

## Les enjeux de l'accès aux soins pour l'Assurance maladie et son réseau

Par **Delphine Champetier de Ribes**, *Directrice de l'offre de soins à la CNAM*



*Delphine Champetier de Ribes vient tout juste d'être nommée directrice de l'offre de soins à la CNAM, après avoir exercé, depuis septembre 2017, la fonction de directrice de cabinet de Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie.*

*Elle occupait précédemment la fonction de conseillère référendaire à la Cour des comptes, institution qu'elle a rejoint en tant qu'auditrice en 2012, à sa sortie de l'ENA (promotion Jean-Jacques Rousseau). À ce titre, elle a notamment été en charge de l'élaboration du rapport annuel sur le financement de la Sécurité sociale.*

Le fondement même du système d'assurance maladie en France est de soigner en fonction des besoins, indépendamment des ressources et des moyens dont chacun dispose.

L'accès aux soins recouvre de nombreuses dimensions. Il s'agit bien sûr d'avoir les moyens financiers pour payer les soins reçus, mais également de pouvoir accéder géographiquement à ces soins, ou de bien comprendre l'organisation du système de santé pour savoir comment s'orienter, vers quels professionnels de santé se tourner.

L'enjeu de l'accès aux soins est avant tout un enjeu de santé publique : parce que l'accès aux soins est aisé, la population se soigne mieux, peut s'inscrire plus facilement dans une démarche de prévention, et donc rester en bonne santé plus longtemps. C'est également un enjeu d'équité : il est essentiel de tout mettre en œuvre pour qu'indépendamment de son niveau de revenu ou de sa situation géographique (grande ville ou ruralité par exemple) les assurés puissent partout bénéficier d'une prise en charge de qualité.

C'est donc logiquement que l'accès aux soins constitue depuis longtemps la première des missions de l'Assurance maladie et de son réseau, celle dont découlent toutes les autres, ainsi que le réaffirme la nouvelle convention d'objectifs et de gestion que l'Assurance maladie vient de signer en février dernier. La question de l'accès aux soins s'inscrit pour l'Assurance maladie dans une approche globale, car elle suppose de mettre en œuvre et de déployer plusieurs dispositifs qui convergent tous vers ce même objectif.

Pour tenir cet engagement, l'Assurance maladie dispose d'un ensemble de leviers (notamment celui de la politique conventionnelle qu'elle mène avec l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville) et elle peut compter sur l'implication de son réseau de caisses primaires, au contact et au service des assurés pour les accompagner et les guider dans leur accès aux soins. Le réseau de l'Assurance maladie identifie les besoins d'accès aux soins grâce à sa proximité avec les assurés et met en œuvre localement les orientations nationales, qu'il a parfois contribué à définir.



## Un taux de prise en charge des dépenses de santé globalement élevé

Il faut rappeler qu'en France, le taux de prise en charge des dépenses de santé est globalement très élevé : seul 8 % des dépenses de santé des ménages français restent à leur charge. Concrètement, selon la DREES, sur une dépense moyenne de presque 3 000 euros, un ménage en France n'en supporte que 250 euros directement. Il est essentiel de souligner qu'il s'agit d'un des taux les plus faibles de la quarantaine de pays développés qui composent l'OCDE. À titre d'exemple, la part restant à la charge des patients est supérieure à 40 % en Lettonie, équivalente à 24 % de la dépense en Espagne et à 15 % de la dépense en Grande-Bretagne (OCDE 2017). En moyenne le reste à charge dans les pays de l'OCDE est plutôt situé autour de 20 %. Ce niveau de protection ou de couverture face au risque maladie résulte de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire d'environ 78 % des dépenses de santé des ménages, et par la prise en charge de 13 % de ces dépenses par l'Assurance maladie complémentaire.

L'Assurance maladie et son réseau mettent en œuvre de nombreux dispositifs nationaux visant à renforcer l'accès aux soins.

Plusieurs réformes mises en œuvre par l'Assurance maladie contribuent à garantir un accès aux soins, notamment aux personnes les plus précaires.

