.

- ▼ Une fonction de coordinateur relais voit le jour : l'accompagnant PFIDASS « constitue, du point de vue des personnes, un relais efficace pour interpeller les autres organismes ou les professionnels de santé en cas de besoin... Là où les personnes peuvent avoir des craintes à frapper à certaines portes ou du mal à obtenir des réponses, l'accompagnant peut les relayer et faire en outre avancer leur dossier plus rapidement »¹².
- ▼ Des gains objectifs et subjectifs ressortent de l'accompagnement : c'est bien sûr d'abord et avant tout la réalisation des soins, fréquemment longtemps attendue, mais aussi l'attribution des droits à une couverture sociale complète, l'explication de l'usage de ces droits, l'aide au choix d'un contrat de complémentaire santé, la levée des freins financiers, l'orientation dans le parcours de soins. Au-delà de ces gains objectifs, les personnes expriment les conséquences de l'accompagnement sur leur vie quotidienne et combien, pour certains, il leur a permis de remettre le pied à l'étrier pour reprendre des démarches administratives et de soins (« ça m'a fait rebondir », « *j'ai eu un coup d'accélérateur* »¹³), pour d'autres l'important sera d'avoir identifié l'existence de cette possibilité de recours en cas de difficultés, qui les sécurise, d'autres enfin diront avec émotion avoir retrouvé leur honneur, leur dignité, leur fierté.


À aucun moment, la très forte utilité sociale du dispositif ne fera question.

Au sein de l'Assurance Maladie du Gard, dès lors que l'étape consensuelle du diagnostic a été franchie et qu'est venu le temps de l'action avec la création de la PFIDASS, sont apparues de premières interrogations sur l'impact du nouveau dispositif sur les métiers : agent d'accueil, assistant social, médecin conseil, médecin du centre d'examen de santé. Les frontières entre ces métiers, et donc les coopérations entre les services concernés, CPAM, service social, service médical, centre d'examen de santé sont questionnées. Des réserves ont pu être exprimées tant par des professionnels eux-mêmes, que par des cadres et des dirigeants ; ces réserves, qui se confirmeront dans d'autres organismes lors de la généralisation, non totalement levées à l'heure où s'écrivent ces lignes, se résoudront au fil du temps, confrontées à l'évidence des réalités sociales mises en lumière par les chercheurs et à l'ardente obligation de trouver des réponses qui ne peuvent être que co-construites entre les différentes composantes de l'assurance Maladie.

11 N. Blanchet, ODENORE, évaluation en continu de la PFIDASS du Gard, Novembre 2016.

12 H. Revil, op. cit.

13 N. Blanchet, op.cit.



Les agents d'accueil sont au cœur de la démarche et les plus affectés par les impacts de la PFIDASS dans l'exercice de leur métier. En effet, les accueils sont les lieux de plus forte détection des situations de renoncement. L'intégration de la détection dans leurs pratiques s'est déployée lentement mais sûrement au cours des trois années suivant l'ouverture de la plateforme grâce à la conjonction de trois facteurs :

- ▼ Les agents d'accueil gardois avaient une expérience de plusieurs années d'une posture d'accompagnement des assurés, de détection de situations sensibles; le repérage des difficultés d'accès aux soins est venu prolonger logiquement des missions et postures connues.
- ▼ Des formations approfondies ont été le déclencheur de l'engagement des agents dans la démarche : elles ont levé les réticences à aborder la question intime de la santé dans les entretiens, pour laquelle les agents ne se sentaient pas légitimes.
- ▼ Les managers ont soutenu constamment et efficacement leurs équipes et réussi avec talent le passage du volontariat de quelques-uns à l'ardente obligation pour tous.

