

## Les articulations entre politiques nationales et locales en matière d'accès aux soins au sein de l'Assurance Maladie : quel rôle pour les acteurs locaux dans l'accès aux soins ?



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

L'objectif d'un meilleur accès aux soins pour la population mobilise, sur les territoires, au-delà de l'Assurance Maladie, un grand nombre d'intervenants du secteur médico-social, qui ont pour mission de mettre en œuvre des politiques publiques, des textes règlementaires, des dispositifs, des programmes, des incitations ou recommandations. Bien souvent, ces politiques poursuivent plusieurs finalités, l'accès aux soins n'apparaissant pas toujours comme une finalité première, ce qui ne facilite pas la lisibilité de l'effort global consenti pour permettre l'accès aux soins. Tel est le cas pour des dispositifs comme SOPHIA<sup>1</sup>, PRADO<sup>2</sup>, ou le DMP<sup>3</sup> dont la contribution à l'accès aux soins est fortement liée au sens que l'on donne à cette notion. En outre, au fil des années, les actions ayant pour but de garantir l'accès aux soins se sont diversifiées et complexifiées, pour former un ensemble peu lisible pour les professionnels et abscons pour la population.

Dans ce contexte, dire en quoi consiste leur politique d'accès aux soins, pour les acteurs locaux de l'Assurance maladie, est un exercice difficile, dans la mesure où il s'agit d'une mission originellement au cœur de leur métier, raison d'être de la Sécurité sociale, et où toute intervention de l'Institution peut, *in fine*, être reliée à cette finalité : rembourser un soin, informer, accompagner un assuré, verser des revenus de remplacement, attribuer la CMU-C, ... constituent des activités qui contribuent à l'accès aux soins, tout autant que les missions visant à mieux maîtriser les dépenses afin de garantir la soutenabilité du système de soins, à améliorer

1 SOPHIA est le service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance maladie, créé en 2008.

2 PRADO est un service d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés, créé par l'Assurance maladie en 2010.

3 DMP : le dossier médical partagé permet de conserver les données de santé du patient et d'en permettre l'alimentation et l'accès en ligne par les professionnels de santé ; sa diffusion généralisée débute en octobre 2018 par les CPAM et ses partenaires.



l'efficacité des pratiques médicales, à lutter contre les comportements abusifs, à développer les nouvelles organisations de soins...

Dans un objectif de clarification, on considèrera que relèvent d'une politique locale d'accès aux soins les actions consistant à apporter des réponses à des difficultés identifiées d'accès aux soins, qu'elles donnent lieu à des prises en charge individualisées ou à des interventions sur l'offre de soins.

L'objet du présent article est de mettre en évidence la valeur ajoutée de l'action locale, et l'articulation entre les niveaux national et local, en examinant d'une part les actions visant les assurés (II), d'autre part celles concernant spécifiquement l'offre de soins (III). Au préalable, nous nous interrogerons sur le regard que portent les dirigeants des organismes sur la question de l'accès aux soins et sur la place qui lui est faite dans les stratégies locales et dans les organisations (I).

## I- L'accès aux soins, une mission qui manque de structuration et inégalement investie au sein des CPAM

Quatre raisons majeures, parmi d'autres, éclairent ce constat :

- ▼ Jusqu'à une période récente, l'aide aux personnes ne pouvant se soigner pour des raisons financières relevait des Conseils Généraux, à travers l'aide médicale départementale. Les CPAM contribuaient certes à l'accès aux soins des personnes les plus démunies en versant des secours sur leur budget d'action sociale. Cependant, confortées par l'absence de réels engagements dans les premières COG<sup>4</sup>, par le rôle dévolu aux Conseils Généraux, les Caisses ont peu investi l'accès aux soins, considérant que cette responsabilité ne relevait pas de leur cœur de métier. La mise en œuvre de la CMU à partir de janvier 2000 n'amorce qu'un changement modeste dans la définition des orientations. Ainsi, dans la COG 2000/2003, l'accès aux soins ne constitue pas un axe prioritaire, et apparaît comme une dimension, parmi d'autres, de la qualité de service, limitée au champ de la mise en œuvre de la CMU d'une part, de l'examen des situations individuelles par l'Action sanitaire et Sociale des Caisses d'autre part. Les publics visés étaient alors les bénéficiaires de la CMU et ceux « en marge de la CMU ». Il convient de rappeler qu'au cours de cette période, les Caisses sont durablement confrontées à des difficultés d'écoulement de la charge de travail et sont à la recherche de solutions d'organisation pour enfin maîtriser la production et faire progresser la qualité de service. L'accès aux soins n'est pas véritablement à l'agenda des équipes dirigeantes, et relève du fonctionnement courant du service social et de la commission d'action sociale au sein de la CPAM. Cependant, à partir de 2003, certains Organismes créent des dispositifs locaux d'aide à la mutualisation,

