

# Les Centres d'Examens de Santé et l'accès aux soins des publics vulnérables

**Par Maud MOREIGNE, Laure VIVIES, Stéphane UGUEN et Frédéric FRÉNET,**  
Anciens élèves de la 52<sup>e</sup> promotion de l'EN3S

**Et sous la supervision de Norbert DEVILLE,**  
Directeur du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé

## Introduction

**A**u regard de leur mission et des objectifs qui leurs sont confiés, les centres d'examens de santé (CES) de l'Assurance maladie sont susceptibles de jouer trois rôles en faveur de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables :

- Orienter les assurés dans le système de santé ;
- Orienter vers les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire adaptés aux facteurs de risques (éducation en santé, dépistages organisés, éducation thérapeutique, Sophia, ateliers équilibrés, ...);
- Informer les assurés sur leurs droits et favoriser l'accès à ces droits.

Pour autant, l'hétérogénéité des centres d'examens de santé a pu conduire à la mise en œuvre de politiques locales, dont l'efficacité globale est contestée.

Dès lors, il convient de définir des lignes directrices pour gagner en homogénéité des pratiques, en efficacité et en efficience. Cette ambition a constitué l'enjeu de notre recherche action.

## I- Le rôle des CES en faveur de l'accès aux soins et à la prévention des publics vulnérables.

Les caisses de sécurité sociale ont progressivement mis en place, au lendemain de la guerre, des centres d'examens de santé (CES) afin de proposer aux assurés un bilan de santé périodique, financé par l'Assurance maladie du régime général.

Les CES sont aujourd'hui régis par l'arrêté du 20 juillet 1992. Ce texte organise leur activité autour des examens périodiques de santé (EPS) qui constituent des actions de prévention auprès des assurés sociaux concernés.

L'organisation des EPS représente donc la principale mission assignée à ces structures par la COG.

Les examens adaptés à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés, couvrent chaque année 1,3 % de la population du régime général, donnée qui correspond à l'objectif de l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992, qui préconise « le ciblage des populations en marge du système de soins et de leurs ayants droit ».

La méthode retenue et généralisée en 2002 dans tous les CES pour évaluer la situation de précarité des assurés bénéficiaires de l'examen est celle du score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les centres d'Examens de Santé).



Cet outil, élaboré dès 1998, est un indicateur individuel de vulnérabilité sociale qui prend en compte les différentes dimensions de celle-ci.

**Une seconde offre de services en santé** dévolue aux CES est orientée vers les médecins traitants et les assurés sociaux. Il s'agit, à l'occasion de la prise en charge des assurés dans les CES, de développer l'information et l'accompagnement des personnes accueillies pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention :

- en informant les assurés sur leurs droits et les dispositifs d'accès à une assurance complémentaire spécifique à leur situation personnelle (CMU-C, ACS), et en les aidant à s'orienter dans le système de soins, notamment à l'aide des outils d'information de l'Assurance maladie (ameli santé et ameli direct),
- en les sensibilisant aux campagnes de prévention (MT'dents, dépistage des cancers, cardio-vasculaire, etc.) et aux offres en santé de l'Assurance maladie (PRADO maternité ; orthopédie et insuffisance cardiaque ; SOPHIA, Santé Active).

Par ailleurs, les CES participent à des études nationales de santé publique qui recueillent préalablement l'accord de la CNAMTS (Constances, Esteban, ...).

La gestion des CES est à plus de 60 % assurée directement par les caisses d'assurance maladie.

Les autres structures sont gérées par des entités privées ou publiques ayant passé des conventions avec une ou plusieurs CPAM.

Le pilotage des CES est réalisé par la CNAMTS. Leur coordination, l'animation des huit réseaux interrégionaux ainsi que la mise en œuvre des orientations stratégiques incombent quant à elles au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF). Ce dernier a été créé en 1994 sous la forme d'une association privée à but non lucratif, pour accompagner la mise en œuvre de l'arrêté du 20 juillet 1992. Enfin, l'IRCESAM (Instance de Réflexion des Examens de santé de l'Assurance maladie) joue le rôle d'instance nationale de réflexion sur les CES.