La **couverture maladie universelle complémentaire** a été mise en place il y a dix-huit ans pour garantir l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Elle complète les prises en charges de l'Assurance maladie obligatoire. Le réseau de l'Assurance maladie est chargé d'ouvrir et de contrôler les droits des assurés à cette protection maladie complémentaire, à partir de l'étude de leurs ressources. La CMU-C bénéficie désormais à plus de cinq millions de personnes et leur permet de bénéficier de soins à tarifs opposables c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires, et de prix encadrés pour un panier de soins élargis, notamment pour les soins dentaires. Les bilans réalisés chaque année par le fonds CMU-C montrent que les bénéficiaires en termes d'accès aux soins sont réels, car cette couverture permet de réduire de moitié le renoncement aux soins pour des raisons financières, toutes choses égales par ailleurs.

L'Assurance maladie assure également la promotion et la mise en œuvre de **l'aide à la complémentaire santé (ACS)**, créée en 2005 et réformée en 2015. Cette aide permet à 1,5 million de personnes d'obtenir un chèque pour leur permettre de financer l'acquisition d'une complémentaire santé.

La mise en place par l'Assurance maladie à partir de 2016 de la **protection maladie universelle**, entend parachever l'universalité de la protection maladie. En fondant la protection sur deux critères, la résidence stable et régulière ou le travail, cette réforme a contribué à simplifier les conditions d'accès et à limiter les risques de rupture de protection liée à des déménagements ou des changements de situations professionnelles.

Dernière réforme visant à favoriser l'accès aux soins, le tiers payant, c'est-à-dire le paiement direct au professionnel de santé pour éviter à l'assuré de déboursier de l'argent pour une consultation et d'attendre de se faire rembourser, se déploie progressivement. La nécessité de faire l'avance des frais a en effet été identifiée comme un facteur de renoncement aux soins par plusieurs études. Pour une partie de la population, payer une consultation même sans dépassement peut se révéler très difficile – et expliquer parfois une orientation vers les urgences hospitalières. C'est pourquoi la mise en place du **tiers payant** a concerné en priorité les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire puis ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé. La pratique du tiers payant pour les personnes bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS est désormais supérieure à 95 %, même si elle est encore inégale au sein des professions de santé. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tiers payant est devenu un droit pour les soins pris en charge au titre de la maternité ou pour l'ensemble des personnes atteintes d'une affection longue durée, qui ont donc des dépenses de santé plus fréquentes que la moyenne des français. Le taux de tiers payant pour les soins en rapport avec l'ALD était supérieur à 80 % au début de l'année 2018.

Au-delà des réformes mises en œuvre par l'Assurance maladie, l'accord national interprofessionnel a par ailleurs rendu obligatoire en 2014 la couverture maladie complémentaire pour les salariés du secteur privé ainsi que la portabilité des droits en cas de chômage sur un maximum de douze mois. Cet accord offre plusieurs garanties relatives au ticket modérateur sur les consultations, au forfait journalier hospitalier, aux soins dentaires et aux soins d'optique.

Actuellement, on estime que la part de la population qui n'est pas couverte par une complémentaire santé est inférieure à 5 %. Pour autant, plus de 70 ans après la création de la sécurité sociale, malgré le déploiement de tous ces dispositifs, et bien qu'on demeure en France dans une situation globalement plus favorable que celle de beaucoup d'autres pays, l'amélioration de l'accès aux soins demeure un objectif prioritaire pour l'Assurance maladie et son réseau.

## Des difficultés financières pour accéder aux soins qui persistent

Les assurés sont encore aujourd'hui confrontés à des contraintes financières pour accéder à certains soins.

Les baromètres de renoncement aux soins qui ont été créés en 2014 par la caisse primaire du Gard et l'Observatoire du non recours aux droits et services (ODENORE) démontrent que les principales raisons du renoncement aux soins demeurent financières. Dans le dernier baromètre pour l'année 2017, parmi les 25 % de personnes déclarant avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois, 57 % évoquent les restes à charges et 9 % les incertitudes concernant l'ampleur de ces derniers.