4 Les COG 1997/1999 et 2000/2003 notamment.

considérant que l'acquisition d'une complémentaire santé participe grandement à l'accès aux soins.

- ▼ La seconde raison pouvant expliquer l'inconsistance, voire l'absence, au niveau local, de politiques structurées d'accès aux soins tient au fait que les objectifs originels assignés au dispositif CMU, complété plus tard par celui de l'aide à la complémentaire santé (ACS), pouvaient laisser penser que les obstacles à l'accès aux soins des personnes les plus modestes étaient définitivement levés et que l'urgence portait sur l'accueil de cette nouvelle population de la CMU et sur le respect des délais de traitement de leurs dossiers. Le phénomène du renoncement aux soins n'était pas alors un problème identifié, ni un objet de réflexion ou de préoccupation pour l'Assurance Maladie. Il faut convenir que cette notion était encore peu mobilisée dans le débat public à cette période.
- ▼ L'Institution a en effet sous-estimé les difficultés d'accès aux soins de toute nature persistant malgré les dispositifs nationaux existants dont la CMU, faute de s'être appropriée les travaux de recherche pourtant largement connus ou d'avoir lancé les études et enquêtes qui auraient permis de mettre en évidence la réalité des difficultés d'accès. La démarche aboutissant à la généralisation des plateformes d'intervention départementales d'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) et les diagnostics préalables réalisés dans chaque département, sous la direction scientifique des chercheurs de l'ODENORE<sup>5</sup>, en comblant partiellement ce déficit de connaissances à partir de 2014, ont suscité une prise de conscience du phénomène du renoncement aux soins au sein de la branche et interpellé les dirigeants locaux dans l'exercice de leurs responsabilités.
- ▼ Au cours de la première décennie des années 2000, l'accès aux droits, au sein des organismes, a constitué la priorité et a pris le pas sur la question de l'accès aux soins. Il s'agissait alors essentiellement d'éviter des ruptures sur les droits de base : les caisses relançaient systématiquement les assurés identifiés dans les fichiers par une absence de droits. Plus tard, à partir de 2010, puis sous l'effet de la démarche PLANIR, est apparue la notion de « non recours aux droits » appliquée essentiellement à la CMU-C et à l'ACS, traduite dans les contrats pluriannuels de gestion par des objectifs opposables aux CPAM.

D'autres raisons pourraient être invoquées pour expliquer le caractère modeste des politiques locales d'accès aux soins des CPAM, et notamment des questions de légitimité au regard de celles d'autres acteurs, des questions de moyens au regard des milliers de suppressions d'emplois qui affectent la branche depuis une quinzaine d'années, des questions de compétence au regard de la complexité de l'action en ce domaine... Il en résulte aujourd'hui un regard diversifié des dirigeants locaux sur le bien-fondé d'un investissement prioritaire sur cette mission et, au sein des CPAM, des organisations demeurant sur un modèle traditionnel dans lequel l'accès aux soins est une mission éclatée sur plusieurs métiers et responsabilités, sans synergie apparente, sans pilotage clairement identifié et sans outillage permettant la mesure des actions conduites localement.

5 ODENORE : observatoire des non recours aux droits et services.



## II- Les actions locales d'accès aux soins menées en faveur des assurés : à la liberté d'initiatives laissée au réseau a succédé une « ardente obligation de faire » dans un cadre national structuré

Historiquement, l'accès aux soins, la prévention, l'accès aux droits constituaient une zone de « liberté », tant pour les dirigeants et que pour les Conseils locaux, dans laquelle ont pu, ici ou là, s'instaurer des partenariats fructueux : certains organismes ont investi ce champ encore libre, d'autres non, selon les sensibilités et aptitudes du moment. La démarche PLANIR en 2013 a structuré l'accès aux droits en systématisant sur l'ensemble des processus d'activité l'analyse du risque de non recours et a fait obligation pour chaque organisme d'élaborer un plan d'actions ; logiquement, l'action contre le non recours aux droits devait donner naissance dans une seconde étape, à une réflexion sur le non recours aux soins, dès 2015, qui a abouti à un cadrage national pour l'action, qui s'impose aujourd'hui au réseau à travers la généralisation de la PFIDASS.