Les Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) fixent les priorités des CES.

Ainsi, conformément à la COG 2006-2009, qui fixait pour objectif leur certification ISO 9001, les CES sont aujourd'hui certifiés et nombre d'entre eux (35) ont obtenu une certification multi-sites.

La COG 2010-2013 visait notamment à intensifier le ciblage des examens de santé mis en œuvre par les CES au bénéfice des populations les plus vulnérables. En ce sens, la part de personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services des centres d'examens de santé, devait atteindre l'objectif de 50 % en fin de COG.

Cet objectif est désormais atteint. En effet, sur 497 789 examens de santé réalisés en 2013, 272 899 examens de santé ont concerné des publics vulnérables. Le taux de publics vulnérables sur l'ensemble du réseau est ainsi passé de 49,8 % de publics vulnérables en 2011 à 55,2 % en 2013.

La COG 2010-2013 posait également deux principes supplémentaires, dans le cadre du programme 1 « garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé » : la modulation de l'examen de santé

en fonction des besoins du consultant, et la poursuite de l'information et de l'accompagnement des assurés éloignés du système de soins.

Les CES ont, au final, vocation à participer à la mission de l'Assurance maladie, qui est de garantir un égal accès au système de santé. À cet égard, ils sont, a priori, des acteurs de la politique de gestion du risque qui vise à améliorer l'état de santé de la population et contribue en cela à la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé.

Cette politique s'articule autour de deux grandes orientations : d'une part, « garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé », en incluant dans tous ses programmes de prévention des volets spécifiques pour les publics vulnérables, avec des modes de contact mieux adaptés ; et d'autre part, « aider les assurés à être acteurs de leur santé » et, dans une logique de « parcours de santé », les accompagner dans la préservation de leur capital santé.

## II- En dépit d'un accompagnement centralisé, l'hétérogénéité des centres d'examens de santé a pu conduire à la mise en œuvre de politiques locales, dont l'efficacité globale est contestée.

En appui du cadrage de l'action des CES par les COG, le Centre Technique d'Appui et de Formation (CETAF) a développé plusieurs actions pour accompagner les CES.

Pour autant, cet accompagnement est diversement exploité par les CES, qui lui substituent d'autres pratiques, contribuant ainsi à une hétérogénéité peu propice à l'efficience globale du réseau.

### II.1- L'accompagnement du CETAF

#### II.1.1- Le déploiement d'une stratégie de partenariats visant à répondre à l'objectif d'intensification du ciblage des examens de santé.

Entre 2010 et 2013, de nouveaux partenariats nationaux ont été négociés ou expérimentés :

- CAF : mise à disposition des modèles de convention pour mettre en œuvre les partenariats avec les CAF sur le modèle de l'expérimentation entre le CES et la CAF de Saint-Étienne (2012) pour inviter les parents isolés et les familles nombreuses avec faibles ressources.
- AGIRC ARRCO : signature d'un accord-cadre de partenariat le 31 mai 2013 pour coordonner les actions de prévention menées en matière de santé publique par le CETAF d'une part, l'AGIRC ARRCO d'autre part, via leurs réseaux respectifs (CES et Centres de prévention Bien Vieillir), en vue de les rendre complémentaires.
- Groupe UGECAM : signature d'un accord-cadre de coopération le 24 mai 2013 : promotion de l'EPS pour les assurés sociaux des Centres de Réadaptation Professionnelle.
- Pôle emploi : Accord-cadre entre le CETAF et Pôle emploi signé le 4 mars 2014 pour promouvoir les collaborations entre les CES et les agences afin de faciliter la prise en charge des problèmes de santé susceptibles de freiner l'accès ou le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi et prioritairement des plus vulnérables.
- Ateliers Santé Ville : début 2012, une expérimentation a été mise en place en Ile-de-France en vue de construire un partenariat national entre le CETAF et le SGCIIV (Secrétariat général du Comité interministériel des villes). Ce territoire a été choisi compte tenu de l'intérêt porté à ce projet par la DRJSCS-IDF, l'ARS-IDF, le collectif ASV-IDF et le réseau francilien des CES.