Le métier du service social est questionné par la création de la PFIDASS et la proximité apparente de ses interventions avec celles de la plateforme. Au regard des inquiétudes soulevées ici et là, il faut relever que moins de 3 % des 4 000 personnes ayant saisi la PFIDASS dans le Gard faisaient l'objet d'un suivi par un service social. En effet, des situations de vie susceptibles de générer du renoncement aux soins peuvent se rencontrer dans la plupart des couches de la population, sans pour autant qu'elles justifient l'intervention d'un travailleur social. L'accompagnement dont il est ici question répond à un besoin de guidance administrative, dans le but d'aboutir à un résultat concret, la réalisation des soins ; il fait appel à des compétences règlementaires, une connaissance du système de soins, des intervenants médico-sociaux, des possibilités de financement, et à une capacité d'écoute bienveillante autant qu'à un savoir-faire pour mobiliser les ressources internes et externes. Il se déroule sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois¹⁴. Sous réserve de formations adaptées, il se trouve parmi les personnels administratifs des organismes, des professionnels disposant du potentiel pour réussir dans cette mission. Pour sa part, le service social a, au stade actuel de la réflexion, un double rôle : celui de contribuer au repérage des situations de renoncement, puis de saisir, le cas échéant, la PFIDASS comme outil complémentaire de sa propre intervention, et de prendre le relais des accompagnants PFIDASS lorsque la situation des personnes accompagnées appelle un suivi social. Sa mission pourrait s'élargir, et consister à garantir l'inclusion sanitaire, sociale et administrative durable des bénéficiaires de la PFIDASS, la finalité du dispositif consistant certes à permettre aux personnes de

14 La durée moyenne d'un accompagnement en 2016 s'établit à une centaine de jours ; cette durée s'explique notamment par les délais liés à l'adhésion à un organisme complémentaire, lorsque l'assuré n'a pas de complémentaire santé et surtout par les délais d'obtention de rendez-vous successifs auprès de professionnels de santé et de réalisation des soins.

faire face à un instant T à leur renoncement, mais aussi à prévenir la survenue de nouvelles difficultés d'accès aux droits et aux soins. De ce point de vue, l'évaluation réalisée par l'ODENORE montre que « *l'accompagnement a permis à une partie des personnes de disposer de clefs pour utiliser le système de santé et pour éviter de se trouver à nouveau en difficulté pour accéder aux soins* »¹⁵. Cependant, aucun suivi ultérieur des personnes prises en charge n'a été à ce jour pensé, l'action restant centrée sur un résultat de court terme, la réalisation des soins. Ce champ du suivi, sur la durée, du public accompagné, reste donc à investir, afin que l'intervention de l'Assurance Maladie ne se limite pas à traiter des difficultés ponctuelles d'accès à des soins, et méconnaisse des situations persistantes d'incapacité à utiliser le système de santé. Le service social pourrait apporter une réelle valeur ajoutée à la PFIDASS en s'investissant dans une telle mission.

Des questions d'une autre nature traversent le service médical : la mission de contrôle du médecin conseil est-elle compatible avec une prise en compte des difficultés d'accès aux soins et une saisine du dispositif, peut-il donner un avis d'expert sur la justification médicale de propositions thérapeutiques, intervenir, en complémentarité des accompagnants PFIDASS, auprès de confrères médecins traitants sur des situations spécifiques ? Dans la phase expérimentale, la relation de proximité entre acteurs locaux administratifs et médicaux a favorisé des avancées, qui ont inspiré une évolution de la « doctrine nationale », sans pour autant que soient levées toutes les réserves.

Il faudra du temps pour dépasser les cloisonnements institutionnels, pour que les acteurs internes, dans leurs différences, intériorisent la nouvelle ambition de l'Assurance maladie, prennent la mesure de la confiance qu'elle leur témoigne en affirmant que la politique d'accès aux soins qu'elle promet se joue aussi et surtout au local, au plus près des personnes. Le défi va consister, pour les dirigeants, à intégrer dans l'exercice des différents métiers au contact avec les assurés, agents d'accueil, travailleurs sociaux, médecins... le risque de renoncement aux soins, à faire émerger **un droit à l'accompagnement**, et à réussir une complémentarité efficiente entre professionnels.