**Dès l'origine, on constate donc un foisonnement d'initiatives,** d'ampleur inégale selon les organismes, formant un ensemble hétéroclite. Malgré leur disparité entre organismes, ces actions centrées le plus souvent sur les assurés les plus modestes, ont ancré un partenariat local parfois riche. Elles ont pour origine :

- ▼ **Les Conseils des CPAM** : les conseillers, fortement attachés à leur rôle au sein des commissions d'action sociale, ont élaboré des règlements intérieurs d'action sociale qui variaient sensiblement selon les territoires ; en fixant les conditions d'attribution des aides financières relatives à l'accès aux soins, ils n'ont pas pris en compte la notion de reste pour vivre, ce qui a eu pour conséquence de laisser, après attribution des aides, des restes à charge trop importants pour les bénéficiaires de l'action sociale, conduisant à des situations de renoncement aux soins. De son côté, la CNAM, à travers les orientations relatives à la politique d'action sanitaire et sociale, a progressivement incité le niveau local à tourner sa politique vers le soutien financier à l'accès aux soins des assurés les plus en difficulté.
- ▼ **Le service social** : celui-ci a constamment agi pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité. De nombreuses actions collectives ont été mises en place sur les territoires avec les partenaires, notamment les parcours prévention santé qui visent à la fois à permettre à l'assuré de s'approprier les dispositifs de prévention en santé publique, à faciliter l'accès aux soins, à le rendre autonome et acteur de la démarche de soins et à l'accompagner dans les relations avec les professionnels et les structures de santé. Cependant,

le service social, fortement impliqué dans cette mission prioritaire, n'a pas su produire des analyses probantes sur les réalités sociales auxquelles il était confronté, tel que le développement des situations de renoncement aux soins, pour créer une prise de conscience de l'Institution. Ou bien est-ce celle-ci qui n'a pas su l'écouter ?

- ▶ **Les centres d'examens de santé** : incités par l'organisme national dès 1992 à se recentrer sur les assurés éloignés du système de santé et en situation de précarité, les CES, grâce à l'instauration d'un partenariat riche et à une exploitation fine des bases de données assurance maladie, ont su procéder à des ciblage pertinents de publics à prioriser. En cas de besoin de soins identifiés lors de l'examen, la procédure dite « Suite Examen de Santé » a permis une orientation vers les soins par l'intermédiaire du médecin traitant du consultant. Toutefois, bien des situations de renoncement aux soins ont échappé aux équipes des Centres, non sensibilisées et formées à la détection systématique, et faute de structuration au sein des CPAM d'un dispositif de prise en charge.
- ▶ **Les programmes de prévention conduits par un grand nombre de CPAM** : selon leur contexte local, des CPAM ont décliné de façon parfois innovante, avec leurs partenaires, les campagnes de prévention nationales et se sont engagées, pour certaines d'entre elles, sur des thématiques propres (alimentation, activité physique...). Là encore les moyens consacrés à la prévention ont varié selon les organismes.

Ce florilège d'initiatives locales a constitué le terreau sur lequel ont pu éclore des démarches de plus grande ampleur, telles que PLANIR et PFIDASS, qui ont permis une première étape de structuration des politiques locales d'accès aux droits et aux soins en proposant des cadres méthodologiques souples, en apportant un début d'homogénéisation des actions locales, sans briser pour autant la capacité d'initiatives locales. La création à compter de 2008 des services en santé PRADO, SOPHIA, qui n'ont pas comme finalité première l'accès aux soins, mais y concourent indirectement soit par l'information que ces services délivrent sur la santé (action sur la littératie en santé des assurés), soit par l'accompagnement des personnes qu'ils proposent (prévention des « décrochages »), contribue à cette harmonisation et structuration nationales.