Ces nouveaux partenariats sont venus compléter des accords-cadres nationaux, négociés par le CETAf lors de la COG précédente, avec la CNAV, les services sociaux des CARSAT, UNAFO (Union Nationale des Foyers), UNCCAS (Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale), CNML (Conseil national des missions locales). Ces accords font l'objet d'un suivi : régulièrement, des comités de pilotage ont lieu avec les partenaires nationaux. Ils sont suivis d'actions de communication ou d'adaptation des modalités partenariales pour améliorer le fonctionnement des collaborations.

Le CETAf a par ailleurs élaboré des outils pour la déclinaison locale de ces accords-cadres :

- Une mise à disposition d'outils sur l'extranet du CETAf, ouvert aux CES : modèles de convention d'application locale, traçabilité des partenariats, évaluation du recrutement, plaquettes d'information, courriers d'invitation... ;
- Une note « Aider au recrutement des publics éloignés du système de santé » a été diffusée en 2011. Elle synthétise les outils mis à disposition par le CETAf pour le recrutement des populations vulnérables ;
- Des séances de formation dédiées sur le thème « Ciblage et accompagnement des populations éloignées du système de santé : construire une stratégie de recrutement » ;
- Un accompagnement personnalisé des CES les plus éloignés de l'objectif des 50 % de publics en situation de précarité ;
- Une aide à l'organisation de rencontres partenariales régionales ;
- Des Web réunions d'échanges de pratiques entre CES.

#### **II.1.2- L'expérimentation d'une démarche structurée d'information et d'orientation vers l'accès aux droits, s'agissant de l'accompagnement des assurés fragiles dans le système de soins)**

Le programme « Information des consultants » a pour objet de mettre en œuvre, suivre et évaluer l'expérimentation d'une démarche structurée d'information et d'orientation des populations vulnérables sur l'accès aux droits et aux soins. Le champ de l'expérimentation est notamment celui de l'accès aux droits de base et à la complémentaire (CMU-C et ACS).

Ses objectifs opérationnels sont :

- Identifier - repérer les situations de fragilité,
- Informer sur les droits et la bonne utilisation du système de soins et orienter vers le bon acteur pour une prise en charge efficiente,
- Quantifier et suivre la montée en charge de cette activité.

#### **II.1.3- L'accompagnement du changement de logique de l'EPS**

Autrefois essentiellement basé sur des actes techniques et très standardisé, l'EPS modulé en fonction d'une approche globale de la personne reçue vise désormais à responsabiliser les consultants sur la gestion de leur santé par une approche moins clinique et plus globale. Le chantier en cours sur la rénovation de l'EPS permettra de fixer aux assurés des objectifs individuels en fonction de leurs comportements en santé et de leurs facteurs de risques.

## II.2- En dépit de cet accompagnement, les pratiques demeurent hétérogènes

### II.2.1- Concernant le ciblage des populations

Nos investigations ont permis de constater que les CES déploient d'autres modalités de ciblage et d'invitation des publics cibles de l'EPS que celles prévues par les accords-cadres négociés par le CETAf. Au premier rang de ces modalités figurent les requêtes dans le fichier des CPAM, suivies d'invitation par courrier.

Dans ce cadre, les critères utilisés pour l'élaboration de ces requêtes ont été définis dans un premier temps, par rapport aux catégories de populations énumérées par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1992.