La dynamique de la démarche gardoise repose aussi sur les liens tissés avec de nombreux intervenants du monde médico-social : le Conseil départemental, la Mutualité Française, le CHU, la CAF, l'ARS, certains CCAS, les représentants des professionnels de santé, ... ont contribué au projet dès la phase de diagnostic, ont partagé les analyses avec les chercheurs, se sont engagés dans la PFIDASS en tant qu'acteurs du repérage. Là aussi, un temps long sera la condition d'une contribution fructueuse et pérenne des partenaires et il ne serait pas réaliste d'attendre de leur part le niveau d'engagement des acteurs de l'assurance maladie dans une mission qui n'est pas leur cœur de métier; néanmoins, progressivement, des partenaires font appel à la PFIDASS comme outil complémentaire de leurs propres interventions et forment un maillage de plus en plus dense des acteurs contributeurs de l'accès aux soins du territoire. Ce partenariat est essentiel pour forger la légitimité de la PFIDASS et lui donner un avenir : l'accès aux soins est un enjeu de société et, s'il est possible d'initier la démarche avec les seuls acteurs internes, c'est bien en coopération avec l'ensemble des intervenants médico sociaux sur le territoire que l'Assurance maladie progressera dans une action dont il ne faut pas sous-estimer la grande complexité.

15 Héléna Revil, op.cit.



III- L'élargissement de l'expérimentation à vingt-et-une CPAM, le tournant d'octobre 2015

Les travaux menés dans le Gard s'inscrivent dans les orientations de la COG 2014/2017 dans lesquelles l'Assurance Maladie s'engage à identifier et prendre en charge les situations de renoncement aux soins ; ils visent à rendre opérationnel cet engagement. La CNAMTS s'intéresse par conséquent à la démarche et participe, en septembre 2014, à la restitution, organisée à l'intention de l'ensemble des partenaires gardois, des conclusions de la recherche, et à l'annonce de l'ouverture prochaine de la PFIDASS. Elle finance en janvier 2015 l'extension du diagnostic du renoncement aux soins à la région Languedoc Roussillon. Au vu des résultats, et en s'appuyant sur de premiers éléments d'évaluation de la PFIDASS produits par le cabinet M.B.C.¹⁶, le Directeur général de la CNAMTS décide de lancer une expérimentation sur une vingtaine de CPAM et d'en confier le co-pilotage à la CPAM du Gard et aux équipes de la Caisse nationale.

Il s'agit là d'un tournant majeur, reconnaissance nationale de l'intérêt de la démarche, de sa légitimité, de sa valeur ajoutée sociale, de sa cohérence avec les engagements pris dans la COG. La PFIDASS s'inscrit en effet tant dans l'axe accès aux soins que dans l'axe régulation de la convention avec l'État ; le Directeur de la CNAMTS souligne « *sa contribution à la soutenabilité du système de santé... la sous-médicalisation étant à exclure autant que la surmédicalisation, au vu de son coût pour le système de santé et, à ce titre, travailler sur l'accès aux soins est un levier d'atteinte de cet objectif* »¹⁷.

Cette décision met fin au statut d'expérimentation locale qu'avait jusqu'alors la PFIDASS, qui, si elle avait dû se limiter au territoire gardois, n'aurait eu ni la légitimité ni le soutien institutionnel indispensables pour être conduite à son terme; elle en fait une expérimentation nationale co-pilotée par la CNAMTS et la CPAM du Gard, véritable cas d'école d'une interaction féconde entre acteurs locaux et décideurs nationaux, et démonstration, si besoin était, de la vastitude du champ que l'Institution entend laisser à son réseau pour innover et démontrer ainsi la valeur ajoutée qu'apporte l'action de proximité : « *Longtemps, nous avons eu la certitude que la question de l'accès aux droits trouvait sa solution dans la mise en œuvre de dispositifs nationaux. À cet égard, les réformes successives et dispositifs législatifs et conventionnels (CMUC, ACS, dispense d'avance de frais, avenant 8 à la convention médicale de 2012, PUMA, etc.) ont assuré une progression certaine sur la voie de l'accès aux droits et à la santé mais ne sont pas les garants sans faille d'un accès effectif et systématique à ces droits. Ces dispositifs nationaux de qualité nécessitent ainsi d'être appuyés par un travail de terrain visant à repérer, détecter, expliquer et ensuite accompagner.* »¹⁷

Trente directeurs de CPAM font connaître leur souhait de se lancer dans l'expérimentation à la suite de la publication de l'appel à candidatures lancé par la