## **PLANIR, une première démarche d'ensemble en faveur de l'accès aux droits, préalable nécessaire à l'action pour l'accès aux soins**

La COG 2014-2017, en actant l'engagement du réseau dans la démarche PLANIR<sup>®</sup>, affirme la responsabilité des organismes pour favoriser l'accès aux droits et aux services, notamment pour les assurés les plus fragiles, concrétisée par l'obligation, pour chaque CPAM, de se doter d'un plan d'actions, co-construit avec les services médical et social.

Les 6 200 actions remontées par le réseau à l'issue de la première année témoignent d'un véritable engagement du niveau local dans cette démarche. Parmi ces actions, sept d'entre elles

---

6 PLANIR : Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions, des Ruptures



ont fait l'objet d'une labellisation<sup>7</sup> par la CNAM et s'imposent désormais au réseau. Cinq thématiques nouvelles<sup>8</sup> vont être approfondies sur 2018 en vue de leur labellisation, avec le concours de caisses locales.

La démarche PLANIR, qui était à l'origine axée essentiellement sur l'accès aux droits, a permis au réseau de l'assurance maladie de franchir la première étape nécessaire avant d'engager une démarche globale d'accès aux soins. L'avenir dira si la méthode de la labellisation va confiner les organismes dans un comportement passif d'attente de nouvelles actions labellisées issues du niveau national ou plutôt susciter une attitude proactive et innovante consistant à concevoir en continu un enrichissement de leur politique d'accès aux droits.

## **La création des PFIDASS ou l'engagement obligé des CPAM dans une démarche globale d'accès aux soins des assurés**

La revue Regards s'est largement fait l'écho<sup>9</sup> des conditions dans lesquelles les PFIDASS se sont déployées dans le réseau de l'Assurance Maladie à partir d'une initiative locale légitimée par des travaux importants de recherche<sup>10</sup>. Faisant le constat que, malgré la performance du système de soins, des difficultés d'accès demeurent pour des raisons multiples tenant notamment à des obstacles financiers, culturels, à la complexité des démarches administratives et d'orientation dans les soins, l'Assurance Maladie a su mettre en œuvre un dispositif de détection et d'accompagnement des personnes qui renoncent à se soigner.

L'engagement pris dans la COG 2018/2022 portant à plusieurs centaines de milliers le nombre d'assurés accompagnés par les PFIDASS sur les cinq prochaines années d'une part, la mise à disposition de nombreux outils par la CNAM pour homogénéiser le déploiement, les objectifs individuels fixés aux dirigeants, la procédure d'évaluation confiée à une équipe de recherche<sup>11</sup> constituent autant d'éléments d'un cadrage national. Pour autant, le dispositif offre aux CPAM, qui sauront prendre le cadre national comme un levier puissant pour développer des innovations locales, une opportunité unique d'apparaître, sur leur territoire, comme un acteur fédérateur de l'accès aux soins, en capacité d'apporter des réponses concrètes sur un champ sur lequel achoppait la majorité des acteurs médico sociaux.

7 Le Parcours Santé Jeunes, l'accompagnement des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance, la mobilisation des Permanences d'Accès aux Soins de Santé au sein des établissements hospitaliers, la Ligne Urgence Précarité, le parcours CMU-C et ACS, l'accompagnement des Majeurs Protégés, la PFIDASS

8 L'accompagnement des populations en situation d'illettrisme, intégrant la dimension d'inclusion numérique, l'accompagnement des demandeurs d'emploi, l'accompagnement des détenus, l'accompagnement des demandeurs d'asile et la gestion attentionnée des indus/créances.

9 Dossier « Les actualités de l'accès aux droits », *Regards* n°46, sept. 2014 et Fatoux C., « Un investissement social de l'assurance maladie : la PFIDASS – Chronique d'une expérimentation en voie de généralisation d'un dispositif d'accès aux soins », *Regards* n°52, déc. 2017.

10 Cf. le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard Philippe Warin, ODENORE 2014

11 L'Assurance Maladie a confié à l'ODENORE l'évaluation du déploiement de la PFIDASS sur la période 2017/2019

### III- Les actions locales vers les offreurs de soins viennent essentiellement décliner les politiques nationales, objet de directives précises :

Un contexte permanent de négociations conventionnelles et les enjeux politiques afférents ont conduit la CNAM à encadrer très strictement la mise en œuvre locale des directives nationales. Ce cadrage national fort explique-t-il l'apparente frilosité du niveau local ou bien le déficit d'initiatives locales ne soulève-t-il pas aussi la question de l'expertise et de l'engagement insuffisants des organismes ?