Il apparaît toutefois que la précarité dépasse le périmètre de l'article 2 (vulnérabilité des familles monoparentales, des travailleurs pauvres,...). Certains CES (CES de Nîmes, CES de Niort, CES de Toulouse, Union de Caisses - Centre de Médecine préventive - UCCMP) ont ainsi mené des réflexions sur la vulnérabilité afin d'identifier des nouveaux critères de ciblage socio-administratifs. Il s'agissait d'analyser a posteriori les caractéristiques des personnes qui obtenaient un score EPICES positif. Des profils-types de personnes vulnérables ont ainsi pu être élaborés. Les CES engagés dans cette démarche ont pu alors définir des critères de requêtage particulièrement fins : critères géographiques (CES de Nîmes et UCCMP), critères comportementaux, avec l'absence de médecin traitant déclaré ou la non-consommation de soins pendant deux ans (CES de Toulouse), ...

Les requêtes les plus souvent utilisées sont celles concernant les assurés bénéficiant de la CMU-C, de la CMU, les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires de l'ACS et les bénéficiaires d'IJ.

Les modalités d'invitation utilisées par les CES sont très variées même si deux modes sont plus fréquemment employés : l'envoi de courriers et l'appel téléphonique direct.

Certains CES expérimentent toutefois de nouveaux modes d'invitation : le SMS (utilisation par l'UCCMP et les CES de Nîmes et d'Annecy pour les rappels) ; l'e-mail (CES de Nîmes, Association nationale pour la protection de la santé - ANPS) ; le déplacement sur un lieu ciblé à la suite d'un requêtage (CES de Nîmes) ; l'encart publicitaire dans un journal local (CES d'Annecy).

Les avantages du requêtage sont multiples.

Tout d'abord, ce mode de ciblage s'impose comme une modalité de recrutement efficace, puisqu'il contribue à 24,6 % du recrutement des CES (2013).

Il s'avère ensuite efficient puisque les responsables de CES, interrogés dans le cadre des entretiens, estiment que les coûts liés au requêtage sont limités. En fait, les principales dépenses générées par cette méthode de recrutement tiennent à l'affranchissement et se trouvent ainsi considérablement réduites en cas de mailing (CES de Nîmes) ; ces coûts sont même annulés en cas d'envois réalisés directement par le partenaire (expérimentation du partenariat avec la CAF de Saint-Etienne). Il importe toutefois de préciser que les coûts sont dans leur ensemble peu évalués.

Enfin, les profils socio-administratifs définis par les CES grâce à l'utilisation du score EPICES permettent d'identifier des populations précaires mal connues (exemple des travailleurs pauvres et des familles monoparentales).

Le requêtage n'est pour autant pas sans inconvénient.



Il apparaît tout d'abord que les pratiques de requêtage sont fortement hétérogènes, notamment du fait d'un accès variable aux bases de données des CPAM selon le statut du CES, et de l'adoption de critères très différents d'une structure à l'autre.

Ensuite, les mesures engagées pour réduire les coûts liés à l'affranchissement se sont révélées jusqu'à présent peu concluantes, à l'exception du développement du mailing. En effet, l'envoi d'invitation dans un courrier joint au décompte est peu efficace (CES de Nîmes); la gestion des envois (dans des courriers isolés) par la CPAM directement peut se traduire par une perte de contrôle du CES sur son processus d'invitation (ANPS : pas de retour systématique de la CPAM sur les envois opérés).

Enfin, le taux de réponse varie sensiblement selon que les requêtes sont génériques (taux de réponse entre 3 % et 5 %) ou qu'elles sont ciblées (taux de réponse entre 7 % et 10 % dans le cas de l'expérience menée conjointement par le CES et la CAF de Saint-Étienne). Ainsi, l'efficience du requêtage dépend fortement des critères de requêtage eux-mêmes.