16 M.B.C. (Michel Bauer Consultant) : évaluation des impacts potentiels de la PFIDASS, septembre 2015

17 Intervention de M. Revel, Directeur général de la CNAMTS, en séminaire des Directeurs

CNAMTS : près d'un tiers, mais seulement un tiers, des dirigeants du réseau manifeste ainsi sa volonté de s'engager dans une démarche qui valorise très fortement la mission sociale de l'Institution : « *l'accès aux droits et aux soins est le ciment de ce qui fonde le pacte social en France.* »¹⁷

Une certaine vision des missions, une éthique du *care*, une logique entrepreneuriale constituent les principaux ingrédients du choix de se porter candidat pour nombre de dirigeants locaux ; à l'inverse, un contexte interne peu propice, un cumul de projets à conduire, une prise de fonctions récente, une adhésion limitée aux finalités de la PFIDASS... expliquent une position d'attente. La méthode de l'appel à candidatures sur la base d'un cahier des charges fixant le cadre précis de l'expérimentation, insistant sur l'indispensable implication de l'équipe de Direction, a permis de réunir les conditions de la réussite en favorisant la sélection d'organismes convaincus du bien-fondé du projet, disposant d'un niveau satisfaisant de maîtrise de la production et des flux d'accueil, acceptant les contraintes inhérentes à une expérimentation nationale ; si le choix de la bonne organisation pour accueillir la PFIDASS est laissé à la décision locale, afin d'identifier ultérieurement les organisations les plus efficaces, les différentes phases du repérage et de l'accompagnement du renoncement aux soins, la méthodologie du diagnostic, le logiciel de gestion des situations individuelles, qui structurent les interventions des opérateurs, le *reporting*, sont des figures imposées.

Dès le mois de mars 2016, les vingt-et-une CPAM retenues à l'issue de l'appel à candidatures sont formées à la méthodologie et aux outils mis au point dans le Gard et se lancent dans le diagnostic, dont les résultats sont très attendus : vont-ils se différencier de ceux de la région Languedoc-Roussillon, très marquée par les difficultés sociales ? Le renoncement aux soins n'est-il pas circonscrit en France à des poches de précarité localisées ne justifiant pas une mobilisation de l'ensemble du réseau ?


En juin de la même année, les résultats de ce nouveau diagnostic effectué sur un échantillon de départements désormais représentatif de l'ensemble du territoire national tombent, le verdict est sans appel : le taux moyen de renoncement parmi les visiteurs des accueils de l'assurance maladie s'établit à 26 %, le doute n'est plus permis, les difficultés d'accès aux soins sont massives.

Dans les semaines qui suivent, plusieurs milliers de situations de renoncement sont accompagnées ; très rapidement, l'expérimentation apporte la preuve que la méthodologie est robuste, que l'appropriation technique par les CPAM est relativement aisée¹⁸, que l'adhésion des salariés aux valeurs que sous-tend la démarche est forte, que son utilité sociale ne fait pas de doute.

Le rapport d'évaluation¹⁹ réalisé à partir de 151 entretiens conduits auprès d'assurés accompagnés par les vingt-et-une CPAM souligne que « *les PFIDASS répondent globalement à un besoin et que, s'ils n'avaient pas été pris en charge par les plateformes, nombre d'assurés*

18 Il convient d'entendre par « appropriation technique » la bonne compréhension et mise en œuvre des principes de fonctionnement de la PFIDASS, le respect du cahier des charges, l'usage conforme du logiciel ; elle ne dit rien sur « l'appropriation managériale », qui interpelle la ligne hiérarchique sur sa capacité à garantir la dynamique de la démarche dans la durée, et des résultats qualitatifs et quantitatifs satisfaisants.

19 Les PFIDASS, une évaluation au prisme de leurs bénéficiaires et des acteurs qui les mettent en œuvre, H. Revil – mars 2017.



auraient vu leur renoncement persister... la configuration générale du dispositif – articulation d'une détection par différents professionnels, services ou structures et mise en œuvre d'accompagnements individualisés – permet de « capter » des difficultés d'accès aux soins sur les territoires, d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins de guidance de bon nombre des personnes prises en charge et de les amener à se soigner à un moment T, voire à moyen terme ».