Peu nombreux sont les exemples d'initiatives locales marquantes vers les offreurs de soins qui ont eu vocation à être généralisées. En fait, ce qui semble être attendu des organismes locaux consiste avant tout en un engagement fort dans un déploiement conforme des dispositifs nationaux et une forte capacité de discernement dans la stratégie relationnelle avec les professionnels, afin de favoriser leur adhésion aux politiques conduites au niveau national. On retiendra quatre grandes actions ayant des finalités différentes.

#### **Les actions visant l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS**

Si la France s'est progressivement dotée d'un corpus réglementaire dense en matière d'accès aux soins (CMU-C, ACS, AME, règles tarifaires, tiers payant de droit...) permettant des avancées significatives notamment pour les assurés les plus modestes ou les plus touchés par la maladie, il n'en demeure pas moins que la question du non-respect de ces règles par les professionnels de santé se pose quotidiennement. Bien souvent, ces situations ont pour origine une méconnaissance des dispositifs complexes et nombreux, des difficultés d'ordre technique, voire une non-connaissance par le patient lui-même de ses droits. Quelquefois aussi elles relèvent d'une opposition à la règle pour des raisons économiques ou idéologiques.

La responsabilité de l'assurance maladie consiste à s'assurer de la bonne application de ces règles par les offreurs de soins. À cet égard, le niveau national a structuré l'action des caisses locales en s'appuyant sur les conciliateurs d'une part, sur des programmes nationaux de contrôle de respect des tarifs opposables d'autre part.

S'agissant des refus de soins, une circulaire de l'assurance maladie de 2008 confie aux conciliateurs le traitement des signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU complémentaire et permet de caractériser les refus de soins. Fort peu de signalements parviennent dans les Organismes, parce que les assurés ignorent la possibilité d'un recours, mais aussi parce qu'ils ne souhaitent pas prendre le risque d'une rupture irréversible avec le professionnel, et enfin parce que le refus de soins clairement établi est relativement rare, des formes de dissuasion par la fixation de rendez-vous éloignés ou par l'affirmation d'une impossibilité de prendre de nouveaux patients étant plus courantes (ou encore non-respect des tarifs opposables, refus de dispense d'avance de frais, orientation répétée ou abusive vers un autre confrère ou un centre de santé, refus d'élaborer un devis, ...).

Lorsqu'un recours est engagé par un bénéficiaire de la CMU-C, il aboutit rarement, tant il est difficile de faire la part des responsabilités et, au final, d'imposer à un professionnel de



repandre, à l'issue du litige, des soins dont la qualité repose sur une relation de confiance. Pourtant, les difficultés de toute nature que rencontrent les bénéficiaires de la CMUC et de l'aide à la complémentaire santé dans l'accès aux soins sont connues et il n'est pas excessif d'affirmer que tout bénéficiaire de ces prestations stigmatisantes y a été confronté ou va l'être, à un moment ou à un autre de son parcours.

Dès lors, on peut s'interroger sur l'absence d'implication forte des organismes face à ces difficultés. Certes la Caisse Nationale n'encourage pas la prise d'initiatives locales, mais n'y ferait pas obstacle dès lors qu'elles n'auraient pas pour conséquence de stigmatiser une profession dans son ensemble. *A minima*, rien n'interdit une CPAM de procéder à un diagnostic des difficultés d'accès aux soins rencontrées par ces publics et, en concertation avec les représentants des professions, d'envisager une action d'ensemble. On retrouve ici l'importance de faire reposer toute action sur un diagnostic préalable et partagé des réalités sociales, qui a permis, dans le cas du renoncement aux soins, d'engager une démarche de grande ampleur.

Le programme national de contrôle du respect des tarifs opposables pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ne cible que les médecins les plus déviants et par conséquent un nombre marginal de médecins essentiellement du secteur 2. Mis en place en 2013, ce programme donne lieu à une procédure nationale très stricte n'appelant pas d'initiative particulière des acteurs locaux. Au-delà, certaines caisses, par une détection systématique des déviations, ont mis en place des informations au fil de l'eau des professionnels de santé de secteur 2 ne respectant pas le tiers payant et les tarifs opposables pour les bénéficiaires concernés, et exigent du professionnel de santé le remboursement auprès de l'assuré des sommes induitement perçues.