La progression continue de la couverture des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire au cours des dernières années est en partie liée à la progression de la couverture à 100 % pour les personnes qui ont des maladies chroniques (affections longue durée- ALD). Les patients en ALD représentent plus de dix millions de personnes et, pour cette population, les restes à charges sont bien plus faibles que ceux de l'ensemble de la population – encore qu'ils puissent parfois être importants en valeur absolue. Pour les autres patients, majoritaires, les restes à charge sont plus élevés que ceux de l'ensemble de la population.



En outre, dans certains secteurs, le niveau de prise en charge des soins par l'Assurance maladie obligatoire est plus faible et, en fonction du niveau de protection proposé par la couverture complémentaire, les sommes restant à payer par l'assuré peuvent se révéler importantes. Ainsi pour les soins dentaires, pour lesquels l'Assurance maladie n'est actuellement financeur qu'à hauteur de 30 %, le renoncement aux soins est estimé à près de 25 %, et peu de personnes peuvent supporter le coût de certains soins, qui peuvent représenter plusieurs milliers d'euros de reste à charge. Les secteurs de l'optique et de l'audioprothèse sont également concernés par ces restes à charges importants qui peuvent limiter l'accès à ces soins pour une partie de la population.

Il est également important de rappeler que la couverture complémentaire n'est pas universelle, notamment au sein des populations les plus précaires. Selon l'IRDES, l'accord national interprofessionnel a permis de réduire le nombre de personnes sans complémentaire santé. En revanche, il n'a eu que peu d'effets sur les personnes les plus fragilisées et les plus âgées et conduit à l'accroissement de l'écart de coût moyen entre contrat collectif et contrat individuel. Actuellement on dénombre 5 % de personnes non couvertes par une complémentaire santé pour l'ensemble de la population française, mais ce résultat atteint 12 % dans le groupe constitué des 20 % les plus pauvres. Les personnes non couvertes sont deux fois plus nombreuses à ne pas avoir consulté de médecin au cours des douze derniers mois.

## Des difficultés territoriales pour accéder aux soins

Ces dernières années, il est apparu que la difficulté d'accès aux soins pouvait également être territoriale ou géographique : pour accéder aux soins il faut pouvoir avoir accès à des professionnels de santé dans un périmètre raisonnable et dans un délai raisonnable, or cela devient parfois difficile, surtout pour certaines spécialités, notamment les médecins généralistes et certaines autres spécialités (gynécologues, dermatologues, ophtalmologues etc.).

Selon la DREES, environ 8 % de la population vit dans une zone « sous dotée » ou fragile en matière d'accès aux soins. Dans le contexte de vieillissement de la population et de chronicisation des pathologies, cette raréfaction de l'offre de soins est accentuée par une inégale répartition des professionnels de santé sur tout le territoire français, les écarts de densité des professionnels de santé pouvant aller du simple au double suivant les départements.

## Un système de santé où il est parfois complexe de connaître ses droits et de s'orienter

Enfin, la difficulté d'accès aux soins n'est pas qu'une question financière ou géographique : elle est aussi liée à la bonne connaissance du système de santé que peuvent avoir (ou pas) les assurés, à la maîtrise des différents outils et dispositifs existants.

Or, reconnaissons-le, notre système de protection, avec ces différents régimes, ces différents assureurs, ces différents niveaux de protection au sein des contrats complémentaires peut se révéler d'une complexité redoutable.

À cette complexité du système s'ajoute une complexité liée à l'accès à ces services : la digitalisation des contacts progresse chaque jour, mais tout le monde n'est pas encore en capacité de comprendre les démarches à effectuer, de savoir quel numéro appeler, quels formulaires compléter (plus d'une dizaine de pages encore pour le formulaire CMU-C, même si une simplification est en cours). La lourdeur des démarches administratives - Il faut rappeler que 30 % des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas, ce qui représenterait entre 1,5 millions et 2,8 millions de personnes.