Si les CES développent des méthodes alternatives aux partenariats préconisés par le CETAF et ceci, alors même que les partenariats sont plus efficaces en matière de ciblage, c'est que le développement local de relations partenariales par les CES est confronté à plusieurs écueils.

Tout d'abord, le travail partenarial mené par les CES apparaît particulièrement coûteux. En effet, bien que rarement mesuré, le coût des partenariats est reconnu comme très supérieur aux autres modes d'invitation. Les dépenses engagées pour faire vivre les partenariats tiennent notamment à la gestion de la relation (exemple des chargés de partenariat de l'UCCMP) ; à l'animation d'informations collectives et aux déplacements conséquents (CES de Niort, de Saint-Étienne,...).

Ensuite, le bon fonctionnement d'un partenariat dépend de la présence au sein de l'entité partenaire d'un interlocuteur dynamique et compétent. La présence de cet interlocuteur n'est pas systématiquement acquise.

Enfin, la gestion des partenariats locaux semble dans la majorité des cas empirique, dépourvue d'outils et de méthodes professionnelles, ce qui ne permet pas d'identifier les potentialités d'optimisation des relations.

Il apparaît à l'issue de nos travaux que les conventions nationales sont un outil insuffisamment ou imparfaitement exploités pour dynamiser les partenariats, et donc l'efficacité du ciblage des populations. Plus globalement, la mesure et l'évaluation des dispositifs de ciblage et d'invitation des assurés présentent des faiblesses qui limitent la capacité d'optimisation des processus. En effet, l'évaluation se fonde sur des données exclusivement déclaratives, dont l'exhaustivité et l'homogénéité ne sont pas assurées.

### **II.2.2- Concernant l'information des consultants**

Les pratiques diffèrent selon les CES, en fonction des modalités de gestion des centres (gestion directe ou gestion déléguée).

La mise en œuvre du programme socle d'information des consultants est en cours de généralisation dans les CES. Ainsi, fin février 2013, 86 structures (CES ou antennes) ont formé leur personnel à

la démarche « Information des consultants », dont 68 par l'intermédiaire du CETAF.

Au-delà du socle minimum commun d'information, le programme a fait émerger des expériences réussies de complémentarités CES / CPAM en particulier dans les CES qui partagent leurs locaux avec les CPAM. Ce constat confirme la nécessité d'une meilleure intégration de l'activité des CES dans la stratégie de gestion du risque mise en place dans les CPAM.

Parmi ces réussites figurent les cas ci-dessous :

- Dans les CES de Saint-Étienne et de Nîmes, l'agent chargé de l'accueil administratif au CES établit une fiche de liaison à destination du service social de la CPAM pour un meilleur suivi et accompagnement du consultant,
- Certains CES développent une approche populationnelle de l'EPS, avec une adaptation de son contenu :
  - Le CES de Nîmes a mis en place un « parcours jeunes » avec une modulation de l'EPS, qui intègre le dépistage VIH et des tests toxicologiques ;
  - Le CES de Lyon pratique des EPS séniors avec des ateliers équilibre.
- Les CES de Saint-Étienne, Niort et Bordeaux ont mis en place des « pôles de solidarité » avec les différents services de la CPAM en lien avec les publics vulnérables, pour renforcer les synergies entre les services.
- Certains CES font la promotion des programmes PRADO et Sophia dans leurs accueils et le CES de Niort développe des mises en relations mutuelles avec le service « santé active ».

Dans tous les cas, une collaboration renforcée avec les services traditionnels des CPAM est nécessaire. Or à l'heure actuelle, on observe encore trop fréquemment une absence marquée d'implication des directeurs de Caisses dans le pilotage des CES.

## **III- Nos préconisations en matière de stratégie des CES pour faciliter l'accès aux soins des populations fragiles**

Partenariats ou requêtage ? Conventions nationales ou partenariats locaux ?

La question de la valeur ajoutée des CES pour le système de soins se pose en réalité en d'autres termes.