Globalement, l'action coordonnée de l'organisme national et du réseau garantit pour les assurés, qu'ils soient bénéficiaires de la CMU-C ou non, le respect des tarifs conventionnels par la quasi-totalité des médecins du secteur 1.

## **Les actions visant une maîtrise des honoraires libres**

Comme nous l'avons vu, le corpus législatif en vigueur concerne prioritairement les assurés bénéficiant de ressources modestes ou dans des situations particulières. Or, la question de l'accès aux soins ne concerne pas seulement les personnes situées au-dessous du seuil d'éligibilité CMU-C/ACS et les dépassements d'honoraires qui se généralisent dans certaines spécialités médicales sont de nature à mettre en difficulté d'accès aux soins une large couche de la population.

Depuis 2012, la convention médicale prévoit des dispositifs optionnels afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant aux options proposées, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité sans dépassement, en contrepartie d'avantages financiers.

Le contenu de ces dispositifs optionnels et leur mode de promotion par les Caisses ont fait l'objet de consignes très précises de la CNAM (planning, ordre de priorité des visites, supports à remettre, éléments de langage...) dans un objectif d'homogénéisation du discours sur le territoire national. La valeur ajoutée du niveau local ne porte donc pas dans ce cas sur la conception des dispositifs et de la stratégie de la campagne de promotion, mais sur son niveau d'engagement auprès des professionnels afin d'obtenir le plus grand nombre d'adhésions possibles, un changement de comportement, et le maintien dans le dispositif dans la durée, par un accompagnement de proximité et une sensibilisation régulière. Dès lors, ce qui est en jeu porte sur la qualité des relations de confiance que la CPAM a su instaurer au fil du temps avec la Profession et par conséquent la pertinence de sa stratégie relationnelle avec ses partenaires.

## **Les actions visant à favoriser l'accessibilité territoriale**

En déclinaison du plan gouvernemental pour renforcer l'accès territorial aux soins, l'Assurance maladie s'engage, dans la COG 2018/2022, dans de nouveaux champs d'actions : soutien accru aux structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé, développement rapide de la télémédecine, conditions d'installation des professionnels de santé facilitées dans le cadre d'une offre de service globale...

La traduction opérationnelle de ces actions ne pourra se faire qu'au niveau local, la spécificité de chaque territoire devant nécessairement être prise en compte. L'action des organismes locaux prend ici toute son importance, mais son efficacité est conditionnée à la fois par le crédit acquis antérieurement par la CPAM dans ce domaine auprès de ses partenaires professionnels et institutionnels (Agences Régionales de Santé, Collectivités Territoriales...), ce qui renvoie encore à sa stratégie relationnelle et par son niveau d'expertise, sa connaissance fine du territoire, des contraintes d'exercice des médecins, des expérimentations probantes, indispensables pour susciter les initiatives de terrain et les accompagner.

Ces évolutions dans l'organisation des soins, qui préfigurent l'avenir de la médecine, ouvrent un champ très vaste aux Caisses qui sauront s'en saisir et prendre la mesure des besoins importants de professionnalisation de leurs équipes.

Au-delà de ces nouvelles formes d'exercice de la médecine visant à répondre à la fois à des problématiques d'accès aux soins et de qualité des soins, qui ne produiront des effets qu'au fil du temps, se posent dès maintenant, de façon massive, des difficultés d'accès à un médecin traitant sur nombre de territoires, y compris urbains. Face à des situations d'urgence, seuls les acteurs locaux peuvent apporter des réponses et des CPAM ont pris des initiatives : certaines confient à la PFIDASS le soin de contacter les professionnels directement pour traiter des situations individuelles, d'autres élaborent avec la Commission Paritaire Locale des règles de priorité de prise en charge par des nouveaux médecins traitants (exemples : assurés de plus de 80 ans, personnes en affection de longue durée...).

## **Les actions sur les pratiques médicales**

Délégués de l'Assurance Maladie et praticiens conseil incarnent au quotidien, auprès des médecins, une Assurance Maladie de proximité, qui agit sur les pratiques médicales dans une finalité d'accès à des soins de qualité et à la prévention. Leur rôle est essentiel tant dans la mise



en œuvre de la convention médicale de 2016 qui, en instaurant de nouveaux tarifs de consultation vise à faciliter l'accès aux spécialistes en cas d'urgence, à valoriser les consultations à fort enjeu de santé publique ou très complexes, que dans l'atteinte des objectifs de la ROSP<sup>12</sup> concernant l'accès à la prévention et l'observance des traitements par les malades chroniques.