## Le rôle de l'Assurance maladie et de son réseau de caisses primaires pour renforcer l'accessibilité au système de santé

L'Assurance maladie et son réseau ont orienté leurs actions dans trois directions principales, qui sont convergentes, pour renforcer l'accès aux soins : la lutte contre les causes financières du renoncement aux soins, la contribution à une meilleure organisation des soins pour faciliter leur accès et l'accompagnement des assurés pour leur permettre d'accéder à leurs droits et les orienter dans le système de santé.

Ces orientations, dont une partie a été co-construite avec le réseau de l'Assurance maladie, mobilisent pour leur mise en œuvre l'ensemble des caisses primaires.

## Continuer de lutter contre les causes financières du renoncement aux soins

L'amélioration de l'accès aux soins constitue un des objectifs des politiques conventionnelles que l'Assurance maladie conduit avec les professionnels de santé libéraux.

La limitation des dépassements d'honoraires chez les médecins fait ainsi partie des priorités de l'Assurance maladie et de son réseau. Le contrat d'accès aux soins que l'Assurance maladie a mis en place dans le cadre de la précédente convention médicale a permis de stopper durablement l'augmentation continue depuis 1980. Ces médecins signataires d'un contrat d'accès aux soins se sont engagés à maintenir ou à faire progresser leur part d'activité à tarif opposable et à stabiliser leur taux de dépassement d'honoraires constaté en 2012. L'Assurance maladie s'est, elle, engagée à aligner le niveau de remboursement des patients de ces médecins sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 et à leur faire bénéficier des différentes revalorisations de leur activité applicables aux médecins de secteur 1. En outre, leur activité réalisée à tarifs opposables est valorisée par la prise en charge d'une partie des cotisations sociales sur les seuls honoraires correspondants. À partir du moment où a été mis en place ce dispositif de régulation tarifaire, la tendance à l'augmentation des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 a été pour la première fois inversée, avec une baisse de ce taux de dépassement de plus de cinq points. Il se situe à 50 % en 2016 après une baisse continue, quatre ans de suite. La dernière convention médicale, conclue à l'été 2016, a renouvelé le dispositif (qui s'appelle désormais OPTAM) et l'a élargi aux médecins chirurgiens obstétriciens. On compte actuellement plus de 16 000 médecins signataires.



---

Dans le cadre des orientations définies par le gouvernement pour aboutir à un reste à charge 0 dans le secteur dentaire, l'Assurance maladie conduit actuellement des négociations afin de limiter les restes à charges pour les assurés, en instaurant, en contrepartie d'une revalorisation financière des soins conservateurs, des plafonds de dépassements pour une partie des prothèses dentaires, et en constituant ainsi des paniers de soins à tarif opposables pour l'ensemble de la population.

## Contribuer à une meilleure organisation des soins pour faciliter leur accessibilité

L'Assurance maladie et son réseau mettent également en œuvre des mesures de régulation des installations des professionnels de santé. Afin de favoriser une répartition équitable des professions de santé sur le territoire, l'Assurance maladie a mis en place une régulation de l'installation pour les infirmiers, les masseurs kinés et les sages-femmes. Pour ces professions, une installation dans les zones considérées comme « sur dotées » n'est possible qu'au moment du départ d'un professionnel de santé. Ces mesures ont contribué à améliorer la répartition des infirmiers.

Le plan gouvernemental visant à renforcer l'accès aux soins annoncé en octobre dernier a confié plusieurs missions à l'Assurance maladie et son réseau. En lien avec les agences régionales de santé, le réseau de l'Assurance maladie travaille à simplifier au maximum l'installation des professionnels de santé, en limitant autant que possible les démarches administratives et en leur proposant quelques éléments d'analyse pour choisir au mieux leur implantation. L'Assurance maladie a engagé une négociation avec les médecins visant à généraliser l'usage de la télémedecine en ville. Parce qu'elle abolit les distances, la télémedecine peut constituer un outil important pour faciliter l'accès aux soins, notamment l'accès aux médecins spécialistes. L'objectif est de créer les conditions d'un déploiement rapide et facilité de la téléconsultation et de la télé expertise (quand un médecin sollicite l'avis d'un confrère).