Partenariats et requêtage ne sont que deux options, le plus souvent complémentaires, d'une politique de ciblage et d'invitation qu'il convient de professionnaliser, et d'intégrer dans une politique santé plus large d'accès aux soins et de prévention.

Dès lors que cette politique a pour finalité de permettre aux assurés sociaux les plus vulnérables d'intégrer des parcours de soins personnalisés, la valeur ajoutée des CES pourrait être définie comme leur capacité à inscrire les assurés ciblés dans les parcours de soins.

Nos recherches nous conduisent dès lors à proposer plusieurs pistes pour améliorer cette valeur ajoutée :

### **III.1- Renforcer l'intégration des CES dans les politiques des CPAM**

Cette proposition conduirait à améliorer la prise en compte des CES dans la COG, puis dans les CPG. À l'heure actuelle, seul le ciblage est l'objet d'un indicateur dans la COG de 2010-2013. Or, pour éviter de voir apparaître des disparités dans les actions mises en œuvre, il conviendrait de prévoir des objectifs relatifs à l'information des consultants.



La CNAMTS comme le CETAF proposent en outre que l'information des consultants par les CES soit inscrite dans les projets d'entreprise des organismes, afin de définir des axes de développement des CES en cohérence avec leur missions permanentes.

Par ailleurs, il conviendrait d'affirmer les CES comme acteurs de la gestion du risque au sein des CPAM.

Alors que les travaux de la Mission déléguée du CNG « Assurance maladie et vulnérabilités » ont permis d'identifier les difficultés majeures auxquelles est confrontée l'Assurance maladie dans l'exercice de sa mission (non accès des assurés à leurs droits légaux ; non recours aux offres de service et d'accompagnement proposées ; inadaptation des informations collectives ou individuelles diffusées auprès de certains profils d'assurés ; aggravation de situations déjà fragilisées par des décisions administratives et individuelles défavorables.), les CES ont un rôle important à jouer comme acteur de repérage des situations de vulnérabilité et de l'accompagnement effectif de ce public dans le parcours de soins.

Ce positionnement doit être porté par la Direction de la caisse, car il ne va pas de soi.

D'une part, certaines caisses n'ont à ce jour organisé que peu de liens entre le CES et les autres acteurs de la GDR, de la prévention et de la précarité au sein de la caisse. D'autre part, certaines caisses ont confié leur CES à un organisme conventionné. Pour ces CES, il convient d'envisager le renouvellement des modalités de tutelles des CPAM, en reposant la question des objectifs, du reporting, des budgets alloués, des instances de supervision et de décisions, voire de la forme juridique des organismes conventionnés, pour une liaison renforcée avec les besoins des CPAM.

Plus globalement, les CPAM devraient renforcer leur implication dans le pilotage des CES. Cette évolution est précisément l'objet de l'introduction récente d'objectifs CPG relatifs aux CES pour les CPAM.

### **III.2- Promouvoir les synergies entre les CES et les CPAM**

En dehors des situations de CPAM où les CES sont explicitement identifiés comme acteurs de la GDR, les synergies entre CPAM et CES sont relativement peu organisées et opérantes. Ce constat vaut tant pour les CES conventionnés que pour une majorité de CES en gestion directe.

Dès lors, les synergies sont à organiser et promouvoir.

Elles peuvent être identifiées par la mise à disposition de moyens marketing des CPAM au bénéfice des actions de ciblage et d'invitation des CES : éditique, téléphone, sites internet, emailing, campagnes sms, campagnes de communication, ...

Les synergies peuvent aussi être identifiées dans une approche commune des partenariats précarité, dès lors que les services précarité des caisses travaillent avec les mêmes partenaires que les CES. Les collaborations CPAM et CES pourraient ici autant porter sur les modalités de gestion relationnelle (par exemple en mettant en commun un outil de gestion de relation client) que sur les contenus des partenariats (par exemple en intégrant dans une même offre de service les compétences des CES et celles des services précarité).