Face aux défis et transformations auxquels est confronté notre système de soins, il apparaît plus que jamais que les réponses aux problématiques complexes de disparités dans l'accessibilité à l'offre de soins, qui contribuent à alimenter les inégalités sociales de santé, viendront bien sûr de la pertinence des dispositifs nationaux mais aussi des acteurs locaux de l'assurance maladie, de leur capacité d'innovation, de leur expertise, de leur engagement sur le terrain aux côtés de leurs partenaires qu'ils auront su mobiliser. Cela nécessite cependant qu'ils repensent parallèlement le management interne de cette mission d'accès aux soins. En effet, les parties qui précèdent montrent que les organismes agissent tant auprès des offreurs que des assurés, pour améliorer l'accès aux soins, mais que ces actions, émanant des différentes composantes de la branche, CPAM, Services Social et médical, Centres d'examen de santé, d'ampleur variable, souffrent d'un manque de coordination et de pilotage, de telle sorte qu'elles ne parviennent pas à constituer de véritables « politiques locales », au sens « ensemble cohérent d'interventions coordonnées visant une même finalité ». Bien que les deux dernières COG (2014/2017 et 2018/2022), en promouvant les démarches PLANIR et PFIDASS, marquent un tournant en situant l'accès aux soins comme un axe majeur de la stratégie de l'Assurance maladie, les organisations locales et le management interne des Caisses n'ont pas encore évolué afin de coordonner et piloter les actions d'accès aux soins déployées par les partenaires internes de la CPAM et par les trois grandes entités qui constituent l'organisation interne : la production, la relation clients, la gestion du risque. La construction de politiques locales d'accès aux soins cohérentes doit s'alimenter d'un éclairage national sur leur contenu et le champ qu'elles doivent couvrir, ce qui fait déficit à ce jour. L'accessibilité du système de soins sera de plus en plus questionnée au cours des années à venir et un groupe de réflexion<sup>13</sup> prospective composé de dirigeants locaux de l'Assurance maladie, faisant le constat de l'absence de définition donnée à cette notion d'accessibilité, a considéré qu'elle comportait cinq niveaux d'action possible :

- ▼ L'accès aux droits administratifs
- ▼ L'accès au système de soins au sens « arrivée aux soins »
- ▼ L'accès à une relation et des soins de qualité, conditions d'un accès réussi.
- ▼ La continuité de l'accès : comment éviter les « décrochages » ?
- ▼ L'accès à la santé

12 Rémunération sur objectifs de santé publique.

13 Propositions d'un groupe de travail de Directeurs sur « l'accessibilité du système de soins, responsabilité majeure de l'Assurance maladie sur les années à venir », mars 2017.

Cette proposition présente l'originalité de décrire ce que la notion « d'accès aux soins », tant ressassée, peut recouvrir et de suggérer un *continuum* logique entre ces cinq niveaux ainsi qu'un référentiel pour l'action des Organismes. Elle démontre que la notion d'accès aux soins ne se limite pas à « l'arrivée aux soins » mais qu'elle inclut une notion de résultat, en termes d'efficacité de cette « arrivée aux soins » et d'impact à terme sur la santé. De ce fait, pour que cet accès aux soins soit effectif et efficace, tous les obstacles potentiels à cet accès à cinq niveaux, inhérents tant aux offreurs qu'aux patients, doivent être levés.

Dès lors, sur la base de cette réflexion novatrice, une expérimentation d'une approche globale de l'accessibilité pourrait, pour la première fois, être conduite par l'Assurance maladie dans le cadre d'une co-construction loco-nationale.

Après s'être fortement investie sur les niveaux 1 et 2 de ce champ redéfini de l'accès aux soins, très partiellement sur le troisième, l'Assurance Maladie disposerait, dans la mesure où elle validerait cette réflexion stratégique, d'un champ particulièrement riche à investir par ses organismes locaux, qui, forts de leur expérience de mise en œuvre de la PFIDASS et de la légitimité qu'elle leur a conférée, seraient en mesure d'animer l'action territoriale sur l'accès aux soins.