Les entretiens ont permis de souligner « *les effets multiples des plateformes pour leurs bénéficiaires : amélioration de l'accès aux soins, réalisation des soins renoncés, possibilité de « rattraper des soins » pour les renonçants et leur famille, soulagement physique et moral, amélioration de la qualité de la vie et du bien-être physique, stimulation pour avancer dans leur parcours de vie, perspectives professionnelles et sociales.* »¹⁹

Dans les entretiens, les assurés de Valenciennes, Angoulême, Marseille, Nancy, Amiens...ont les mêmes mots forts, émouvants que ceux du Gard pour exprimer leur perception de l'accompagnement : « *Je revis vraiment, je me sens mieux dans ma peau, je reprends contact avec les gens, alors qu'avant, je ne sortais plus. Je me vois comme avant, je me disais que j'étais un monstre, c'est les mots que j'utilisais. Alors là, forcément, ça change la vie.* »¹⁹

Si l'évaluation qualitative de l'expérimentation nationale est probante, les résultats quantitatifs, c'est-à-dire le nombre de situations repérées et accompagnées par chaque organisme, sont très hétérogènes. Une majorité d'organismes a atteint au bout de quelques mois un rythme hebdomadaire significatif de situations de renoncement détectées, d'autres sont confrontés à un démarrage difficile, quelques-uns semblent s'enliser... Des raisons conjoncturelles (équipes incomplètes, projets simultanés à conduire...) ou structurelles (niveau de maturité de l'organisme, culture, organisations inadaptées...) interviennent ; le niveau variable d'investissement des équipes de direction constitue aussi un facteur explicatif. Tandis que des « *caisses ont choisi de faire de la PFIDASS un axe de leur (ou leur) projet d'entreprise, signalant ainsi le caractère intégré et pérenne du dispositif et leur volonté qu'il devienne, avec les objectifs qui le traverse, un élément pleinement (re)structurant de l'organisme* »²⁰, d'autres ont considéré qu'il s'agissait simplement d'une nouvelle offre de service, pouvant s'ajouter aux activités d'une cellule déjà existante et en ont délégué le pilotage à l'encadrement intermédiaire.

Certes, il serait prématuré, au stade de l'expérimentation, de tirer des conclusions sur la productivité du dispositif en termes de nombre de situations de renoncement accompagnées. Néanmoins, la Caisse nationale devra justifier la pertinence de l'investissement réalisé et rendre compte autant de la valeur ajoutée qu'apporte la PFIDASS au regard des interventions d'autres opérateurs, que d'un nombre de situations prises en charge en rapport avec les moyens humains et techniques mis en œuvre.

Au mois d'octobre 2016, le Directeur général de la CNAMTS, s'appuyant sur les

²⁰ Hélène Revil, op.cit.

retours très positifs du terrain, sur les analyses des chercheurs, et considérant que la PFIDASS était « *un élément potentiellement très structurant dans la mise en œuvre de nos politiques d'accès aux droits et aux soins* »²¹ décide la généralisation de la PFIDASS à l'ensemble du réseau.

IV- Face au défi de la généralisation, un pilotage renforcé, une homogénéisation des pratiques et le lancement de dispositifs nationaux de formation et d'évaluation

La Caisse Nationale opte pour une généralisation en trois phases sur les années 2017 et 2018, afin de donner du temps aux organismes qui le souhaitent pour se préparer ; chacune de ces phases embarque une vingtaine d'organismes dans l'aventure de la PFIDASS.

Dès le mois de mars 2017, une première vague de 21 caisses, issue d'un nouvel appel à candidatures, démarre le dispositif ; les deux dernières vagues, dont le démarrage est planifié sur octobre 2017 et mars 2018 sont composées par la Caisse nationale.