La coordination entre les professionnels du soin et du médico-social constitue une autre condition essentielle d'accès à un parcours de soins de qualité. Aussi, l'Assurance Maladie encourage le développement de l'exercice pluri professionnel ou regroupé, en assurant notamment la promotion de l'accord interprofessionnel de 2017 qui renforce l'attractivité ce type d'exercice ambulatoire. La rémunération des 540 maisons de santé pluri-professionnelles qui ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel est d'ailleurs en forte augmentation cette année, et contribue à valoriser financièrement l'accès aux soins proposé aux patients (amplitude des horaires d'ouverture, accès aux soins non programmés...). Le réseau de l'Assurance maladie apportera également, en lien avec les agences régionales de santé, son expertise à l'appui des projets de création des structures pluri-professionnelles ou de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), à la fois dans le cadre des études préalables de besoin, et dans les démarches nécessaires à la création de la structure.

L'Assurance maladie et son réseau contribuent également à la mise en place du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) créé par l'article 51 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit d'accompagner des projets innovants, issus des territoires, repérés par le réseau de l'Assurance maladie et dérogeant à des règles d'organisation ou de compétences mais qui présentent un intérêt pour la qualité et la pertinence du système de santé. Cela peut concerner par exemple une évolution de la prise en charge par plusieurs professionnels de santé autour d'un épisode de soins, ou la valorisation de la qualité des soins délivrés par une équipe soignante. Ces innovations seront sélectionnées, accompagnées, évaluées et si elles le méritent, généralisées. Elles pourront pour certaines d'entre elles contribuer à améliorer l'accès aux soins, en favorisant les échanges entre les professionnels de santé, en fluidifiant les parcours des patients entre la ville et l'hôpital par exemple.

## Proposer un accompagnement personnalisé aux assurés, aux plus près de leurs besoins

Le réseau de l'Assurance maladie veille également à mettre en place un accompagnement personnalisé auprès des assurés qui sont à la recherche d'un médecin traitant. Dans quelques zones peu dotées en médecins généralistes, le départ à la retraite d'un médecin peut conduire sa patientèle à se retrouver parfois pendant de longues périodes sans médecin traitant. Les caisses primaires veillent donc à prévenir aussi en amont que possible la patientèle du médecin partant de l'importance de rechercher un autre médecin traitant. Elles peuvent également accompagner et aider l'assuré dans ces démarches si elles s'avèrent difficiles, notamment pour les patients en ALD, qui consomment plus régulièrement des soins. Enfin, elles s'assurent que les patients ne sont pas pénalisés financièrement pendant cette période de recherche.

Au cours des dernières années, le réseau des caisses primaires a été à l'origine de deux dispositifs de renforcement de l'accès aux droits et aux soins qui sont progressivement devenus des dispositifs nationaux.

**Le premier est le Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, des Ruptures (PLANIR).** Il constitue l'aboutissement d'une réflexion commune des trois composantes de l'assurance maladie : les caisses primaires, le service médical et le service social.

Ce plan propose un ensemble d'actions concrètes qui sont destinées à limiter les situations de non recours, d'incompréhensions, ou de ruptures dans le parcours de soins. Plus particulièrement, cinq processus sensibles ont fait l'objet d'une analyse des risques : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'accès à la complémentaire santé (ACS), les indemnités Maladie et Invalidité, les frais de santé.

Des repérages parmi les situations à risques ont été faits au fil de l'eau à partir de 2013-2014, parmi le flux d'assurés qui se rendaient à l'accueil des CPAM, ou lorsqu'ils étaient convoqués par le service médical, dans le but de comprendre puis tenter de modéliser les raisons du renoncement aux soins et des difficultés d'accès aux soins. Les actions issues de cette réflexion ont été préalablement expérimentées par les membres du groupe de réflexion, puis les organismes du réseau ont été invités à les engager en les adaptant à leur contexte et leurs contraintes locales.