Par ailleurs, des marges de manœuvre sont à exploiter au niveau des systèmes d'information des caisses. Ainsi, le croisement systématique et organisé de données à caractère médical (ex. : non consommation de soins) avec des critères socio-administratifs permettrait d'identifier de nouvelles cibles. Certains CES ont avancé sur le sujet en constituant des listes de requêtes types utiles au ciblage. La mise à disposition des CES et des CPAM de ces listes est une action en cours de promotion par le CETAf, via la diffusion prochaine d'un catalogue des requêtes.

### **III.3- Professionnaliser l'évaluation de l'action des CES**

Les démarches qualité sont des éléments structurants pour évaluer l'action des CES.

Le déploiement par les CES, dans le cadre de la COG 2007 - 2010, de systèmes de management de la qualité normés et certifiés (Norme ISO 9001) leur a permis de s'orienter résolument vers la prise en compte des attentes de leurs clients au travers du développement de l'écoute client et la mise en place d'une approche par processus.

Le Système de Management Intégré (SMI), nouveau référentiel CNAMTS en cours de déploiement dans les CPAM à compter de 2014, contient des attendus opposables et des recommandations de bonnes pratiques. À ce titre, il précise les dispositions qui ont pour ambition de créer les conditions d'un pilotage optimisé des organismes et des activités de l'Assurance maladie dans le but d'améliorer sa performance globale au service de ses missions stratégiques.

A ce stade, dans la cartographie unique Assurance maladie (CNG Juin 2013), les CES sont intégrés au macro processus métier « Évolution des comportements / pratiques ».

### **III.4- Une approche populationnelle et territoriale pour améliorer les capacités de recrutement des CES**

Le développement d'une approche populationnelle et territoriale devrait permettre d'améliorer les capacités de recrutement des CES. Il s'agirait d'adapter à la fois les modes de recrutement et le format de l'EPS aux segments de population visés.

L'approche populationnelle (adaptation à l'âge des populations) connaît déjà des traductions concrètes : mise en œuvre au niveau national de l'EPS seniors, grâce à une collaboration CNAV-CETAf ; élaboration d'un parcours santé jeune au sein du CES de Nîmes avec une adaptation des modes de ciblage et du contenu de l'EPS (dimension virologie et préventive accrue, démarches renforcées d'accès aux droits). Les avantages de l'approche populationnelle sont avant tout d'ordre méthodologique : il s'agit de partir des besoins des populations considérées comme prioritaires pour construire l'offre proposée (format de l'EPS et offres annexes) et adapter le marketing de l'offre.

Quant à l'approche territoriale, elle est expérimentée dans plusieurs CES, avec un recrutement ciblé sur les territoires qui se caractérisent par la précarité de leur population (UCCMP, CES de Nîmes). Ces CES utilisent des indicateurs socio-économiques (revenu moyen, taux de chômage,...) pour établir la cartographie des zones de vulnérabilités.

### **III.5- Réseaux innovants : Identifier, évaluer, relayer les bonnes pratiques partenariales**

Il s'agit ici d'aller au-delà de la logique de lutte contre le non-recours dans le cadre de l'Assurance maladie et de réfléchir plus largement, en termes de parcours de soins et en envisageant un plus grand décloisonnement entre les différents acteurs évoluant autour des publics vulnérables et un développement de synergies entre eux. Il nous a été donné d'observer certaines tentatives locales allant dans ce sens.



Nous avons identifié plusieurs expériences locales de décloisonnement des acteurs de la santé et de l'accompagnement auxquelles les CES sont largement associés, et dont la déclinaison nationale pourrait être envisagée.