La généralisation à l'ensemble du réseau, pour qu'elle réussisse, appelle la mise en œuvre de moyens et d'un pilotage à la hauteur de l'ambition. Ce pilotage, confié conjointement à la Direction des opérations de la CNAMTS et à la CPAM du Gard, s'est progressivement structuré autour des quatre axes suivants :

- ▼ **L'accompagnement au démarrage des organismes** s'appuie désormais sur un groupe de CPAM²², qui s'est particulièrement investi dans l'expérimentation de 2016, et qui agit en coordination avec la CNAMTS et la CPAM du Gard ; chaque CPAM d'appui est interlocuteur de premier niveau de quatre à cinq caisses de la vague concernée selon des critères géographiques et de taille. Cette organisation garantit la continuité du déploiement à l'ensemble du réseau, la solidité du processus de transmission du savoir-faire, des méthodes et des outils et contribue à la mobilisation collective. Elle favorise les interactions entre les organismes, développe les échanges aux différents niveaux et par conséquent agit favorablement sur l'enrichissement de la vie du réseau.

Quatre séminaires ponctuent la première année de démarrage : ils réunissent, selon leur contenu, les équipes de direction, les chefs de projet, l'encadrement de proximité des PFIDASS, les services médicaux et sociaux. Ces rencontres ont pour but de former les différents acteurs, de confronter les expériences, de prendre la mesure des résultats, et de vérifier collectivement la justesse du chemin emprunté. Les interventions des chercheurs, les témoignages vidéo d'assurés, les échanges entre acteurs locaux et acteurs nationaux contribuent à alimenter en sens une démarche qui l'exige de façon continue. L'accompagnement des organismes se poursuit la seconde année par une « visite conseil » au sein de chaque Caisse, assurée par un binôme CNAMTS/CPAM du Gard, afin de proposer aux Directions locales un regard croisé sur leurs résultats, leurs choix d'organisation, leurs pratiques

21 Intervention M. Revel précédemment citée

22 Outre celle du Gard, les CPAM des Flandres, des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes, de la Drôme, de la Somme, de la Charente sont CPAM d'appui à la généralisation.



et pour permettre à l'organisme national de disposer d'une vision de terrain de la démarche. À réception du rapport de visite, l'organisme est invité à produire un plan d'actions visant à procéder aux ajustements nécessaires. Un séminaire de restitution collective de ces échanges sur site vient clore, deux ans après le démarrage, l'accompagnement des Caisses.

- ▼ **Les coopérations CPAM/Services social et médical/Centres d'examen de santé** font l'objet, dès le début de l'année 2017, de directives nationales précises s'appuyant sur les enseignements des expérimentations. Il s'agit de passer en effet d'un partenariat reposant principalement sur des relations interpersonnelles locales à des coopérations formalisées dans une circulaire CNAMTS définissant la contribution de chaque acteur interne dans la construction du nouveau service offert à la population. Cette circulaire est donc une conséquence positive de la démarche, même si elle ne lèvera pas toutes les résistances que soulève un changement qui devrait, à terme, être porteur de synergie entre les métiers de l'Assurance Maladie.
- ▼ **Une offre nationale de formation** au repérage des situations et à l'accompagnement des renonçants est déployée par la Caisse nationale à partir de l'automne 2017 ; elle a pour objectif de préparer les équipes de terrain aux nouvelles pratiques induites par la PFIDASS : comment créer une relation de confiance dans laquelle les personnes renonçant à des soins vont oser exprimer, sans honte, leurs difficultés, comment interpréter des mots, des attitudes, comment se sentir légitime à aborder des questions pouvant paraître de prime abord intimes telles que la santé ? L'expérimentation a montré que, sans une formation capable « d'équiper » les acteurs de terrain et de leur apporter les outils utiles, l'intégration du repérage du renoncement aux soins aux pratiques professionnelles est vouée à l'échec. Ce dispositif a été conçu pour accueillir un millier d'agents, en charge du repérage et/ou de l'accompagnement, au cours des années 2017 à 2019²³.
- ▼ **L'accompagnement scientifique de la généralisation** est confié à l'ODENORE sur la période 2017/2019. L'importance de la démarche dans la politique d'accès aux soins de l'Assurance maladie, la mobilisation humaine qu'elle requiert, les moyens qu'elle nécessite imposent en effet une évaluation rigoureuse de ses effets à court et moyen terme sur les assurés accompagnés, sur les professionnels des CPAM, et une analyse de son inscription territoriale et de son articulation avec des actions et dispositifs préexistants. Pour la première fois de son histoire,