Une première évaluation du PLANIR réalisée en 2015 a démontré la forte mobilisation du réseau. En effet, plus de 6 000 actions visant à améliorer l'accès aux soins avaient été engagées par les caisses primaires – certaines d'entre elles étant bien sûr parfois proches. La Caisse nationale a pu ainsi, au sein de ce vivier d'actions, identifier et labelliser six actions « repères » afin qu'elles soient mises en œuvre dans toutes les caisses primaires, pour garantir une homogénéité des services proposés sur tout le territoire. Parmi les six actions retenues figuraient le parcours Santé Jeunes, l'accompagnement des enfants de l'aide sociale à l'enfance, l'optimisation des relations CPAM/PASS, le parcours CMU-C/ACS, la ligne d'appel d'urgence, et une expérimentation menée dans le Gard, la plateforme départementale d'accès aux soins et à la santé (PFIDASS).

Le deuxième dispositif pour renforcer l'accès aux soins mis en œuvre par l'assurance maladie est la généralisation de la Plateforme départementale d'aide aux soins et à la santé (PFIDASS) repérée dans le cadre de la première démarche.

Lancé sous forme d'expérimentation en novembre 2014, ce dispositif de lutte contre le renoncement aux soins se généralise progressivement à l'ensemble du territoire depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017.

Concrètement, lorsqu'une difficulté d'accès aux soins est repérée, la réponse de l'Assurance Maladie, avec l'aide de ses partenaires, consiste en un accompagnement personnalisé à trois niveaux. Le premier niveau vise à réaliser un bilan exhaustif des droits aux prestations. Le deuxième niveau propose, et c'est essentiel, une explication approfondie sur les potentialités et les usages de ces droits (allant jusqu'à l'accompagnement dans la bonne utilisation du chèque pour accéder à la complémentaire santé, par exemple). Le troisième niveau permet une orientation dans le système de soin et un accompagnement au montage financier. Cette prise en charge du financement se construit le cas échéant avec l'aide de plusieurs partenaires pour éviter les restes à charge auxquels la personne ne pourrait faire face.

Ce dispositif induit une nouvelle approche pour l'Assurance Maladie. Elle met en place une stratégie différenciée suivant ses publics, en allant au-devant des personnes qui méconnaîtraient leurs droits administratifs. Elle se charge également de repérer, en partenariat étroit avec les autres acteurs de la santé et du social, les personnes qui rencontreraient des difficultés pour accéder aux soins, voire qui renonceraient à se soigner. Ainsi les agents des caisses sont-ils désormais formés à détecter, lors de leurs échanges avec les assurés, leurs éventuelles difficultés de santé.

L'objectif est de détecter les situations de renoncement aux soins et de proposer, dans le cadre d'un accompagnement global et personnalisé, les actions permettant aux assurés d'accéder aux prestations en espèces et aux soins dont ils ont besoin, en délivrant si nécessaire une aide au titre de l'action sanitaire et sociale. Une attention toute particulière est portée aux personnes en situation de handicap.

## Deux conditions sont essentielles à réunir pour permettre le succès de la démarche

La première est la coopération avec le réseau des acteurs locaux. Le dispositif repose également sur une coopération étroite avec les autres acteurs du tissu local : professionnels de santé, collectivités territoriales, caisses communales d'actions sociales, établissements hospitaliers, organismes complémentaires... au service de l'identification des situations sensibles et de l'accompagnement individualisé et proactif des assurés concernés. Ce sont d'ailleurs souvent eux, et non l'assuré, qui saisissent les caisses primaires de ces situations problématiques. Ce dispositif d'accompagnement d'accès aux soins ne peut être efficace que s'il fait l'objet d'une véritable appropriation par le réseau des caisses primaires, car c'est forcément au niveau local, de proximité, de contact avec les usagers du système de santé qu'il prend tout son sens.