- Les CES de Nîmes, Saint-Étienne et Bordeaux tentent d'accompagner les consultants dans la souscription à une mutuelle de santé, notamment en faisant des demandes d'achats groupés afin d'obtenir de meilleurs tarifs.
- Des partenariats autour des ateliers d'éducation thérapeutique sont localement mis en place avec les hôpitaux publics ne disposant pas nécessairement d'une offre de service pour toutes les populations et pathologies. C'est le cas au CES de Bordeaux.
- Les CES de Bobigny et de Rennes ont noué des relations avec les facultés de médecine, pour accueillir des internes au sein des CES, afin de les sensibiliser à la médecine préventive.
- Le CES de Niort envisage de mettre en place des partenariats inter-régimes avec la MSA et le RSI.

Le PLANIR (Plan Locaux d'Accompagnement du Non-Recours, de l'Incompréhension, des Ruptures) constitue pour sa part une expérimentation nationale à laquelle les CES devraient prendre toute leur part.

Mobilisant CPAM, CES, ELSM et secteur social de la CARSAT, les PLANIR pourraient notamment associer formellement le CES dans une démarche de repérage de situations de vulnérabilités au Front Office.

Les conventions nationales constituent un outil-clé pour développer l'approche populationnelle et territoriale des CES, et développer des réseaux innovants et performants.

Aussi, la promotion des conventions nationales devrait être pérennisée et recentrée sur cet objectif de mise en réseau des CES, même si cela doit conduire à une refonte du contenu des conventions nationales. Ce recentrage permettrait une communication plus aisée sur le bien-fondé des conventions. Dans ce contexte, la promotion desdites conventions pourrait comporter une dimension de contrainte : information active de l'instance nationale partenaire auprès de l'ensemble de son réseau sur le dispositif de la convention nationale et les obligations qu'ils emportent ; pour les organismes de sécurité sociale, définition d'objectifs chiffrés d'envoi de consultants pour chaque partenaire dans le cadre des CPG.

## IV- Conclusion

Au vu de nos recherches, il apparaît que les CES ont un rôle incontestable à jouer dans l'accès au système de santé des populations en situation de vulnérabilité.

Ainsi, dans sa contribution à la Stratégie Nationale de Santé publiée en mai 2013, la Société Française de Santé Publique (SFSP) salue l'apport des CES en termes de ciblage et d'inscription dans une démarche de prévention de ces personnes. Elle présente les centres comme un exemple à suivre, pour porter des stratégies volontaristes visant à réduire les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

Pour autant, cette contribution pourrait être encore améliorée sous réserve que soient réunies deux conditions.

Tout d'abord, la mise en œuvre d'un pilotage renforcé des CES par les directions des CPAM contribuerait à améliorer leur efficience et leur positionnement dans l'offre de services globale de l'Assurance maladie.

Ensuite, une clarification du rôle des CES s'avère nécessaire. En effet, notre étude nous a permis de mettre en évidence diverses expérimentations locales qui dépassent le périmètre traditionnel d'activité. Ce constat remet en cause l'homogénéité du pilotage, faisant peser un risque sur la cohérence globale du dispositif et de son efficience.

Enfin, le ciblage des populations reçues en centres d'Examens de Santé ne s'improvise pas. Il résulte d'une technicité à mettre en œuvre à l'image de ce qui devrait être fait dans le choix des programmes de prévention pour notre système de santé. À cet égard, il convient de rappeler que trois critères doivent guider ces choix :

- Viser la prévention des maladies ou d'autres entités péjoratives de santé ayant des conséquences importantes ;
- Définir la méthode de ciblage de la population la plus à risque pour chaque entité considérée ;
- Prendre en considération l'efficacité et la faisabilité des mesures préventives de cet événement de santé.

Le CETAF est l'opérateur privilégié des CES pour ce faire, en appui de la CNAMETS. Il est effet en capacité de prendre du recul, et de définir ces méthodologies au service de la Stratégie Nationale de Santé. L'action du CETAF a d'autant plus de pertinence qu'elle s'inscrit dans une logique partenariale en lien avec d'autres acteurs institutionnels (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé par exemple).