23 Sur la base d'un cahier des charges précis élaboré par la CNAMTS, l'Institut 4.10 a en charge la gestion de cette formation, qu'anime le Cabinet Plénitudes, prestataire ayant accompagné les équipes de plusieurs organismes de la vague expérimentale de 2016 dans le changement de posture induit par La PFIDASS.

l'Assurance maladie fait appel à une équipe de chercheurs pour observer et analyser, sur la longue durée²⁴, un processus innovant de création d'un service, pour définir des méthodologies, évaluer les effets de l'action, proposer des ajustements, apporter un capital de connaissances utiles pour alimenter le sens de l'action. La branche maladie, contrairement à la branche famille, n'a pas la culture de la recherche ; la coopération avec les chercheurs de l'ODENORE dans ce projet constitue par conséquent une démarche inédite. La question reste posée de la valorisation et de la diffusion de la production intellectuelle issue de cette coopération, ainsi que des enseignements qu'en tirera le grand service public de l'Assurance Maladie quant à la pérennisation d'une activité de recherche au sein de la Caisse Nationale et au développement de liens avec le monde de la recherche.

Le 28 mars 2017, le Directeur Général de la CNAMTS annonce à la presse la généralisation de la PFIDASS en France. L'information est largement reprise dans les quotidiens nationaux, parmi lesquels certains effectuent (Alternatives économiques, l'Obs...) des reportages dans des Caisses. Plusieurs organismes communiquent dans la presse régionale sur la création de la PFIDASS. Cette première communication dans les médias officialise, à l'intention des acteurs du secteur médico social, la volonté politique de l'Assurance Maladie de s'investir fortement sur le renoncement aux soins. Pour autant, elle ne génère pas un afflux de demandes des assurés, qui n'ont pas, ainsi que le montrent les travaux des chercheurs, identifié leur CPAM comme une structure en mesure de les aider en cas de difficultés. Quelques articles de presse ne peuvent modifier des représentations intégrées depuis des décennies.


V- Un avenir encore fragile pour la PFIDASS, étroitement lié aux orientations stratégiques de l'Assurance Maladie et à la COG 2018/2021 et à la force de l'engagement de ses dirigeants nationaux et locaux dans l'accès aux soins

Plusieurs milliers de français ont d'ores et déjà bénéficié d'un accompagnement par l'une des PFIDASS de l'Assurance maladie et ont pu trouver ainsi une issue à une situation de renoncement aux soins qui perdurait parfois depuis une longue période. On peut estimer qu'au terme de la généralisation, en extrapolant la productivité de la plateforme gardoise, le nombre de situations susceptibles d'être prises en charge par le réseau se situerait entre 50 et 100 000 par an. Bien sûr un tel résultat ne sera possible que si la Caisse Nationale, dans un contexte de contraintes budgétaires renforcées de la COG 2018/2021, fixe au réseau un niveau d'exigences élevé en termes de résultats²⁵ et si les dirigeants locaux prennent conscience que l'accès aux soins, dont la PFIDASS est un élément structurant, est au cœur de leur métier et pourrait, dans l'avenir, constituer une des missions justifiant le maintien d'un réseau départemental de Caisses.

Le chemin sera long avant que la PFIDASS n'acquière les caractéristiques d'une prestation

24 La coopération avec les chercheurs de l'ODENORE a débuté en 2013 (le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard) et se poursuivra jusqu'en 2019 avec le déploiement de la PFIDASS à l'ensemble du réseau.

25 Des objectifs personnels en termes de nombre de saisines de la PFIDASS ont été fixés aux Directeurs par la Caisse nationale à compter de l'année 2017.