La seconde est la poursuite de la professionnalisation des agents des caisses primaires sur cette problématique particulière de l'accès aux soins. Les agents d'accueil dans les Caisses forment ainsi une composante essentielle de cette démarche car 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 3 facteurs. Depuis plusieurs années l'Assurance maladie met en avant le changement de posture nécessaire pour les agents d'accueil afin d'être dans une démarche d'accompagnement des assurés, de détection de situations à risques. Le repérage des difficultés d'accès aux soins est ainsi venu prolonger logiquement des missions et attitudes déjà maîtrisées. Par ailleurs des formations approfondies ont pu constituer 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. Enfin les managers ont soutenu efficacement leurs équipes et réussi le passage du volontariat de quelques-uns à l'ardente obligation pour tous.

La facilitation de l'accès aux droits est également à la base de tout travail social. Le service social de l'Assurance maladie œuvre aussi en faveur de l'accès aux soins pour tous. Tous les assurés reçus par le service social bénéficient d'une étude de leur situation en matière de droits à la santé et d'accès aux soins, le service social pouvant désormais s'appuyer sur l'expertise des services administratifs des CPAM et sur celle des PFIDASS pour accompagner les assurés en situation de renoncement aux soins. À mesure que les problématiques d'accès aux soins sont prises en compte et en charge par plusieurs services administratifs des CPAM, le service social peut recentrer son intervention auprès des publics qui renoncent aux soins pour des freins sociaux, culturels ou psychosociaux complexes, car la santé peine à être une priorité ou un sujet de préoccupation dans un contexte où les difficultés économiques, professionnelles ou familiales sont prégnantes.

La généralisation de ce dispositif sera achevée au printemps 2018, et il aura vocation à monter en charge au cours des prochaines années dans une logique de complémentarité avec d'autres acteurs (guichets sociaux des collectivités locales, associations,...). L'objectif qui figure dans notre convention d'objectifs et de gestion est d'accompagner 100 000 personnes par an d'ici 2021.



Pour prolonger la démarche, la CNAM va également créer cette année en son sein une mission nationale chargée d'approfondir nos actions d'évaluation et de recherche sur ce sujet, de construire le cadre stratégique d'action de la branche et veiller à la cohérence d'ensemble des démarches initiées localement, avec également des volets évaluation, prospection et réalisation, en lien étroit avec le réseau mais également avec les autres branches, accompagnés par des universitaires et des chercheurs. L'objectif sera de conduire des activités de prospective et de diffusion des enseignements de la recherche sur le renoncement.

Enfin, afin de garantir à la fois le partage des bonnes pratiques et une homogénéité des services sur tout le territoire, un système d'animation régionale du dispositif sera mis en place à compter de janvier 2019, dans le prolongement de la création de la mission nationale sur l'accès aux soins. Au sein de chacune des régions, une caisse primaire référente, fortement impliquée dans l'évaluation au long terme des plateformes, aura en charge la détection des bonnes pratiques et les difficultés opérationnelles, l'actualisation des indicateurs de pilotage, l'organisation d'une supervision croisée des plateformes, la caractérisation et l'optimisation de la trajectoire détection / accompagnements, la coordination de la production des rapports annuels d'activité des PFIDASS et la professionnalisation des acteurs notamment dans les domaines de l'accompagnement et du management d'une plateforme.

## Conclusion

L'accès aux soins demeure une priorité absolue pour l'Assurance maladie et son réseau. Cet objectif nécessite de mobiliser un ensemble de leviers qu'ils soient tarifaires, organisationnels ou pédagogiques, d'accompagnement. C'est la cohérence de l'ensemble de ces leviers qui peut garantir une amélioration de l'accès aux soins pour les usagers du système de santé. Une des particularités de la démarche de l'Assurance maladie pour renforcer l'accès aux soins est qu'elle a été en partie co-construite avec notre réseau de caisses primaires, car pour être efficaces ces actions en faveur de l'accès aux soins doivent être conçues en proximité avec les besoins observés chez les assurés.