légale, à l'instar, par exemple, de l'examen périodique de santé des Centres de Santé de l'Assurance Maladie. Prestation « d'accompagnement », la PFIDASS deviendrait un droit ouvert à toutes les personnes rencontrant des difficultés d'accès aux soins²⁶. Dans cette reconnaissance par le pouvoir législatif ou réglementaire, réside vraisemblablement l'une des conditions de sa pérennité : la PFIDASS, née de l'analyse scientifique d'une réalité sociale et de convictions partagées sur la nécessité d'agir ne pourra prospérer durablement de la seule impulsion émanant de la volonté militante de quelques acteurs locaux et nationaux. Son avenir est en partie lié à une décision des Pouvoirs Publics de lui conférer le statut de dispositif reconnu par la loi ; ce scénario pourrait ne pas se révéler totalement utopique si se poursuit l'effort d'évaluation jamais consenti jusqu'alors sur des démarches similaires : trois évaluations de l'efficacité de la PFIDASS gardoise sont intervenues ou planifiées (2015, 2016, début 2018), la première vague expérimentale de vingt-et-une CPAM a été évaluée fin 2016 et la première vague de l'année 2017 sera évaluée début 2018. Les résultats de ces premières évaluations réalisées par les chercheurs de l'ODENORE concordent et confirment la forte valeur ajoutée sociale des PFIDASS. Pour autant, ces évaluations gardent un caractère partiel et provisoire lié au contexte de démarrage de l'action. La prudence s'impose donc, tant que la généralisation ne sera pas effective et qu'une évaluation d'ensemble, en fin de COG 2018/2021, ne sera pas venue apporter les arguments de l'opportunité d'une décision politique d'institutionnalisation du dispositif.

Dans un pays où la santé constitue la préoccupation majeure des citoyens, la question de l'accès aux soins sera un enjeu de plus en plus prégnant, qui interpellera, au-delà de l'État, l'ensemble des acteurs, patients, offreurs de soins, assurance maladie et organismes complémentaires, associations caritatives...et cela d'autant plus que notre pays est marqué par de fortes inégalités sociales de santé, que l'accès aux soins peut se révéler être un parcours du combattant lorsque l'on ne dispose pas d'un capital informationnel et relationnel et que se multiplient les freins financiers. Il n'est pas certain que la tendance lourde d'évolution du système de soins français, confronté à de multiples tensions internes et à des évolutions techniques et technologiques rapides, penche, sur le moyen/long terme, vers une meilleure accessibilité par les patients. Cette évolution tendancielle ne peut manquer d'interroger le positionnement de l'Assurance Maladie en tant qu'acteur majeur de l'accès aux soins, sa stratégie dans ce domaine, l'organisation qu'elle mettra au service de cette stratégie et ses modalités d'action. Quel autre acteur national que l'Assurance Maladie peut porter un regard éclairé sur l'accessibilité du système et conduire une action cohérente, globale sur l'ensemble des facteurs susceptibles de contrarier le parcours de soins des assurés ? Elle tire cette légitimité d'être la

26 Il convient de ne pas se méprendre sur le terme de « prestation légale », qui ne prend pas ici le sens de prestation financière. Une nouvelle prestation financière, que d'aucuns imaginent résulter d'une décision politique future visant à supprimer les restes à charge sur les soins dentaires et d'optique, ne résoudrait pas le problème du renoncement aux soins. La grande complexité de ce phénomène, les multiples facteurs qui en sont à l'origine expliquent le fait que, dans la grande majorité des situations, l'issue réside dans un accompagnement adapté des personnes qui va bien au-delà de l'octroi d'une simple aide financière.

seule Institution dans le domaine de la santé en contact quotidien avec la population, d'être un passage obligé pour accéder aux soins, de disposer d'un capital unique de connaissances, de savoir-faire, et des hommes et des outils pour agir. Enfin, l'Assurance Maladie dispose d'un autre capital sans pareil : le capital confiance que les français lui accordent et leur attachement à la pérennité de l'Institution. S'ils n'ont pas identifié parmi les missions institutionnelles celle consistant à offrir un recours en cas de difficulté d'accès aux soins, l'expérience de la PFIDASS fait apparaître qu'il faudrait peu de temps pour que le réseau des CPAM soit reconnu comme acteur de référence de l'accessibilité.

Dès lors, si cette orientation stratégique venait à s'imposer, l'avenir de la PFIDASS serait tout tracé : de la prise en charge du renoncement aux soins pour des raisons essentiellement financières, le dispositif a vocation à devenir l'instrument majeur de la politique d'accès aux soins de l'Assurance Maladie, ce qui impliquerait la prise en charge de toute difficulté d'accès, quelle que soit sa nature, et l'évolution vers une PFIDASS universaliste.